



**Convención Internacional
sobre la Eliminación
de todas las Formas
de Discriminación Racial**

Distr.
GENERAL

CERD/C/MEX/CO/15/Add.1
29 de junio de 2007

Original: ESPAÑOL

COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE
LA DISCRIMINACIÓN RACIAL

**INFORMES PRESENTADOS POR LOS ESTADOS PARTES DE
CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 9 DE LA CONVENCIÓN**

**Comentarios del Gobierno de México sobre las observaciones finales
del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial^{* **}**

[23 de mayo de 2007]

* Con arreglo a la información transmitida a los Estados Partes acerca de la tramitación de sus informes, el presente documento no fue objeto de revisión editorial oficial antes de ser enviado a los servicios de traducción de las Naciones Unidas.

** Los anexos del informe presentado pueden consultarse en los archivos de la secretaría.

INFORME COMPLEMENTARIO DE MÉXICO AL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN RACIAL

1. El presente informe complementario de México se presenta al Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial en cumplimiento a lo requerido por el Comité en el párrafo 21 de sus observaciones finales relativas a México emitidas en 2006 (CERD/C/MEX/CO/15). Contiene información sobre la aplicación de las recomendaciones que figuran en los párrafos 11, 12 y 17 de dicho documento.

INFORMACIÓN SOBRE COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES (PÁRR. 11)

2. En el párrafo 11 de sus observaciones finales, el Comité recomendó al Estado Parte que proporcionase información sobre las comunidades afrodescendientes "que numéricamente son pequeñas y más vulnerables y por ello deben contar con todas las garantías de protección que la Convención establece".

3. Según estudios académicos, las comunidades afrodescendientes que habitan en México se encuentran ubicadas principalmente en los estados de Oaxaca, Guerrero y, en menor medida, Veracruz. Dichos estudios han identificado que, durante la década de los noventa existían aproximadamente 450.000 personas pertenecientes a este grupo.¹

4. No existen datos estadísticos oficiales sobre dichas comunidades, según fue resaltado por el Comité. Ante ello, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) ha incluido como una de las tareas esenciales de su Centro de Documentación Institucional, la de recopilar el mayor número de datos e información sobre los grupos afrodescendientes en México, según se describen en el anexo I.

5. Asimismo, en el marco de sus atribuciones, ha financiado el estudio "*Los afrodescendientes en México. Reconocimiento y propuestas para evitar la discriminación*", presentado en diciembre de 2006 y coordinado por la Dra. Julia Isabel Flores Dávila, del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La investigación se dirige a conocer las condiciones de vida y procesos de construcción de identidad en comunidades de afrodescendientes localizadas en tres entidades del país: Oaxaca, Guerrero y Veracruz.

6. Asimismo, tras acercamientos informales con el CONAPRED, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) está explorando la posibilidad de que en los trabajos de Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, se incluya la categoría de afrodescendiente como un componente de la población mexicana.

7. Cabe recordar que dicho Censo se realiza cada diez años y que el último tuvo lugar en el 2000.

¹ Véase "Los Afrodescendientes en México: Procesos de construcción de identidad, condiciones de vida y discriminación: un estudio comparativo de comunidades", Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Autónoma de México (UNAM). Disponible en: www.waporcolonia.com/abstracts/63-dominguez-otros.pdf, sin fecha.

8. En todo caso, las garantías de protección de las comunidades afrodescendientes en México se ubican en un contexto amplio de políticas públicas orientadas a que todos los individuos del país puedan ejercer plena y eficazmente todos sus derechos humanos y libertades fundamentales. Dichas políticas se han visto reforzadas por medidas legislativas e institucionales adoptadas en los últimos años en México en materia de lucha contra la discriminación. Se resaltan, entre otras, las siguientes.

9. En primer lugar, tras la promulgación de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (12 de junio de 2003), y la consecuente creación del CONAPRED (en funciones desde el 27 de marzo de 2004), en mayo de 2006 el CONAPRED presentó el Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, el cual tiene por objeto establecer las líneas estratégicas y de acción para consolidar la política nacional de combate a la discriminación entre las instituciones de la Administración Pública Federal.

10. En segundo lugar, con el fin de dar una visibilidad específica a la presencia de las poblaciones afrodescendientes, la Secretaría de Educación Pública inició la difusión del Proyecto México Multicultural, en noviembre de 2003. Este proyecto fue transmitido por canales abiertos de televisión como canal 9, canal 11, canal 22, canal del Congreso, TV UNAM y por canales de transmisión por cable, canal Aprende TV, canales oficiales y satelitales como la Red Edusat y en radio por radiodifusoras estatales, de radio comunitaria, Radio Educación y del Instituto Mexicano de la Radio (IMER). Los contenidos fueron los siguientes:

- a) Serie de videos "Pueblos de México" (noviembre de 2003):
 - i) Programa 24: El Canto del Cedro (Pueblo Afromestizo de Veracruz/música y danza);
 - ii) Programa 25: Herencia Africana (Pueblo Afromestizo de la Costa Chica, Oaxaca y Guerrero/Historia);
- b) Proyecto Afromestizos de la Costa Chica, emitido por el Canal 9 (septiembre 2004 - enero 2005). Se detalla reporte de dicha transmisión en el Anexo II;
- c) Series "Pueblos de México" y "Nuestra Riqueza es la Diversidad", emitidas por:
 - i) Canal 25 Edusat Radio. Difusión del 22 de noviembre de 2004 al 28 de febrero de 2005 y del 7 de enero al 5 de junio de 2006). Se detalla reporte de dicha transmisión en Anexo II;
 - ii) Canal 11. Horas de transmisión durante 2005 y 2006. Se detalla reporte de dicha transmisión en el Anexo II;
 - iii) Radio IMER. Transmisión a partir de mayo de 2006 en las emisoras XERF, en ciudad Acuña; XEFQ, en Cananea; XHSCO, en Salina Cruz; XHYUC, en Yucatán; XHCHZ, en Chiapa de Corzo; XEMIT, en Comitán; XELAC, en Lázaro Cárdenas.
- d) Serie "Nuestra Riqueza es la Diversidad" producida por Media Llum Comunicación, SA de CV (2006) y consistente en cinco cápsulas de 20 segundos cada una sobre los temas siguientes:
 - i) La multiculturalidad;
 - ii) La riqueza lingüística;
 - iii) La riqueza natural;
 - iv) La riqueza económica;

- v) La riqueza cultural;
- e) Proyecto "Escuchemos todas nuestras voces": la cápsula 10 tenía por tema "Lengua española del Pueblo Afromestizo de la Costa Chica de Oaxaca y Guerrero";
- f) Serie de audio para radio "Pueblos de México" (Proyecto México Multicultural) en CD:
 - i) Cápsula 26: El Pueblo Afromestizo de Veracruz;
 - ii) Cápsula 27: El Pueblo Afromestizo de Oaxaca y Guerrero;

11. En tercer lugar, la Secretaría de Educación Pública elaboró una monografía (estudio documental), por encargo de la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, titulada *La población negra en México*.

12. Cabe recordar, asimismo, que desde 1989 se creó el Programa Nacional "Nuestra Tercera Raíz", dependiente del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, para reconocer la raíz africana en la integración de la cultura nacional. En el marco de este Programa se han realizado estudios sobre la esclavitud en América, las tradiciones orales y musicales, la religiosidad, la medicina tradicional y los códigos estéticos de los afrodescendientes. Además, el Programa impulsa la promoción cultural en comunidades donde persisten expresiones culturales propias de los afrodescendientes, con la finalidad de reconocer, dignificar y estimular su presencia como elemento constitutivo de la identidad nacional.

13. Cabe mencionar que el CONAPRED, de conformidad con sus ámbitos de competencia, está facultado para recibir quejas y reclamaciones por presuntos actos de discriminación, incluyendo aquellos que se presentan en contra de comunidades afrodescendientes. Dicho cometido se realiza a través de su Dirección General de Quejas y Reclamaciones, la cual investiga y formula resoluciones por disposición a las autoridades responsables así como a los particulares que inciden en actos de discriminación. De igual forma y, de conformidad con su competencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), a través de su Programa de Quejas, puede recibir e investigar quejas sobre presuntas violaciones de derechos humanos, incluyendo aquellas en contra de comunidades afrodescendientes y formular recomendaciones a las autoridades responsables.

14. Por otro lado, México ha participado activamente en diversas reuniones a nivel internacional, tanto universales como regionales, a efecto de intercambiar experiencias sobre mejores prácticas en materia de combate a la discriminación, incluida aquella relativa a comunidades afrodescendientes. Así, destaca la participación de México, a través del CONAPRED en:

- a) Conferencia Regional de las Américas sobre los Avances y Desafíos en el Programa de Acción contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia que se realizó en Brasilia, del 26 al 28 de julio de 2006, la cual, entre otros, apoyó la propuesta de establecimiento de mecanismos de promoción de los derechos de la infancia y la adolescencia de afrodescendientes en las Américas, y recomendó la adopción de programas de formación en derechos humanos para agentes de los sistemas judicial, penitenciario y policial, considerándose los efectos perniciosos de la discriminación en la aplicación de justicia, especialmente sobre la juventud afrodescendientes de la región;

b) Seminario de Expertos sobre Estándares y Mecanismos Regionales para Combatir la Discriminación y Proteger los Derechos de las Minorías, convocado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y celebrado en Washington D.C., en la sede de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en enero de 2007.

c) Programa de Visitantes de la Unión Europea organizado por el Parlamento Europeo y la Comisión Europea, en febrero de 2007 en Bruselas.

d) Reunión de grupo de expertos internacionales, que integraron las recomendaciones sobre la elaboración de planes nacionales contra la discriminación en el marco del quinto período de sesiones del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre aplicación efectiva de la Declaración y Programa de Acción de Durban, en marzo de 2007, en Ginebra.

REFORMA CONSTITUCIONAL EN MATERIA INDÍGENA

15. En el párrafo 12 de sus observaciones finales, el Comité recomendó al Estado Parte que pusiera en práctica los principios recogidos en la reforma constitucional en materia indígena en estrecha consulta con los pueblos indígenas.

16. El Gobierno de México comunicó al Comité² la siguiente información sobre la reforma constitucional en materia indígena publicada en el Diario Oficial de la Federación:

“Marca cambios sustanciales en las políticas del Estado dirigidas a los pueblos indígenas. Por una parte, establece la participación de los pueblos, organizaciones y comunidades indígenas en el diseño y la operación de políticas y acciones del gobierno en materia de desarrollo. Por otra, reconoce las carencias y los rezagos en sus condiciones económicas y sociales, y obliga a los gobiernos federales, estatales y municipales a impulsar el desarrollo regional en las zonas indígenas y a mejorar sus condiciones de vida.

Dicha reforma al artículo 2º Constitucional, además de reconocer la composición pluricultural de la nación, contempla la definición legal de pueblo y comunidad indígena, reconoce el ejercicio de la libre determinación y autonomía y señala los derechos indígenas que pueden ejercerse en el marco de la Constitución y las leyes, con respeto al pacto federal y la soberanía de los Estados.

Esta reforma impone a la Federación, los Estados y los Municipios, obligaciones para garantizar la vigencia de los derechos indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades con la participación de los mismos y prescribe que el Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados deberán realizar las adecuaciones jurídicas que establezcan las características de libre determinación y autonomía que mejor expresen las situaciones y aspiraciones de los pueblos indígenas en cada entidad.”

17. Asimismo, reiterando la información brindada por el Gobierno de México al Comité, una traducción práctica de las reformas de 2001 es la expedición de la Ley que crea la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), que creó a la CDI como un

² Respuesta del Estado Mexicano a las preguntas del Comité relativas al examen de los informes periódicos de México 12.º a 15.º, párrs. 28 a 30, 19 mayo de 2006.

organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, que tiene por objeto orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas.

18. Cabe destacar que, de acuerdo con esa Ley (art. 12), la CDI contará con un Consejo Consultivo como órgano de consulta y vinculación con los pueblos indígenas y la sociedad. Se trata de un órgano colegiado y plural a través del cual la CDI busca entablar un diálogo constructivo e incluyente con los pueblos indígenas y la sociedad y está integrado mayoritariamente por indígenas.

19. El objetivo del Consejo Consultivo es analizar, opinar y hacer propuestas a la Junta de Gobierno y al Director General de la Comisión sobre las políticas, programas y acciones públicas para el desarrollo de los pueblos indígenas.

20. El Consejo Consultivo está conformado por 198 consejeros en total, de los cuales 140 son consejeros representantes de los pueblos indígenas de México; siete, consejeros representantes de instituciones académicas y de investigación nacionales; 12, consejeros representantes de organizaciones sociales; siete, consejeros integrantes de las mesas directivas de las Comisiones de Asuntos Indígenas de ambas Cámaras del Congreso de la Unión y 32 son consejeros representantes de los gobiernos de las entidades federativas. El 21 y 22 de abril se realizó la instalación del nuevo Consejo Consultivo para el período 2007-2009.

21. Entre sus principales funciones están:

- a) Analizar y proponer políticas, programas, proyectos y acciones públicas para el desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas;
- b) Evaluar los programas, proyectos y acciones de gobierno;
- c) Opinar sobre la pertinencia, eficacia y eficiencia de los programas, proyectos y acciones gubernamentales;
- d) Participar en el diseño del Sistema de Consulta y Participación Indígena;
- e) Analizar y hacer propuestas sobre la participación y representación de los pueblos indígenas;

22. El Consejo Consultivo está organizado mediante:

- a) Asamblea: reunión en pleno de los consejeros instalados en sesión;
- b) Comisión Coordinadora: instancia conformada por los coordinadores de cada uno de los grupos de trabajo;
- c) Comisión de Honor: instancia integrada por cinco consejeros quienes permanecen en su cargo hasta la renovación del Consejo. Encargada de velar por el cumplimiento de las responsabilidades de los consejeros;
- d) Presidente: elegido por la Asamblea de entre los Consejeros indígenas. Dura un año en su cargo;
- e) Doce grupos de trabajo, en torno a las Líneas generales para el desarrollo integral de los pueblos indígenas. Su integración fue determinada por la Asamblea y llevan a cabo las diferentes tareas acordadas en el programa de trabajo;
- f) Secretario Técnico: servidor público de la CDI designado por el Director General de la misma. Se encarga de apoyar la operación del Consejo.

23. Cabe recordar también, según se informó al Comité³, que la reforma constitucional en materia indígena ha derivado en diversas acciones concretas para asegurar su implementación. En este sentido, se menciona, además de la Ley de la CDI, la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, de 2003, que creó el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Destaca también que actualmente los derechos indígenas se reflejan en 22 Constituciones de las entidades federativas⁴, seis de las cuales fueron reformadas con posterioridad y con base en la reforma constitucional⁵, y siete entidades han adoptado leyes reglamentarias en la materia.⁶

24. Por otra parte, la CNDH cuenta con un Programa de Protección y Observancia de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas, mediante el cual imparte conferencias, desarrolla talleres y participa en seminarios, foros, diplomados y congresos, a través de los cuales difunde, promueve y sensibiliza sobre la importancia del respeto a los derechos de los indígenas.

25. Durante 2006, la CNDH recibió 1.807 expedientes de queja, de los cuales 412 corresponden a presuntas violaciones a los derechos humanos, entre las que se encuentran algunas quejas correspondientes al incumplimiento de la función pública en la administración de justicia en materia agraria, la negativa o inadecuada prestación del servicio público en materia de regularización de la tierra y la violación a los derechos de los indígenas.

26. A fin de allegarse de elementos para la adecuada integración de los asuntos que se atienden, así como para recabar las pruebas tendientes a acreditar la violación de los derechos humanos de las comunidades indígenas, la CNDH realiza visitas de campo a los lugares en donde tuvo origen la queja. Durante 2006 llevó a cabo un total de 74 visitas a ciudades y municipios de 15 entidades federativas⁷.

27. Las visitas a las comunidades indígenas se detallan en el cuadro siguiente:

Entidad Federativa	Comunidad Indígena Visitada	Fecha de Visita
Guerrero	1. Chiepetlán 2. Alpoyecancingo 3. Tilapa 4. Zapotitlán Tablas 5. Tonalá 6. Yoloxochitl 7. Zacualpan 8. Zoyatlán	8 a 11 de junio de 2005

³ Ibíd.

⁴ Constituciones de Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Querétaro, Hidalgo, Sonora, Jalisco, Chihuahua, Estado de México, Campeche, San Luis Potosí, Quintana Roo, Michoacán, Nayarit, Veracruz, Tlaxcala, Sinaloa, Tabasco, Durango, Morelos, Puebla y Yucatán.

⁵ Durango, Jalisco, San Luis Potosí, Morelos, Puebla y Tabasco.

⁶ Oaxaca, Quintana Roo, Chiapas, Campeche, Estado de México, San Luis Potosí y Nayarit.

⁷ Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán.

Durango	1. Bancos de Calitique 2. Brasiles 3. San Lucas de Jalpan 4. Santa María Huazamota	14 a 18 de noviembre de 2005
Yucatán	1. 1.Hunucmá 2. San Antonio Chel 3. Progreso 4. Maní 5. Peto 6. Tecax	12 a 16 de diciembre 2005
Durango	1. La Guajolota	22 de febrero de 2006
Baja California	2. Cucapá el Mayor 3. Ejido Tribu Mayor 4. Pai Pai de San Isidro 5. Pai Pai de Santa Catarina 6. La Huerta 7. Jamao 8. San José de la Zorra 9. San Antonio Nécua 10. Juntas de Nejí	27 a 31 de marzo de 2006

28. El objetivo de las acciones de difusión, promoción y sensibilización de la CNDH sobre la importancia del respeto de los derechos indígenas y la legislación en la materia (conferencias, talleres y participación en seminarios, foros, diplomados y congresos), es acercar a los indígenas los servicios de la CNDH y el conocimiento de sus derechos, así como los medios para hacerlos valer.

ESTERILIZACIONES FORZADAS

29. En el párrafo 17 de sus observaciones finales, el Comité exhortó al Estado Parte a que adoptase todas las medidas necesarias para poner fin a la práctica de esterilizaciones forzadas, a que investigase de manera imparcial y a que se procesase y se castigase a los autores y ejecutores de las prácticas de esterilizaciones forzadas. Afirmó que el Estado Parte debía velar también por que las víctimas dispusieran de recursos jurídicos eficaces, incluso para obtener indemnización.

30. Según se informó al Comité en febrero de 2006, en México no existe ni ha existido una política de Estado o una práctica sistemática que promueva la violación de los derechos sexuales y reproductivos de sus habitantes. Por el contrario, existe un marco jurídico y una política que promueve un mayor conocimiento de la salud reproductiva de su población y, en particular, entre las comunidades indígenas rurales y otras poblaciones marginadas en zonas urbanas. Dicha política se ha reforzado en los últimos años mediante un marco institucional que ha incrementado la cobertura y las acciones en la materia.

31. Existe desde luego, la posibilidad de que se presenten algunos casos aislados de violación a esos derechos. Frente a ello, el sistema jurídico e institucional del Estado mexicano cuenta con

mecanismos orientados a sancionar estos delitos así como a hacer cumplir las recomendaciones que pudieran emanar para salvaguardar los derechos de los individuos afectados.

32. Al reconocer la complejidad y las dificultades socioeconómicas que existen en algunas comunidades indígenas del país, México ha alcanzado importantes avances en materia de salud reproductiva y equidad en los últimos cinco años, los cuales se describen en el presente documento: perfeccionamiento del marco jurídico; incorporación de nuevas entidades y mayor coordinación entre las entidades encargadas de la salud reproductiva; y multiplicación de los programas prioritarios y especialmente destinados a las comunidades indígenas para promover su salud y sus derechos.

33. Cabe recordar que el Gobierno de México proporcionó al Comité, en el informe que agrupa los informes periódicos 12.º a 15.º, información no contextualizada sobre la recomendación general 4/2002 emitida por la CNDH, intitulada “Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto a la obtención del consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar” (CERD/C/473/Add.1, párrafos 153 a 155). Dado su carácter general, dicha recomendación no describe situaciones específicas de presunta violación a los citados derechos. Por ello, el presente documento busca ofrecer los elementos que permitan contextualizar el contenido de dicha recomendación, así como dar a conocer el estado que guarda el cumplimiento de la misma.

34. Al respecto, cabe resaltar que lo anterior se hace necesario pues fue a partir de los comentarios generales, no contextualizados, que contienen dichos párrafos que durante la sustentación se consideró que “los párrafos 153, 154 y 155 del informe, sin ninguna duda, reconocen que en México ha existido (y, según organizaciones indígenas, persiste) una práctica de esterilizaciones forzosas de indígenas” (párrafo 29 del texto de la intervención del Sr. Cali, de fecha 15 de febrero de 2006 y pronunciado ante el Comité con fecha 20 de febrero de 2006).

35. Sobre el particular, el Gobierno de México se permite reiterar que en el país no existe ni ha existido una política de Estado o una práctica sistemática de esterilización forzada de indígenas. Ello no implica desconocer la posibilidad de que existieran casos aislados, en cuyo caso la ley prevé recursos para su sanción.

36. Con el documento entregado al Comité el 28 de febrero de 2006, se proporcionó información sobre las quejas relativas a presuntas esterilizaciones forzadas a indígenas del Estado de Guerrero y sobre su seguimiento, así como sobre acciones gubernamentales y políticas públicas desarrolladas en materia de salud sexual y reproductiva. De manera complementaria, este documento proporciona información que también fue presentada por el Gobierno de México el 4 de enero de 2007 a la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en cumplimiento al informe de marzo de 2004 (GB.289/17/3) del Comité Tripartito encargado de examinar ciertas reclamaciones presentadas contra el Gobierno de México en la materia.

37. Cabe destacar que la reclamación ante la OIT antes referida alude a casos específicos sobre supuestas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de miembros de comunidades indígenas en Río Chiquito, Municipio de Santiago Jocotepec, Oaxaca; y de las comunidades de Ojo de Agua, Ocotlán, La Fátima y El Camalote, en el Municipio de Ayutla de los Libres, Guerrero, respecto de los cuales se proporciona a continuación información detallada.

38. Según información proporcionada por la Procuraduría General de la República (PGR) tras consultas a sus delegaciones estatales en Oaxaca y Guerrero, en ninguno de dichos casos se encontró registro de acta circunstanciada o averiguación previa iniciada por alguna denuncia de hechos por supuestos abusos en contra de pobladores de dichas comunidades con motivo de prácticas de salud sexual y reproductiva. Así, los casos específicos de referencia fueron quejas ante las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, y derivaron en recomendaciones por parte de ésta y de la CNDH seguidas de acciones concretas de cumplimiento a estas recomendaciones por parte de las instancias gubernamentales.

39. Asimismo, respecto de dichos casos específicos presentados ante la OIT, el Gobierno de México procedió a una seria investigación. La evidencia muestra que si bien pueden existir posibles violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de miembros de algunas comunidades de forma aislada —hecho que en los casos de Oaxaca y Guerrero no pudo ser fehacientemente comprobado— existe un procedimiento institucional para atender las quejas que llegaran a presentarse. A este respecto vale la pena subrayar que las autoridades de salud del Estado Mexicano acataron las recomendaciones que en su momento emitieron las Comisiones Nacionales y Estatales de Derechos Humanos.

1. Quejas sobre casos específicos en Guerrero

40. En relación con el Estado de Guerrero, la comunicación ante la OIT hacía referencia a supuestas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos por parte del personal médico (CC. Ernesto Guzmán León, Rafael Almazán Solís y Mayra Ramos Benito) adscrito a la jurisdicción sanitaria 06 de Costa Chica de los Servicios Estatales de Salud, supuestamente cometidas en contra de algunos miembros de las comunidades de Ojo de Agua, Ocotlán, la Fátima y El Camalote, en el Estado de Guerrero, entre 1998 y 1999.

41. Según esta comunicación, dicho personal médico prometió a miembros de estas comunidades —aproximadamente a 14 varones de cada comunidad— darles cierta cantidad de dinero, ropa, zapatos y alimentos a cambio de que se les practicara la vasectomía.

42. La queja respecto de estos hechos se realizó ante la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero (CODEHUM-Guerrero) el 17 de diciembre de 1999 por parte de miembros de las primeras tres comunidades y el 16 de agosto de 2004 respecto a los hechos de la comunidad de El Camalote.

43. Sobre estos hechos, la CODEHUM-Guerrero emitió dos recomendaciones:

- a) Recomendación 041/99 (comunidades de Ojo de Agua, Ocotlán y la Fátima), dirigida al Secretario de Salud del Estado en el sentido de: “i) iniciar el procedimiento administrativo interno de investigación en contra del personal médico involucrado por las supuestas violaciones y daños a los quejosos; ii) que se provea lo necesario para que se cumpla, en su caso, con lo convenido por el personal médico; iii) que instruya a los servidores públicos que laboran en dichas comunidades a respetar la autonomía y la dignidad de los pueblos indígenas y que pongan a consideración de éstos las prácticas y los servicios de salud; iv) que se intensifiquen los servicios de salud en las comunidades indígenas mencionadas, ampliando su cobertura y mejorando la calidad de los servicios médicos asistenciales de conformidad con lo estipulado en el Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005”;

b) Recomendación 035/2004, dirigida a la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero para que instruya “i) un procedimiento administrativo de investigación en contra del mismo personal adscrito a la jurisdicción sanitaria 06 de Costa Chica, de los Servicios Estatales de Salud, por su participación en los casos de vasectomía en la Comunidad El Camalote; ii) que proceda a indemnizar a los afectados, y iii) que instruya al personal de esa Secretaría para que en lo sucesivo las políticas de planificación familiar se ajusten a la norma oficial mexicana y al Convenio N.º 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales”.

44. A su vez, la CNDH presentó la Recomendación 18/2001 dirigida al Gobernador del Estado de Guerrero con objeto de reforzar el cumplimiento de los términos de la Recomendación 041/99.

45. Al respecto, el Gobierno realizó las acciones que se describen a continuación.

A. Acciones en relación con la Recomendación 041/99 de la CODEHUM-Guerrero

46. La Secretaría de Salud del Estado de Guerrero inició los procedimientos administrativos de investigación a los servidores públicos involucrados en los casos de supuestas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de los indígenas de las comunidades citadas del Municipio de Ayutla de los Libres, Guerrero. Una vez que se realizó el proceso correspondiente, se emitió el dictamen del entonces Subdirector Jurídico de la Secretaría de Salud del Estado, Luis Enrique Díaz Rivera, en el que se concluye que los servidores públicos denunciados “no incurrieron en ninguna irregularidad laboral, ni administrativa, ni de otra índole, por lo cual no hay lugar a imponerles sanción alguna”. El dictamen incluye los testimonios de varios testigos, que expresaron que no hubo coacción alguna de parte de las autoridades y que la realización de las vasectomías fue voluntaria. Asimismo, incluye copia de las actas administrativas de investigación, de fecha 7 de febrero de 2002, que contiene las confesionales de los servidores públicos involucrados.

47. En las actas administrativas de investigación señaladas anteriormente, no se advierte que los quejosos hayan sido forzados para que se les practicara la vasectomía; de hecho, se cuenta con los documentos que prueban plenamente el consentimiento informado. Adicionalmente, la Secretaría de Salud del Estado ofreció la posibilidad de recanalizar a los vasectomizados en caso de que éstos lo deseen.

48. En lo que respecta a instruir a los servidores públicos que laboran en comunidades a respetar la autonomía y dignidad de los pueblos indígenas, la Dirección General de Salud Reproductiva, en conjunto con los Servicios Estatales de Salud, realizó en el año 2000 el proyecto “Estrategias para el Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas” dirigido al personal prestador de servicios de salud institucional y comunitario que trabaja con población indígena de las Jurisdicciones 03 Centro, 04 Montaña, 06 Costa Chica y 02 Norte.

49. Asimismo, se llevaron a cabo siete talleres de Capacitación-sensibilización en salud reproductiva para prestadores de servicios de salud que atienden a población indígena, con la participación de 470 prestadores de servicios (personal médico, de enfermería, de trabajo social, psicología, Técnicos de Atención Primaria a la Salud, Promotores de Salud, Auxiliares de Salud, parteras y médicos tradicionales), abordando temas socioculturales, la libre decisión informada,

Derechos Sexuales y Reproductivos, Orientación-Consejería en Planificación Familiar y Consentimiento Informado, entre otros.

50. Con el propósito de aumentar la cobertura de dicho modelo, en 2002 se llevaron a cabo tres reuniones regionales, con la participación de 15 entidades federativas, que cuentan con Municipios que tienen un 40% o más de población indígena, como es el caso de Guerrero.

B. Acciones en relación con la Recomendación 18/2001 de la CNDH

51. La Secretaría de Gobernación, mediante oficio UPDDH/2574/06 del 13 de noviembre de 2006, indicó que a dichas recomendaciones se les dio cabal cumplimiento “no obstante que no ha existido una resolución de autoridad competente en el sentido de que personal de la Secretaría de Salud del Estado fue partícipe de esas acciones, y quedó demostrado ante el CODDEHUM Guerrero y CNDH que se acataron las recomendaciones de dichas comisiones para no entrar en controversia con dichos organismos, en forma tal que los vasectomizados reconocieron estar conformes con lo pactado por la Secretaría, en ningún momento, los hoy quejosos presentaron denuncia ante una autoridad competente”.

C. Acciones en relación con la recomendación 35/2004 de la CODEHUM-Guerrero

52. Por lo que se refiere a la recomendación 35/2004, la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero manifestó que el 25 de febrero de 2004 tuvo lugar una reunión en la comunidad de El Camalote entre funcionarios de dicha Secretaría y los quejosos, a la que asistió el propio Visitador General de la CODEHUM de Guerrero, en la que se recogieron los testimonios de las esposas de los quejosos, quienes le manifestaron que las personas que en ese momento se encontraban por parte de la Organización Tlalchinollan, A.C. habían tratado de inducir las para que manifestaran su inconformidad con la vasectomía.

53. Asimismo, se conoció el testimonio de Romualdo Remigio Cantú, quien fungió como Comisario Municipal en el año en que se practicaron las vasectomías, afirmando que las personas ahora inconformes no fueron engañadas y que no suscribieron convenio alguno para que a cambio se dejaran practicar las vasectomías.

2. Quejas sobre casos específicos en Oaxaca

54. La comunicación ante la OIT en relación con el Estado de Oaxaca se refirió a un hecho presuntamente violatorio de los derechos humanos de la Señora Hermelinda del Valle Ojeda, indígena chinanteca de la Comunidad de Río Chiquito, Municipio de Santiago Jocotepec, Oaxaca, sucedido el 7 de enero de 2000, en el que servidores públicos de la Unidad Médica Rural Monte Negro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pudieron haber colocado un dispositivo intrauterino sin su consentimiento.

55. La queja sobre este hecho fue presentada el 9 de mayo de 2002 por la Sra. Graciela Victoria Zavaleta Sánchez, Presidenta de la Comisión Regional de Derechos Humanos “Mahatma Gandhi”. La queja fue remitida a la CNDH el 24 de mayo de 2002 por la Oficina Regional Cuenca de la Comisión de Derechos Humanos de Oaxaca.

56. Tras recabar la información y realizar la investigación correspondiente, la CNDH emitió, el 6 de diciembre de 2002, la Recomendación 46/2002, dirigida al Director General del Seguro

Social. En ésta, solicita al Director General del IMSS: “i) dar vista al Órgano de Control interno de la Contraloría y Desarrollo Administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a fin de determinar la responsabilidad administrativa en la que incurrieron los servidores públicos y, dependiendo de los resultados obtenidos, se haga del conocimiento del Ministerio Público; ii) que se instruya y capacite al personal del IMSS que interviene en los programas de planificación familiar y en la aplicación de métodos cumplan con la normatividad sobre el consentimiento informado (NOM 005-SSA2-1993), respetando plenamente el derecho de las personas para decidir el número y espaciamiento de los hijos y, en su caso, los métodos de planificación que libremente decidan emplear”.

57. El Gobierno realizó las siguientes acciones para dar cumplimiento a la Recomendación 46/2002 de la CNDH:

A. Acciones en cumplimiento de la recomendación 46/2002 de la CNDH, inciso i

58. El 27 de febrero de 2003, la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, mediante oficio 0954-06-0545/2287, solicitó al Contralor Interno del IMSS determinar la responsabilidad administrativa en la que pudieron incurrir los servidores públicos de la Unidad Médica Rural número 290 Monte Negro, Jocotepec, Oaxaca.

59. En su respuesta, la Contraloría Interna Delegacional en el Estado de Oaxaca, mediante oficio 00641/30.102.19/0263/2003 del 12 de marzo de 2003, indicó que de conformidad con el artículo 78, fracción II, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, las facultades para imponer sanciones prescriben a los tres años. Siendo que la fecha en que ocurrieron los supuestos hechos irregulares fue el 7 de enero de 2000 y la fecha en la cual tuvo conocimiento el Órgano Interno de Control fue el 10 de marzo de 2003, transcurrieron los tres años que se señalan en el citado artículo del Ordenamiento legal antes invocado para imponer sanción alguna, la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, mediante oficio número 0954-06-0545/3532 del 28 de marzo de 2003 informó al Cuarto Visitador de la CNDH, en tiempo y forma que:

“Se le dio vista al Órgano de Control Interno, por lo que la resolución del asunto está en el ámbito de competencia de éste, el cual realizó las acciones pertinentes para determinar la responsabilidad que resulte, por lo que el IMSS agotó todas las acciones legales que le corresponden de acuerdo a sus atribuciones, incluyendo las que derivan de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos”.

B. Acciones en cumplimiento de la recomendación 46/2002 de la CNDH, inciso ii

60. El 27 de febrero de 2003, mediante oficio 0954-06-0545/2286, la Coordinación de Atención al Derechohabiente informó al Delegado Estatal del IMSS en Oaxaca el acatamiento de la recomendación 46/2002 y solicitó instruir y capacitar al personal que interviene en los programas y en la aplicación de métodos tanto temporales como definitivos de planificación familiar; y que se cumpla con la normatividad sobre el consentimiento informado, respetando plenamente el derecho de las personas para decidir el número y espaciamiento de los hijos y, en su caso, los métodos de planificación familiar que libremente decidan emplear.

61. En lo que respecta a la capacitación del personal, mediante oficio número 2102040540/CTQ/173/2003 la Delegación Estatal en Oaxaca proporcionó la siguiente información sobre los cursos de capacitación que se llevaron a cabo:

- a) Curso taller “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.”;
- b) Curso de Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar;
- c) Curso de inducción a médicos pasantes en servicio social del año 2003.

62. Asimismo, se distribuyó el siguiente material sobre los citados cursos de capacitación:

- a) Videos de capacitación.
- b) Manual para promotores de Educación sexual.
- c) Disco compacto que contiene reglas de operación 2003, Taller sobre salud materno infantil y ginecológico con parteras rurales; Capacitadores: Salud y derechos sexuales y reproductivos: capacitación guía salud y derechos sociales y reproductivos y cuaderno de lectura promotores.

63. Por otra parte, se elaboró el Plan Estratégico Delegacional de Capacitación sobre Consentimiento informado y Metodología Anticonceptiva con programa de Trabajo, cuyo objetivo es capacitar al personal multidisciplinario del IMSS para proporcionar la información a la población femenina en edad fértil y con riesgo reproductivo.

64. Con base en las citadas acciones, cabe mencionar que la CNDH, en su IV Informe de Labores, indica que la recomendación 46/2002 de la CNDH se encuentra totalmente cumplida.

3. Recomendación General 4/2002 de la CNDH

65. Según fue informado previamente a ese Comité, el 16 de diciembre de 2002 la CNDH emitió su Recomendación General 4/2002 en relación con la “obtención del consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar” en los “miembros de comunidades indígenas”⁸. La misma contiene tres recomendaciones generales para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el respeto a los valores, usos y costumbres de las comunidades indígenas, y para precisar que ningún programa gubernamental o beneficio económico podrá ser condicionado a la aceptación de métodos anticonceptivos. Con objeto de elevar la sensibilidad del personal encargado de aplicar dichos programas con respecto a las características culturales de estos grupos, la CNDH recomienda a las dependencias adoptar una serie de medidas para que los usuarios se encuentren debidamente informados acerca de los métodos de planificación familiar, especialmente para que, mediante el consentimiento informado, puedan ejercer sus derechos a la libre decisión y elección en materia de salud reproductiva.

66. Se anexa al presente un informe elaborado por la CNDH sobre el estado que guarda el cumplimiento por parte del Gobierno de esta recomendación.

67. Cabe recordar que, en dicha recomendación, la propia CNDH “reconoce los importantes esfuerzos desplegados por el gobierno federal y los gobiernos estatales para llevar los servicios de salud a las comunidades más apartadas, así como instrumentar programas de salud reproductiva dirigidos a estas comunidades, e inclusive fomentar la participación y la capacitación de los agentes de salud tradicionales en estos programas.

⁸ Disponible en la página web de la CNDH: www.cndh.org.mx/recomen/general/004.htm.

**POLÍTICA Y ACCIONES DEL GOBIERNO DE MÉXICO
EN MATERIA DE SALUD REPRODUCTIVA**

68. La política de población en México se rige por el respeto a las libertades y derechos de los individuos y otorga especial importancia a los derechos humanos, a la potenciación del papel de las mujeres, a la igualdad de oportunidades y al respeto a la diversidad cultural y étnica. De tales principios se desprenden acciones para la promoción del ejercicio pleno de los derechos reproductivos y la garantía del acceso a los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva.

69. El Gobierno de México hace notar que desde 1994 las políticas de población y de salud de México han incorporado el enfoque de la salud reproductiva en sus programas, reconociendo siempre el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

70. La adopción y aplicación de este enfoque ha implicado profundas modificaciones en las estructuras institucionales, jurídicas y administrativas del sector salud, incluyendo una amplia movilización de recursos humanos y materiales orientados a establecer los marcos normativos de la prestación de los servicios, a impulsar la capacitación y sensibilización en salud reproductiva de miles de agentes de salud, así como a promover la participación social.

71. Entre estas acciones deben destacarse las que a continuación se detallan.

1. Marco jurídico

72. El Gobierno mexicano cuenta con los siguientes instrumentos jurídicos:

- a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁹, que en su artículo 4 establece que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos;
- b) Ley General de Salud¹⁰, que en su artículo 67 señala que la planificación familiar es de carácter prioritario. Los servicios que se presten en materia de planificación familiar constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad en que incurran;
- c) Ley General de Población¹¹, que establece como objetivo fundamental de la política de población el regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

⁹ Véase info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/.

¹⁰ Véase info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/163.htm?s.

¹¹ Véase info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/161.htm?s.

d) Reglamento de la Ley General de Población, que en su artículo 21, señala que “Los servicios de salud, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que para regular la fecundidad desee emplear y queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio recabarán previamente su consentimiento por escrito”.

73. Además de esos instrumentos jurídicos, la prestación de servicios de salud reproductiva se encuentra regulada en las normas oficiales de cada uno de los componentes que integran este concepto:

a) Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993);

b) Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM 010-SSA2-1993);

c) Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (Publicada en su versión actualizada en el Diario Oficial de la Federación –DOF– el 21 de enero de 2004) (NOM-005-SSA2-1993);

d) Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (NOM 014-SSA2-1994);

e) Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM 028-SSA2-1999);

f) Norma Oficial Mexicana para la Atención a la Salud del Niño (NOM-031-SSA2-1999);

g) Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama (Publicada en el Diario Oficial de la Federación Septiembre 17 de 2003) (NOM-041-SSA2-2002);

h) Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Defectos al Nacimiento (Publicada en el Diario Oficial de la Federación DOF el 18 de Septiembre de 2003) (NOM-034-SSA2-2002);

i) Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la atención médica (NOM-035-SSA2-2002).

2. Marco institucional

74. Entre las instituciones donde se atiende la problemática en materia de salud sexual y reproductiva se encuentran las siguientes:

- a) Secretaría de Salud (SSA)¹²;
- b) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹³;
- c) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)¹⁴;
- d) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva¹⁵;
- e) Consejo Nacional de Población (CONAPO)¹⁶;
- f) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)¹⁷;
- g) Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)¹⁸.

75. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Tiene entre sus atribuciones el proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico-uterino y mamario, atención materno-infantil, salud perinatal, equidad de género y prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública, y garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

76. Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR). Es una instancia consultiva constituida el 15 de febrero de 1995 por representantes de 19 instituciones gubernamentales (la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Consejo Nacional de Población, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el IMSS-Oportunidades, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Gobierno del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas), organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, con la finalidad de dar seguimiento a los programas de salud y a los procesos de elaboración y actualización de los instrumentos normativos que atienden las diferentes dimensiones de la salud reproductiva en México.

77. El rol del GISR como órgano consultivo ha quedado oficialmente ratificado en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 19 de enero de 2004, donde se establece que sus actividades serán coordinadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

78. Por otro lado y en congruencia con los objetivos nacionales de salud y para propiciar condiciones favorables que contribuyan y promuevan el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de la población indígena, la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional de Población, la Coordinación General de Programa IMSS-Oportunidades y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas firmaron en 2005 una Carta de Intención para fortalecer la colaboración interinstitucional a favor de la salud reproductiva de la población indígena con la finalidad de potenciar los esfuerzos institucionales y elevar los niveles de salud reproductiva de la población indígena.

¹² Véase www.salud.gob.mx.

¹³ Véase www.imss.gob.mx/imss.

¹⁴ Véase www.issste.gob.mx.

¹⁵ Véase www.generoysaludreproductiva.gob.mx.

¹⁶ Véase www.conapo.gob.mx.

¹⁷ Véase www.dif.gob.mx.

¹⁸ Véase cdi.gob.mx.

A. Programas prioritarios

79. **Programa Nacional de Población 2001-2006**¹⁹. Constituido en el marco de los lineamientos establecidos en la Ley General de Población. Contempla como sus objetivos principales favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción; atender los rezagos sociodemográficos que afectan a los pueblos indígenas; ampliar las capacidades y oportunidades de las personas para ejercer sus derechos de manera libre, responsable e informada en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción y fortalecer los esfuerzos de información, educación y comunicación en la población.

80. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**²⁰. Plantea las estrategias para contribuir a que los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y post reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbanas marginadas, así como en las comunidades indígenas y la población adolescente.

81. Este Programa Nacional de Salud integra en su estructura programática el desarrollo del **Programa de Acción Salud Reproductiva**²¹, cuyo propósito fundamental es disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de muy alta marginación. Los objetivos del Programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población rural y urbano marginada, así como propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando los aspectos culturales, geográficos y económicos.

82. **Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)**²². Fue creado para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva al otorgar un Paquete Básico de Servicios de Salud a la población que se ubica en localidades aisladas que no tienen acceso cercano a cualquier tipo de servicios de salud o de seguridad social, en donde se incorpora la Planificación Familiar.

83. Las acciones que se realizan al respecto son: Educación para la salud; Orientación y provisión de métodos anticonceptivos; Identificación de la población en riesgo; Referencia para la aplicación del DIU; Oclusión tubárica bilateral; Vasectomía y manejo de infertilidad y Educación y promoción de la salud reproductiva. Para tal efecto, también se distribuye información sobre los derechos generales de los pacientes y a dónde acudir en caso de que se violen sus derechos, el uso de métodos anticonceptivos y sus derechos sexuales.

84. **Programas de Planificación Familiar**²³. Creados entre 1997 y 2000 por el IMSS, el ISSTE y la Secretaría de Salud. Son 5 programas que tienen dos acciones principales, a saber: las visitas domiciliarias a familias de áreas urbano marginadas por parte de promotoras de la comunidad; y

¹⁹ Véase www.conapo.gob.mx/pnp/pnp.html.

²⁰ Véase www.salud.gob.mx.

²¹ Véase www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf.

²² Véase www.imss.gob.mx/imss.

²³ *Ibíd.*

la asistencia en módulos instalados en los centros de seguridad social, en donde se brinda información y consultas de planificación familiar, con absoluto respeto a los derechos reproductivos y a la libre decisión de las personas.

85. Se utilizan materiales didácticos y promocionales para fortalecer el ejercicio responsable e informado de las parejas acerca del número y el espaciamiento de sus hijos; se otorga de manera gratuita toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles; y se ofrece orientación sobre el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama, la menopausia y las infecciones de transmisión sexual. Se suman a estos esfuerzos las Jornadas de Salud Reproductiva en unidades médicas del ámbito urbano, que refuerzan la estrategia de mejorar el acceso a los métodos de anticoncepción, disminuir la demanda insatisfecha y los embarazos no planeados.

86. **Programa IMSS-Oportunidades**²⁴. Promueve el derecho a la salud y al bienestar individual y colectivo de los mexicanos. Es un instrumento de la política social del Gobierno mexicano para llevar servicios de salud y bienestar social a las zonas marginales rurales.

87. Este programa está presente prioritariamente en comunidades dispersas, habitadas por grupos poblacionales en desventaja social y económica, llevando a las áreas marginadas, atención integral a la salud, oportuna y de calidad, con un modelo de atención a la salud, que a la vez que otorga servicios, promueve soluciones de mejoramiento social y cultural, con la amplia y decidida participación de las comunidades.

88. Dicho programa atiende actualmente de manera integral la salud de más de 10,6 millones de campesinos e indígenas de 17 entidades del país.

89. Su esquema de atención se basa fundamentalmente en el trabajo conjunto con la población de las comunidades rurales marginadas, convocando a más de 250.000 voluntarios, organizados en asistentes rurales de salud, promotoras sociales voluntarias, comités de salud, parteras rurales y terapeutas tradicionales, que de manera organizada, conciente y voluntaria, participan en tareas orientadas a preservar la salud de sus familias y sus comunidades y a mejorar su entorno ambiental.

90. **Programa de Acción Arranque parejo en la vida**²⁵. Tiene como misión brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo.

91. El programa inició sus trabajos en una primera fase en los Estados de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, centrando sus acciones en 71 municipios con mayor incidencia de mortalidad materna. Para avanzar en la implementación de la red de servicios de salud, el Programa se presentó a los Estados de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Yucatán.

92. Para avanzar en la estrategia de formación de capacitadores de parteras y de personal comunitario en la atención integral del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, se realizó un

²⁴ Véase www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/ProfesionalesSalud/DPM/IO/Principal.htm

²⁵ Véase www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/re211102.html.

censo de las parteras que colaboran con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como un diagnóstico de las necesidades de capacitación. Lo anterior permitió la distribución de 14.303 maletines para las parteras y paralelamente se realizaron cursos de capacitación a personal de enfermería.

93. Programa Salud y nutrición para los pueblos indígenas²⁶. Considera 10 líneas estratégicas entre las que destacan las acciones dedicadas para mejorar la salud de la mujer indígena. En coordinación con IMSS-Oportunidades se realizó un taller de capacitación para el empoderamiento de la mujer indígena en la región de la Huasteca potosina, en el que se incluyeron temas sobre la situación de la mujer en México, el fortalecimiento de la autoestima, toma de decisiones, entre otros.

94. Programa de acción mujer y salud²⁷. Tiene como misión realizar actividades de sensibilización, capacitación, promoción y difusión en todas las instituciones del sector salud para que se incorpore la perspectiva de género en los programas de acción, en los presupuestos, sistemas de información, líneas de investigación y servicios de salud, con la finalidad de contribuir a mejorar la situación de las mujeres y los hombres, tomando en cuenta las diferencias que imprime su condición de género.

B. Otras acciones

95. Información, Educación y Comunicación en la Población. Para mantener informada a toda la población, el Gobierno de México emprende estrategias que se enmarcan en el conjunto de acciones en materia de información, educación y comunicación en población. El propósito de esta estrategia es contribuir a fortalecer una sólida cultura demográfica que busca:

- a) Desarraigar los prejuicios, estereotipos y creencias infundadas que con frecuencia influyen en las decisiones de los individuos y las parejas en materia demográfica;
- b) Fortalecer el espíritu de prevención y planeación en los individuos y las familias;
- c) Propiciar en los individuos y las parejas comportamientos demográficos que coadyuven a mejorar su calidad de vida, promover decisiones libres, responsables e informadas;
- d) Fomentar actitudes de mayor compromiso y participación en la solución de problemas de crecimiento y distribución de la población.

96. Las campañas que se desarrollan tienen como objetivos adicionales:

- a) Sensibilizar a la población indígena sobre las ventajas de planear la familia;
- b) Promover la participación responsable e informada del varón en la toma de decisiones sobre planificación familiar y la comunicación en pareja;
- c) Promover la autodeterminación de las parejas en la conducción de sus proyectos reproductivos, abatir las barreras sociales y culturales que restringen la práctica de la planificación familiar;
- d) Promover la búsqueda de información y utilización de servicios de planificación familiar en las instituciones públicas de salud; y
- e) Ampliar el conocimiento y la comprensión de hombres y mujeres respecto al procedimiento del “consentimiento informado” en la aceptación de métodos anticonceptivos.

²⁶ Véase sedesol2006.sedesol.gob.mx/manualmicroregiones/20_SSA_PSNPI.pdf.

²⁷ Véase www.mujerysalud.gob.mx.

97. Para lograr estos objetivos, se diseñaron y produjeron cinco spots de radio y 19 cápsulas radiofónicas bajo la campaña “Salud sexual y reproductiva para la población indígena”. Estos mensajes se transmitieron a través de las 27 radiodifusoras de la CDI con la finalidad de incrementar el conocimiento sobre el cuidado de la salud reproductiva con énfasis en la salud de la madre y la del niño o niña e identificar factores de riesgo y signos de alarma que requieren del contacto de la población con los servicios de salud.

98. Además, como parte central del producto de comunicación en salud sexual y reproductiva para la población indígena, se realizó el diseño conceptual, los guiones y la producción de cuatro videos informativos sobre el consentimiento informado (Versiones: Dispositivo Intrauterino, Oclusión Tubárica Bilateral, Vasectomía y Demanda Calificada).

99. Ampliación de Cobertura y Mejoramiento de la calidad de los Servicios de salud sexual y reproductiva. México tiene como una prioridad ampliar el acceso a los servicios a aquellas áreas geográficas donde se registran niveles elevados de mortalidad, una edad temprana al momento de contraer matrimonio y de tener al primer hijo/a y escasa práctica de la anticoncepción, y atender a aquella población con mayores necesidades como condición básica para garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos, al tiempo que constituye un componente medular de la equidad y la justicia social.

100. Actualmente, los patrones reproductivos son mucho más favorables debido a que el Gobierno de México implementa políticas enfocadas a proteger la salud de mujeres y niños, al disminuir los alumbramientos a una edad precoz, los embarazos demasiado próximos entre sí, los muy numerosos o los alumbramientos que ocurren a una edad más tardía en la vida de las mujeres.

101. En este sentido, la salud reproductiva es un elemento intrínseco del bienestar y la calidad de vida de las mujeres y hombres, y una condición necesaria para el desarrollo de su potencial. Aunque durante la última década las políticas sociales dirigidas hacia la población indígena han contribuido a mejorar sus condiciones de salud reproductiva, aún se presentan rezagos de tal magnitud que reclaman redoblar las acciones para abatir las desigualdades e inequidades que los aquejan en esta materia.

102. Cabe destacar que el Sistema Nacional de Salud, para seguir garantizando el derecho a la salud y a decidir sobre el número y espaciamiento de los nacimientos, sigue llevado a cabo diversas acciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, lo cual se refleja en un porcentaje creciente de parejas en edad fértil que recurren de manera activa a la práctica de la planificación familiar.

103. Promoción de la salud sexual y reproductiva de la población indígena. El Consejo Nacional de Población y la CDI desarrollaron el proyecto “Promoción de la salud sexual y reproductiva de la población indígena”, el cual también responde a la necesidad de redoblar esfuerzos que permitan abatir los rezagos que en materia de salud reproductiva presenta este sector. Entre los objetivos a alcanzar están incrementar el conocimiento sobre el cuidado de la salud reproductiva, fomentar el diálogo y la participación equitativa, libre de violencia, entre hombres y mujeres en el cuidado de la salud reproductiva, difundir el derecho de las personas a recibir servicios de calidad, así como la orientación e información necesaria que les permita

tomar decisiones libres, responsables e informadas en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, entre otros.

- - - - -