

Bernardo Fernández, ex abogado de la Arquidiócesis de México, involucrado en el caso

Bloquean en la Ssa norma que garantiza atención a víctimas de violencia familiar

Entre los auxilios que se deben proporcionar está brindar la anticoncepción de emergencia

Ángeles Cruz Martínez

La Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud (Ssa), a cargo de Bernardo Fernández del Castillo, ex abogado de la Arquidiócesis de México, tiene detenida la publicación del proyecto de actualización de la Norma Oficial Mexicana (NOM) sobre violencia familiar, que incorpora de manera explícita la obligación de los servicios médicos de proporcionar la atención necesaria a las personas, en particular las mujeres, que sean víctimas de violencia sexual en su hogar.

La revisión y actualización del documento estuvo a cargo de la misma Ssa durante la pasada administración. El trabajo se concluyó e inclusive ya pasó la revisión de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Cofemer), instancia que emitió su dictamen final aprobatorio desde el pasado 12 de enero de 2007.

El proyecto de NOM plantea varios cambios, el primero, el de su nombre, para denominarse NOM 046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres: criterios para la prevención y atención, con el que se busca dar un carácter más amplio a los servicios de salud a que tienen derecho las víctimas.

La norma se publicó por primera vez en 1999 bajo el nombre de NOM 190-SSA1, prestación y servicios de salud: criterios para la atención médica de la violencia familiar. Debido a que la Ssa consideró necesario ampliar el campo de acción de este ordenamiento, incorporó, por ejemplo, el concepto de violencia sexual y la obligación de los prestadores de servicios de salud de ubicar el problema y, en su caso, ofrecer a las víctimas la anticoncepción de emergencia (o *pastilla del día siguiente*) para evitar el riesgo de un embarazo no deseado.

El personal de salud también tendría bajo su responsabilidad realizar las acciones médicas para prevenir infecciones de transmisión sexual e informar a las mujeres las alternativas legales a su disposición, de acuerdo con la entidad federativa en que se encuentren, para acceder a la interrupción legal del embarazo, si fuera necesario.

Este último tema, además, se incorporó a la nueva NOM, en cumplimiento al compromiso contraído por México ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el acuerdo de solución amistosa del caso Paulina, quien fue víctima de violación y se le negó la posibilidad de aborto en Tijuana, Baja California.

La evaluación realizada por la Cofemer concluyó con un dictamen aprobatorio, y sólo planteó sugerencias para modificar la redacción de algunos de los numerales, con la finalidad de evitar contusiones y “resaltar que la práctica médica de un aborto está

supeditada, única y exclusivamente, a la legislación de los estados en cuanto a su autorización”.

Con ello, señaló la comisión, se evita una interpretación errónea sobre la responsabilidad del Estado en esta materia. “Lo que se busca es proporcionar, a las mujeres que se encuentren en los supuestos establecidos por la legislación local, un tratamiento que garantice su salud y la posibilidad de ejercer plenamente un derecho (el del aborto legal) otorgado por dichas legislaciones” (estatales).

Todavía más, la Cofemer sugirió la inclusión de la definición genérica de “abuso sexual”, con el propósito de que la nueva NOM cumpla “de la manera más amplia posible con su objetivo de proteger a las víctimas de la violencia familiar”.

Con ese objetivo, planteó que se ampliara la definición de “abuso sexual infantil” para incluir una “actividad sexual inapropiada”, así como la observación de un acto sexual o bien la realización de fotografías o videos de desnudos con fines pornográficos.

Organizaciones civiles de mujeres consultadas sobre el tema explicaron que desde hace varios meses debió concluir la revisión de la Dirección de Asuntos Jurídicos y, de hecho, el proyecto de NOM ya tendría que haberse incluido en el *Diario Oficial de la Federación*, para el periodo de comentarios antes de su publicación definitiva.

Este retraso se suma al de la NOM para la prevención y control de VIH-sida que también se encuentra en el área jurídica de la Ssa, cuya revisión concluyó de manera oficial en noviembre pasado, cuando el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH-sida (Conasida) entregó el documento a la Ssa para los trámites administrativos correspondientes.

Carece de propuesta política con enfoque de género Programa Nacional de Salud 2007-2012, mirada crítica

Por Raffaella Schiavon Herman y Elsa A. Pérez Paredes*

México DF, 25 sep 07 (CIMAC).- Los contenidos de los objetivos y de las estrategias del Programa Nacional de Salud (Pronasa) 2007-2012 exponen la visión rectora actual del Estado acerca de las políticas de salud en el país.

La Secretaría de Salud sufrió un recorte de su presupuesto etiquetado de 4.6 por ciento del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2006 al PEF 2007, de acuerdo con el documento Análisis del Gasto Etiquetado para Mujeres y para Promover la Equidad de Género en el PEF 2007, del Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres, publicado en la LX Legislatura de la Cámara de Diputados, durante junio de 2007.

En la redacción de los objetivos del Pronasa, identificamos algunas alertas, que exponemos por su importancia en la construcción de las

políticas públicas y por el papel activo del Legislativo en su formulación, instrumentación, evaluación y presupuestación: la invisibilización de la salud pública como un elemento transversal y la ausencia de una propuesta de política pública integral basada en los derechos, en un enfoque de género y en la participación de las mujeres.

En la conceptualización de los grupos “vulnerables y marginales”, además, no se alcanzan a distinguir si son considerados como sujetos sociales, corriendo el riesgo de que de la estigmatización se pase a la marginalización.

Existe una focalización como una estrategia que obstaculiza la cobertura amplia de los servicios de salud.

En dos de los objetivos se plantea: evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza. La correlación entre el empobrecimiento y la salud, más que como objetivo, debería plantearse como consecuencia de la falta de atención a la salud. El enfoque debería ser en el acceso amplio a la salud y no en el efecto que enfermarse tiene en la economía familiar.

Se menciona que dichos objetivos se podrán cumplir si se consideran: la rectoría efectiva del sector, la generación de recursos y el financiamiento, mostrando este último elemento como clave en el éxito del funcionamiento del sector salud, sin una explicación clara de cómo lograrlo.

ESTRATEGIAS DEL PRONASA 2007-2012

Las estrategias se orientan a un enfoque general de “nueva gestión pública”. Muchas de éstas se refieren a fortalecer procesos de funcionamiento, de calidad, modernización y mejora, con énfasis en indicadores de procesos, más que en indicadores de impacto del Sistema Nacional de Salud.

La propuesta de desarrollo organizativo se inclina por la prestación de servicios y de infraestructura: una muestra de ello es la iniciativa de una Ley de Planeación de Infraestructura Física del Sector Salud.

Sin embargo, no se exponen de manera detallada y clara los mecanismos de participación ciudadana, de coordinación interinstitucional y de implementación de los programas en las entidades federativas, aún cuando se enuncian en la Estrategia 4.8.

En los contenidos de las estrategias, notamos en el documento una falta de visión de justicia social, del derecho a la salud como derecho humano y de equidad de género de manera transversal.

CONCORDANCIA ENTRE PND Y PRONASA 2007-2012

Observamos una contradicción importante entre el PND y el Pronasa, en lo que se refiere a respuestas trascendentes para con la salud reproductiva.

El objetivo de la Estrategia 5 del Pronasa es garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud que reclaman la transición epidemiológica, los rezagos en salud y los retos globales emergentes.

Sin embargo, dicha Estrategia 5 del borrador Pronasa, con énfasis en la transición epidemiológica y los retos globales emergentes, corre el riesgo de invisibilizar los eventos en salud, provocados por el rezago y la pobreza como: las muertes maternas -incluyendo aquellas por abortos inseguros-, fecundidad adolescente, el cáncer cérvico uterino, la demanda insatisfecha de métodos de anticonceptivos modernos y la violencia familiar, sexual y de género.

Sobre los anticonceptivos modernos, según el Consejo Nacional de Población, el 25 por ciento de las mujeres unidas entre 15 a 24 años de edad reportaron una insatisfacción a su demanda de métodos anticonceptivos modernos, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2006, sin considerar mujeres no unidas y menores de 15 años (CONAPO, La política nacional de población. Seis años de trabajo 2001-2006, México, 2006, p. 20).

Paralelamente, aún cuando el PND (publicado en el Diario Oficial, el 31 de mayo del 2007) expuso claramente en la Estrategia 6.1 "Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como (...) otras enfermedades asociadas al rezago social" y dentro del apartado de Salud Sexual y Reproductiva, se reconoció que los "abortos provocados constituyen un factor de riesgo importante que puede menoscabar la salud de la mujer", este problema de salud pública quedó sin abordarse en el PRONASA en ningún apartado.

El aborto es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en México. Es la quinta causa de muerte materna: 7 por ciento del total, de acuerdo con datos de Ipas, en 2007.

La Secretaría de Salud reportó en el 2004 un total de 168 mil 989 abortos en el sector salud, dice el texto Servicios otorgados y programas sustantivos, publicado en el Boletín de Información

Estadística, N° 24, Vol. III, en 2004, por la Dirección General de Información en Salud.

En el 2005, el aborto (sin especificación de espontáneos o inducidos) fue la segunda causa de egresos hospitalarios en las mujeres entre 15 y 24 años y la tercera en las mujeres entre 25 a 29, indica el Informe Nacional sobre Violencia y Salud, en 2006.

Un análisis reciente de Ipas sobre la tasa de hospitalización (2001-2005) por atención del aborto, en mujeres entre 10 y 54 años de instituciones públicas de salud, demuestra que la tasa de hospitalización por aborto por 1000 mujeres (entre 10 y 54 años) ha ido en leve pero constante aumento. En 2001, la tasa de egresos fue de 4.62, mientras que en 2005, dicha tasa de egresos ascendió a 4.75.

DISCUSIONES INTERNACIONALES

Dentro de los contenidos de sus estrategias, no se incorporan las discusiones nodales que se están dando en agencias internacionales, por ejemplo en la Organización Mundial de Salud, como son:

La identificación de las mejores prácticas. La identificación de las necesidades críticas de formación en recursos humanos médicos. El establecimiento de políticas farmacéuticas para acceso universal a los medicamentos esenciales. El impulso de políticas basadas en evidencia.

También, una visión de Estado que establezca un claro balance entre acciones de prevención, de atención primaria y de atención a las enfermedades catastróficas. El alineamiento de las políticas de salud con los compromisos internacionales asumidos en México (Este sexenio prácticamente cierra el tiempo límite para alcanzarlos).

PENDIENTES EN LA AGENDA LEGISLATIVA

Algunos de los puntos prioritarios que la agenda legislativa tendría que considerar son:

La permanencia y fortalecimiento del Centro Nacional de Equidad Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

La publicación e implementación de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

Las políticas públicas con asignación presupuestal que fortalezcan la acciones por disminuir la mortalidad y morbilidad materna y la

defensa de los derechos sexuales y reproductivos desde un marco conceptual de derechos humanos, género, interculturalidad, laicidad del Estado y desarrollo de la ciencia.

Fortalecimiento y asignación presupuestal para el fortalecimiento de las estrategias sectoriales contra la violencia de género, acompañado de un marco legislativo armonizado en lo federal y estatal.

La continuidad y aplicación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual implementado por la Secretaría de Salud.

* Integrantes de IPAS, México, AC.