



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	21
III. DIAGNÓSTICO.....	27
III.1 Antecedentes	29
III.2 Situación Actual y Problemática	29
III.3 Avances 2001-2012	33
III.4 Retos 2013-2018	37
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	39
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	41
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	43
IV.3 Alineación con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)	44
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	47
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	49
V.2 Estrategias Transversales.....	51
VI. INDICADORES Y METAS.....	53
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	61
VIII. TRANSPARENCIA	67
BIBLIOGRAFÍA	71
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	73
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	75
ANEXOS	77

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Ricardo Juan García Cavazos
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

La polarización en el acceso a los recursos en salud -todavía notoria-, la desigualdad entre mujeres y hombres para acceder a la prevención y atención de padecimientos, así como las marcadas brechas de bienestar y disfrute efectivo de derechos en salud, demandan la puesta en marcha de estrategias y acciones que combatan esta separación entre los sexos en este ámbito.

Los valores socioculturales, formas de pensar y sentir sobre 'ser mujer y 'ser hombre', concebidas a través de los roles atribuidos a cada sexo, están detrás de las acciones y comportamientos en los que se manifiesta la desigualdad de género. Tradicionalmente la menor valoración la han recibido las mujeres, lo que ha derivado en consecuencias como discriminación, feminización de la pobreza, tardanza en los diagnósticos y tratamientos de padecimientos de salud así como sobrecarga en el trabajo de cuidado de la salud de otras personas.

En el ámbito de la salud, el Programa de Acción Específico (PAE) Igualdad de Género en Salud, bajo el marco del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD) y lo estipulado en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, busca hacer cumplir lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, por lo que propone objetivos, estrategias y líneas de acción que delimitan las actividades dirigidas a su cumplimiento.

De manera concreta, en el *Objetivo 1* se plantea avanzar hacia la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud. Por medio de estrategias claras y líneas de acción concretas se busca favorecer su incorporación en las acciones de promoción, prevención y atención en los programas; así como elevar la calidad de la atención en los servicios de salud, bajo un esquema de equidad.

Para realizar lo anterior se requiere personal capacitado y, sobre todo, sensibilizado ante las necesidades específicas de la población que atiende, por lo que el *Objetivo 2* persigue fomentar la capacitación y formación en temas de género en salud y derechos humanos, por medio de la dotación de herramientas que permitan el desarrollo de habilidades para la atención a la salud con perspectiva de género y con enfoque de derechos humanos.

Documentar la situación de salud con el fin de descifrar inequidades entre mujeres y hombres, es labor importante para iniciar con las tareas de incorporar y transversalizar la perspectiva de género. En este sentido, el *Objetivo 3* del Programa de Igualdad de Género en Salud determina la promoción de la documentación de inequidades de género en salud por medio de acciones que favorezcan la información en salud desagregada por sexo como elemento fundamental para su análisis con perspectiva de género.

El *Objetivo 4* acentúa la necesidad de impulsar una cultura institucional con perspectiva de género en los servicios de salud, que favorezca la promoción de una política organizacional de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en el área de la salud.

Para estimar el alcance e impacto del Programa de Igualdad de Género en Salud se plantean seis indicadores, los cuales permitirán medir y evaluar los resultados que se vayan obteniendo en las metas establecidas. Por último, se presenta el apartado de "Transparencia", que precisa con claridad y convicción el compromiso del Programa para la rendición de cuentas en el uso de los recursos, proporcionando de manera pública, comprensible, accesible y oportuna la información que emanen de los objetivos, indicadores y metas en él definidas.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

Por lo general, prevalece la idea de que el término “género” se refiere sólo a las mujeres y a menudo se le confunde con “sexo”, el cual se centra en aspectos biológicos innatos que diferencian a mujeres y hombres. Esta posición naturalizada incluye creencias, valores y actitudes incuestionables ante la conducta de cada sexo.^{1,2} Sin embargo, como categoría analítica, el género alude al significado social de la diferencia biológica sexual y apunta a las características socialmente atribuidas a lo masculino y lo femenino, así como a las diferencias sociales, económicas, políticas y laborales.³

Como construcción social, el género es determinante, pues exagera la vulnerabilidad biológica, establece desigualdades entre mujeres y hombres en materia de salud y condiciona la forma en que unas y otros se relacionan, piensan y actúan respecto a su cuerpo y salud. En este sentido, los roles de género evidencian las diferencias y desigualdades cotidianas entre los sexos: la distribución de tareas, derechos y deberes ha colocado a las mujeres en un sitio de subordinación, como un acto ‘natural’ derivado de la biología y fisiología del cuerpo. Son las construcciones socioculturales que conforman el género y las relaciones entre los sexos, las que determinan las expresiones de identidad; además, ordenan las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres, y generan inequidades en el ámbito de la salud.⁴

Las relaciones tradicionales de género limitan el desarrollo de las mujeres, quienes tienen desventajas en el acceso y control de los recursos. En cuanto a los hombres, la masculinidad hegemónica como construcción social también determina formas de vivir, de relacionarse con las mujeres y con los demás hombres, lo que incluye que ellos también enfrenten limitaciones para el cuidado de su salud, la atención de las enfermedades, la relación que establecen con el personal y las instituciones de salud. Los problemas de salud de los varones están relacionados de forma directa con la construcción social de la masculinidad, que implica reproducir y mantener conductas de riesgo que les llevan a enfrentar enfermedades severas.⁵⁻⁷

Por lo anterior, es trascendente incorporar la perspectiva de género en toda la Administración Pública Federal (APF), como lo establece el PND 2013-2018, que la define como uno de sus Ejes Transversales, con la finalidad de

“garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre mujeres y hombres” mediante la realización de “acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación”.

Aplicación de la perspectiva de género en salud

La perspectiva de género en el área de la salud (PGS) enfatiza las diferencias socioculturales entre mujeres y hombres y se enfoca en la desigualdad en el cuidado de la salud y el acceso a servicios de salud, observando distinciones en la prevención, atención y promoción para comprender cómo interactúan factores biológicos y sociales en distintos aspectos de la salud y entender la relación entre ésta y el género. Por lo tanto, en enfermedades que afectan a ambos sexos no sólo son trascendentales las diferencias biológicas, sino cómo se asocian con factores socioculturales diferenciados por género que influyen para identificar síntomas, buscar atención médica, acceder a servicios y atención con calidad para mujeres y hombres.

La incorporación de la PGS en programas de salud, en promoción, prevención y atención, requiere considerar las necesidades específicas de cada sexo y su relación con otros determinantes sociales, por lo que se requiere conocer la edad, nivel socioeconómico y poder adquisitivo de las personas. En el caso de las mujeres se debe añadir la carga de responsabilidad y trabajo, pues generalmente son las principales cuidadoras del hogar y sus integrantes. Respecto a los hombres, hay que identificar los estereotipos de género y las condiciones socioculturales basadas en el sistema tradicional de género que permean para no atender su salud y colocarse en situaciones de riesgo.⁵

Reconocer estas diferencias permite establecer intervenciones claras y directas para satisfacer los requerimientos específicos de unas y otros en relación con su salud, promoviendo la corresponsabilidad de todas las personas de la familia y la comunidad.

Como lo define la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la transversalización del género en salud es una estrategia que busca alcanzar la igualdad de género a través del análisis de las implicaciones para mujeres y

hombres de acciones planificadas en las intervenciones de desarrollo; por lo que es la inclusión de las preocupaciones, necesidades y experiencias de mujeres y hombres en las políticas y los programas, que impliquen cambios benéficos para ambos sexos y eviten desigualdades en salud.⁸

Para transversalizar la PGS, la OPS⁸ ha clasificado tres tipos de estrategias. La primera es la llamada estrategia *explotativa*, con la cual se han explotado las desigualdades para el logro de objetivos programáticos, sin responder a las necesidades específicas de las personas, por lo que se considera inaceptable.

La segunda estrategia es la *adaptativa* que implica ‘acomodarse’ a las desigualdades, compensar sus consecuencias, pero sin cambiar sus instituciones, estructuras y relaciones. Sus acciones son dirigidas a las personas, de tal manera que las considera ‘receptoras’ del servicio o bien que se brinda, por lo que no es una estrategia totalmente adecuada para la transversalización de la PGS.

Finalmente, la estrategia *transformadora* busca satisfacer las necesidades inmediatas de cada sexo y también cambiar las relaciones sociales, las instituciones y las estructuras que fundamentan las desigualdades de género en el ejercicio de los derechos. Por lo tanto, propone programas, acciones e intervenciones que requieren el involucramiento de mujeres y hombres a quienes se dirige, estimulando el trabajo interinstitucional para favorecer el empoderamiento de las personas y así promover la eliminación de la violencia. De acuerdo con lo anterior, es la estrategia más conveniente para transversalizar la PGS y aquella que debería desarrollarse de manera prioritaria en las políticas y programas de salud, si el objetivo que se desea alcanzar es la igualdad sustantiva en la salud de mujeres y hombres.

El derecho a la igualdad de género en salud

La OPS indica que la igualdad de género en salud existirá cuando mujeres y hombres estén en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y gozar del grado máximo alcanzable de salud, así como participar en las decisiones y acciones que afectan el desarrollo de su salud y beneficiarse de los resultados.¹ En este sentido, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995) describió el principio prioritario de igualdad en salud entre mujeres y hombres.⁹

La promoción de la equidad de género en salud, como estrategia política basada en los derechos humanos a la salud, igualdad y no discriminación, requiere de proveer herramientas que distribuyan el acceso a la salud de manera justa y equilibrada entre mujeres y hombres.

El principio de igualdad contempla prohibir la discriminación por raza, edad, sexo, género, origen étnico, discapacidad, orientación sexual y nivel socioeconómico, cuyo valor se plasma en los artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los ordenamientos de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. La aplicación del concepto de igualdad en el ámbito de la salud compromete a buscar mecanismos para que todas las personas logren el bienestar más alto según sus necesidades y contempla realizar acciones concretas orientadas a garantizar los derechos de mujeres y hombres, así como evitar que la diferencia de sexos cause desigualdad, exclusión o discriminación.

Para lograr la igualdad en salud se requiere:¹⁰

1. Eliminar las inequidades, es decir, las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia de mujeres y hombres.
2. La distribución y acceso diferencial a los recursos entre mujeres y hombres según sus necesidades específicas y diferenciadas.
3. La contribución de mujeres y hombres para el financiamiento de su salud, según su capacidad económica y no de su necesidad de servicios.
4. La distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y hombres al cuidado de la salud en el hogar, la comunidad y las instituciones de salud.

El derecho a la salud refiere a la satisfacción de las necesidades de protección de la salud de las personas, respecto a las cuales mujeres y hombres tienen coincidencias, por ejemplo, alimentarse, tomar agua purificada, contar con condiciones para su aseo, etcétera. Sin embargo, es posible identificar necesidades específicas relacionadas con las características biológicas propias de cada sexo, así como con los diferentes determinantes sociales de la salud, incluyendo al género y los distintos roles que desempeñan socialmente mujeres y hombres, y la posición diferencial de poder que ocupan dentro de la familia y la sociedad.

En este sentido, no puede garantizarse el derecho a la salud sin que existan condiciones plenas para el ejercicio del derecho a la igualdad y la no discriminación. De otra manera, solo estaría posibilitándose el ejercicio del derecho a la salud por una parte de la población y sus necesidades, en detrimento y discriminación de quienes no lo tengan cabalmente garantizado.

En cuanto a la igualdad en la salud de mujeres y hombres, es indispensable conocer sus necesidades y condiciones para que sean atendidas en pleno ejercicio del derecho a



la salud y con estrategias transformadoras, en particular aquellas que tienen su origen en la desigualdad y la inequidad social derivadas de las condiciones socioculturales, económicas, étnicas y políticas.

Las necesidades son el precedente concreto de derechos humanos fundamentales, como el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental, el de no discriminación y el de la igualdad de género. Por lo tanto, deben ser conocidas y analizadas para considerarlas en la toma de decisiones sobre las intervenciones que se dirijan a atenderlas. Además, los sujetos de esos derechos tendrían que formar parte de ese análisis y toma de decisiones como 'titulares de derecho' y posibles agentes de su propio bienestar, como lo señala la OPS.

Para comprender adecuadamente las necesidades de género, en el ámbito internacional se ha desarrollado una tipología que las clasifica como *prácticas* y *estratégicas*.¹¹ Las primeras son expresadas por mujeres u hombres que demandan mayor acceso a los recursos y oportunidades a fin de cubrir los requerimientos básicos para su supervivencia y bienestar, así como para el mejor desempeño de roles de género. Estas demandas no cuestionan la división tradicional del trabajo por sexo, son de naturaleza inmediata, y fácilmente percibidas e identificadas por mujeres y hombres; además, se refieren a carencias o insuficiencias en las condiciones de vida, por lo que pueden ser satisfechas de forma rápida y con frecuencia mejoran la calidad de vida de las personas.

Las *necesidades estratégicas de género* surgen de la posición de subordinación de las mujeres respecto a los hombres en la sociedad, se relacionan con desbalances de poder entre los sexos y con la explotación de las diferencias marcadas por la división sexual del trabajo. Con frecuencia, no son identificadas fácilmente por mujeres y hombres, por lo que es necesario crear oportunidades específicas que permitan su reconocimiento. Su satisfacción permite el mejoramiento de la posición de las mujeres en la familia y la sociedad. una mayor igualdad entre los sexos y un cambio en las relaciones de poder existentes entre éstos. (Cuadro 1)

Al considerar las necesidades prácticas y las estratégicas, colocando en el centro el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, se podrá aplicar la perspectiva de género para desarrollar estrategias y acciones que permitan avanzar en políticas a favor del ejercicio y goce de los derechos humanos de unas y otros.

Cuadro 1. Distinción entre necesidades prácticas y estratégicas de género

Necesidades prácticas	Necesidades o intereses estratégicos
<p>Tienden a ser inmediatas, de corto plazo.</p> <p>Específicas para ciertos grupos de mujeres o ciertos grupos de hombres.</p> <p>Asociadas con necesidades cotidianas, por ejemplo, alimento, vivienda, ingreso, salud, educación, empleo.</p> <p>Fácilmente identificables por las mismas mujeres o los mismos hombres.</p> <p>Pueden ser satisfechas mediante la provisión de insumos específicos: alimentos, agua, vivienda, medicamentos.</p>	<p>Tienden a ser mediatas, de largo plazo.</p> <p>Comunes para la mayoría de las mujeres o la mayoría de los hombres.</p> <p>Asociadas con desigualdades entre los sexos respecto a posición socioeconómica y relaciones de poder; por ejemplo, acceso a crédito, tenencia de la tierra, decisiones reproductivas, vulnerabilidad a la pobreza y la violencia.</p> <p>Las bases de la desigualdad y el potencial para el cambio no son siempre identificables por parte de las mismas mujeres, o los mismos hombres.</p> <p>Puede responderse a ellas mediante concientización, aumento de autoestima, educación, fortalecimiento de organizaciones, movilización política, etcétera.</p>
Abordaje de necesidades prácticas	Abordaje de necesidades o intereses estratégicos
<p>Tiende a involucrar a las mujeres y/o los hombres como beneficiarios e incluso como participantes.</p> <p>Puede mejorar la condición de algunas mujeres o algunos hombres.</p> <p>Generalmente, no altera los roles ni las relaciones tradicionales de género, pero puede tener el potencial de hacerlo.</p> <p>Su resolución es esencialmente una cuestión técnica.</p>	<p>Involucra a las mujeres y/o los hombres como agentes de cambio, o habilita a las mujeres y/o los hombres para convertirse en agentes de su propio desarrollo.</p> <p>Puede mejorar la posición de las mujeres en la sociedad.</p> <p>Puede facilitar el empoderamiento de las mujeres y/o los hombres para transformar las relaciones de género hacia la igualdad.</p> <p>Su resolución es un problema político que puede implicar conflicto y envuelve negociación.</p>

Cuadro 2. Aplicación de la perspectiva de género

Áreas estratégicas	Ejemplos de aplicación de la perspectiva de género
Prevención y Promoción de la Salud	1. Realizar campañas de promoción de la salud cuyos contenidos y materiales eviten reproducir estereotipos de género.
	2. Promover que la salud de la mujer se considere como un fin en sí mismo y no como medio para beneficiar la salud de las/os otros.
	3. Alentar la participación de los hombres en actividades de salud comunitaria que usualmente se han delegado a las mujeres.
	4. Desarrollar estrategias para prevenir riesgos que, por razones de género, suelen asumir los hombres y que repercuten en su estado de salud, como accidentes, adicciones, infecciones de transmisión sexual y VIH y el Sida.
Servicios de Salud	5. Poner en práctica estrategias de atención acordes con las necesidades de salud de mujeres y hombres, además de las que conlleva el aspecto reproductivo.
	6. Establecer horarios de atención que se adapten a los horarios laborales para propiciar que los hombres tengan mayor acceso a los servicios. En el caso de las mujeres, mientras son atendidas, ofrecer servicios de cuidado de sus hijas e hijos.
	7. Fomentar el consentimiento informado como eje central en la prestación de servicios para mujeres y hombres; en particular, en la atención a la salud reproductiva de las mujeres.
	8. Impulsar que el personal de salud propicie que las mujeres expresen su percepción de su padecimiento y necesidades de atención, y sean tomadas en cuenta para optimizar los resultados terapéuticos.
Ambiente laboral	9. Promover la participación equitativa de mujeres y hombres en las oportunidades de desarrollo profesional y en procesos de selección y promoción para puestos directivos.
	10. Establecer “tolerancia cero” a hechos de hostigamiento sexual y violencia laboral.

Fuente: Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud. CNEGSR, SSA. 2011.¹²

Desde fines del siglo XX se ha avanzado en el desarrollo de herramientas teórico-metodológicas y la aplicación de la perspectiva de género en los procesos sociales, permitiendo desarrollar estudios e investigaciones, establecer nuevas normativas y operar la transversalización del género en las instituciones de la administración pública.

En el ámbito de la salud, el análisis de género es fundamental para estudios epidemiológicos cuyo fin sea el conocimiento integral de los procesos de salud, enfermedad y muerte, así como el establecimiento de estrategias para diferentes grupos poblacionales.¹³ Esta herramienta permite identificar desigualdades, pues su eje son las diferencias biológicas entre sexos en cada etapa de la vida, entrelazadas con desigualdades de género asociadas con diversas condiciones socioculturales. Lo anterior para focalizar intervenciones que conduzcan a elevar los niveles de salud, facilitar el acceso a los servicios y ofrecer atención con calidad, sin discriminación y con respeto a los derechos humanos básicos y a los derechos a la salud.

Las inequidades y desigualdades de género en salud se han documentado científicamente y forman un sólido cuerpo de conocimientos, legitimando un abordaje que considera resultados diferenciales en la salud de mujeres y hombres, teniendo mayor desventaja la población con bajos recursos.

Por otra parte, el enfoque biomédico predominante, centrado en una perspectiva curativa, se ha flexibilizado para admitir con mayor frecuencia cuestionamientos, reflexiones y propuestas derivadas del papel determinante de factores socioculturales en la situación de salud de las poblaciones. En ese sentido, hacia 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para recabar datos científicos sobre medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para generar acciones sobre los determinantes sociales –entre ellos, el género– que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.

En 2008, la Comisión emitió su informe final: *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*,¹⁴ el cual aborda la equidad de género y afirma que las desigualdades entre sexos son injustas, pues generan ineficacia e ineficiencia, por lo que gobiernos, donantes, organizaciones internacionales y sociedad civil pueden mejorar la vida de millones de mujeres, y de sus familias, promoviendo la equidad de género.

La consideración de los determinantes sociales en salud indica el interés y la necesidad de conocer, estudiar y eliminar las desigualdades en este ámbito. En México, entre las inequidades destacan las de género, que muestran desventajas, principalmente para las mujeres, respecto al acceso a diversos satisfactores sociales, económicos, laborales, educativos y de salud. En este rubro, para los hombres se reconocen desventajas relacionadas con la construcción social de su masculinidad.

La experiencia y conocimientos adquiridos apuntan a necesidades prioritarias para conocer la situación con mayor claridad y profundidad, o emprender acciones específicas para alcanzar condiciones óptimas de salud, así como acceso, utilización y calidad de servicios, equiparables para mujeres y hombres.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SSA)^{1,15} y como órgano rector marca las políticas nacionales en materia de igualdad de género en salud, salud reproductiva y prevención y atención a la violencia familiar y sexual.

Entre otras atribuciones, el CNEGSR promueve, entre las unidades administrativas de la SSA, la instrumentación de acciones que permitan incorporar la perspectiva de género en todas las actividades de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluidas la planeación, programación, presupuestación y prestación integral de servicios de salud. De igual forma, propone a las instituciones del SNS la adopción o modificación de sus políticas, lineamientos y estrategias con el propósito de lograr la equidad de género en las acciones en materia de salud, así como enfrentar la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública y promover el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Una atribución más es difundir la perspectiva de género entre el personal de las instituciones públicas del SNS, con la finalidad de que se tomen medidas para eliminar la discriminación en razón del sexo de las personas.

Es así como busca definir y desarrollar programas que contribuyan a disminuir el impacto de los riesgos particulares para la salud de mujeres y hombres, las cuales les ponen en desventaja frente al acceso y utilización de los servicios de salud.

Con base en las atribuciones descritas, se presenta el presente Programa de Acción, basado en el marco jurídico del derecho a la igualdad, pilar de los derechos humanos, así como del derecho a la protección de la salud. Como Programa de Acción sectorial responde a los objetivos planteados en el PND y el PROSESA de esta administración pública.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Su fundamento jurídico se encuentra en el artículo 4° de,

que establece el derecho de toda persona a la protección de salud, así como el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres. También se sustenta en el artículo 1°, que prohíbe toda discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas, motivada por cualquier origen o condición, entre ellas, el género.

Además, el marco legal nacional que fundamenta este Programa se establece en las siguientes disposiciones:

- Ley General de Salud. DOF 24-04-2013, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona por el hecho de residir en el territorio mexicano
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. DOF 14-11-2013, cuyo objetivo es regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres, así como proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el territorio nacional.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 12-06-2013, orientada a prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.

Por lo anterior, y conforme a lo establecido en los artículos 2° y 40° del Reglamento Interior de la SSA, el CNEGSR, adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, es la instancia rectora para la ejecución del Programa de Acción de Igualdad de Género en Salud.

Finalmente, es necesario subrayar que, de acuerdo con la reforma constitucional del 11 de junio de 2011, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

¹ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículo 2, literal C, fracción II, y el artículo 40, fracciones de la I a la XXV.

mandata que todas las normas relativas a los derechos humanos deben ser interpretadas de conformidad con la Carta Magna y con los tratados internacionales en la materia, favoreciendo en todo momento a las personas con la protección más amplia, y todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

En particular, es pertinente enfatizar que la trascendencia de esta reforma constitucional es fundamental para avanzar hacia la igualdad de género en salud, si se considera que México ha firmado y ratificado la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), así como el Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Culturales y Económicos, los cuales, en su Comité de Vigilancia, han emitido recomendaciones generales y observaciones particulares en materia de igualdad y no discriminación por género en el ámbito de la salud

Por otra parte, en el año 2010, a través de la recolección y sistematización de información y, en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres, se elaboró el componente de salud del 7° y 8° Informe del Estado Mexicano ante el Comité CEDAW.

De esta forma, se fundamentan los objetivos, las estrategias y las líneas de acción, así como las metas del Programa de Igualdad de Género en Salud 2013-2018, el cual atiende los siguientes pactos y convenciones internacionales firmados y ratificados por México:

Convenciones y Pactos Internacionales^{II}

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC)¹⁶ y su Comité de vigilancia (CDESC).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, artículo 12)¹⁷, su Comité de Vigilancia y Protocolo facultativo (1999).
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial¹⁸ (artículo 5, inciso e).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁹ (artículo III).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos en

materia de derechos económicos, sociales y culturales.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,²⁰ (artículo 10).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Belém Do Pará²¹ (artículos 4, 5 y 6).

Leyes Nacionales

- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. DOF 14-11-2013.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 12-06-2013.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 15-01-2013.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 08-06-2012.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 05-12-2013.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. DOF 09-04-2012.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. DOF 16-04-2008.
- Ley de Planeación. DOF 09-04-2012.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DOF 28-05-2012.
- Ley del Seguro Social. DOF 28-05-2012.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo. DOF 09-04-2012.
- Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. DOF 09-01-2006.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. DOF 15-06-2012.

^{II} Los Comités de Vigilancia de la CEDAW y del PDESC han emitido recomendaciones al Estado Mexicano en materia de salud y género. Véase por ejemplo, CEDAW, Recomendación General no. 24, 1999, Mujeres y

Salud (art. 12), Doc. n.A/ 54/38 Rev. 1; CDESC, Comentario General no. 14, 2000, El derecho a la salud (art. 12), Doc. n.E/C 12/2000/4



Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 10-01-2011.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 01-11-2013.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF 30-11-2006.

Pactos Nacionales y Acuerdos

- Pacto Nacional 2007, por la Igualdad entre Mujeres y Hombres. H. Congreso de la Unión. Comisiones unidas de Equidad y Género (08-03-2007).
- Acuerdo Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Poder Ejecutivo, Judicial y Legislativo federales y Gobernadores que lo suscriben (08-03-2007).
- Pacto Nacional por la Salud (30-04-2007).
- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. DOF 20-09-2002.

Por último, es necesario mencionar que el marco legal que sustenta el presente Programa tiene bases normativas internacionales como las siguientes:

Otros compromisos internacionales. Declaraciones, programas, plataformas y consensos de acción internacionales:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Artículo 2º (10-12-1948).
- Declaración Americana de los Derechos Humanos. Artículo XI (2-05-1948).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, del 5 al 9-09-1994, y sus revisiones +5 y +10.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer del 4 al 15 09-1995, y sus revisiones +5 y +10.
- Consenso de Quito, 6 al 9 de agosto de 2007.

- Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 52º período de sesiones, 9 a 27 de julio de 2012.
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 15 de agosto de 2013.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

La misión del SNS es propiciar y proteger la salud de la población, con tal fin es indispensable conocer la distribución de las causas de enfermedad y muerte a nivel geopolítico, socioeconómico, por edades y por sexo, así como profundizar en el análisis de diversos elementos socioculturales y en el papel que juega el sistema de salud en la conformación de ese mosaico. El análisis de género es importante para comprender los factores que determinan las diferencias de exposición a riesgos y vulnerabilidad de mujeres y hombres ante diversas enfermedades –desde lo biológico, psicológico y social-, y sus implicaciones con la política y las acciones de salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanos.⁴

Respecto a la tasa de *mortalidad infantil*, los promedios nacionales muestran progreso en su reducción, pues entre 1990 y 2012 disminuyó de 39.2 a 13.2 por cada mil nacidas/os vivos²³ pero continúa siendo elevada en el sur: Guerrero (18.3), Chiapas (18.1) y Oaxaca (16.3), estados donde existe alta proporción de población indígena.¹⁶

En el ámbito nacional, las tres principales causas de muerte para mujeres y hombres son: enfermedades de corazón, diabetes mellitus y tumores malignos.

III.2 Situación Actual y Problemática

De acuerdo con lo anterior, es pertinente revisar la situación epidemiológica y conocer las tendencias y diferentes causas de daños a la salud para mujeres y hombres de diversos grupos de edad en nuestro país.

En México, la *esperanza de vida* se ha incrementado de forma notable: en 1930 las personas vivían 34 años en promedio; 40 años después, 61 y hacia el 2000, 74 años.²² En 2013 este indicador fue de 75 años y al desagregarse por sexo se observaron 77 para las mujeres y 72 para los hombres. Al ser más elevada la esperanza de vida para ellas, constituyen la mayoría de la población de personas adultas mayores.

Las mujeres viven más tiempo sin compañía, pues tienden a casarse con hombres mayores, o permanecer solteras, y son más longevas. Además, si vivieron asumiendo roles tradicionales, tienen mayores posibilidades de vivir en pobreza y con deficiente calidad de vida.

Cuadro 3. Principales causas de mortalidad en México, 2011

Mujeres				Hombres			
No	Causa / ¹	Defunciones	Tasa/ ²	No	Causa / ¹	Defunciones	Tasa/ ³
1	Enfermedades del corazón	50,175	84.8	1	Enfermedades del corazón	55,320	97.9
	Enfermedades isquémicas del corazón	31,208	52.7		Enfermedades isquémicas del corazón	39,695	70.2
2	Diabetes mellitus	41,905	70.8	2	Diabetes mellitus	38,813	68.7
3	Tumores malignos	36,444	61.6	3	Tumores malignos	34,785	61.5
	De la mama	5,213	8.8				
	Del cuello del útero	3,926	6.6				
	Del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	2,845	4.8				
4	Enfermedades cerebrovasculares	16,322	27.6	4	Accidentes	28,003	49.5
				4	De tráfico de vehículos de motor	13,079	23.1
5	Enfermedades del hígado	8,977	15.2	5	Agresiones (homicidios)	24,154	42.7
6	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	8,498	14.4	6	Enfermedades del hígado	23,711	42.0
				6	Enfermedad alcohólica del hígado	10,937	19.4
7	Accidentes	8,378	14.2	7	Enfermedades cerebrovasculares	14,885	26.3
	De tráfico de vehículos de motor	3,405	5.8				
8	Neumonía e influenza	6,806	11.5	8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	9,979	17.7
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6,331	10.7	9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8,462	15.0
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	3,275	5.5		Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	4,437	7.9
10	Insuficiencia renal	5,334	9.0	10	Neumonía e influenza	8,214	14.5

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2011 y las Proyecciones del CONAPO 2013.

Nota: Se utilizó la Lista Mexicana para seleccionar las principales causas y así establecer comparaciones a lo largo del tiempo y dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

2/ Tasa por cien mil mujeres estimadas.

3/ Tasa por cien mil hombres estimados.

Es importante colocar la mirada en la diabetes mellitus, enfermedad crónica no transmisible con una base biológica fundamental, pero relacionada con el estilo de vida de cada persona y, por lo tanto, vinculada con los roles de género, en la cual las mujeres presentan una tasa mayor (70.8) a la de los varones (68.7).

Los estereotipos de masculinidad se evidencian en los accidentes como cuarto lugar entre las causas de mortalidad de los hombres (49.5), muchos de los cuales están relacionados con su mayor exposición a riesgos laborales, aunque los accidentes de tráfico de vehículos de motor contribuyen con una tasa de 23.1 y se deben a conductas peligrosas vinculadas con el consumo de alcohol, mismo que provoca casi la mitad de muertes por enfermedades del hígado, así como las derivadas de agresiones.

En el caso de las mujeres, las muertes se vinculan con enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado, pulmonares obstructivas crónicas y accidentes, entre los cuales aquellos ocurridos en tránsito constituyen una tasa de 5.8, cuatro veces menor que la de los hombres.

Para las políticas de salud pública es fundamental analizar la *mortalidad por grupos de edad y sexo*, pues señalan la necesidad de contar con medidas específicas de prevención. En el grupo de 15 a 24 años mueren tres veces más hombres que mujeres y entre las primeras cinco causas de muerte para ambos sexos se encuentran las relacionadas con la socialización y la conducta, y por ello evitables: accidentes en vehículo, agresiones, lesiones autoinfligidas intencionalmente, y embarazo, parto y puerperio, en el caso de las mujeres, y para los hombres, agresiones, accidentes –en particular en vehículos de motor–, lesiones autoinfligidas y enfermedades derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Entre las mujeres de 25 a 34 años los indicadores de mortalidad más importantes son los tumores malignos, en particular la leucemia y el cáncer cérvico uterino, accidentes y agresiones, embarazo parto y puerperio, y las muertes vinculadas con VIH. Para los hombres, las causas de muerte no varían respecto al grupo de edad anterior, aunque las enfermedades del corazón adquieren relevancia, situación que se mantiene en quienes transitan entre los 35 y 44 años, edades en las que se incrementa la mortalidad por tumores malignos y diabetes mellitus.

Es conveniente señalar que a pesar de que, en todos los grupos de edad, el VIH lo padecen más frecuentemente hombres que tienen sexo con hombres, el número de mujeres tiende a aumentar con desenlaces fatales; ONUSIDA estimó que 26% de las personas con VIH en México son mujeres que en su mayoría lo han adquirido por coito heterosexual.²⁴ Esta situación obliga a dar seguimiento específico para cada sexo.

El grupo de mujeres de 35 a 44 años varía respecto al grupo previo, aunque los tumores malignos siguen constituyendo la principal causa de muerte –sobre todo cáncer de mama y cérvico uterino–, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón incrementan su relevancia en la mortalidad femenina. Estos dos últimos padecimientos se erigen como principales para mujeres y hombres de 45 a 64 años; para ellas se agregan las enfermedades cerebrovasculares, mientras que para ellos no hay mayor cambio respecto a enfermedades del hígado, tumores malignos, accidentes y agresiones.

Las personas adultas mayores, de 65 años y más, presentan prácticamente las mismas causas de muerte para ambos sexos, aunque la razón de muerte por diabetes mellitus es de 1.2 mujeres por cada hombre y los fallecimientos de éstos por accidentes son mayores que los de las primeras (1.5:1).

Respecto al rezago epidemiológico, es decir, la existencia injustificada de muertes por enfermedades que son prevenibles, las enfermedades diarreicas agudas representan la quinta causa de muerte en niñas y niños menores de un año, y la quinta causa en la edad escolar. Es indispensable mencionar que los accidentes ocupan la primera causa de muerte en niñas y niños de 5 a 14 años. Otras enfermedades que están relacionadas con la pobreza, con ambientes poco favorables y falta de acceso a servicios de salud preventivos y curativos, es la desnutrición y otras deficiencias nutricionales. Las tasas de mortalidad más altas por este tipo de enfermedades se presentan en el sur de nuestro país.

México enfrenta desafíos, pues las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas reproductivos e infantiles se ubican en uno de los extremos del panorama epidemiológico y en el otro están las enfermedades no transmisibles, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, lesiones y accidentes, alteraciones a la salud asociadas a los desequilibrios ambientales, trastornos de la conducta y violencia.

En los últimos años se elevaron los niveles promedio de salud en el país, pero la distribución del progreso entre áreas geográficas y grupos sociales sigue siendo desigual. Las personas de escasos recursos presentan mayor riesgo de morir en edades tempranas y viven problemas para los que existen soluciones probadas y de bajo costo. Además, persisten desigualdades en las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios entre la población indígena, en particular para las mujeres, quienes enfrentan triple marginación: por su condición de género, clase y etnicidad.

Para visualizar las variaciones en el estado de bienestar de las personas, se analiza la carga de la enfermedad por grupos de edad, sexo y áreas geográficas, que constituye un “instrumento diagnóstico muy poderoso para la identificación de prioridades de salud al integrar el peso de la mortalidad (tipos de causas), la duración y severidad de las enfermedades, la comorbilidad y la discapacidad asociada a las principales causas de morbilidad en la población”,²⁵ pues miden los daños a la salud que no llevan a la muerte y se basan en años de vida saludable (AVISA) perdidos, indicador que integra los años de vida que se pierden debido a muertes prematuras (AVMP) o a discapacidades (AVD).

En el estudio de Lozano y cols.²⁰ sobre la carga de enfermedad por grupos de edad en México se indica que en la población de cero a cuatro años de edad hay un descenso importante en las causas transmisibles, que en el grupo de menores de un año fueron responsables del 37% de los AVISA en 1990 y descendieron a 16% en 2010, lo que incide en el incremento proporcional en las causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, como bajo peso al nacer y prematurez, anomalías congénitas, asfisia y trauma al nacimiento, y sepsis neonatal.

En las y los niños de cinco a nueve años se perfila un patrón mixto de pérdidas de salud más vinculado a aspectos del cuidado físico, emocional y afectivo que a riesgos biológico-infecciosos. Así, se observa el incremento en trastornos de la conducta, depresión y accidentes de tráfico que en conjunto aportan el 16% de AVISA.

Para las y los adolescentes (10 a 19 años) se proyectan rezagos en los cuidados a la salud en la edad infantil y escolar, incluyendo pérdidas de salud vinculadas con esta etapa de diferenciación sexual e identidad psicológica y se vislumbran problemas en la adultez. Se observa que las enfermedades transmisibles prácticamente desaparecen y en términos de discapacidad predominan los problemas de salud mental: depresión, trastornos de ansiedad y de la conducta, distimia y el uso de alcohol y drogas, responsables del 28% del total de AVD en mujeres y hombres.

En términos de discapacidad entre las y los jóvenes de 15 a 24 años, la depresión, los trastornos de ansiedad, la migraña, la epilepsia, el trastorno bipolar y la distimia tienen mayor importancia para las mujeres (38%) que para los hombres (30%), mientras que el consumo de drogas y alcohol es más relevante para ellos (14%). Respecto a las causas de muerte prematura, destacan los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal, el suicidio y los ahogamientos, responsables de 58% de los AVMP en los hombres y 59% en las mujeres.

Los problemas de salud mental y bienestar neuro-conductual son relevantes para las mujeres de 15 a 49 años, pues no son atendidos, se diagnostican poco, son

invisibles a los proveedores de servicios de salud y ajenos a los programas de salud de la mujer en su etapa reproductiva. Respecto a las causas maternas, hay señales de control y reducción, al igual que los problemas transmisibles. Aunque el cáncer cérvico uterino tiende a descender, el tumor maligno de mama emerge como el más importante en este grupo de edad. La diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica son padecimientos en ascenso, así como causas importantes de discapacidad y muerte prematura de las mujeres.

El perfil de personas adultas jóvenes (25 a 49 años) muestra reacomodos. En 2010, las primeras causas de discapacidad para los hombres fueron la lumbalgia (10%), el uso de drogas (7%) y la depresión unipolar mayor (6%), que demandan servicios de consulta externa ambulatoria y urgencias, pero en pocas ocasiones se expresan en servicios de especialidad u hospitalización. Así, los indicadores ofrecen las principales causas de AVISA perdidos en 2010 y en las mujeres se observa un perfil combinado con la depresión, los trastornos músculo-esqueléticos y la diabetes mellitus y destaca el tumor maligno de mama con poco más de 2% de los AVISA en este grupo de edad.

El grupo de mujeres y hombres de 50 a 69 años muestra un perfil de salud complejo en su composición por sexo y por la naturaleza de las prioridades. Hacia 2010, entre las causas de discapacidad para los hombres destacan la lumbalgia y la diabetes mellitus con 9% a 10% del total de AVD cada una, seguidas por osteoartritis y depresión mayor. Lo anterior se complementa con las causas de muerte prematura, donde destacan las enfermedades isquémicas del corazón (14%), la cirrosis del hígado (13%), la diabetes mellitus (11%) y la enfermedad renal crónica (11%).

En el perfil de mortalidad prototipo del país predominan las causas de muerte no transmisibles, diagnosticadas ampliamente en los servicios de salud y consideradas enfermedades prioritarias de atención. Así, hay avances en el análisis de la morbilidad y la mortalidad considerando el sexo y género, lo que aporta en la concepción de medidas específicas de atención a grupos de mujeres y hombres con vulnerabilidades y riesgos distintivos.

Otro factor determinante para alcanzar niveles óptimos de salud en la población lo constituyen los servicios de salud, tema de análisis de género a desarrollar ante evidentes problemas en su papel para proteger y atender de manera adecuada la salud de mujeres y hombres.

Entre los múltiples temas por investigar y atender se encuentran las barreras específicas de las mujeres y de los hombres para acceder a los servicios, pues hay que garantizar las medidas de promoción, acceso a diagnóstico y atención digna en las unidades de salud, de acuerdo con las necesidades peculiares de cada género.

Entre las barreras de acceso de las mujeres se ha identificado su papel de cuidadora de otras personas a quienes prioriza, postergando la atención a su propia salud; en el caso de los hombres, se relaciona con su falta de sensibilidad a sus padecimientos debido a una identidad masculina vinculada con la fortaleza y con su papel de trabajador, lo cual incide en que acudan a los servicios hasta que su malestar está avanzado.

En términos de la atención que reciben en los servicios, se han documentado desigualdades en el trato que reciben mujeres y hombres por parte del personal, con mayor desventaja para las mujeres, sobre todo si son indígenas, y para las personas con orientación homosexual.

Por ejemplo, una red de organizaciones que trabajan sobre la salud reproductiva²⁶ documentó violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres con VIH durante 2012 y 2013, mostrando, entre otras cosas, que la mitad de las mujeres entrevistadas considera que no recibe atención integral en salud reproductiva, además 41% percibió actitudes discriminatorias por parte del personal de salud en los servicios de salud reproductiva.

Otro aspecto de la problemática presente en los servicios de salud, es la violencia institucional, cuya representación más ilustrativa es la violencia hacia las mujeres que acuden a atención del embarazo y del parto, en servicios de salud tanto institucionales como privados. De acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida,²⁷ la violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Algunos estudios²⁸⁻³⁰ dan cuenta de la problemática, pero aún está pendiente realizar una medición exhaustiva que lleve a los cambios necesarios en el proceso de formación del personal de salud y en su desempeño en los servicios de salud.

En este marco, un tema relevante para ser estudiado es la atención en los servicios de salud que considere la situación sociocultural de las y los usuarios, con respeto a sus derechos humanos y a la salud, lo cual implica un trato digno, sin discriminación ni violencia, con la mayor calidad posible.

III.3 Avances 2001-2012

En la búsqueda de igualdad de género en salud, en el periodo 2001-2006, la SSA promovió el diseño, presupuesto y evaluación con perspectiva de género de programas, proyectos y servicios de salud con el fin de atender las necesidades particulares de mujeres y

hombres, así como de su condición social. Los avances relacionados con su incorporación en el SNS, aunque limitados respecto a la cantidad de necesidades por cubrir, fueron trascendentales, pues implicó operar una iniciativa que trastocó supuestos y valores culturales que, como todo cambio, conllevó resistencia.

Los avances más relevantes de este periodo incluyeron la promoción de la reducción de la carga de trabajo de las mujeres en las actividades de atención a la salud comunitaria, para lo cual se desarrolló una propuesta con perspectiva de género para la atención domiciliaria de personas enfermas crónicas dependientes, misma que abrió oportunidades para el trabajo intersectorial.

A nivel nacional, la sensibilización y capacitación de funcionarias y funcionarios son necesarias para impulsar acciones de prevención y atención a la salud tendientes a la igualdad de género. En este periodo las tareas se dirigieron, sobre todo, a responsables de los programas de salud reproductiva y de problemas prioritarios de salud en el país, por lo que la incorporación de la perspectiva de género representó un avance para la promoción de la salud en toda la línea de vida. Así, entre 2002 y 2006 se sensibilizó y capacitó a 1,508 funcionarias y funcionarios de 27 dependencias en los ámbitos federal y estatal de la SSA, que representó 145% respecto a la meta establecida. Asimismo, se sensibilizó a personal de diversos niveles de todas las entidades federativas a través de cursos de verano y talleres dirigidos a capacitadoras y capacitadores en Género y Salud, principalmente de los estados de Hidalgo, Morelos, Yucatán y San Luis Potosí.

El trabajo realizado para promover y lograr la desagregación por sexo de las estadísticas de egresos hospitalarios y de enfermedades de notificación obligatoria es otro avance a destacar. Para conocer el panorama epidemiológico desagregado por sexo y las necesidades específicas de salud de mujeres y hombres ha sido necesario contar con información confiable para impulsar medidas a favor de la igualdad de género en salud. Gracias a un esfuerzo interinstitucional se logró la consulta en línea de estadísticas de población y cobertura institucional por sexo y se avanzó en la disponibilidad de la medición de carga de enfermedad por causas, así como en la desagregación de los recursos humanos según sexo en las bases de datos de algunos hospitales de segundo y tercer nivel.

La desagregación por sexo de la información estadística nacional es una herramienta fundamental para contar con datos específicos sobre la salud de mujeres y hombres. Los resultados de los análisis realizados en este periodo permitieron observar desigualdades, según edad y sexo, en aspectos como la mortalidad, la morbilidad y el uso de servicios públicos de salud, y en los recursos humanos, en términos de número y situación laboral dentro del sistema de salud. El conocimiento de esas desigualdades brinda

elementos para generar políticas y estrategias de atención a la salud con perspectiva de equidad de género.

Respecto al avance en materia de igualdad de género en salud, y para abordar las diferentes problemáticas prioritarias para el país, en este periodo se retomó la interrelación de los diferentes componentes del modelo socioecológico que influyen en la salud: individual, familiar, social y comunitario.

De 2007 a 2012 se avanzó en tareas relacionadas con la incorporación del género al ámbito de las políticas públicas en salud. Con base en metas establecidas se obtuvieron los siguientes logros:

Transversalidad del género en programas de salud

Desde 2008 se realizaron reuniones de trabajo y colaboración técnica para desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención en los programas prioritarios de Diabetes mellitus, Obesidad y sobrepeso, Accidentes, y Cáncer cérvico uterino. En ese año, el CNEGSR obtuvo el premio otorgado por la OPS por una de las *Mejores Prácticas de incorporación de la igualdad de género en programas de salud*, a partir de la experiencia con el Programa de Diabetes Mellitus para la difusión de acciones de prevención del sobrepeso y la obesidad. Además, en el marco del Encuentro Nacional de Programas de Prevención y Promoción de la Salud, se realizaron reuniones informativas sobre la calidad del Programa de Igualdad de Género en Salud con las personas responsables de programas prioritarios como Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular, Accidentes, Adicciones, Cáncer cérvico uterino, Planificación familiar, y Salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Hacia 2009 se incorporó la perspectiva de género en los proyectos estatales que conformaron la estrategia Cinco Pasos por tu Salud y, en colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional para Personas Adultas Mayores (INAPAM) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), se participó en eventos interinstitucionales para promover la perspectiva de género en la salud, como el Primer Congreso Nacional de Género y Salud, la Mesa de Expertas/os en Adicciones y la estrategia piloto de autocuidado de la salud en el ámbito laboral con perspectiva de género, eventos coordinados por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Durante 2011 y 2012 se realizaron nueve reuniones de trabajo con representantes federales de programas prioritarios de salud para abordar la transversalidad de la perspectiva de género y elaborar propuestas específicas para cada Programa, entregadas a las Direcciones

Generales de cada unidad administrativa responsable para su consideración en la elaboración de los nuevos programas de salud. En apoyo a la transversalización de la perspectiva de género en salud, en 2010 se publicó la *Guía para incorporar la perspectiva de género en programas de salud*, distribuida a las autoridades de los programas prioritarios de salud, los 32 Servicios Estatales de Salud (SESA) y las oficinas federales de instituciones públicas del SNS.

Aunado a esto, se emitieron comentarios y recomendaciones en diferentes acciones, documentos técnicos y normativos y en proyectos de los programas prioritarios de salud tales como VIH, Sobrepeso y obesidad, Promoción de la salud, Violencia familiar y de género, Salud de las personas adultas mayores.

Así mismo, se hicieron propuestas para incorporar la perspectiva de género en Normas Oficiales Mexicanas sobre diversos temas de salud tales como: diabetes mellitus, perimenopausia y postmenopausia, cáncer de mama, promoción y educación para la salud en materia alimentaria, atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; enfermedades bucales, violencia familiar, sexual y contra las mujeres; el expediente clínico, hipertensión arterial sistémica, y dislipidemias.

En ese mismo sentido, se trabajaron Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas en materia de información en salud, en sistemas de información de registro electrónico para la salud, promoción de la salud escolar y el referente a la atención a la salud del grupo de 10 a 19 años de edad.

Instituciones con personal responsable del Programa de Igualdad de Género en Salud

Desde 2008, en el total de instituciones del SNS se cuenta con personas responsables del Programa de Igualdad de Género en Salud, quienes conformaron el Grupo Interinstitucional de Trabajo para la igualdad de género en salud (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF y el CNEGSR como representante de la SSA), el cual se reunió en 2010 para intercambiar información sobre acciones para la igualdad de género en salud desarrolladas en cada institución.

Para 2011, los SESA de las 32 entidades federativas y todas las instituciones públicas del SNS, contaban con una persona responsable del Programa mencionado, quienes dieron seguimiento a las actividades para lograr la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y las acciones de salud a nivel nacional y estatal, y avanzaron en la capacitación del personal de salud en materia de igualdad de género en este ámbito.

Entidades federativas con curso de formación de capacitadoras/es

En el periodo 2008-2012, el curso de formación de capacitadoras y capacitadores alcanzó una cobertura de 96.875%, al impartirse talleres sobre perspectiva de género e interculturalidad en salud en el marco de los derechos humanos en 31 entidades federativas, incluyendo al Distrito Federal.

Personal de salud capacitado en género y salud

Respecto a personal de medicina, enfermería y trabajo social capacitado en género en el marco de los derechos humanos, se alcanzó una cobertura de 28.6 %, cercana a la meta de 30%, que se puntualiza en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Avance anual 2008-2012. Personal capacitado en género y salud

Avance anual	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Absoluto	3,738	8,362	8,265	5,213	12,174	37,752
Porcentaje	2.8	6.3	6.3	3.9	9.2	28.6

Fuente: Información de 2008, reportada por los estados vía informes trimestrales del Programa de Igualdad de Género en Salud. De 2009 a 2012 es información reportada por los SESA vía plataforma de AFASPE 2009 y 2010 y SIAFFASPE 2011 y 2012, de la SPPS.

Otra actividad de capacitación dirigida a personal operativo de las entidades federativas ha sido el Curso de Verano en Género y Salud, que desde 2005 se ha realizado en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), al cual han asistido 209 personas -167 mujeres y 42 hombres-.

Personal directivo de hospitales capacitado

En relación a la capacitación en género a personal directivo de hospitales, se logró un avance de 85%, como muestra el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Avance anual 2008-2012. Personal directivo de hospitales capacitado

Avance anual	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Absoluto	100	16	187	154	168	625
Porcentaje	13.6	2.2	25.5	21.0	22.9	85

Fuente: Información de 2008, reportada por los estados vía informes trimestrales del Programa de Igualdad de Género en Salud. De 2009 a 2012 es información reportada por los SESA vía plataforma de AFASPE 2009 y 2010 y SIAFFASPE 2011 y 2012, de la SPPS.

Personal de mando medio de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) capacitado

Entre 2011 y 2012 se impartieron cursos de perspectiva de género y salud dirigidos a mandos medios de los centros nacionales pertenecientes a la SPPS, con un total de 44 personas capacitadas.

Integración de la perspectiva de género como eje fundamental para la calidad en el SNS

Se logró la inclusión del criterio “Contar con personal capacitado en interculturalidad y género”, como elemento de la cédula de acreditación de las unidades de salud de la Dirección General de Calidad de la SSA, actualizada en 2012.

Documentación de inequidades de género en salud

En este periodo se mantuvo la publicación cuatrimestral de la revista de divulgación *Género y Salud en Cifras*, que en 2007 obtuvo la indización en la base de datos PERIÓDICA, del Centro de Información Científica y Humanística, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Así, se editaron y publicaron al menos 2000 ejemplares de cada uno de los 17 números, correspondientes a seis volúmenes de la revista, distribuyéndose a personal operativo y de investigación de instituciones de salud y académicas relacionadas con los temas desarrollados en esta publicación.

En 2010 destaca la producción de la *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud*, así como la publicación y reimpresión de una segunda edición en 2012. Además, se publicaron diversos folletos sobre salud y equidad de género en el ámbito laboral de la salud, que apoyaron la difusión de la no discriminación y no violencia.

Desde 2005, y mediante convenio con el INSP, se realizó la serie anual de estudios sobre la estimación de gasto de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género, cuya actualización más reciente se refiere a la evolución 2003-2011, información que permite conocer cómo se ejercen los recursos en el SNS en esos programas específicos, lo cual es un ejercicio de rendición de cuentas que pocos países llevan a cabo. Además, en 2008 se desarrolló el Proyecto “CERESOS Saludables con perspectiva de equidad de género: prevención, promoción, detección” y en 2009 se evaluaron sus resultados y logros.

Cultura institucional con perspectiva de género

Desde 2009, el Programa de Cultura Institucional (PCI), coordinado por INMUJERES y la Secretaría de la Función Pública (SFP), ha desarrollado la cultura de igualdad entre

mujeres y hombres con respeto pleno a sus derechos humanos, reflejada en el quehacer institucional de las dependencias y entidades de la APF y a través de prácticas cotidianas de las y los servidores públicos en el desarrollo de sus funciones y en su vida diaria.

De acuerdo con la Guía para la ejecución del PCI, desarrollada por INMUJERES, y en el marco del Sistema Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres, se trabajó en la incorporación de la perspectiva de género en todas las dependencias de la APF. Así, anualmente se realizaron programas de trabajo con actividades para la difusión del marco legal para la igualdad y la no discriminación por género, así como la no violencia contra las mujeres en el ámbito laboral de las instituciones de la APF, en los que la SSA participó realizando actividades en sus órganos desconcentrados, como el CNEGSR.

Este Centro ha desempeñado un papel protagónico en el cambio de cultura institucional con perspectiva de género en el ámbito de la salud, pues puso en marcha un plan de acción que incluyó los factores rectores del PCI: *política nacional y deberes institucionales, clima laboral, comunicación incluyente, selección de personal y hostigamiento y acoso sexual*. Las principales acciones desarrolladas fueron:

- Difusión al personal del CNEGSR del marco legal y normativo en materia de igualdad de género.
- Promoción de un clima laboral de respeto, compromiso y ambiente incluyente.
- Fomento a la igualdad y no violencia en el ámbito laboral.
- Establecimiento del grupo de trabajo para la atención al clima laboral y a las quejas y sugerencias del personal.

Además, en 2011 y 2013, el CNEGSR se certificó en el cumplimiento de los criterios de la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2012 para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres. También se llevaron a cabo cursos sobre estas temáticas, dirigidos al personal del Centro y se realizaron actividades de difusión sobre hostigamiento y acoso sexual a través de acciones específicas como conferencias, entrega de folletos y dípticos informativos y carteles.

En 2011, el Secretario de Salud emitió un pronunciamiento relativo a la prevención, atención y seguimiento a los casos de hostigamiento y acoso sexual, y se publicó el Acuerdo de Creación del Comité para Prevenir y Atender Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual en la SSA, mismo que se instaló, teniendo entre sus objetivos prevenir y desincentivar acciones y comportamientos considerados

como acoso y/u hostigamiento sexual, así como informar y orientar al personal de esta Secretaría sobre ambas conductas, cómo identificarlas y prevenirlas y, en última instancia, cómo y ante quién denunciarlas.

III.4 Retos 2013-2018

- Atención en los servicios de salud, brindada con respeto pleno a los derechos humanos, con énfasis en los derechos a la igualdad, no discriminación y la vida libre de violencia, así como a la condición socio-cultural de mujeres y hombres.
- Incluir la participación de los hombres en el cuidado de la salud –propia y de las otras personas-, con la consecuente reducción de la carga de las mujeres en las actividades de atención a la salud.
- Como proceso permanente, desarrollar formas innovadoras para sensibilizar y capacitar a personal directivo y operativo de salud de las instituciones públicas del SNS.
- Elaboración, con perspectiva de género, lenguaje incluyente y evitando reproducir estereotipos de género, de materiales de promoción y prevención en salud de las instituciones del SNS.
- Incorporación de la perspectiva de género en la cultura institucional del SNS, en particular en las dependencias federales y en los SESA, de manera que se desarrollen y pongan en práctica protocolos para su implementación con énfasis en la prevención y atención del hostigamiento y acoso sexual, así como en estrategias que concilien la vida laboral con la familiar.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

El PND 2013-2018 incluye como propósito lograr un *México Incluyente* que supere el hambre y revierta la pobreza, una sociedad con igualdad de género y sin exclusiones, donde se vele por el bienestar de las personas con discapacidad, de la población indígena, de las y los niños y de la población adulta mayor.

En consonancia, establece que la perspectiva de género, la democratización de la productividad y un gobierno cercano y moderno sean las estrategias transversales para lograr un México Incluyente y las otras cuatro metas nacionales: México en Paz, México con educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global.

El Programa de Igualdad de Género en Salud también se alinea con el PROSESA, tanto en sus objetivos y estrategias, como en estrategias transversales relacionadas con la PGS:

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Para llevar a México a su máximo potencial, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 plantea cinco metas nacionales que fueron diseñadas para responder a cada una de las barreras que limitan el desarrollo de nuestro país: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Asimismo, incluye tres estrategias transversales en todas las acciones de la presente Administración.

De manera particular, para lograr un México Incluyente se requiere garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de la población, entre los cuales se encuentra la salud.

Cuadro 6. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
<p>2. México Incluyente</p>	<p>2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.</p>	<p>2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p>	<p>1. Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.</p>
		<p>2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.</p>	
		<p>2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.</p>	<p>2. Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.</p> <p>4. Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.</p>
		<p>2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p>	
		<p>2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p>	<p>3. Promover la documentación de inequidades de género en salud para combatir las con respeto a los derechos humanos.</p>
		<p>2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.</p>	
		<p>2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p>	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PROSESA 2013-2018 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 y plantea alcanzar seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Cuadro 7. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.	2.3.5. Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.	1. Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.	4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.	2. Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud. 3. Promover la documentación de inequidades de género en salud para combatirlas con respeto a los derechos humanos.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.	5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.	5.1.4. Promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo.	4. Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.

IV.3 Alineación con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)

Como parte del cumplimiento del mandato del Programa Nacional de Desarrollo de que todos los programas de la Administración Pública Federal incorporen la Perspectiva de Género y se alineen al Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD),²² este Programa se alinea al objetivo transversal 2 del PROIGUALDAD, como se muestra a continuación.

Objetivo del PROIGUALDAD	Estrategias del PROIGUALDAD	Líneas de acción del PROIGUALDAD	Objetivo del PAE
4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar.	4.2. Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida.	4.2.1. Fortalecer y mejorar la infraestructura de los servicios de salud para las mujeres en todos sus ciclos de vida.	1. Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.
	4.2. Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida.	4.2.2. Fomentar la formación en género e intersectorialidad del personal que brinda los servicios de salud.	2. Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.
	4.2. Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida.	4.2.1. Fortalecer y mejorar la infraestructura de los servicios de salud para las mujeres en todos sus ciclos de vida.	3. Promover la documentación de inequidades de género en salud para combatirlas con respeto a los derechos humanos.

Objetivo del PROIGUALDAD	Estrategias del PROIGUALDAD	Líneas de acción del PROIGUALDAD	Objetivo del PAE
<p>6. Incorporar las políticas de igualdad de género en los tres órdenes de gobierno y fortalecer su institucionalización en la cultura organizacional.</p>	<p>6.7. Promover y dirigir el cambio organizacional a favor de la igualdad y la no discriminación de género.</p>	<p>6.7.1. Garantizar la aplicación integral de Programa de Cultura Institucional.</p> <p>6.7.2. Promover acciones para la corresponsabilidad familia-trabajo en las mujeres y hombres que se desempeñan como servidores públicos.</p> <p>6.7.3. Promover el uso de lenguaje incluyente en los informes y documentos oficiales.</p> <p>6.7.4. Establecer medidas para erradicar la discriminación y violencia en la Administración Pública Federal, entidades federativas y municipios.</p> <p>6.7.5. Fomentar estímulos y recompensas en las dependencias que promuevan la igualdad y la paridad.</p>	<p>4. Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.</p>



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.
2. Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.
3. Promover la documentación de inequidades de género en salud para combatirlas con respeto a los derechos humanos.
4. Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.

Objetivo 1. Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.

El PND define a la Perspectiva de Género como uno de sus Ejes Transversales, con la finalidad de garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre mujeres y hombres mediante la realización de acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación.

Al ser el Programa de Igualdad de Género en Salud un programa rector transversal se propone ejecutar estrategias con perspectiva de género en la concepción y desarrollo de acciones de promoción, difusión, prevención y atención a cargo de los diferentes programas de salud; encaminadas a contribuir en el logro de condiciones óptimas de salud para mujeres y hombres, sin discriminación, atendiendo a sus necesidades prácticas y estratégicas, considerando su pertenencia cultural, con pleno respeto a sus derechos humanos a la igualdad, la no discriminación y la vida libre de violencia. Además, se considera la necesidad de promover en la población masculina el autocuidado de su salud y su participación en el cuidado de la salud de otras personas de su familia y comunidad.

Estrategia 1.1. Favorecer la incorporación de la perspectiva de género en acciones de promoción, difusión, prevención y atención en los programas de salud.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Coordinar acciones de sensibilización y trabajo con autoridades de los programas de salud.
- 1.1.2. Impulsar que las acciones de información, comunicación y educación de las instituciones de salud se realicen sin estereotipos de género.
- 1.1.3. Promover acciones de atención con perspectiva de género en las unidades de salud.
- 1.1.4. Proponer acciones de autocuidado y cuidado de la salud familiar y comunitaria, en los hombres.
- 1.1.5. Dar seguimiento a las acciones de transversalidad de la perspectiva de género en los programas de salud.

Estrategia 1.2. Favorecer la incorporación de la perspectiva de género en la calidad de la atención en los servicios de salud.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Impulsar el respeto a los derechos humanos de las mujeres en la atención a la salud.
- 1.2.2. Promover que los mecanismos de evaluación de la calidad de la atención incorporen la perspectiva de género.
- 1.2.3. Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que se brinden servicios de salud a las mujeres sin discriminación o misoginia.

Objetivo 2. Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.

Para lograr la instrumentación de acciones que permitan incorporar la perspectiva de género en los programas de salud, en la promoción, la prevención y atención, se requiere sensibilizar, capacitar y formar de manera permanente al personal directivo y operativo del SNS, en materia de PGS en el marco de los derechos humanos, con métodos y herramientas novedosas. Con ello se contribuirá a que el personal comprenda la importancia de transversalizar dicha perspectiva en las estrategias y la operación de todas las acciones de los programas. Por lo tanto, es fundamental continuar el avance en la sensibilización y capacitación de personal de salud directivo y operativo de los distintos niveles de toma de decisiones, como se inició en el Programa de Igualdad de Género en Salud anterior.

Estrategia 2.1. Dotar al personal de salud de herramientas para brindar atención de la salud con perspectiva de género y derechos humanos.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación sobre género en salud y derechos humanos para el personal de salud.
- 2.1.2. Promover la integración de contenidos de género y derechos humanos en la formación de profesionales de la salud.
- 2.1.3. Proponer herramientas técnicas para la sensibilización y capacitación al personal de salud en materia de género en salud.

Objetivo 3. Promover la documentación de inequidades de género en salud para combatirlas con respeto a los derechos humanos.

En el campo de la salud es relativamente reciente la comprensión de su relación con el género. La investigación en salud ha sido desarrollada, principalmente, a partir de su base biológica. Sin embargo, las evidencias científicas están mostrando la importancia de analizarla con perspectiva de género, abordando las formas complejas en que interactúan factores biológicos y determinantes sociales de la salud de mujeres y hombres.

Es indispensable investigar más sobre la salud de mujeres y hombres de distintas edades y condiciones económicas y socioculturales, cómo se relacionan con los servicios de salud, las barreras de acceso, la situación de

discriminación, el respeto a sus derechos y la evaluación de la calidad de la atención. Lo anterior dará bases para impulsar medidas adecuadas a sus necesidades de acceso, promoción, prevención y atención, y a sus necesidades estratégicas para transformar la desigualdad social de género. Así, se promoverá la realización de estudios e investigaciones que reporten resultados en ese sentido y se divulgarán esos conocimientos, así como otras herramientas teórico-metodológicas y de información epidemiológica con perspectiva de género, útiles para fundamentar la toma de decisiones e impulsar acciones a favor de la igualdad sustantiva en salud entre mujeres y hombres.

Estrategia 3.1. Favorecer que la información en salud tenga perspectiva de género.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Fomentar que la información en salud sea desagregada por sexo y tenga análisis con perspectiva de género.
- 3.1.2. Impulsar y coordinar investigación en salud con perspectiva de género.
- 3.1.3. Difundir información en salud con perspectiva de género.

Objetivo 4. Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.

Para avanzar hacia la igualdad sustantiva de género en salud es indispensable incluir acciones que la promuevan dentro del ámbito laboral del SNS, a través de estrategias y acciones específicas que propicien el pleno respeto entre trabajadoras y trabajadores de la salud, el fomento a la igualdad entre mujeres y hombres y la paridad en puestos de toma de decisión, la conciliación de la vida laboral y familiar, la mejora del clima laboral, con el fin de lograr una cultura institucional libre de violencia, con tolerancia cero al hostigamiento y acoso sexual. Por ello, es necesario dirigir esfuerzos específicos en este ámbito laboral para implementar programas de trabajo con actividades que contribuyan al establecimiento de una política organizacional de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

Estrategias 4.1. Promover una política organizacional de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

Líneas de acción:

- 4.1.1. Difundir los derechos de igualdad, no violencia y no discriminación en el ámbito laboral de la salud.
- 4.1.2. Fomentar la coordinación intra e interinstitucional para avanzar en la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.
- 4.1.3. Proponer que los contenidos de los comunicados internos y externos, se elaboren con lenguaje incluyente.
- 4.1.4. Impulsar acciones afirmativas para avanzar hacia la paridad en la asignación de puestos directivos en las instituciones de salud.
- 4.1.5. Impulsar acciones para una cultura de buenas prácticas laborales y estimular un clima de respeto con equidad de género.

V.2 Estrategias Transversales

El gobierno federal considera fundamental garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre mujeres y hombres y disipar las brechas de género en todos los ámbitos, incluido el de la salud. En nuestro país, este es el primer PND que incorpora la perspectiva de género y contempla la necesidad de realizar acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y evitar desigualdad, exclusión o discriminación. Con ello, el Estado Mexicano avanzará para hacer tangibles los compromisos asumidos al ratificar la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como lo establecido en los artículos 2º, 9º y 14º de la Ley de Planeación, referentes a la incorporación de la perspectiva de género en la planeación nacional.

Respecto a la perspectiva de género, en el apartado VI.A Estrategias y líneas de acción transversales del PND 2013-2018 se plantea como objetivo:

- Incorporar la perspectiva de igualdad de género en las políticas públicas, programas, proyectos e instrumentos compensatorios como acciones afirmativas de la Administración Pública Federal.

Además, su transversalidad quedó delimitada en las estrategias y líneas de acción del PROIGUALDAD 2013-2018, que en materia de salud abarca los principales problemas de las mujeres y delinea un abanico de acciones para avanzar hacia la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

El PAE Igualdad de Género en Salud tiene la responsabilidad de avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas y socioculturales entre mujeres y hombres, en alineación con lo planteado en el PROIGUALDAD así como con las estrategias transversales del PROSESA. Con los objetivos, estrategias y líneas de acción planteadas se busca transversalizar la perspectiva de género en diferentes funciones y acciones de las instituciones públicas del SNS. Asimismo, proyecta contribuir a la institucionalización de la perspectiva de género al fortalecer la cultura institucional con perspectiva de género en el ámbito laboral de las instituciones públicas de salud, impulsando en las instituciones públicas del SNS el desarrollo de una política organizacional sustantiva de igualdad entre mujeres y hombres, incluyendo la prevención del hostigamiento y el acoso sexual.

Los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Igualdad de Género en Salud 2013-2018 buscan transversalizar la perspectiva de género tanto en los servicios que se ofrecen a la población en general como al interior de sus actividades cotidianas en el ámbito laboral de la salud.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Los indicadores y metas que servirán para dar seguimiento y evaluar los avances para cada objetivo son los siguientes:

Elemento	Características				
Indicador 1	Porcentaje de SESA o delegaciones con al menos dos unidades de salud (1 hospital y un centro de salud) con acciones de atención con perspectiva de género realizadas.				
Objetivo del PAE	Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.				
Descripción general	Cada año se incrementarán SESA o delegaciones en el caso del IMSS e ISSSTE, con al menos dos unidades de salud con acciones de atención con perspectiva de género cada año. Las acciones se desarrollarán en torno a nueve ejes. Véase anexo 1.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de SESA o delegaciones con al menos dos unidades de salud (un hospital y un centro de salud) con acciones de atención con perspectiva de género. / Denominador: Número de SESA o delegaciones programadas para desarrollar acciones de atención con perspectiva de género en al menos dos unidades de salud por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Informes institucionales del Programa de Igualdad de Género en Salud.				
Referencias adicionales	SESA, SSA/CNEGSR, IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	25.0%	43.75%	62.5%	71.25%	80.0%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
6.25%			80.0%		

Elemento	Características				
Indicador 2	Porcentaje de usuarias y usuarios que reportan quejas por maltrato y discriminación por sexo o género en unidades de atención a la salud seleccionadas.				
Objetivo del PAE	Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.				
Descripción general	La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) cuenta con estadísticas del número de quejas presentadas por casos de mujeres atendidas en servicios de gineco-obstetricia. Sin embargo no tiene un denominador con el que se pueda calcular el indicador. Por ello, no se cuenta con una línea basal determinada y se trabajará en 2015 para establecerla a partir de un instrumento elaborado y piloteado entre 2013 y 2014, que se aplicará en las unidades hospitalarias y de primer nivel en donde se realicen las acciones establecidas para el indicador 1.1 de este Programa. Se promoverá que las y los usuarios de las unidades de salud seleccionados en cada entidad federativa lo llenen para conocer si tienen quejas por maltrato o discriminación por sexo o género y se iniciará la medición en 2015.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de usuarias/os que reportan quejas por maltrato y discriminación por sexo o género en unidades de atención a la salud seleccionadas / Denominador: Total de usuarias/os que llenaron el formato de quejas en unidades de atención a la salud seleccionadas por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Informes institucionales del Programa de Igualdad de Género en Salud.				
Referencias adicionales	SESA, SSA/CNEGSR, IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	-	Por determinar según resultados de aplicación del instrumento	1.0% menos que el año inmediato anterior	2.0% menos que el año inmediato anterior	4.0% menos de quejas por maltrato y discriminación, con respecto a 2015
Línea base 2013			Meta Sexenal		
No disponible.			4.0% menos de quejas por maltrato y discriminación, con respecto a 2015.		

Elemento	Características						
Indicador 3	Porcentaje de personal de salud de base: de medicina, enfermería y trabajo social capacitado en género en salud en el marco de los derechos humanos.						
Objetivo del PAE	Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.						
Descripción general	Cada servicio estatal de salud, o delegación, en el caso del IMSS e ISSSTE, avanzará en sus metas anuales para alcanzar en 2018, el 46% de su personal de salud de base de las tres profesiones capacitado. Considerando una estimación del personal de salud de la SSA equivalente, aproximadamente, a 44% del SNS, para este PAE Igualdad de Género en Salud 2013-2018 se considera como línea base 12% dado que del 2008 al 2012 la Secretaría avanzó 28.6% en la capacitación al personal de salud de los SESA.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Personal de salud de base: de medicina, enfermería y trabajo social capacitado / Denominador: Personal de salud de base: de medicina, enfermería y trabajo social a capacitar por 100.						
Periodicidad	Anual.						
Fuente	Informes institucionales del Programa de Igualdad de Género en Salud.						
Referencias adicionales	SESA, SSA/CNEGSR, IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	18.0 %	24.0%	30.0%	36.0%	41.0%	46.0%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
12.0%				46.0%			

Elemento	Características				
Indicador 4	Porcentaje de hospitales con una o un directivo capacitado al año en género en salud con respeto a los derechos humanos.				
Objetivo del PAE	Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.				
Descripción general	Para la SSA cada servicio estatal de salud avanzará en sus metas anuales para lograr, hacia 2018, que 80% de los hospitales tengan al menos cuatro directivas/os capacitados en materia de género en salud en el marco de los derechos humanos. Se incluyen centros de salud con hospitalización, hospital integral, hospital general, hospital especializado y hospital psiquiátrico. Para IMSS e ISSSTE incluye sus unidades con hospitalización.				
Observaciones	Método de Cálculo: Numerador: Número de hospitales con una o un directivo capacitado al año / Denominador: Número de hospitales con una o un directivo programado para capacitación en el año por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Informes institucionales del Programa de Igualdad de Género en Salud.				
Referencias adicionales	SESA, SSA/CNEGSR, IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
Línea base 2012			Meta Sexenal		
No determinada.			80.0% de hospitales con al menos cuatro directivas/os capacitados al año.		

Elemento	Características					
Indicador 5	Publicación cuatrimestral de la revista de divulgación Género y Salud en Cifras para personal de salud y profesionales interesadas/os en la temática.					
Objetivo del PAE	Promover la documentación de inequidades de género en salud para combatirlas con respecto a los derechos humanos.					
Descripción general	Se mantendrá la publicación de tres números por año de esta revista, única en su tipo en el país, editada desde hace 11 años por el CNEGSR/SSA y con registro de ISSN.					
Observaciones	Método de cálculo: Números de la revista Género y Salud en Cifras publicados cada año.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Informes de actividades del Programa de Igualdad de Género en Salud.					
Referencias adicionales	CNEGSR/SSA					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	3	3	3	3	3	3
Línea base 2012				Meta Sexenal		
26 números publicados de 2003 a 2012.				18 números número publicados.		

Elemento	Características				
Indicador 6	Porcentaje de instituciones públicas del SNS que cuentan con una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual.				
Objetivo del PAE	Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.				
Descripción general	Cada institución pública del SNS, siete de nivel federal y 32 SESA, conformarán y pondrán en funcionamiento una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual en sus oficinas centrales. En el contexto de la estrategia y líneas de acción del objetivo 4, se impulsará y dará seguimiento a acciones de cultura institucional con perspectiva de género acordes al Programa de Cultura Institucional del Sistema Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres, con acciones que incentiven a la transformación de roles y estereotipos tradicionales de género y se fomenten relaciones equitativas y libres de violencia en el ámbito laboral de las instituciones de salud.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de instituciones públicas del SNS que cuentan con una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual en sus oficinas centrales / Denominador: Número de instituciones públicas del SNS que tendrían que contar con una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual en sus oficinas centrales por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Informes institucionales del Programa de Igualdad de Género en Salud.				
Referencias adicionales	SESA, SSA/CNEGSR, IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	13.0%	36.0%	54.0%	74.0%	97.0%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
3.0% (SSA)			97.0% de instituciones públicas del SNS.		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.									
Indicador 1		Porcentaje de SESA o delegaciones con al menos dos unidades de salud (1 hospital y un centro de salud) con acciones de atención con perspectiva de género realizadas.					Meta 1	80.0%			
Indicador 2		Porcentaje de usuarias y usuarios que reportan quejas por maltrato y discriminación por sexo o género en unidades de atención a la salud seleccionadas.					Meta 2	4.0% menos de quejas sobre maltrato y discriminación con respecto al 2015.			
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones	
No.	Descripción										
1.1.1.	Coordinar acciones de sensibilización y trabajo con autoridades de los programas de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.1.2.	Impulsar que las acciones de información, comunicación y educación de las instituciones de salud se realicen sin estereotipos de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.1.3.	Promover acciones de atención con perspectiva de género en las unidades de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.4.	Proponer acciones de autocuidado y cuidado de la salud familiar y comunitaria en los hombres.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.5.	Dar seguimiento a las acciones de transversalidad de la perspectiva de género en los programas de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.1.	Impulsar el respeto a los derechos humanos de las mujeres en la atención a la salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.2.	Promover que los mecanismos de evaluación de la calidad de la atención incorporen la perspectiva de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.3.	Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que se brinden servicios de salud a las mujeres sin discriminación o misoginia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 2		Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.								
Indicador 3		Porcentaje de personal de salud de base: de medicina, enfermería y trabajo social capacitado en género en salud en el marco de los derechos humanos.	Meta 3		46.0%					
Indicador 4		Porcentaje de hospitales con una o un directivo capacitado al año en género en salud con respeto a los derechos humanos.	Meta 4		80.0% de hospitales con cuatro directivas/os capacitados al año.					
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación sobre género en salud y derechos humanos para el personal de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.2.	Promover la integración de contenidos de género y derechos humanos en la formación de profesionales de la salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.3.	Proponer herramientas técnicas para la sensibilización y capacitación al personal de salud en materia de género en salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

Objetivo 4		Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.									
Indicador 6		Porcentaje de instituciones públicas del SNS que cuentan con una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual.					Meta 6	97.0%			
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones	
No.	Descripción										
4.1.1.	Difundir los derechos de igualdad, no violencia y no discriminación en el ámbito laboral de la salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
4.1.2.	Fomentar la coordinación intra e interinstitucional para avanzar en la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
4.1.3.	Proponer que los contenidos de los comunicados, internos y externos, se elaboren con lenguaje incluyente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
4.1.4.	Impulsar acciones afirmativas para avanzar hacia la paridad en la asignación de puestos directivos en las instituciones de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
4.1.5.	Impulsar acciones para una cultura de buenas prácticas laborales y estimular un clima de respeto con equidad de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CNEGRS: <http://cnegrs.salud.gob.mx> y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garfinkel H. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1967.
2. Hawkesworth M. Confundir el género (Confounding gender). *Debate Feminista* 1999 Oct; 10(20): 3-48.
3. Butler J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En: Lamas M, comp. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG – Miguel Ángel Porrúa; 1996. p. 303-326.
4. Sen G, Östlin P. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. *Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. September 2007. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karolinska Institutet; 2007.
5. The Coalition on Men and Boys. *Man made: Men masculinities and equality in public policy*. United Kingdom: The coalition on Men and Boys; 2009.
6. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000 May; 50(10): 1385-401.
7. De Keijzer B. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Género y Salud en Cifras* 2003 Sep-Dic; 1(3): 3-7.
8. Dinys LF. Incorporación de la perspectiva de género en programas, proyectos y políticas en salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
9. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. New York: UN Women; s. f. [Acceso 07 febrero 2014]. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. *Guía para facilitadores. Mujer, salud y desarrollo. Taller género, salud y desarrollo*. OPS-División de la Salud y Desarrollo Humano. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1997.
11. Gómez-Gómez E. Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. Organización Panamericana de la Salud. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos, Washington, D.C.: 2011.
12. Rodríguez Y, Robledo C, Pedroso T. *Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. 2ª Edición. México, D.F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva-Secretaría de Salud; 2011.
13. Garcia AM, Bartley M, Alvarez-Dardet C. Engendering epidemiology. *J Epidemiol Community Health* [En línea]. 2007 [Acceso 11 marzo 2014]; 61 (Suppl 2): ii1-ii2. Disponible en http://jech.bmj.com/content/61/Suppl_2/ii1
14. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009.
15. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Reforma del 10 de enero de 2011. *Diario Oficial de la Federación*, (10-01-2011).
16. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 2200 A (XXI), (16-12-1966).
17. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas, (18-12-1979).
18. Resolución Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 2106 A (XX), (21-12-1965).
19. Convención sobre Derechos de las Personas con

- Discapacidad. 13 de diciembre de 2006. Asamblea General de las Naciones Unidas, (13-12-2006).
20. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (17-11-1988).
 21. Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará. Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, (09-06-1994).
 22. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). Aguascalientes: INEGI; 2000.
 23. Sexto Informe de Gobierno, Anexo Estadístico. México: Presidencia de la República; 2012.
 24. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010 [Libro en Internet]. Ginebra: UN Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2010. [Acceso 7 febrero 2014]. Disponible en http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf
 25. Lozano R, Gómez H, Pelcastre B, Ruelas G, Campuzano J, Montañez J, Franco F, González J. Carga de la Enfermedad en México 1990-2010, nuevos resultados y desafíos. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. México, 2013.
 26. Desafíos para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres con VIH. Hoja informativa. México: Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud AC.; 2009 [Acceso 7 febrero 2014]. Disponible en www.redbalance.org
 27. Grupo de Información para la Reproducción Elegida. Violencia relacionada con salud reproductiva [Monografía en Internet]. México: GIRE; s. f. [Acceso 7 febrero 2014]. Disponible en https://www.gire.org.mx/index.php/index.php?option=com_content&view=article&id=431&Itemid=1250&lang=es
 28. García H, Almaguer A, Vargas V. La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Género y Salud en Cifras 2010 Septiembre-Diciembre; 8(3): 3-20.
 29. Villanueva LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Género y Salud en Cifras 2010 Septiembre-Diciembre; 8(3): 21-26
 30. Castro R. ¿Aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres durante el embarazo? Algunos hallazgos de un estudio en Morelos. Género y Salud en Cifras 2003 Mayo-Agosto: 3-6.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APF	Administración Pública Federal
AVD	Años de vida perdidos por discapacidades
AVISA	Años de vida saludable perdidos
AVMP	Años de vida perdidos por muerte prematura
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CNEGR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
IMJ	Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM	Instituto Nacional para Personas Adultas Mayores
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PCI	Programa de Cultura Institucional
PDESC	Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Culturales y Económicos
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGS	Perspectiva de género en el área de la salud

PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de la Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SSA	Secretaría de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Análisis de género. Herramienta que permite identificar desigualdades a partir de las diferencias biológicas entre sexos en cada etapa de la vida y entrelazadas con desigualdades de género asociadas con diversas condiciones socioculturales, lo cual permite construir un conocimiento integral de los procesos de salud, enfermedad y muerte de los sexos.

Cultura institucional con perspectiva de género. La cultura institucional se entiende como un modelo de supuestos básicos compartidos que ejercen la suficiente influencia como para ser considerados como válidos y así transferirlos a las personas que forman parte de la organización como el modo correcto de percibir, pensar y sentir, implicando un conjunto de valores y prácticas compartidas, confiriendo el poder para moldear la conducta de la persona, convirtiéndola en un factor significativo para promover o inhibir el desempeño organizacional. La Cultura institucional con perspectiva de género implica garantizar el cumplimiento e institucionalización del principio de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en el ámbito laboral de la Administración Pública Federal.

Equidad de género. Imperativo de carácter ético basado en el principio de justicia social que busca compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos entre mujeres y hombres.

Equidad de género en salud. Se refiere a la reducción y eliminación de disparidades innecesarias, evitables e injustas en la salud y sus determinantes, entre mujeres y hombres, atribuibles al sistema sexo-género. El objetivo es que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas injustas y evitables.

Género. Conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al 'ser mujer' o 'ser hombre' y que definen formas de comportamiento, valores, actividades, actitudes y sentimientos. De igual forma, establecen roles y estereotipos para cada sexo, a partir de los cuales las personas construyen sus identidades. El género establece relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general, por lo que se define como relacional, jerárquico, cambiante a través del tiempo, contextualmente específico e institucionalmente estructurado.

Igualdad de género. Imperativo de carácter jurídico que pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes, así como en el ejercicio de los derechos entre mujeres y hombres. Implica la eliminación en cualquier ámbito de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo.

Igualdad de género en salud. Pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes y el ejercicio de los derechos entre mujeres y hombres, e implica la eliminación en cualquier ámbito de la salud generada por pertenecer a cualquier sexo.

Igualdad de oportunidades. Se refiere a la creación de políticas públicas que reconozcan las diferencias que tienen mujeres y hombres en cuanto a sus necesidades y, por tanto, construir instrumentos capaces de atender esas diferencias que permitan igualdad real en el acceso a los recursos para el desarrollo de ambos sexos.

Inequidad de género. Refiere a la disparidad innecesaria, evitable e injusta entre mujeres y hombres, atribuibles al sistema sexo-género.

Perspectiva de género. Visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Su finalidad es la eliminación de las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basadas en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde mujeres y hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y de servicios, a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

Sexo. Se refiere a las diferencias que existen entre mujeres y hombres, dadas por su condición biológica y fisiológica. Son características congénitas, es decir, se nace con ellas y son universales.

Transversalidad de la perspectiva de género. Es el proceso que permite garantizar la incorporación de la perspectiva de género con el objetivo de valorar las implicaciones que tiene, para mujeres y hombres, cualquier acción que se programe, tratándose de legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales de las instituciones públicas.

ANEXOS

Anexo 1. Nueve ejes para incorporar la perspectiva de género en el Sistema de Salud*

1. Tratar a las usuarias con amabilidad, como personas respetables. Llamarlas por su nombre.
2. Informar y explicar directa y claramente a la o el paciente los procedimientos a seguir, comunicarle su diagnóstico probable, el pronóstico, y el tratamiento. En especial, si es mujer, darle a ella la información independientemente de que asista acompañada.
3. Fomentar que el consentimiento informado sea un eje central en la prestación de servicios para mujeres y hombres, en particular para mujeres en la atención a su salud reproductiva.
4. Propiciar que las mujeres expresen su percepción del padecimiento y sus necesidades de atención y sean tomadas en cuenta para optimizar los resultados terapéuticos.
5. Ofrecer horarios de atención en los servicios de salud para las personas que laboran.
6. Promover espacios de entretenimiento para los hijos y las hijas mientras la madre esté en su consulta.
7. Incorporar el enfoque de género en las guías, lineamientos, y normas de atención a la salud.
8. Modificar el lenguaje para hacerlo incluyente, a favor de la igualdad entre mujeres y hombres.
9. Dar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, libre de maltrato y discriminación.

* Con base en la *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud*.⁵

Anexo 2. Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1	Avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.									
Indicador 1	Porcentaje de SESA o delegaciones con al menos dos unidades de salud (1 hospital y un centro de salud) con acciones de atención con perspectiva de género realizadas.	Meta 1	80%							
Indicador 2	Porcentaje de usuarias y usuarios que reportan quejas por maltrato y discriminación por sexo o género en unidades de atención a la salud seleccionadas.	Meta 2	4.0% menos de quejas sobre maltrato y discriminación con respecto al 2015.							
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	DGCS	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Coordinar acciones de sensibilización y trabajo con autoridades de los programas de salud.	✓	✓	✓						
1.1.2.	Impulsar que las acciones de información, comunicación y educación de las instituciones de salud se realicen sin estereotipos de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.3.	Promover acciones de atención con perspectiva de género en las unidades de salud.	✓	✓		✓					
1.1.4.	Proponer acciones de autocuidado y cuidado de la salud familiar y comunitaria en los hombres.	✓	✓		✓	✓				
1.1.5.	Dar seguimiento a las acciones de transversalidad de la perspectiva de género en los programas de salud.	✓	✓	✓	✓					

IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	DGCS	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.2.1.	Impulsar el respeto a los derechos humanos de las mujeres en la atención a la salud.	✓	✓		✓					
1.2.2.	Promover que los mecanismos de evaluación de la calidad de la atención incorporen la perspectiva de género.	✓	✓		✓					
1.2.3.	Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que se brinden servicios de salud a las mujeres sin discriminación o misoginia.	✓	✓		✓					

Objetivo 2		Fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal de salud.							
Indicador 3		Porcentaje de personal de salud de base: de medicina, enfermería y trabajo social capacitado en género en salud en el marco de los derechos humanos.				Meta 3		46.0%	
Indicador 4		Porcentaje de hospitales con una o un directivo capacitado al año en género en salud con respeto a los derechos humanos.				Meta 4		80.0% de hospitales con cuatro directivos/os capacitados al año.	
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación sobre género en salud y derechos humanos para el personal de salud.	✓	✓	✓	✓				
2.1.2.	Promover la integración de contenidos de género y derechos humanos en la formación de profesionales de la salud.	✓	✓		✓				
2.1.3.	Proponer herramientas técnicas para la sensibilización y capacitación al personal de salud en materia de género en salud.	✓	✓		✓				

IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

Objetivo 4		Impulsar una cultura institucional con perspectiva de igualdad de género en los servicios de salud.							
Indicador 6		Porcentaje de instituciones públicas del SNS que cuentan con una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual.			Meta 6		Porcentaje de instituciones públicas del SNS que cuentan con una política institucional para la prevención del hostigamiento y acoso sexual.		
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
4.1.1.	Difundir los derechos de igualdad, no violencia y no discriminación en el ámbito laboral de la salud.	✓	✓	✓	✓				
4.1.2.	Fomentar la coordinación intra e interinstitucional para avanzar en la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.	✓	✓	✓					
4.1.3.	Proponer que los contenidos de los comunicados, internos y externos, se elaboren con lenguaje incluyente.	✓	✓	✓	✓				
4.1.4.	Impulsar acciones afirmativas para avanzar hacia la paridad en la asignación de puestos directivos en las instituciones de salud.	✓	✓	✓					
4.1.5.	Impulsar acciones para una cultura de buenas prácticas laborales y estimular un clima de respeto con equidad de género.	✓	✓	✓	✓				



IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.