

Fruto de un ejercicio de colaboración con la Comunidad Mixe, Jaltepec de Candayoc, y Servicios del Pueblo Mixe (SER Mixe), ambos de Oaxaca, se presenta aquí una nueva mirada que analiza los impactos reales de una política nacional en contra de la pobreza, en los derechos de autonomía, participación y consulta de los Pueblos indígenas de México.

El Programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México forma parte de un esfuerzo común más amplio, realizado por organizaciones indígenas y de derechos humanos en Argentina, Colombia, México y Canadá, para visibilizar la situación de las mujeres indígenas y las múltiples discriminaciones que padecen. Nuestro desafío es crear herramientas metodológicas para que las mujeres indígenas no tengan que dividir su identidad indígena y su identidad de mujer para encontrar protección en lo jurídico y asistencia en las políticas públicas.

Nuestro reto es contribuir a una visión de género desde una perspectiva indígena y de derechos. La publicación de Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos es un paso importante hacia la realización de este reto.

Marie Léger

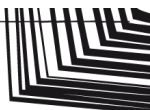


Derechos y Democracia

Centro Internacional de Derechos Humanos
y Desarrollo Democrático



NOSTROMO
Ediciones



POLÍTICA, SOCIEDAD Y CULTURA
CONTEMPORÁNEAS



El Programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México

Carmen Herrera y Julia Suárez

COORDINADORAS

Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos

Proyecto Políticas Sociales y Derechos de las Mujeres Indígenas

Proyecto Creación de jurisprudencia específica a las mujeres indígenas en el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos - Fase 3

Nostromo ediciones



El Programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México

COORDINACIÓN Y REDACCIÓN

Carmen Herrera y Julia Suárez (Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos)

ASESORÍA

Sofía Robles y Hugo Aguilar (Servicios del Pueblo Mixe)

COORDINACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO Y

ASESORÍA PARA TRABAJO MONOGRÁFICO:

Maricela Andrade

TRADUCCIÓN ESPAÑOL-MIXE-ESPAÑOL EN TRABAJO DE CAMPO

Sofía Robles, Servicios del Pueblo Mixe

TRABAJO MONOGRÁFICO

Lucero Eglai Ortigoza y Eusebio Alonso, servicio social de la carrera de Comunicación para el Desarrollo Social del Instituto Superior Intercultural Ayuuk (ISIA), e Hildeberto Díaz, también del ISIA

LECTURA PARA COMENTARIOS

Sofía Robles, Magdalena Gómez, Marie Léger, Hildeberto Díaz y Hugo Aguilar

Este esfuerzo fue realizado gracias al apoyo de Derechos y Democracia (Canadá).



Derechos y Democracia

Centro Internacional de Derechos Humanos
y Desarrollo Democrático

FOTOGRAFÍA DE PORTADA: Maricela Andrade Ramírez

PRIMERA EDICIÓN: 2011

ISBN: 978-607-95678-0-4

DR © 2011, Abogados para la
Justicia y los Derechos Humanos
A.C. Carmen Herrera y Julia Suárez
México, Distrito Federal

CUIDADO DE LA EDICIÓN, TIPOGRAFÍA
Y PORTADA: Mina Alejandra Navarro

PREPARACIÓN DEL TEXTO:
Elia Zárraga Gómez

Impreso y hecho en México.

Este libro no puede ser reproducido
o fotocopiado en su totalidad sin
permiso escrito del autor. Puede ser
fotocopiado parcialmente citando la
fuente.

ESTA INVESTIGACIÓN fue elaborada gracias a la participación de la Comunidad de Jaltepec de Candayoc Mixe, Oaxaca, a la colaboración de Servicios del Pueblo Mixe y al apoyo de Derechos y Democracia de Canadá.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	11
I. INTRODUCCIÓN.....	13
II. NOTA METODOLÓGICA.....	19
III. JALTEPEC DE CANDAYOC MIXE.....	27
IV. EL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES.....	41
V. DERECHOS, GÉNERO Y PERSPECTIVA INDÍGENA.....	81
5.1 La perspectiva de derechos.....	83
5.2 La perspectiva de género.....	84
5.3 La perspectiva indígena.....	90
5.4 El derecho de las mujeres indígenas de ejercer y gozar todos los derechos sin discriminación.....	93
5.5 El derecho a la salud.....	112
5.6 Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.....	120
5.7 Derechos humanos y políticas públicas.....	136
VI. ATENCIÓN DE LA POBREZA O GARANTÍA DE DERECHOS: UN FALSO DILEMA.....	139
6.1 El Programa frente a la autonomía de los Pueblos indígenas.....	139
6.2 Consulta y obtención de consentimiento informado para la implementación del Programa	140
6.3 Derecho de participación.....	141

6.4 Oportunidades y el derecho a comprender y hacerse comprender en su propia lengua.....	142
6.5 Utilización de lenguaje o su aplicación fuera de contexto provocando confusiones.....	145
6.6 Derechos a la salud y a la salud reproductiva en el marco del Programa.....	146
6.7 El Programa y el derecho de las mujeres indígenas a vivir libres de violencia.....	150
6.8 El derecho a protección judicial con debido proceso en el marco del Programa.....	152
6.9 La educación reproductiva y el Programa Oportunidades.....	152
6.10 La autodeterminación reproductiva en el Programa Oportunidades.....	153
6.11 Integridad personal y el Programa Oportunidades.....	155
6.12 El Programa Oportunidades y la obligación de adopción de medidas para hacer efectivos los derechos reproductivos.....	156
6.13 Derecho a una vida digna.....	156
6.14 El Programa Oportunidades incentiva y profundiza la violencia de género y la discriminación de las mujeres indígenas.....	156
VII. CONCLUSIONES.....	169
VIII. RECOMENDACIONES.....	175
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	177

PRESENTACIÓN

Es un honor presentar el trabajo de análisis del *Programa Oportunidades* realizado por Abogadas y Abogados para la justicia y los Derechos Humanos.

Fruto de un ejercicio de colaboración con la Comunidad Mixe, Jaltepec de Candayoc, y Servicios del Pueblo Mixe (SER Mixe), ambos de Oaxaca, se presenta aquí una nueva mirada que analiza los impactos reales de una política nacional en contra de la pobreza, en los derechos de autonomía, participación y consulta de los Pueblos indígenas de México, particularmente en una comunidad y en especial, en el impacto sobre las mujeres indígenas que integran esta comunidad, en la realización de su derecho a la salud y de sus derechos culturales.

El aporte de este análisis reside en su triple enfoque: de derechos, de género y étnico. Este estudio nos da un ejemplo de cómo analizar una política pública con una metodología que visualice, desde la perspectiva de derechos, la situación particular de las mujeres indígenas; demuestra cómo una política aplicada de manera universal es capaz de generar múltiples discriminaciones por no adoptar un diseño diferenciado, y corrobora que no basta con generar políticas que incluyan mecanismos de adaptación cultural a la realidad indígena debido a que las mujeres indígenas son miembros de pueblos distintos que tienen derechos colectivos.

Este trabajo demuestra la relación íntima entre el ejercicio de los derechos colectivos y el de los derechos individuales. Invita a un país como México, a profundizar su entendimiento del significado de los tratados que ha firmado como es el Convenio 169 o de los instrumentos que ha apoyado, como es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Esta publicación aparece oportunamente, cuando el gobierno mexicano inicia un esfuerzo por considerar la realidad indígena en su proyecto de *Evaluación social y plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena*. Ojalá que este esfuerzo se concrete e identifique los cambios necesarios para que los derechos de las mujeres indígenas, de sus comunidades y de sus pueblos sean verdaderamente respetados por el Programa Oportunidades.

El *Programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México* forma parte de un esfuerzo común más amplio, realizado por organizaciones indígenas y de derechos humanos en Argentina, Colombia, México y Canadá, para visibilizar la situación de las mujeres indígenas y las múltiples discriminaciones que padecen. Nuestro desafío es crear herramientas metodológicas para que las mujeres indígenas no tengan que dividir su identidad indígena y su identidad de mujer para encontrar protección en lo jurídico y asistencia en las políticas públicas.

Nuestro reto es contribuir a una visión de género desde una perspectiva indígena y de derechos. La publicación de *Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos* es un paso importante hacia la realización de este reto.

MARIE LÉGER

Coordinadora del proyecto

Discriminación Étnica y de Género en las Américas:
el caso de las Mujeres Indígenas Derechos y Democracia
Montreal, Canadá

I

INTRODUCCIÓN

La construcción del Estado democrático de Derecho en México pasa por la identificación y erradicación de las desigualdades y, con ello, la vigencia de los derechos humanos para todas las personas y colectivos sin discriminación alguna. Sin embargo, la realidad que enfrenta tanto el país, como todo el Continente, es que diferentes factores impiden el acceso equitativo al ejercicio de tales derechos.

El presente trabajo se centra en dos de los factores que han impedido dicho acceso: el hecho de ser mujer y el de ser indígena. Se enfoca en el análisis del contenido y aplicación del *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* (en adelante PO o el Programa). Programa de carácter nacional que, de acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social, se propuso como meta para 2010 impactar de manera directa en materia de Educación, Salud y Alimentación a 5 millones 800 mil hogares en todo el país, es decir, a una población de 25 millones de mexicanos/as, de los cuales la cuarta parte es de origen indígena.

Existe vasta evidencia sobre la discriminación histórica que las mujeres viven en el acceso y ejercicio de sus derechos por razones de género. Así lo han reconocido en diferentes ocasiones los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por ejemplo, al adoptar la Convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la Mujer o en los Principios y Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Viena; así como los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), al adoptar la *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer* (Convención de Belem do Pará) o el *Plan de Acción* aprobado por los Jefes de Estado en la Cumbre de Québec.

Discriminación que se intensifica en el caso de las mujeres indígenas, ya que por un lado viven la exclusión y negación de oportunidades de acceso a gran parte de sus derechos como integrantes del pueblo indígena al que pertenecen, y por otro, enfrentan la desigualdad respecto de los hombres en dicho acceso.

En cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de Derechos Humanos, se esperaría que toda política pública que se aplica en el país y en particular, toda política social, fuera un factor de respeto y restitución de su integridad, de los derechos negados a las personas y en especial, a las mujeres indígenas. Lo cual parece no ocurrir en el caso del PO, ya que en una revisión general de los documentos oficiales que lo contienen, no se observa la previsión de mecanismos que atiendan y eviten las discriminaciones estructurales que viven las mujeres indígenas. Ello a pesar de que en la implementación del mismo, ellas –en representación de su familia– son garantes del cumplimiento de las corresponsabilidades que implica el acceso a la transferencia monetaria que ofrece el propio Programa. Además, entre las corresponsabilidades que ellas en particular deben cumplir, se encuentra el que adopten medidas de prevención en salud reproductiva, como una de las condiciones indispensables para el acceso a recibir dicha transferencia.

Es por ello que este trabajo se propone como objetivo lograr una aproximación, a la luz del marco de derechos individuales y colectivos reconocidos por el Estado mexicano –contenidos tanto en la legislación nacional como los reconocidos mediante tratados internacionales suscritos por México en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (la Constitución), los cuales constituyen Ley Suprema de la Nación–,¹ en particular de los derechos reproductivos, así como desde la perspectiva indígena y la perspectiva de género, en el diseño e implementación del PO y en las opiniones y estudios realizados sobre el mismo, a fin de indagar en qué medida tiene en cuenta las desigualdades que enfrentan las mujeres indígenas beneficiarias, tanto por razones de género como por las desventajas

¹ En lo sucesivo, cuando se hace referencia a los derechos individuales y colectivos reconocidos por el Estado mexicano, se incluye a los reconocidos en los dos ámbitos, tanto nacional como internacional.

estructurales que enfrentan los pueblos indígenas en México. Asimismo, se propone indagar si se ubica en el marco de los derechos reproductivos de las propias mujeres en el contexto de los derechos colectivos de los pueblos indígenas o si puede contener aspectos que generen su doble discriminación.

De igual forma, se trató de verificar si en la vasta producción bibliográfica existente acerca del PO –así como estudios y evaluaciones sobre su diseño e implementación–, se aborda de manera particular lo que ocurre con las mujeres indígenas y sus derechos reproductivos.

Las desventajas históricas en el acceso a los derechos a la Educación, la Salud, la Alimentación y la Vivienda, entre otras, que viven las mujeres indígenas y las comunidades a que pertenecen, las hace parte destinataria de las políticas sociales orientadas a paliar tales desventajas. Entre las políticas sociales actualmente en curso está el PO,² operado por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y otras dependencias gubernamentales de los diferentes ámbitos de gobierno en todo el país, el cual consiste en el otorgamiento a las familias beneficiarias de apoyo alimentario, apoyo a adultos/as mayores, apoyo energético, apoyo alimentario para vivir mejor, apoyo educativo y a salud.

De acuerdo con sus Reglas de Operación, aborda tres objetivos de los *Programas sectoriales del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* en materia de desarrollo social, educación y salud, planteándose como objetivo general el contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, favoreciendo el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del Programa.

Sólo para el año 2010, del presupuesto federal se le asignó para apoyos monetarios,³ es decir, para entrega de dinero en efectivo a

²La información pública relativa a este programa está disponible en <http://www.oportunidades.gob.mx>

³Cfr. Acuerdo por el que se da a conocer el monto asignado y la distribución de la población objetivo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2010. http://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5133363&fecha=26/02/2010

las familias beneficiarias, la cantidad de 50,421,865,196 pesos mexicanos⁴ y 4'926,496,104 pesos mexicanos⁵ para el componente de salud.

El reconocimiento de derechos específicos a las personas y colectivos que históricamente han vivido la privación de ellos, constituye evidencia de fallas estructurales de las sociedades contemporáneas, reflejadas en la incapacidad tanto de los sistemas de administración de justicia como de los mecanismos de protección de los derechos humanos nacionales e intergubernamentales, cuyos esfuerzos –sobre todo de las primeras–, se hacen visibles más por la cuantificación de los recursos invertidos que por la eficacia de las acciones llevadas a cabo y por los resultados alcanzados.

Ello ocurre de manera especial con las mujeres, quienes por razones de género en cualquier estrato socio económico en que se desarrolle su vida, enfrentan desigualdad en el acceso a oportunidades de cualquier tipo. Desigualdad que se agudiza cuando se trata de mujeres que viven en condiciones de pobreza, expresadas en carencias de niveles satisfactorios de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo remunerado y en general, de los bienes necesarios para una subsistencia digna.

Se trata, entonces, de una revisión general del diseño y funcionamiento del PO desde las perspectivas mencionadas y de la verificación sobre la manera en que se aplica en una comunidad indígena concreta del estado de Oaxaca que forma parte del Pueblo Mixe, denominada Jaltepec de Candayoc, lo cual, sin pretender realizar un estudio de caso, da cuenta de cómo lo viven las mujeres y toda la Comunidad desde la perspectiva de sus derechos como mujeres y como Pueblo indígena.

El trabajo se inscribe en el proyecto “Creación de jurisprudencia específica a las mujeres indígenas en el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos”–Fase 3, impulsado por Derechos y Democracia y la Clínica de Derechos Humanos de la Universidad de

⁴ Equivalentes a 4,128,959,855 dólares canadienses aproximadamente.

⁵ Equivalentes a 403,321,246 dólares canadienses.

Québec, así como por el Enlace Continental de Mujeres Indígenas, que se propone el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres indígenas para identificar y denunciar jurídicamente en el ámbito nacional e interamericano, casos en los que se detecte la doble discriminación, y con ello contribuir a la creación de jurisprudencia interamericana específica y favorable a las mujeres indígenas del Hemisferio, afectadas en el ejercicio de diferentes derechos individuales y colectivos.

Esta investigación se presenta iniciando con una nota metodológica y una referencia breve al fenómeno de la discriminación en México; a continuación se inserta un extracto de una monografía de la Comunidad de Jaltepec de Candayoc Mixe y una descripción del diseño y funcionamiento del PO, elaborada a partir de sus documentos oficiales. Posteriormente, se trata de delinear un marco de análisis que sirve para leer y enfocar los resultados de la investigación y la investigación misma. La última parte está integrada por un apartado en el cual se hace una lectura de los hallazgos desde el marco de análisis, finalizando con algunas conclusiones y recomendaciones.

Se espera que el esfuerzo que aquí se presenta responda al propósito para el cual se llevó a cabo y, al mismo tiempo, sirva de alguna manera para que las comunidades en las cuales se aplica el Programa y, sobre todo, las mujeres que fungen como titulares de las familias beneficiarias puedan acceder a la información acerca del mismo desde una perspectiva de derechos, étnica y de género, que les permita identificar los costos y beneficios de dicho programa, así como impulsar acciones tendientes a decidir la manera de recibir –o no– lo que ofrece dicha acción gubernamental.

Igualmente, se espera que sea una herramienta que contribuya a visualizar los grandes pendientes que existen en México para erradicar la discriminación que viven las mujeres indígenas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

II

NOTA METODOLÓGICA

El objetivo de la investigación se buscó mediante la identificación y análisis de la normatividad relativa al diseño y operación del Programa; la verificación de su implementación en la comunidad indígena propuesta; la elaboración de un trabajo monográfico de dicha comunidad; la generación e identificación del marco de referencia para el análisis de los hallazgos; la búsqueda de información oficial a través del mecanismo federal de acceso a información pública; la opinión de un grupo de mujeres pertenecientes a un pueblo indígena distinto al que pertenece la comunidad elegida y de la opinión de personas especialistas en los diferentes temas que aborda. Finalmente, el resultado se sometió a la consideración de la propia comunidad participante y se incorporaron sus comentarios y la información adicional que aportaron. A continuación se explica cada uno de los aspectos mencionados.

a. Jaltepec de Candayoc Mixe

Se consideró indispensable verificar la aplicación del Programa en una comunidad indígena en específico, a fin de confirmar si se lleva a cabo de acuerdo al diseño institucional del mismo, así como su impacto en los derechos de la comunidad propuesta y de quienes la integran, en especial en el derecho de no discriminación de las mujeres adscritas a éste. Para ello, se propuso a la Comunidad de Jaltepec de Candayoc, Municipio de San Juan Cotzocón Mixe, Oaxaca, que participara en el proceso desde su experiencia vivida con el Programa, en particular por parte de las mujeres, propuesta que fue aceptada.

La razón por la cual se decidió proponer a esta Comunidad su participación en el presente estudio, fue debido a que ésta trata de regir su vida de acuerdo con sus propios sistemas normativos, mantiene sus tradiciones e instituciones de gobierno y representación, lo que le permite ejercer un grado importante de autonomía respecto de las políticas y programas gubernamentales que se aplican en la Comunidad, manifestándose al mismo tiempo dispuesta a fortalecer su conciencia de derechos y su ejercicio frente a funcionarios/as e instituciones estatales. Además, se trata de una comunidad abierta que comienza a reconocer aspectos importantes que debe atender, entre otros, el papel de las mujeres en la vida comunitaria, en los espacios de decisión y en su sistema de cargos. Desafíos que está enfrentando con esfuerzos como la aceptación de apoyar e impulsar el proceso de fortalecimiento de la conciencia de derechos de las mujeres, así como de sus posibilidades de organización para buscar formas de atención a las desventajas que enfrentan por ser mujeres y por ser indígenas.

Tratando de aproximarse al ser y quehacer de la Comunidad, se llevó a cabo una investigación en la localidad, a fin de integrar una descripción monográfica de la misma, la cual fue posible con el trabajo realizado por jóvenes prestadores de servicio social que pertenecen a la propia Comunidad, en la cual viven y estudian la licenciatura en Comunicación para el Desarrollo Social, del Instituto Superior Intercultural Ayuuk (ISIA).

b. Análisis del marco normativo institucional

El diseño y operación del PO se encuentra plasmado con gran detalle en normas jurídicas y documentos oficiales de carácter federal, dando sustento tanto a los actos de gobierno como a la aplicación de recursos públicos que implica la operación de sus diferentes componentes, así como la transferencia monetaria que se entrega a las familias que, por su condición de pobreza, fueron elegidas para constituirse como destinatarias del propio programa. Por tanto, se recurrió al análisis de dichas normas y documentos, particularmente del Decreto presidencial publicado el 5 de marzo de 2002, en el Diario Oficial de la Federación, mediante el cual se reformó el entonces *Programa de Educación, Salud y*

Alimentación (en adelante PROGRESA), creado en 1997, mismo que tuvo a su vez como antecedente el *Programa Nacional de Solidaridad* (en adelante PRONASOL), creado en 1989 por el Gobierno federal para combatir la pobreza extrema.

Se analizó también en detalle el contenido de las *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* (en adelante las Reglas de operación), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades –instancias del Gobierno federal involucradas en el PO–, vigentes desde el 4 de enero de 2010, así como de sus Lineamientos Operativos. Reglas que al momento de llevar a cabo la presente investigación constituyen el marco normativo principal de la implementación del PO.

Debido a que por disposición de la *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*, periódicamente se debe realizar una evaluación de resultados de todos los programas sujetos a reglas de operación, se revisó la *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008, a diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*, la cual fue coordinada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Se eligió dicha evaluación, tanto por razón del período que abarca como por referirse al campo de interés de la presente investigación, ya que incluye entre otros aspectos, el análisis de la calidad de los servicios de atención a la salud, así como los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales y de su cobertura en regiones interculturales indígenas.

c. Verificación de la implementación del Programa en la Comunidad de Jaltepec de Candayoc

Un aspecto central dentro de la presente investigación fue la participación de la Comunidad, aportando su experiencia y percepciones acerca de la manera en que han vivido la implementación del programa en estudio, mostrando gran interés en conocer el funcionamiento, en tratar de

comprender ciertas prácticas que se les aplican por parte de quienes lo operan, así como en modificar aquéllas que les ocasionan dificultades para mantener el acceso a las transferencias monetarias que ofrece.

La Comunidad aceptó la participación en este estudio, previo compromiso de devolverle el resultado, así como de acompañar y apoyar cualquier gestión que decidieran llevar a cabo para mejorar la implementación del Programa y de ser necesario, buscar adecuaciones al mismo, acordes a su cultura y derechos individuales y colectivos, en especial de las mujeres titulares del mismo, de la propia Comunidad y de las mujeres indígenas del país, a través de sus instituciones representativas.

Dicha participación se concretó de dos maneras, la primera, mediante la integración de cuatro grupos de enfoque –de mujeres titulares, de hombres, de vocales del Programa (quienes integran el Comité de Promoción Comunitaria) y de autoridades actuales y de anteriores períodos en los que se ha implementado el Programa en la Comunidad. Se contó también con la posibilidad de realizar una entrevista al personal de los servicios de salud, responsable de la operación en dicho campo. Otra forma de participación de la Comunidad ocurrió al acudir a las reuniones convocadas, en las cuales se presentó el resultado de la investigación.

El trabajo de campo centró su atención de manera especial en la verificación de si las mujeres indígenas de la Comunidad adscritas al PO, a cambio del beneficio que obtienen para sí y para su familia, viven alguna afectación en su esfera de derechos individuales y colectivos, en particular, si se ven obligadas a mantener algún control reproductivo sin su previo consentimiento informado, de acuerdo con los estándares existentes para ello. Adicionalmente, se verificó si en cualquier aspecto de la implementación del Programa llegan a vulnerarse derechos individuales y/o colectivos de los miembros de la Comunidad y de ésta como parte del Pueblo mixe.

La guía de tópicos utilizada en los grupos de enfoque fue elaborada después de desagregar componentes esenciales de los derechos individuales y colectivos, con énfasis en los derechos reproductivos

de las mujeres relacionados con la implementación del PO, así como del enfoque de género y de la perspectiva indígena, cuyo contenido se aborda en el apartado quinto del presente trabajo. Y finalmente, se llevó a cabo el análisis cualitativo de lo aportado por los diferentes grupos de enfoque.

Durante el proceso de investigación de campo, las herramientas metodológicas se aplicaron previa información en su lengua, a los grupos y personas participantes, sobre los objetivos y procedimientos a seguir.

Puesto que durante el desarrollo de la investigación se pudieran verter informaciones o datos de carácter personal cuya divulgación pudiera ocasionar consecuencias perjudiciales en la vida, las relaciones e imagen dentro de la Comunidad de sus titulares, consecuencias de difícil reparación, para efectos de la investigación se adoptó un compromiso de confidencialidad en el manejo de la identidad del origen de dichas informaciones y opiniones.

d. Utilización del mecanismo de acceso a información pública INFOMEX

En el estudio de la información contenida en los documentos oficiales que crean, diseñan y norman la operación del PO y de la vertida por la Comunidad se identificaron vacíos o dudas no resueltas, se procedió a la búsqueda en fuentes oficiales, de informaciones y descripción de criterios que en los hechos se aplican, sin que aparentemente se encontraran sustentados de manera expresa en la normatividad aplicable. Por esa razón, se formularon tres solicitudes de información a través del mecanismo de acceso a información pública INFOMEX, contemplado en la *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental*. Dichas solicitudes se formularon ante la *Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, la *Secretaría de Salud*, y el *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Oportunidades)*, respectivamente.

La información proporcionada por dichas instancias del Gobierno federal, involucradas en la implementación del programa en estudio, fue sumamente útil, ya que en general confirmó la obtenida en la Comunidad y aportó elementos en relación al propósito de la investigación.

e. Integración del marco de análisis.

La lente desde la cual se analizaron los hallazgos en el presente trabajo, es de triple fondo, es decir, construida desde las perspectivas de derechos, de género e indígena; cuya elaboración se intenta aquí, centrada especialmente en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, con base en el Derecho internacional de los derechos humanos y la bibliografía identificada, relativa a mujeres indígenas, derechos reproductivos, salud reproductiva, programa oportunidades, discriminación, género y políticas sociales.

Para ello se llevó a cabo una búsqueda para identificar estudios y publicaciones relativas a los temas mencionados, particularmente en centros de investigación social del país como el CIESAS, el Colegio de México, el Centro de Investigación y Docencia Económica, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Adicionalmente, se tuvo acceso también a las bases de datos de acervos bibliográficos digitales del Centro de Investigación de Desarrollo Internacional.

Con dicha revisión se pudo verificar la ausencia de estudios sobre el PO —o al menos la falta de acceso a ellos—, que se abordaran desde el punto de vista de nuestro interés. Se identificaron también trabajos o referencias que facilitaron la construcción del marco de análisis de los hallazgos de la presente investigación. Entre ellos, la *Memoria del Seminario de investigación sobre salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México del año 2003*, realizado dentro del Programa Salud Reproductiva del Colegio de México; un estudio sobre PROGRESA del año 2000 realizado por la Red de Promotoras y Asesoras Rurales en siete estados del país y uno sobre el impacto del PROGRESA en cuatro comunidades de la Sierra Sur y el Istmo de Oaxaca, elaborado por la Comisión de la Mujer de la Sierra Madre, la Coordinadora Estatal de Productores de Café y el Centro de Estudios de la Mujer y la Familia, A.C.; el *Manual de Contenidos sobre Salud Indígena y Derechos Humanos de la Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas* del Instituto Interamericano de Derechos Humanos; y la *Compilación sobre Sexualidad y Reproducción en los*

sistemas Universal e Interamericano de Derechos Humanos elaborado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

f. Presentación de borrador para comentarios a Mujeres tzeltales y de la Comunidad mixe de Jaltepec de Candayoc

Una vez finalizada la redacción de un primer borrador del reporte de la presente investigación, se presentaron los resultados preliminares tanto a las Autoridades de la Comunidad, con quienes se mantuvo permanente contacto y consulta durante todo el proceso de realización, como a las mujeres titulares del Programa en la propia Comunidad. Una vez escuchada dicha presentación, las personas asistentes hicieron preguntas y comentarios, los cuales fueron incorporados en la versión final de esta investigación.

Con ello se trató de responder tanto al compromiso inicialmente asumido de presentar los resultados de la investigación a la Comunidad, a fin de informarla acerca del contenido y alcance del Programa, en particular en los aspectos en que habían expresado inquietudes, para informarles acerca de los resultados, así como para que valoraran la posibilidad de llevar a cabo gestiones tendientes a contribuir a fortalecer su contenido y aplicación en el marco de los derechos individuales y colectivos, así como de las perspectivas de género e indígena, en particular de los derechos reproductivos de las mujeres de la propia Comunidad.

Por otra parte, también se propuso al grupo de promotoras de la Coalición de Mujeres Unidas Rumbo al Desarrollo (COMURD), con sede en Ocosingo, Chiapas, la presentación del resultado de la investigación, debido a que a raíz de su trabajo que llevan a cabo a favor de las mujeres indígenas tzeltales y por experiencia propia, poseen conocimiento de primera mano de la manera en que se aplica el PO en las comunidades indígenas de la región en la que trabajan. Por lo que habiendo aceptado la propuesta, se llevó a cabo una sesión similar a la realizada en Jaltepec de Candayoc.

En dicha sesión se logró también el propósito de informar a las promotoras indígenas tzeltales de los resultados preliminares de la

investigación, del alcance y contenido normativo que debe aplicarse en la operación del PO, y al mismo tiempo se pudo contar con sus comentarios y responder a las dudas que fueron formulando, lo cual también fue incorporado en el presente documento.

g. Revisión del borrador para comentarios de especialistas.

Finalmente, fue fundamental contar con la posibilidad de que el borrador final del presente trabajo fuera leído y comentado por personas especialistas en los temas que aborda, quienes poseen en común el interés y preocupación por que los programas y políticas gubernamentales dirigidos a los pueblos indígenas, se diseñen y apliquen en el marco de sus derechos colectivos y del conjunto de derechos humanos reconocidos a todas las personas y en particular de las mujeres; que tomen en cuenta y atiendan las desventajas que en el acceso y ejercicio de sus derechos han vivido históricamente las mujeres indígenas, por ser mujeres y por ser indígenas; y además, que incluyan su participación y tomen en cuenta su cosmovisión y su cultura.

Las personas que pudieron leer el borrador son: Hildeberto Díaz, miembro de la Comunidad que ha prestado todos los servicios contemplados dentro del Sistema de cargos de la misma y actualmente colabora con el CEA-UIIA; Sofía Robles, licenciada en Planeación para el Desarrollo Rural de origen zapoteca, con una importante inserción en el Pueblo mixe y hablante de la lengua, quien es parte de la organización Servicios del Pueblo Mixe (SER) y líder de la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER) quien tiene larga trayectoria en el trabajo por los derechos de las mujeres indígenas; Magdalena Gómez, abogada especialista en Derecho Indígena, maestra fundadora y actual investigadora de la Universidad Pedagógica Nacional; Hugo Aguilar, abogado mixteco, asesor jurídico de comunidades agrarias y municipales mixes, huaves, mixtecas, zapotecas, chinantecas y chontales; y Marie Léger, Consejera principal de Derechos de los Pueblos Indígenas de Derechos y Democracia.

III

JALTEPEC DE CANDAYOC, MIXE¹

Jaltepec de Candayoc es parte del Pueblo mixe que se autonombra *ayuuuk jü äy* que quiere decir “hombre de la montaña”, “hombre de las alturas”. Su significado conlleva el pensamiento y aspiraciones del pueblo, identificándose además como un pueblo de trabajo y paz. El vocablo “mixe” proviene del náhuatl que significa “nube”, “altura”. Fue atribuido por los aztecas.

Cuenta con una población aproximada de alrededor de 3,000 habitantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005), la Comunidad cuenta con 541 hogares. La mayoría de las viviendas son de techo de lámina y sus muros de tabique o block. Un 20% de los hogares son de palma y madera con piso integrado. El 80% de las y los ancianos no habla español, sólo su lengua materna. El 90% de la población joven habla español y sólo el 10% es bilingüe. Las personas adultas de entre 30 y 40 años hablan y dominan su lengua

¹ Este apartado es un extracto de una versión preliminar del trabajo monográfico elaborado por Lucero Eglai Ortigosa y Eusebio Alonso, estudiantes de la Licenciatura en Comunicación para el Desarrollo Social del Instituto Superior Intercultural Ayuuk—Centro de Estudios Ayuuk. Fue elaborada mediante la aplicación de encuestas, entrevistas en lengua madre *ayuuuk* a personas de la Comunidad con conocimiento en áreas específicas, a personas ancianas conocedoras de la cultura, observación directa, recolección de datos duros recurriendo a la Internet y a instituciones de la Comunidad como centro de salud, escuela, albergue, agencia municipal y comunal, así como la unidad forestal. También se basó en investigaciones inéditas realizadas por estudiantes del propio Instituto y por miembros de la Comunidad, contando particularmente con aportes del señor Hildeberto Díaz Gutiérrez. El documento monográfico íntegro será editado de manera independiente al presente trabajo y se encuentra en proceso de revisión.

materna, mientras que la población entre 12 y 25 años habla y domina el español, sólo 2 de cada 10 personas entiende el *ayuuik*. Los/as niños/as de entre 3 y 11 años sólo hablan español.

Tiene la categoría de Agencia y forma parte del municipio de San Juan Cotzocón, Distrito Mixe, Oaxaca; ubicado en la Sierra norte del Estado de Oaxaca, colindando al norte con San Felipe Cihualtepec, al sur con San Pedro Acatlán, al este con San José de las Flores y Constitución Mexicana, mediando con ellas el Río Jaltepec, al oeste con San Juan Otolotepec y Santa María Puxmetacán. Cuenta con una superficie de 14,861 hectáreas. Sus coordenadas geográficas son 17°33' de latitud norte y 95°43' de longitud oeste. Se encuentra a una altura de 50 metros sobre el nivel del mar.

Su territorio está compuesto básicamente de planicies con suaves ondulaciones.² Se distingue por encontrarse dividido en parcelas y ecoregiones propiedad de la Comunidad, sin que exista propiedad ejidal, federal ni privada. Posee una extensión aproximada de 3 mil hectáreas de bosques de pino *caribea*. El principal uso de suelo es para la producción de maíz, café robusta, cítricos, plátano, ganadería extensiva, seguido de la explotación forestal comunal, así como para actividades económicas determinadas por la latitud de la comunidad y su escasa variabilidad topográfica, constituyendo sus principales fuentes de subsistencia.

La vegetación de la región se caracteriza por la existencia de bosques y selvas. Las especies representativas son árboles de mediana altura como el pino, primavera, ceiba, sombrerete, huanacastle, entre otros. En menor medida, posee maderas preciosas como la caobilla y el cedro rojo. El sembradío de pinos *caribea* ubicado en la zona denominada “la Sabana” es aprovechado y explotado en el nivel comunitario. La madera

² El hecho de encontrarse ubicada la Comunidad al lado del río por lo general le proporciona grandes beneficios, salvo en temporadas de lluvias intensas como las del verano y principios de otoño de 2010, en las que sufrieron inundaciones de sus terrenos de cultivo de maíz, de naranja y plátano, afectándose una superficie aproximada de 200 hectáreas, además de las viviendas y pertenencias de las familias que se encuentran asentadas en la parte baja de la Comunidad. Cfr: http://www.jaltepecdecandayoc.mex.tl/594447_INICIO.html, consultado el 4 de octubre de 2010.

es aprovechada para la fabricación de muebles, construcción de casas, leña para combustible y para comercialización a través de los aserraderos cercanos. Asimismo, se recolectan plantas silvestres y medicinales.

Entre las especies silvestres representativas del municipio se encuentran el armadillo, el venado cola blanca, el jaguar, ardilla, jabalíes y faisanes, entre otros. Existen también anfibios y reptiles, sapos, ranas, víbora cola blanca, voladora y cascabel. Insectos como la tarántula, araña y alacrán, entre otros. En el río puede encontrarse una limitada presencia de peces como la mojarra, bagre, robalo, pepesca y camarones.

3.1 Sobre su historia

La historia de Jaltepec se remonta a finales del siglo XI y principios del XII en los que sus primeras/os pobladoras/es llegaron al territorio del Istmo de Tehuantepec, el cual abarca los estados de Oaxaca, Veracruz, Tabasco y Chiapas. Se dice que el pueblo mixe emigró desde las costas peruanas huyendo de las guerras y de la explotación del imperio incaico y buscando el cerro Zempoaltepetl, llamado también “cerro de los veinte picos” o “montaña de las veinte divinidades”.

Después de la llegada del Pueblo mixe al Istmo, arribó el Pueblo *Ikoots*, (“pueblo huave” como fue llamado en tono despectivo por los zapotecas), con quienes hizo alianza y conservó un estado de paz. Sin embargo, a la llegada de los Zapotecas se generaron guerras por la tierra.

De acuerdo con la versión de los ancianos de Jaltepec, existen varias razones que motivaron el asentamiento del pueblo en lo que actualmente es su territorio, una de ellas, es una peste que trajo la muerte de varios de sus habitantes. También se dice que se sembraba maíz y algodón en ese lugar y que al momento de ir a recoger la cosecha, ésta había sido robada por algún pueblo vecino, por lo que se hacía necesario el asentamiento en el lugar. Otra de las razones se refiere al encuentro de la “Cruz de la Ascensión”, la cual en varias ocasiones había sido llevada a lo que era Candayoc viejo; sin embargo, sin explicación alguna, desaparecía de ese lugar para reaparecer en lo que ahora es Jaltepec, lo que da sentido al asentamiento en el lugar.

La Comunidad se asentó a la orilla del río Jaltepec, de donde tomó el nombre de Jaltepec de Candayoc Mixe. La palabra “Candayoc” originalmente era en mixe *Kään Ayunk*, que en mixe significa “cerro de sal” o “montaña salitrosa”; sin embargo, devino en Candayoc debido a que los españoles, al no entender la lengua, la pronunciaban y escribían de manera equivocada.

Desde la llegada del Pueblo mixe, Jaltepec ha enfrentado diversas luchas por la tierra. En el archivo de las *Autoridades de Bienes Comunes* se tiene registro de que en el año 1737, Jaltepec contaba con un territorio de 108 leguas cuadradas. En los años 1956 y 1958 fueron expropiadas a la comunidad más de 18 mil hectáreas para la reubicación de las personas que fueron afectadas con motivo de la construcción de la presa Miguel Alemán. Sin embargo, la comunidad nunca fue informada ni recibió indemnización alguna por la expropiación, situación que afectó y marcó a la comunidad. En aquel momento, la comunidad intentó defenderse; sin embargo, no contaban con el apoyo necesario. No obstante, posteriormente se promovió un juicio para recuperar las tierras, además de impugnar otro decreto que declaró zona de reserva ecológica una superficie de 2,050 de las hectáreas de las expropiadas. Ambos litigios continúan pendientes de resolución.

3.2 Creencias y rituales

En la vida cotidiana de la Comunidad, se encuentran presentes gran cantidad de creencias y formas rituales de organizar y producir su vida, entre ellas, las relacionadas con las fases de la luna, los “sustos” y su relación con la tierra.

Las fases lunares son de gran importancia para la producción agrícola, pues son referencia para sembrar o cosechar los cultivos. En luna llena se evita cortar el maíz y frijol pues conlleva el riesgo de que “le salgan gorgojos”, mientras que el plátano y el mamey se cortan en esta fase lunar para que maduren bien. En esta fase lunar se corta también la madera que se utiliza para la construcción de las viviendas, así como la leña de combustible, pues si no se pudre. En luna creciente, se siembra la caña, el zacate, el plátano y el chayote, para que

no crezca mucho la “guía” (puntas de la planta). También se acopia el café. En luna menguante, se realizan las tareas de limpieza en la milpa y en los huertos, a fin de que la maleza no crezca con facilidad. En luna nueva, se siembran las verduras de hojas largas, lo que permite su rápido crecimiento y evita plagas.

Para la Comunidad, la tierra representa la Madre. Es sagrada, es vida, fuerza y energía. Es considerada como un ser humano que siente, que llora, que necesita de los otros y a quien se le agradece y respeta, porque en ella se camina, se corre y de ella se alimenta. En la concepción *ayuuik* no existen individualidades, sólo dualidades; la relación hombre-tierra-hombre.

Entre los rituales que se realizan frente a la madre tierra se encuentra el relativo a la siembra y cosecha del café. En principio, se le pide permiso para sembrar, luego, para limpiar el terreno (chapeo) antes del corte, y perdón por lastimarla. Se le pide también aleje a las víboras para poder trabajar tranquilamente. Por último, dependiendo de la percepción del dueño, pues hay quien lo realiza al principio, se le pide que todo salga bien durante la cosecha o al terminarla, y se le agradece.

Otra creencia de gran relevancia en la Comunidad es la relacionada con los llamados “sustos”, considerados peligrosos, pues pueden ocasionar incluso una muerte inesperada. Los más fuertes e importantes son los de río, los cuales se cree atrapan el espíritu y en ocasiones lo dominan. Para evitar la enfermedad y el sufrimiento que puede devenir con motivo de los sustos, es necesario ir a “levantar” el espíritu donde ocurrió el evento que lo causó. Para ello, se pide el apoyo de una persona vidente-conocedora de rituales, conocida como *xemaabie*, quien realiza la ceremonia con velas, albahaca y huevo, al tiempo que pide y reza en lengua *ayuuik* para que sea liberado el espíritu. La ceremonia debe realizarse entre las 11 y 12 de la noche, hora en que se dice el espíritu de la persona asustada regresa, quien debe permanecer en su casa para esperarlo.

El ritual relativo a la muerte constituye también un evento importante en la Comunidad. Cuando una persona fallece, se solicita el apoyo de las autoridades para que se realice el toque de la campana

de un modo especial y se invite a la banda de música para el velorio. Se busca también a los “rezadores” para que realicen la oración en el velorio.

Asimismo, los fiscales, encargados del templo, se ocupan de llevar los elementos que serán utilizados en el velorio, tales como cuatro candeleros, cuatro velas y una cruz negra cuyo tamaño dependerá de la edad de la persona fallecida. Las personas de la Comunidad que asisten al velorio llevan veladoras, flores, azúcar, sal, café y frijol, entre otras cosas. Por la noche, se reza un rosario y toca la banda filarmónica. El entierro se hace al tercer día. Antes de hacerlo, el difunto es llevado al templo. En algunas ocasiones pasan también a la casa de algún familiar o hasta la Agencia municipal por ser anciano o por el año de su servicio. Posterior al entierro, comienza lo que se denomina el “novenario” que consiste en el rezo por nueve días por el alma del difunto. Cada noche, al término del rezo los familiares reparten café, chocolate, pan o galletas a quienes asisten. El último día se reparten tamales. A los 40 días del fallecimiento, se celebra un rosario y la gente de la Comunidad dona pollos para hacer tamales, ritual que se repite al primer año, y durante 3 años siguientes. Los “difuntos” son recordados también en la Semana Santa del primer año del fallecimiento, así como el día de “Todos los Santos” o “Día de Muertos”, para lo cual se coloca un altar con la comida que le gustaba.

3.3 Fiestas populares, cultura y recreación

La religión católica es la que profesa la mayoría en la Comunidad. Por esa razón, durante todo el año se celebran fiestas comunitarias vinculadas con celebración de santos a los que la Iglesia católica rinde culto o festividades religiosas. Entre las más importantes se encuentran: la del 6 de enero del “Santo Rey” dirigida a las niñas y los niños; la de “Semana Santa”; la de la “Ascensión del Señor” que no tiene fecha fija y es la fiesta patronal más grande en la comunidad que tiene una duración de 5 días; la de San Juan Bautista, el 24 de junio; la de “Todos los Santos”, del 30 de octubre al 2 de noviembre; la Guadalupana, el 12 de diciembre y la Navidad, el 24 de diciembre. En asamblea general los comuneros y

comuneras nombran a las personas que serán las encargadas de realizar la fiesta en honor a los santos y santas. A estas personas se les denomina “mayordomos”. También hay seguidores de la iglesia denominada “la Luz del mundo” y “Testigos de Jehová”.

El Río Jaltepec, que atraviesa gran parte del territorio, funge como límite con las demás comunidades, el cual, además de abastecer de arena, grava, piedra y pesca para el consumo y venta, es un espacio recreativo de las y los habitantes y de quien visita la Comunidad, lo mismo ocurre con la zona forestal denominada “La Sabana”, en la cual pasa un arroyo que sirve también para la recreación de los miembros de Jaltepec.

Otro elemento fundamental en la vida cotidiana de la Comunidad es la banda filarmónica; considerada como un servicio para los integrantes de la organización comunitaria. Una de las tradiciones que hasta ahora se conservan es la del intercambio de música o gozona con otras comunidades, principalmente en las fiestas. También asiste a las mayordomías, a las fiestas de quince años, bodas, graduaciones y otras.

3.4 Instituciones tradicionales y forma de gobierno

La Comunidad de Jaltepec de Candayoc aún conserva su forma de organización tradicional. La máxima autoridad es la Asamblea comunitaria integrada por aproximadamente 500 comuneros, con un porcentaje aproximado de 90% hombres y 10% mujeres.

Los comuneros son aquellas personas, hombre o mujer, que tienen derecho y responsabilidad de opinar, discutir y decidir con los demás comuneros sobre los asuntos de interés personal, familiar y comunitario. Un comunero se forma y obtiene el derecho de voz y voto, así como a la titularidad de derechos comunales sobre la tierra y sus recursos naturales a partir de su participación en los servicios comunitarios tanto de carácter civil como religioso. Los cargos son designados por la Asamblea en función de la edad y la experiencia, aunque por lo general sólo son ocupados por hombres –hay antecedentes de dos mujeres ocupando cargos como tesoreras municipales, una como tesorera de la Unidad Forestal y también en comisiones como la de desastres naturales.

Se obtiene la calidad de comuneros, en hombres a partir de los 18 años, en el caso de las mujeres, su participación como comunera es derivada de la ausencia del esposo, ya sea por emigración o viudez. Los cargos que existen en la Comunidad, de menor a mayor grado, son:

<i>Cargo</i>	<i>Función</i>
Alférez	Es desempeñado voluntariamente. Su función consiste en dar de comer a la banda de música que viene de visita a la Comunidad en las festividades del pueblo.
Topil (policía municipal)	Su función es citar a los comuneros cuando se programa algún tequio, asambleas o cuando se ausenta quien tiene el cargo. Así mismo de garantizar la seguridad en la comunidad.
Comité del agua potable	Su función es encargarse de que el suministro de agua llegue todos los días, así como del mantenimiento de los pozos y motobombas.
Comité de CONASUPO comunitaria	Participa en la venta diaria de productos así como en la contabilidad.
Comité del centro de salud	Se encargan de conocer las necesidades de la clínica, mantener limpia el área e ir a la ciudad de Juchitán por medicamentos y vacunas para la comunidad.
Comandante	Es el encargado de cuidar que haya orden y seguridad en la comunidad, junto con sus policías (topiles).
Mayordomía	Asume los gastos para la festividad correspondiente. El cargo de mayordomía lo pide voluntariamente mucha gente y otros son nombrados en las asambleas, esto lo pueden hacer jóvenes o personas adultas, aquí no importa la edad, sino su cumplimiento.
Comité de pro construcción	Su función es supervisar que la construcción vaya avanzando, buscar recursos económicos y trabajar con los otros integrantes para obtener recursos.
Comité de camino	Su función es dar seguimiento a los proyectos que los comités pasados hayan dejado y hacer nuevos proyectos, dar mantenimiento a los caminos y buscar recursos económicos.

Comisariado de bienes comunales	Está integrado por 12 miembros, trabajan en equipo. Se encargan de cumplir y hacer cumplir las tradiciones y normas propias de la comunidad y deben encargarse de vigilar toda el área de la comunidad, las colindancias, dar seguimiento y buscar solución a los conflictos agrarios, buscar proyectos alternativos para beneficio de la comunidad. Los integrantes son: el presidente, tesorero y suplente (cada uno de éstos cuenta con un suplente), consejo de vigilancia también integrado por un presidente y dos secretarios, contando cada uno de ellos con un suplente. Duran en el cargo 3 años.
Unidad forestal	Es una empresa comunitaria encargada de administrar los recursos forestales y la explotación de la madera. Está integrado por un coordinador, un secretario de finanzas, un tesorero, un presidente de consejo de vigilancia, un secretario, un jefe de monte, un jefe de plantación y un jefe de vivero.
Comité desastres naturales	Los integrantes están encargados de vigilar el entorno ambiental y hacer llamado a la comunidad en temas de limpieza, así como de gestionar ante las dependencias de gobierno algún apoyo por cualquier tipo de desastre.
Suplente o alcalde suplente	Pueden servir con cualquiera de estos dos cargos, un comunero puede tener uno de estos dos cargos.
Agente municipal o alcalde único constitucional	Tiene mayor responsabilidad ya que es el guía de las actividades de la comunidad, organiza, informa, propone y se acata a lo que en la asamblea se decide. Da seguimiento a los proyectos.
Fiscal del templo (cargo religioso)	Su función, entre otras, es mantener limpio el templo, hacer velas, juntar limosnas, estar al pendiente de las mayordomías, mantener abierto el templo en las festividades.

El *Tequio* es un trabajo en beneficio colectivo. Para los mixes significa convivir, intercambiar alimentos, conversar con los demás. Entre las formas en las que se realiza se encuentran: colaborar con el mayordomo en la elaboración de la comida; ayudar a limpiar las instituciones educativas y áreas comunes, el cafetal y la milpa, entre otras.

La llegada de avecindados y pobladores, como se conoce a las personas que llegan a residir en las comunidades sin autorización comunal y sin encontrarse registradas en la lista de comuneros, ha constituido un factor de desintegración de la comunidad y servicios comunitarios ante su negativa de realizar trabajo comunitario, pues ha provocado que algunos comuneros se nieguen también a realizar el trabajo colectivo.

3.5 Educación

Jaltepec cuenta con instituciones educativas que van de la educación básica hasta educación superior. Un preescolar, un jardín de niños, una primaria, una telesecundaria, un bachillerato integral comunitario (BIC) y el ISIA, que imparte educación superior.

En la Comunidad se cuenta con un comedor comunitario, financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas del Gobierno Federal, en donde se ofrece a las y los estudiantes de primaria y secundaria desayunos y almuerzos.

Cuando se introdujo la escuela primaria en la Comunidad, el modelo de enseñanza era en español, sin considerar el mixe, incluso, los docentes prohibían hablar dentro de las institución de enseñanza la lengua mixe. Se buscaba que los/as alumnos/as se desarrollaran en la lengua española, al ser un factor de discriminación en espacios urbanos el hablar en mixe. Por esa razón los padres de familia creían que si sus hijos/as hablaban la lengua materna serían señalados como ignorantes y no tendrían posibilidades de acceder a un trabajo digno o ser aceptados en alguna institución educativa. En consecuencia, la lengua mixe se fue perdiendo en la población joven. En la actualidad, el 90% de las y los jóvenes no hablan mixe, sólo lo conservan las personas adultas.

3.6 Salud

En el nivel regional, el 91% de la población no es derechohabiente del servicio de salud. En la Comunidad de Jaltepec, de 541 hogares, un porcentaje importante de familias son beneficiarias del seguro popular.³

La Comunidad cuenta con un centro de salud afiliado a la Secretaría de Salud, integrado por una médica, un/a médico/a pasante en servicio social y un enfermero. El servicio que se ofrece es de primer nivel, esto es, preventivo e informativo con atención ambulatoria. No atiende partos; éstos se canalizan al hospital de zona de María Lombardo de Caso, a 25 km de la comunidad. Se cuenta con 2 parteras activas en la comunidad.

Las principales enfermedades en la Comunidad son: diabetes, hipertensión y obesidad. En la población infantil, más de la mitad de los 274 niños/as en control médico padece de obesidad. De 2009 a 2010 ha habido un incremento en embarazos de adolescentes de 14 a 16 años: en el 2009 hubo 5 y de enero a julio de 2010 van registrados 7.

3.7 Vivienda

La Comunidad cuenta con 541 viviendas, de las cuales el 80% tiene techos de lámina metálica y muros de tabique. El 20% es de construcción de palma y madera. La mayoría de los hogares tiene piso de cemento. Se cuenta con servicio de agua entubada y energía eléctrica, los cuales son muy deficientes. El 50% de los hogares tiene baño con conexión de agua, el 40% realiza el desague manualmente y el 10% utiliza letrinas. 490 de los hogares tienen televisión; 29 cuentan con televisión de paga; 421 tiene refrigerador, 383 cuenta con lavadora y 200 tienen computadora.

³ El Seguro Popular forma parte del *Sistema de Protección Social en Salud*, el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Los integrantes de las familias afiliadas a este sistema de protección social tienen acceso a diversos servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios. Información disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&catid=4&Itemid=3

3.8 Gastronomía

Jaltepec se identifica por su variedad de comidas y guisados únicos. Cualquier persona queda encantada de probarlos. La comida que los identifica como comunidad son los tamales y el atole de *champurrado*, únicos en la región y en todas las fiestas religiosas. Otro de los exquisitos paladares que se prepara en Jaltepec son las *tlayudas* en sus diversas presentaciones, introducidas recientemente del valle de Oaxaca.

Los tamales son elaborados por las mujeres de Jaltepec. La variedad y sabores son identificados por el nombre y evento en que se trate.

Otro platillo típico es el mole dulce, laborioso para su preparación. Es una de las comidas más caras. Se utiliza en eventos especiales como quince años, bodas, muertes, bautizos, primera comunión, confirmación o cumpleaños. También se acostumbra preparar para estas ocasiones la barbacoa de res, de cerdo o de borrego.

Es típico que en las mayordomías se elabore el *champurrado*, una bebida exquisita que se saborea caliente. Se prepara con maíz blanco hervido con una pequeña porción de canela que también se produce en la comunidad, cacao, panela y azúcar. Estos ingredientes hacen que tenga un sabor único.

Otra de las bebidas es el *pozol*, hecho de maíz recocido y molido que se envuelve en hoja blanca en forma de bolitas y se guarda dos o tres días, luego se utiliza conforme se necesite. Se bate con agua y azúcar y queda listo para tomarse. Esta bebida se acostumbra a llevar al trabajo del campo o bien para tomar en casa.

3.9 Comunicación y transporte

En la Comunidad existen 5 teléfonos públicos. Alrededor de 15 personas tienen teléfono particular. Asimismo, cuenta con 5 auto parlantes, mediante los cuales se dan diversos avisos, desde una llamada telefónica hasta reuniones convocadas por la comunidad e instituciones de gobierno. Existen 3 locales públicos de Internet cuya única forma de conexión es vía satélite. Se recibe la señal de las repetidoras de televisión Azteca y Televisa, así como de las señales de radio comerciales de las

principales ciudades del sur y centro del estado de Veracruz. No cuenta con periódico local, siendo esporádica la entrada del periódico “El Piñero”.

La Comunidad cuenta con 11 unidades de transporte público de pasajeros: 8 camionetas y 3 automóviles. Algunas familias cuentan con medios de transporte particular, ya sea camioneta o motocicleta.

IV

EL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es la política social más importante que se aplica en México, ya que está dirigido a la población que según criterios oficiales vive en pobreza –alrededor de 25 millones de personas. Sus propósitos centrales tienen que ver con la satisfacción de los derechos a la Salud, Educación y Alimentación. Está dirigido a las familias que reúnen las características establecidas para considerarlas elegibles, cuya representación es ejercida por mujeres llamadas “titulares” y opera a través de transferencias monetarias que les son entregadas previo cumplimiento de determinadas acciones denominadas “corresponsabilidades”, entre las cuales se encuentran la asistencia familiar a pláticas preventivas de salud, a talleres y a revisiones médicas relacionadas con prevención o seguimiento de embarazo o determinados padecimientos.

De acuerdo a datos de la Secretaría de Desarrollo Social, hasta 2009 el Programa dio cobertura con apoyos en educación, salud y nutrición a 5 millones 200 mil hogares de 95 mil localidades que son parte de 445 municipios de todas las entidades federativas de la República mexicana, incentivando el desarrollo humano de 25 millones de mexicanos/as, proponiéndose en 2010 incorporar 600 mil familias más, para alcanzar una meta de 5 millones 800 mil hogares en todo el país. El 97% de los apoyos se entregan a mujeres.¹

¹ Comunicado de prensa núm. 023 de fecha 23 de diciembre de 2009, emitido por la Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/web/did232009_23122009 y consultado el 29 de julio de 2010.

La misma fuente señala que el Programa tiene presencia en alrededor de 20 mil localidades, en el 100% de los mil 200 municipios clasificados como indígenas, atendiéndose a 1.3 millones de hogares de localidades eminentemente indígenas, llegando a 6.5 millones de habitantes en esas zonas. De acuerdo a los datos oficiales, se estima que al 93.7% de la población indígena de esas localidades se entregan 10 mil millones de pesos en apoyos monetarios.

En cuanto a las mujeres, la fuente oficial de referencia afirma que más de 5 millones de ellas mejoran el consumo, la nutrición y la salud de la cuarta parte de los hogares mexicanos; afirma también que mujeres de familias en pobreza tienen ahora mejor atención médica y detectan tempranamente enfermedades; agregando que durante 2009, más de medio millón de mujeres embarazadas y en lactancia estarían en control medio y nutricional y a mediano plazo la intervención del Programa reduciría entre 2 y 6% la probabilidad de muerte infantil, y de 11% en muerte materna en familias beneficiadas.

De acuerdo al Padrón Activo de Beneficiarios/as, que integra a las familias incorporadas al Programa y activas por el cumplimiento de su corresponsabilidad, al primer bimestre de 2010, se encuentran registradas en la Comunidad de San Juan Jaltepec de Candayoc, 311 familias, de las cuales 299 tienen a mujeres como titulares y 12 a hombres.

Su primer antecedente se encuentra en lo que fue el PRONASOL, creado en 1989 como un instrumento del Gobierno Federal para combatir la pobreza extrema, con la coordinación de los tres niveles de gobierno y la concertación con los grupos sociales destinatarios. Estaba dirigido a las comunidades pobres, en especial, campesinas, indígenas y habitantes de áreas urbanas marginadas. Partía del planteamiento de que el círculo de pobreza lograría romperse en la medida en que los individuos y las comunidades fueran capaces de producir y generar ingresos suficientes para vivir dignamente. Sus principales características fueron la descentralización y la corresponsabilidad. En esta lógica fueron creados los denominados “comités de solidaridad”, que eran las instancias organizativas en las que se buscaba la participación de la

comunidad, a fin de establecer compromisos entre éstas y las instancias de gobierno en la realización de las obras públicas y sociales.²

Otro antecedente importante del Programa fue el denominado PROGRESA, creado en 1997, inmediato anterior al Programa Oportunidades. Según Hevia (2007: 102), su diseño se sustentó básicamente en el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y educación, promoviendo su utilización mediante el incentivo de transferencias de recursos en efectivo, retomando el elemento de la corresponsabilidad y el objetivo de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Para alcanzar su objetivo, PROGRESA se planteó el fortalecimiento de las capacidades de las personas en situación de

² PRONASOL aglutinó 40 subprogramas, entre los que se encontraban *Mujeres en solidaridad*—infraestructura y servicios—; trabajo organizado de mujeres de zonas rurales y urbano populares con mayor índice de marginación, trabajando para combatir la pobreza extrema y problemas a los que se enfrentan; *Programa de apoyo a comunidades indígenas*, con subprogramas de desarrollo económico y de bienestar social que, entre otros aspectos incluía el de salud, orientado a apoyar programas de salud de médicos tradicionales y respaldo e intercambio de conocimientos y experiencias; ayuda a pacientes indígenas que requerían atención hospitalaria cubriendo los costos de cuotas de recuperación, la transportación, hospedaje, alimentos, medicamentos y estudios de laboratorio, entre otros. El subprograma alimentario tenía como objetivo coadyuvar a reducir la desnutrición infantil y fortalecer la infraestructura organizativa de las comunidades para que avanzaran hacia la suficiencia alimentaria. Para ello, el gobierno proporcionaba a las comunidades alimentos que contenían 25% de los requerimientos calóricos necesarios por grupo familiar; como contraprestación, las comunidades establecieron una cuota de recuperación para la formación de un fondo destinado a la producción de alimentos (Ontiveros, 2005). El subprograma de Educación tenía como objetivo facilitar el acceso a la educación primaria a niñas/os indígenas procedentes de comunidades dispersas que carecían de servicio educativo, mediante albergues que manejaba el Instituto Nacional Indigenista (INI) adjuntos a escuelas primarias, donde se les proporcionaba hospedaje y alimentación (Ontiveros, 2005: 73-75). Por último, el subprograma de apoyo “Brigadas de solidaridad”, tenía el objetivo de reforzar la acción institucional para el desarrollo comunitario a fin de modificar las causas estructurales de la pobreza. Este programa identificó como problemas fundamentales, la prevalencia de políticas que no respondían a las necesidades y características de los distintos grupos marginados y las condiciones de marginación que limitaban su capacidad de generar proyectos de desarrollo de amplia visión. Para lograr su objetivo se propuso fortalecer la organización y capacitar a la comunidad para que, de manera inmediata, accediera a esquemas productivos autogestionarios; lograr la presencia comunitaria en los procesos programáticos y operativos de las instituciones, en el ámbito de acción que les afectase, y contribuir a la capacitación

pobreza mediante la nutrición, la salud y la educación. Para PROGRESA, la unidad de atención fue la familia, a diferencia de PRONASOL que era la comunidad, ya que se consideró que la familia es quien mejor conoce sus propias carencias y, por tanto, es quien debe establecer las prioridades para su atención. Asimismo, consideró a la mujer como punto focal de la relación entre la familia y el Programa, a quien se designó como titular para asumir los compromisos y recibir las transferencias, elemento que el propio PRONASOL consideró como una acción afirmativa para buscar la igualdad entre hombres y mujeres.

En 2002, el PROGRESA se modificó para tomar la denominación de *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. Los principales cambios que operaron fueron la incorporación de la población urbana en extrema pobreza como beneficiaria –PROGRESA había operado sólo con población rural, bajo el presupuesto de que era donde se encontraba el mayor índice de pobreza–, lo que trajo como consecuencia cambios operativos de selección e inscripción de las familias beneficiarias; también fueron incorporados nuevos componentes además de los de educación, salud y alimentación, el de *Jóvenes con Oportunidades*, en 2002, y el de *Apoyo a Adultos Mayores*, en 2005.³ Con el tránsito hacia el Programa Oportunidades se buscó facilitar la entrega de las transferencias para aquellas familias que vivían lejos de centros financieros, introduciendo mecanismos de certificación electrónica e incorporando el denominado “Esquema Diferenciado de Apoyos”⁴ para las familias que estaban saliendo del Programa.

y orientación para elaborar los expedientes técnicos que respaldaban la gestión de los proyectos comunitarios surgidos en los talleres de autodiagnóstico.

³ Respecto de este último cambio, el investigador del tema Felipe de la Hevia (2007: 102), señaló que “a diferencia de los demás componentes, el apoyo a los adultos mayores no tiene justificaciones técnicas que expliquen su inclusión, [debido a que] no tiene que ver con los objetivos del Programa, tampoco es resultado de las recomendaciones de las evaluaciones de impacto y más bien parece ser que su inclusión tiene que ver con la poca imaginación de SEDESOL para establecer programas adecuados para adultos mayores rurales, con la experiencia operativa de Oportunidades, pero sobretodo, con el contexto electoral de 2006, donde una de las propuestas del candidato del PRD, Andrés Manuel López Obrador, era apoyar con una pensión a los adultos mayores, teniendo en cuenta el éxito de esta medida en su implementación en el Distrito Federal”.

⁴ En el apartado 4.2.6. se explica esta modalidad de apoyos del Programa.

El Programa Oportunidades se enmarca en la *Ley General de Desarrollo Social*, en lo relativo a las estrategias para la superación de la pobreza mediante la educación, la salud, la alimentación, la generación de empleo e ingreso, autoempleo y capacitación,⁵ cuyo mandato es parte del *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* (en adelante PND), y considerado dentro de los objetivos de los Programas Sectoriales de Desarrollo Social, de Educación y de Salud, todos 2007-2012.⁶ Dichos documentos oficiales señalan que en el marco de estos programas, el gobierno federal lleva a cabo acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación que forman parte del Programa, con el propósito de impulsar y fortalecer las capacidades de la población en situación de pobreza.⁷ Estas acciones son parte de la estrategia de política social actualmente en curso, denominada *Vivir Mejor*, la cual pretende aglutinar todas las acciones de gobierno y programas sociales, a fin de alcanzar los objetivos del *Plan Nacional de Desarrollo* y programas sectoriales.

4.1 Participantes en la operación del Programa

El Programa es formulado, coordinado, supervisado y evaluado por la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno Federal mediante la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.⁸ Esta Coordinación está integrada por una persona

⁵ Artículo 14.a de la *Ley General de Desarrollo Social* publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2004.

⁶ De acuerdo a documentos oficiales, el Programa Sectorial de Desarrollo Social tiene como propósito desarrollar capacidades básicas de las personas en condición de pobreza y abatir el rezago que enfrentan los grupos en situación de vulnerabilidad, mediante estrategias de asistencia social que les permitan desarrollar sus potencialidades con independencia y plenitud; el Programa Sectorial de Educación busca ampliar las oportunidades educativas para reducir desigualdades entre grupos sociales; y el Programa Sectorial de Salud tiene como propósito mejorar las condiciones de salud de la población mediante intervenciones focalizadas en grupos en situación de vulnerabilidad que contribuyan al combate a la pobreza y al desarrollo del país. Cfr: Oportunidades, 2009.

⁷ Secretaría de Desarrollo Social. Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 2002.

⁸ Órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social con autonomía técnica, creado mediante decreto presidencial del 5 de marzo de 2002 (SEDESOL, 2002: a2).

Coordinadora Nacional –nombrada por el presidente de la República–, a propuesta del titular de la Secretaría de Desarrollo Social, un Consejo – integrado por titulares de la Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud y por la persona que se nombre como Coordinadora Nacional–, así como por un Comité Técnico –integrado por representantes de las dependencias que componen el Consejo, así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Una de las funciones de la Coordinación Nacional es la elaboración anual de las reglas de operación del Programa, las cuales norman su implementación. Tiene también la función de llevar a cabo la coordinación interinstitucional para establecer mecanismos que garanticen que las acciones de gobierno y programas sociales no se contrapongan o dupliquen. El Consejo, por su parte, tiene como funciones principales la evaluación y seguimiento del Programa, a fin de proponer estrategias para mejorar su funcionamiento. El Comité técnico es la instancia responsable de emitir anualmente los lineamientos operativos del Programa y de interpretar las Reglas de Operación.

Las autoridades responsables de ejecutar el Programa son la Secretaría de Desarrollo Social mediante la Coordinación Nacional; la Secretaría de Salud; el IMSS mediante el IMSS-Oportunidades; la Secretaría de Educación Pública y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). Los servicios de educación y de salud son otorgados por los gobiernos de los estados, las delegaciones y las representaciones de los programas federales.⁹

La Coordinación Nacional cuenta con Delegaciones en los estados, quienes son las responsables de la operación y seguimiento del Programa en las entidades federativas. Por su parte, cada estado o entidad federativa cuenta con un Comité Técnico Estatal u órgano

⁹ Las Reglas de operación 2010 establecen que las instituciones de salud en las entidades federativas, mediante los programas regulares del sector y con la participación que corresponda al Gobierno Federal y de acuerdo con los recursos presupuestarios disponibles, deberán aplicar una estrategia para reforzar la oferta de servicios de salud en las unidades de salud del primer nivel de atención en las que opera el Programa, así como

equivalente en el Distrito Federal, que funge como una instancia de coordinación interinstitucional integrada por la persona a cargo de la delegación de la Secretaría de Desarrollo Social, la persona a cargo de la coordinación estatal del Programa, así como por las/los titulares de los servicios estatales de salud, educación, de la delegación del IMSS, la oficina de servicios federales de apoyo a la Educación en la entidad y la representación de CONAFE.¹⁰

De acuerdo a los *Lineamientos Operativos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2010* (Lineamientos de operación),¹¹ también pueden formar parte integrante de los Comités Técnicos –cuando el caso lo requiera– las autoridades municipales, así como organismos del ámbito social, privado o académico, que por los objetivos y alcances de sus actividades se considere conveniente invitar. Además, a decisión del gobierno de la entidad federativa, puede participar en el Comité Técnico el representante de la dependencia responsable de la política social del estado –cabe señalar que dentro de esta disposición podrían incluirse a las autoridades tradicionales de las Comunidades indígenas; sin embargo, de acuerdo con la información obtenida, dicha disposición no se ha aplicado para incluir ni a las autoridades de la Comunidad de Jaltepec ni a las de otras comunidades indígenas del país en donde se aplica el Programa.

Los Comités Técnicos Estatales pueden crear a su vez, según las Reglas de Operación, Subcomités Técnicos Regionales con la participación de las autoridades municipales, a fin de dar seguimiento de manera periódica a la operación del Programa. Para ello, las autoridades municipales, mediante su Cabildo, pueden nombrar un enlace municipal, cuya función se enfoca a la identificación de zonas para ampliar la cobertura del Programa, así como al acompañamiento para recabar información en la selección de las familias beneficiarias,

para fortalecer la infraestructura de salud, favoreciendo un trato digno y de calidad a los usuarios con base en programas de cada institución.

¹⁰ Cfr: Lineamientos de operación 2010.

¹¹ Disponibles en <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/web/resources/ArchivoContent/1287/Lineamientos%20Operativos%202010.pdf>, consultado el 27 de septiembre de 2010.

además de brindar apoyo logístico y de seguridad al personal operativo. Lo que significa que la participación municipal es facultativa y no obligatoria, puede o no darse, sin que esté prevista como una instancia necesariamente involucrada, mientras que la participación de autoridades tradicionales, no se encuentra prevista expresamente de manera alguna.

4.2 Contenido del Programa

El diseño y operación del Programa se encuentran normados en esencia en las Reglas de Operación que publica anualmente la Secretaría de Desarrollo Social.¹² En ellas, se establece como objetivo principal romper con el ciclo intergeneracional de pobreza mediante el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias.

Se establece que las destinatarias o unidades de atención del Programa son las familias —representadas por las mujeres—,¹³ en condición de pobreza alimentaria y de capacidades.¹⁴ Sin embargo, la cobertura a esta población está limitada a aquellas localidades en las que existan condiciones de accesibilidad y capacidad de atención de los servicios de salud y educación que permitan operar en forma integral los componentes del Programa (Reglas de Operación, 2010: 3.1). Esta condicionante deja fuera a las zonas que carecen de servicios de salud y educación, esto es, poblaciones que enfrentan mayores condiciones de marginación y, por tanto, de pobreza.

¹² Durante 2010, el Programa se rige por las *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2009, así como por algunos documentos complementarios como los Lineamientos Operativos 2010.

¹³ El término *familia* se usa de manera indistinta con el de hogar, entendido como el conjunto de personas que hacen vida en común dentro de la vivienda, unidos o no por parentesco, que comparten gastos de manutención y preparan los alimentos en la misma cocina. *Supra*, Anexo I.

¹⁴ De acuerdo con las definiciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la *pobreza alimentaria* se refiere a la incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aún si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar en comprar sólo los bienes de dicha canasta. La pobreza de capacidades es la relativa a la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta

Se trata de un “programa de transferencia condicionado” debido a que uno de sus ejes fundamentales es la *corresponsabilidad*, característica que se traduce en el condicionamiento de la entrega de apoyos monetarios a las familias beneficiarias que cumplan con ciertas acciones que, de acuerdo al diseño del propio Programa, buscan incidir en el alcance de los objetivos del mismo. Durante el segundo semestre de 2010, las transferencias monetarias mensuales que entregó el Programa a las familias beneficiarias, de acuerdo con datos oficiales tomados del sitio Web de la Coordinación del mismo, son las siguientes:¹⁵

COMPONENTE	CANTIDAD (en pesos)
Apoyo Alimentario	\$220
Vivir Mejor	\$120
Apoyo Energético	\$60
Apoyo Infantil Vivir Mejor	\$100

COMPONENTE EDUCATIVO		
<i>Primaria</i>	<i>Hombres y Mujeres</i>	<i>Útiles escolares</i>
Tercero	\$145	Primera entrega \$195
Cuarto	\$170	

alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más que para estos fines (CONEVAL, 2009). Disponible en <http://www.coneval.gob.mx/>.

¹⁵ Disponible en http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/375/APO_MON_MEN_AUT_SHCP_2010_SEM2.xls, consultado el 8 de noviembre de 2010.

Quinto	\$220		Segunda entrega \$95
Sexto	\$290		
<i>Secundaria</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	Única entrega \$365
Primero	\$425	\$450	
Segundo	\$450	\$495	
Tercero	\$475	\$545	
<i>Media Superior</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	Única Entrega \$365
Primero	\$715	\$820	
Segundo	\$765	\$875	
Tercero	\$810	\$925	

MONTO MÁXIMO DE UNA FAMILIA CON BECARIOS/AS EN PRIMARIA, SECUNDARIA Y EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	
Apoyo alimentario	\$220
Apoyo energético	\$60
Apoyo vivir mejor	\$120
Monto máximo de becas	\$2,040
Monto máximo del apoyo	\$2,440

Los componentes esenciales del Programa son: educación, salud y alimentación. A continuación se describe el contenido y alcance de cada uno de dichos componentes.

a) Educación

El componente de educación tiene como propósito apoyar la inscripción, permanencia y asistencia regular a la escuela primaria, secundaria y media superior de los/as hijos/as que son parte de las familias beneficiarias, mediante el otorgamiento de apoyos monetarios mensuales para becas¹⁶

¹⁶ Las becas se otorgan a niñas, niños y jóvenes menores de 18 años, inscritos en grados escolares entre tercero de primaria y tercero de secundaria en escuelas de modalidad escolarizada, y las becas de educación media superior se asignan a las y los jóvenes de

y útiles escolares.¹⁷ Los montos son diferenciados por año escolar, así como por hombres y mujeres; a partir de la secundaria, siendo mayor para ellas. En las Reglas de operación referidas se señala que el otorgamiento diferenciado de becas para mujeres se propone instrumentar como una acción afirmativa tendiente a mejorar su condición educativa y a combatir la discriminación en razón de género que en este ámbito afecta a las mujeres.

Es parte de este componente el denominado *Jóvenes con Oportunidades*, el cual consiste en un incentivo para que las y los becarios terminen la educación media superior antes de cumplir los 22 años, otorgando un apoyo monetario de 3 mil 900 pesos 76 centavos cuando acreditan su conclusión.

b) Salud

El componente de salud es implementado bajo tres estrategias específicas: el otorgamiento del *paquete básico garantizado de salud*; la prevención y atención de la desnutrición; y la comunicación educativa en salud. Estrategias que las Reglas de operación referidas describen de la manera siguiente:

Otorgamiento del “Paquete Básico Garantizado de Salud”. Consistente en proporcionar de manera gratuita el denominado *Paquete Básico Garantizado de Salud*, mediante citas programadas a los integrantes de la familia beneficiaria. Dicho paquete está basado en las Cartillas Nacionales de Salud, de acuerdo con la edad, sexo y etapa de vida de cada persona. Las acciones que contiene son principalmente preventivas, dirigidas a la comunidad y a la persona, en el primer nivel de atención.¹⁸ Los servicios

entre 14 y 21 años inscritos/as también en escuelas de la modalidad referida. Se otorgan también becas a jóvenes de hasta 21 años con necesidades educativas especiales inscritos/as en escuelas de educación especial (*Oportunidades*, 2009: 3.5.1).

¹⁷ El apoyo para útiles escolares puede otorgarse también en especie mediante la entrega de un paquete de éstos.

¹⁸ El primer nivel de atención incluye acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente. El segundo nivel de atención es donde se brinda la atención de especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad. Se brinda atención ambulatoria y de hospitalización y generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. El

de urgencia no son parte de los beneficios del Programa, por lo que en caso de requerirse, al igual que otros servicios de mayor especialización, se canalizan a otras instituciones como la Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades u otras que participen en las entidades federativas. Entre los servicios y acciones que contiene el paquete referido se encuentran:

Acciones dirigidas a la Comunidad:¹⁹

SERVICIO	ACCIONES QUE SE PROMOVERÁN EN LA COMUNIDAD
<p><i>Saneamiento básico a nivel familiar y comunitario</i></p> <p>Comprende la educación para la salud, para impulsar una serie de medidas eficaces de higiene en el ambiente en el que viven las familias y las comunidades, así como en el agua y los alimentos que consumen, además del mejoramiento de la vivienda, que garanticen entornos favorables para la salud.</p>	<p>Educación para la salud; Disposición adecuada de excretas; Control de la fauna nociva; Desinfección domiciliaria del agua; Eliminación sanitaria de la basura.</p>

tercer nivel de atención realiza las atenciones especializadas de mayor complejidad así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_484.htm.

¹⁹ La información que se presenta en las siguientes tablas, fue tomada del Anexo II de las Reglas de Operación vigentes durante 2010.

Acciones dirigidas a las personas:

SERVICIO	ACCIONES
<p><i>Planificación Familiar</i></p> <p>Es un servicio estratégico para la salud materno infantil y el bienestar familiar, ya que favorece en los individuos y las parejas la posibilidad de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, con libertad para decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desean, con pleno respeto a su dignidad.</p>	<p>Orientación y provisión de métodos anticonceptivos (Métodos temporales: hormonales orales, anticoncepción poscoito, hormonales inyectables, hormonales subdérmicos, dispositivos intrauterinos, condón masculino y femenino, métodos de barrera y espermicida, métodos tradicionales naturales o de abstinencia periódica. Métodos permanentes: oclusión tubaria bilateral, vasectomía);</p> <p>Identificación de la población en riesgo;</p> <p>Referencia para la aplicación del DIU, oclusión tubaria bilateral, vasectomía y manejo de infertilidad;</p> <p>Educación y promoción de la salud reproductiva.</p>
<p><i>Atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido</i></p> <p>Se orienta a reducir y atender los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal.</p> <p>Reviste especial importancia por el grupo estratégico de población al que está dirigido.</p>	<p>Educación para la salud;</p> <p>Identificación de embarazadas;</p> <p>Consulta prenatal de primera vez;</p> <p>Consulta prenatal subsecuente;</p> <p>Aplicación del toxoide tetánico y diftérico;</p> <p>Ministración de hierro y ácido fólico;</p> <p>Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo;</p> <p>Consejería de salud reproductiva y planificación familiar, individual o a la pareja;</p> <p>Atención del parto y cuidados inmediatos del recién nacido;</p> <p>Detección y referencia del recién nacido con problemas;</p> <p>Aplicación de las vacunas SABIN y BCG al recién nacido;</p> <p>Atención del puerperio; y Promoción de la lactancia materna.</p>

Otros servicios que incluye sin que se relacionen con acciones, son los de vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil; inmunizaciones; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario a las familias; manejo de infecciones respiratorias agudas; prevención

y control de la tuberculosis pulmonar; prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud; y prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

b.2 Prevención y atención de la desnutrición. La segunda estrategia del componente de salud se refiere a la vigilancia y monitoreo de la nutrición, principalmente de las y los niños desde la gestación, así como de las mujeres embarazadas y en lactancia. Entre las acciones que se prevén se encuentra la capacitación e información a las madres sobre el uso del suplemento alimenticio que otorga el sector salud. Es de resaltar que esta capacitación está prevista para dirigirse a las madres, pues se parte del presupuesto del rol que desempeñan como proveedoras de cuidados en el hogar y principales responsables de la crianza de las y los hijos.

b.3. Comunicación educativa en salud. La tercera estrategia se refiere al denominado “autocuidado” de la salud de las familias y de la comunidad. Esta estrategia se implementa mediante las siguientes modalidades: i) capacitación para el autocuidado; ii) información, orientación y consejería individualizada durante las consultas, y iii) emisión de mensajes colectivos dirigidos a las familias beneficiarias de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida.

La principal modalidad relativa a la capacitación se realiza mediante Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud (en adelante “talleres de capacitación”). Los temas son definidos por el Sector Salud, entre los que se encuentran planificación familiar, maternidad sin riesgo, embarazo, género y salud, entre otros. La variación de los temas de una región a otra se contempla sólo por razones epidemiológicas de riesgo o estacionales de la región, sin que se prevea ninguna otra variable como el componente étnico o diverso que pudiera impactar en la pertinencia del contenido de los temas dependiendo la región o comunidad en donde se implementa el Programa.

c) Alimentario

El componente alimentario se otorga mediante la entrega de apoyos monetarios y de suplementos alimenticios. El objetivo de la entrega

de dinero en este componente es impactar en la cantidad, calidad y diversidad de la alimentación. Por su parte, los suplementos alimenticios están dirigidos a la población infantil, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Entre estos apoyos se encuentran además los denominados *Apoyo Alimentario Vivir Mejor*, que se otorgan con el propósito de compensar a las familias beneficiarias por el efecto del alza internacional de los precios de los alimentos; el *Apoyo Energético*, para compensar los gastos realizados en el consumo de fuentes de energía, tales como luz, gas, carbón, leña, combustible o velas, entre otros.

Un rubro adicional de este componente, recientemente creado, es el denominado *Apoyo Infantil Vivir Mejor*, que se otorga a las familias beneficiarias, por cada hijo/a de 0 a 9 años que tengan –otorgándose a máximo 3 por familia– orientados a fortalecer su desarrollo.²⁰

4.3 Incorporación de las familias beneficiarias

La incorporación de las familias beneficiarias al Programa se realiza, según las Reglas de operación, de manera personalizada o mediante eventos, en los que se informa a las familias que han sido identificadas como susceptibles de ser beneficiarias. A esta etapa le antecede el proceso de selección de localidades y focalización de familias.

La selección de localidades se realiza en consideración al total de localidades del país, tomando como referencia el *Índice de Rezago Social* establecido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el *Índice de Marginación* establecido por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la información estadística disponible en el nivel de localidades, Áreas Geoestadísticas Básicas, colonias o manzanas generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) o la Secretaría de Desarrollo Social.

²⁰ ACUERDO por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Apoyo Alimentario, para el Ejercicio Fiscal 2010, publicado el 28 de diciembre de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.

Hecha la selección del universo de las localidades, se levanta la información socioeconómica de los hogares mediante encuestas, para identificar a las familias elegibles. Asimismo, se validan las condiciones de accesibilidad y capacidad de atención de los servicios de salud y educación que permitan operar los componentes del Programa, requisito indispensable para su implementación, como lo comentamos anteriormente.

La metodología para la identificación de las familias, de acuerdo con las Reglas de Operación (3.4), *se basa en la estimación del ingreso, mediante un conjunto de variables socioeconómicas y demográficas de los hogares que pueden diferir de acuerdo al tamaño de la localidad en la que habitan.* Metodología que se propone para identificar hogares cuyas condiciones son similares para aquellos que están en pobreza alimentaria, así como aquellos cuyos ingresos son insuficientes para invertir en el adecuado desarrollo de sus integrantes. Sin embargo, las variables socioeconómicas y demográficas a las que hace referencia no se encuentran en la documentación oficial del Programa ni en su sitio de Internet.²¹

Una vez identificadas las familias elegibles, los criterios de prioridad son, en primer lugar, los hogares en condición de pobreza alimentaria; seguidos de los hogares con integrantes de hasta 21 años de edad;

²¹ La obligación de dar a conocer la metodología de identificación de las familias beneficiarias del Programa ha sido recientemente establecida en los *Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza* del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, publicados el 16 de junio de 2010 en el Diario Oficial de la Federación. Sin embargo, se establece que la obligación de dar a conocer el método de identificación de las personas o grupos en situación de pobreza destinatarias de los programas de desarrollo social, como el Programa Oportunidades, tendrá que cumplirse a más tardar el 31 de diciembre de 2012. El numeral décimo octavo de dichos lineamientos establece:

DÉCIMO OCTAVO.- Las dependencias y entidades deberán dar a conocer en su página de Internet de manera permanente el método de identificación de las personas o grupos de personas en situación de pobreza que utilizan para cada programa de desarrollo social que ejecuten, la cual deberá contener al menos los siguientes elementos:

I.- El método de identificación utilizado, de conformidad con lo establecido en el lineamiento Noveno;

II.- La justificación del método utilizado, señalando la relación con los objetivos, propósitos y acciones de cada uno de los diferentes programas de desarrollo social;

en tercer lugar, los hogares con mujeres en edad reproductiva; y en el cuarto criterio de priorización, se encuentran los llamados “hogares con mayor pobreza”.

Por cada familia beneficiaria se identifica a una titular señalando que:

se identificará a un titular, generalmente la madre de familia, quien recibirá directamente los apoyos monetarios y deberá tener una edad de 15 o más años. La identificación de la titular de la familia beneficiaria se realizará con base en la información de cada uno de sus miembros, recabada en el hogar y aplicando los criterios jerárquicos definidos por la Coordinación Nacional.

Adicionalmente, los Lineamientos operativos establecen los siguientes criterios jerárquicos para la identificación de la titular beneficiaria:

- Madre que tenga hijos o hijas de 0 a 16 años;
- Madre que tenga mayor número de hijos e hijas de 8 a 16 años;
- Madre que tenga mayor número de hijas;
- Madre que tenga mayor número de hijos e hijas de 0 a 5 años;
- Mujer mayor de edad, pero menor de 55 años de edad, y
- Esposa del jefe del hogar.

En caso de que no haya menores de edad los criterios jerárquicos son:

- Mujer de 56 y más años, jefa del hogar;
- Mujer entre 15 y 55 años, y

III.- Los indicadores seleccionados que serán empleados de acuerdo al método elegido, especificando su método de cálculo y las fuentes de información utilizadas para su generación;

IV.- La forma como se emplearán los indicadores para la identificación de las personas o grupos de personas en situación de pobreza, especificando las fórmulas y las técnicas estadísticas o matemáticas empleadas;

V.- La fecha a partir de la cual el programa de desarrollo social comenzará a utilizar el método para identificar a las personas o grupos de personas en situación de pobreza, y

VI.- Otros aspectos que se consideren relevantes, siempre y cuando no se contrapongan a lo dispuesto en los presentes lineamientos.

- Cuando en un hogar no haya mujeres de 15 años o más, el jefe del hogar será el titular de la familia beneficiaria.

De acuerdo con las Reglas de operación, en el proceso de selección se informa a la titular que resultó elegible y que su inclusión al padrón del Programa queda sujeta a la capacidad de atención de los servicios de salud y educación. En caso de que la titular acepte, se le hace entrega de la documentación –en español–, que hace constar su aceptación de ser incorporada y se le convoca para que asista a una sesión de orientación y entrega del medio para recibir los apoyos monetarios.

En la sesión en que se lleva a cabo la incorporación, la titular debe entregar copia de su acta de nacimiento y se le confirma su incorporación, orientándosele sobre las características del Programa, fecha de entrega de apoyos y mecanismos de participación ciudadana y contraloría social. Se le entrega el medio para la recepción de los apoyos, ya sean planillas de etiquetas de seguridad, tarjeta de débito, tarjeta prepagada o cuenta de ahorro; así como el material informativo, los formatos para el registro a los servicios de salud y educación.

4.4 Corresponsabilidades, Derechos y Obligaciones

Las *corresponsabilidades* que de acuerdo con las Reglas de operación referidas deben cumplir las familias beneficiarias, son las siguientes:

I. Inscribir a las y los niños menores de 18 años en las escuelas primaria o secundaria autorizadas y apoyarles para que asistan a clases de manera regular. Al igual que a las y los jóvenes que requieran de educación especial.

II. Inscribir a las y los jóvenes de hasta 21 años que hayan concluido la educación básica en los planteles autorizados de educación media e igualmente, apoyarles para que permanezcan en ellos.

III. Registrarse en la unidad de salud que les sea asignada al incorporarse al Programa y asistir a las citas programadas en el servicio de salud. Asistencia que debe ser por parte de todos los integrantes de la familia

IV. Asistir mensualmente a los talleres de capacitación, de preferencia la/el integrante de la familia beneficiaria de 15 hasta 60 años que sea citado/a.

La asistencia a los talleres de capacitación está exenta sólo para: a) Integrantes de la familia que padezcan de algún tipo de discapacidad psicomotriz, auditiva o visual severa que impida su asistencia; b) Mujeres con embarazos de alto riesgo por el periodo del padecimiento; y c) Jornaleros agrícolas, acreditados ante la Secretaría de Desarrollo Social cuando migre la titular o la familia en razón de la temporada agrícola.

Para que se justifique la ausencia tanto por causa de discapacidad, como el de mujeres con embarazos de alto riesgo, es necesario presentar en la unidad de salud asignada el certificado médico expedido por el Sector Salud que acredite cualquiera de dichas circunstancias; y respecto de jornaleros agrícolas, las familias respectivas deberán encontrarse registradas en el padrón del *Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas* de la Secretaría de Desarrollo Social.

Las *obligaciones* que de acuerdo con las Reglas de operación deben cumplir las mujeres titulares del Programa, son las siguientes:

- Presentar la Cartilla Nacional de Salud en cada una de sus consultas;
- Participar en las acciones de salud que sean acordadas por la asamblea comunitaria;
- En caso de que en la familia haya un/a menor de 5 años con algún grado de desnutrición, cumplir con las citas que para esa situación le precise el personal de salud, y
- Recibir y consumir los suplementos alimenticios que son entregados para las y los niños y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Los *derechos* previstos por las Reglas de operación para las familias destinatarias del Programa son:

- Recibir de manera gratuita y oportuna los apoyos y beneficios del Programa, al haber cumplido con sus corresponsabilidades;

- Recibir gratuitamente las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud;
- Recibir gratuita y oportunamente el suplemento alimenticio para menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia;
- Recibir la Cartilla Nacional de Salud correspondiente al grupo de edad y sexo, para cada integrante de la familia beneficiaria;
- Recibir información clara, sencilla y oportuna sobre la operación del Programa, y
- Recibir atención oportuna a sus solicitudes, quejas y sugerencias.

4.5 Certificación de las corresponsabilidades

La acreditación del cumplimiento de las corresponsabilidades se lleva a cabo, según las Reglas de operación, mediante una “certificación” que realizan las autoridades responsables de los sectores Salud y Educación que prestan los servicios, esto es, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública y sus equivalentes en las entidades federativas, conjuntamente con el IMSS-Oportunidades y la CONAFE. Dicha acreditación se lleva a cabo de manera diferenciada en cada uno de los componentes del Programa, como se explica a continuación:

Para la certificación del cumplimiento de las corresponsabilidades respecto del componente de salud, la titular beneficiaria debe registrar a su familia en los servicios de salud de la unidad²² que le es asignada. Asimismo, debe velar porque las y los integrantes de su familia acudan a las citas programadas por la unidad de salud, pues la certificación se realiza con la asistencia a las citas y a las sesiones de los talleres de capacitación, de acuerdo con la programación que para éstos realiza el personal de salud. Cuando una de las personas integrantes de la familia ha cumplido con

²² En la unidad de salud o en su caso, con el equipo de salud de la unidad itinerante o equipo de microrregión que atiende la localidad.

cualquiera de las siguientes metas o acciones, se podrá considerar cumplida su asistencia al siguiente taller:²³

- que un menor de 5 años se haya recuperado de desnutrición;
- que una persona diabética o hipertensa se mantenga 6 meses en control y con parámetros normales de acuerdo con la *Norma Oficial Mexicana* (en adelante NOM) correspondiente;
- *que una mujer con vida sexual activa inicie un método de planificación familiar de mayor continuidad como la colocación del dispositivo intrauterino, implante subdérmico, u oclusión tubaria* (resaltado propio);
- *que un hombre con vida sexual activa se realice la vasectomía* (resaltado propio);
- *que una mujer embarazada acuda a su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación y concluya al menos 5 consultas prenatales y la atención del parto institucional.* (resaltado propio)

La certificación de cumplimiento de las corresponsabilidades de educación, consistentes en la inscripción y la asistencia de las y los hijos de las familias beneficiarias, la realiza el personal docente de las escuelas autorizadas por el Programa.

Suspensión de los apoyos

Los apoyos monetarios pueden ser suspendidos según las Reglas de operación, de forma mensual, por tiempo indefinido o definitivamente, causando baja del *Padrón Activo de Beneficiarios*.²⁴ en estos dos últimos casos. Las suspensiones mensuales del apoyo monetario de alimentación, el energético, el alimentario *Vivir Mejor* y el infantil *Vivir Mejor*, se producen cuando la familia beneficiaria no cumple con las corresponsabilidades del componente de Salud, ya sea con su asistencia a las citas médicas

²³ Cabe hacer notar que el texto relativo a este punto, contenido en el numeral 3.6.2 de las Reglas de operación publicadas en diciembre de 2009 es confuso en su redacción y lo que en este párrafo se menciona es la interpretación que se intenta hacer de dicha disposición reglamentaria.

²⁴ El padrón de beneficiarios/as se conforma por el *Padrón Base de Beneficiarios* que

programadas o a la capacitación para el autocuidado de la salud. Estas suspensiones se aplican en el mes en el cual se registra el incumplimiento. El apoyo alimentario Infantil Vivir Mejor es suspendido a partir de que la niña o niño recibe una beca educativa del Programa.

Las suspensiones por tiempo indefinido de la totalidad de los apoyos monetarios se producen en los siguientes supuestos:

- Cuando la titular de la familia beneficiaria que reciba los apoyos monetarios por entrega directa no haya acudido en dos ocasiones consecutivas a recibirlos.
- Si la titular de la familia beneficiaria recibe los apoyos por depósito bancario y no realiza ningún movimiento en su cuenta durante dos o más bimestres consecutivos.
- En caso de que la titular de la familia beneficiaria no firme su contrato con la institución liquidadora o no recoja su planilla de etiquetas de seguridad o su tarjeta de débito para recibir los apoyos monetarios, en un plazo máximo de dos bimestres después de su emisión.
- Cuando la familia beneficiaria no cumpla con su corresponsabilidad en salud en cuatro meses consecutivos o seis meses discontinuos en el curso de los últimos doce meses.
- No pueda comprobarse la supervivencia de la titular beneficiaria.
- No pueda ratificarse la veracidad de la certificación del cumplimiento de la corresponsabilidad a los servicios de salud.
- La familia beneficiaria sea objeto de un procedimiento

contiene la relación de familias elegibles para el proceso de incorporación del Programa y el *Padrón Activo de Beneficiarios/as*, que integra a las familias incorporadas al Programa y activas por el cumplimiento de su corresponsabilidad. Su actualización es permanente en atención al cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de las familias beneficiarias. En el padrón de familias beneficiarias del primer bimestre de 2010, se encuentran registradas en la localidad de Jaltepec de Candayoc, municipio de San Juan Cotzocón, en el estado de Oaxaca, 311 familias, de las cuales 12 tienen titulares a hombres y 299 a mujeres.

relacionado con la identidad o patria potestad de los becarios, que requiera revisión por parte de una autoridad judicial o civil.

- Exista una disputa por los apoyos del PO entre los integrantes de la familia beneficiaria, registrados en el Padrón.
- La familia beneficiaria no sea recertificada por alguna causa no imputable a ella.
- El titular solidario de la familia beneficiaria no cumpla con los compromisos adquiridos por la titular beneficiaria con los integrantes de la familia beneficiaria.
- La familia beneficiaria sea visitada en dos ocasiones por personal de la Coordinación y no se localice al informante adecuado, o bien, no sea posible recolectar la información socioeconómica y demográfica completa por causas imputables a la familia.
- Concluya el ciclo de la familia beneficiaria en el Esquema Diferenciado de Apoyos.
- Un integrante de la familia beneficiaria sea servidor público no eventual, de cualquier orden de gobierno y perciba ingresos por tres o más salarios mínimos generales correspondientes a la zona geográfica A.²⁵ Sobre esta causal se establece una excepción para los casos de los ex becarios del PO, que por su conocimiento de la lengua indígena, sean contratados por la Coordinación Nacional para la operación del Programa en las localidades con población indígena.
- La familia beneficiaria renuncie al PO.
- Por error en la captura del acuse de recibo de la incorporación.
- Cuando la familia estando sujeta a la reevaluación de sus condiciones socioeconómicas, no se le haya aplicado dicha reevaluación.

La suspensión de los apoyos monetarios será definitiva (Oportunidades, 2009: 3.6.4.3) en los siguientes casos:

²⁵ Es decir, un salario superior a 5 mil 171 pesos con 40 centavos.

- La titular beneficiaria u otro de sus miembros vendan o canjeen los suplementos alimenticios recibidos del PO. La titular beneficiaria u otro de sus integrantes presenten documentación falsa o alterada o acrediten una situación falsa, para intentar recibir los apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria. La titular beneficiaria u otro de sus integrantes utilicen el nombre del PO con fines electorales, políticos, de proselitismo religioso o de lucro. Se detecte duplicación de la familia en el Padrón Activo de Beneficiarios. Sólo en un registro la familia beneficiaria permanecerá activa, eliminándose los apoyos duplicados. La familia beneficiaria ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad del programa como resultado de la recertificación o del proceso de verificación de las condiciones socioeconómicas.
- La familia beneficiaria no permita la verificación de sus condiciones socioeconómicas y demográficas.
- La familia beneficiaria no acepte su recertificación.
- En caso de defunción del único integrante de la familia.

Las suspensiones son determinadas por la Coordinación Nacional y suscritas por las/los Coordinadores de las Delegaciones Estatales, debiendo constar en una resolución en la que se precisen los motivos, razones y circunstancias, así como el fundamento legal que sustente dicha suspensión, además de ser notificadas personalmente a la titular beneficiaria.²⁶ No se prevén medios de impugnación contra esta determinación.

4.6 Recertificación y Esquema Diferenciado de Apoyos

Las familias beneficiarias están sujetas a un proceso de recertificación, en el que se evalúan nuevamente sus condiciones socioeconómicas y demográficas, de conformidad con los parámetros de focalización del Programa. Lo anterior, con el fin de permanecer en el programa

²⁶ Reglas de operación 2010, punto 3.6.4.

si continúan siendo elegibles, causar baja definitiva si dejan de cumplir con los criterios de elegibilidad o pasan al *Esquema Diferenciado de Apoyos*.

Para el caso de que, derivado de la recertificación se advierta que la familia beneficiaria ha salido de la pobreza según los indicadores de elegibilidad que se establecen para el Programa, la familia pasa al *Esquema Diferenciado de Apoyos*, en el que sólo recibirán los apoyos monetarios educativos para secundaria y educación media superior, *Jóvenes con Oportunidades*, *Adultos Mayores*, *Alimentario Vivir Mejor*, acceso al *Paquete Básico Garantizado de Salud* y Suplementos Alimentarios.²⁷

4.7 Comité de Promoción Comunitaria

Dentro del diseño del Programa existe también una instancia de organización de las titulares de familias beneficiarias del Programa, denominada Comité de Promoción Comunitaria, integrada por mujeres nombradas como vocales de educación, de salud, de nutrición y de vigilancia.²⁸ Tienen como función establecer un vínculo entre las familias beneficiarias y el personal de los servicios de salud, educación y con la Coordinación Nacional, a fin de canalizar las peticiones y sugerencias de las titulares y fortalecer las acciones de nutrición, contraloría social y transparencia del Programa. Asimismo, tienen como tarea tratar de evitar duplicidades con las funciones de instancias locales ya existentes como los comités de salud y educación.

Las titulares que conforman dicho Comité, son elegidas de acuerdo con las Reglas de Operación por personal de las delegaciones estatales de la Coordinación Nacional. Para su elección, los Lineamientos operativos 2010 establecen los siguientes requisitos: ser titular de una familia beneficiaria activa del Programa; contar con 15 o más años de edad; ser residente de la localidad; estar dispuesta a colaborar voluntariamente en el desarrollo de la propia comunidad sin recibir remuneración económica; no participar activamente en apoyo de algún

²⁷ *Supra*, 4.4.3.1

²⁸ Antes de 2002, con el PROGRESA, el cargo era el de “promotoras”. Con la creación del Comité de Promoción Comunitaria en el Programa Oportunidades, se les denomina “vocales”.

partido político o candidato a puesto de elección popular; y para el caso de la vocal de nutrición, ser madre de familia. Además de estos requisitos se recomienda que sea preferentemente mujer; sepa leer y escribir; tenga reconocimiento entre los habitantes de la comunidad y tenga capacidad para conciliar opiniones y resolver conflictos que puedan presentarse durante la operación del Programa. Entre los requisitos, así como entre las recomendaciones para su elección no se encuentra previsto el que sea bilingüe, a fin de asegurar la comunicación en la lengua indígena del lugar en el caso de comunidades indígenas.²⁹ Se debe hacer notar que en la respuesta de la Coordinación del Programa a la solicitud de información que se le formuló, se hizo referencia a lo establecido en el numeral 3.b de los Lineamientos operativos, el cual señala que la información inicial sobre el Programa a las titulares se apoyará en la traducción que puedan hacer las vocales, mas no que las vocales que se nombran sean bilingües, a fin de que puedan traducir todo lo relativo al funcionamiento ordinario del Programa.

Cabe tener presente que en diferentes políticas indígenas implementadas por el gobierno mexicano, se han creado Comités para la intervención de la población beneficiaria en las mismas; sin embargo, no se ha considerado la estructura de organización comunitaria, lo que ha provocado conflictos en el interior de las comunidades. El Comité previsto por el Programa reproduce esta tendencia.

4.8 Evaluación del Programa

Por mandato de la *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*,³⁰ el Programa debe ser evaluado en sus resultados por conducto de expertos/as, instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional o internacional, que cuenten con reconocimiento y experiencia en el tema. Dicha evaluación se realiza

²⁹ Esta es una de las recomendaciones que se formulan como resultado de la *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008*, a diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007), (CIESAS, 2008).

³⁰ El artículo 78 de la *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria* establece que las dependencias, o las entidades a través de su respectiva dependencia coordinadora de sector, deberán realizar una evaluación de resultados de los programas

de conformidad con el Plan Anual de Evaluación, elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública, en el que se determina qué tipo de evaluaciones se llevarán a cabo o comenzarán cada año y a qué programas se aplicarán,³¹ debiendo sujetarse a lo dispuesto en los *Lineamientos Generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*.³²

Es por ello que el Programa ha sido objeto de gran cantidad de evaluaciones de su impacto y resultados tanto de sus componentes en la población beneficiaria, como de su operación y diseño. Entre las más recientes que interesan al objeto de este estudio, se encuentra la *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008, a diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*,³³ realizada en el año 2008. Dicha evaluación

sujetos a reglas de operación, por conducto de expertos, instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional o internacional, que cuenten con reconocimiento y experiencia en las respectivas materias de los programas.

³¹ Numeral décimo séptimo de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.

³² Los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal fueron publicados el 30 de marzo de 2007 en el Diario Oficial de la Federación, por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Su objetivo es orientar los programas y el gasto público al logro de objetivos y metas, así como medir sus resultados objetivamente mediante indicadores relacionados con la eficiencia, economía, eficacia y calidad en la Administración Pública Federal y el impacto en el gasto social público. Dichos Lineamientos establecen en su numeral décimo sexto los siguientes tipos de evaluación para los programas federales: a) evaluación de consistencia y de resultados: analiza sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores; b) evaluación de indicadores: analiza mediante trabajo de campo la pertinencia y alcance de los indicadores de un programa federal para el logro de resultados; c) evaluación de procesos: analiza mediante trabajo de campo si el programa lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y eficiente y si contribuye al mejoramiento de la gestión; d) evaluación de impacto: identifica con metodologías rigurosas el cambio en los indicadores en el nivel de resultados atribuible a la ejecución del programa federal; e) evaluación específica: aquellas evaluaciones no comprendidas en los lineamientos y que se realizan mediante trabajo de gabinete y/o de campo.

³³ La evaluación fue coordinada por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Es de tipo cualitativo,

incluye, entre otros, un análisis de la calidad de los servicios de atención a la salud; así como de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales y de su cobertura en regiones interculturales indígenas. Entre los resultados que se reportan se encuentran:

- Sobre el impacto del Programa, se destaca un mayor impacto en fecundidad entre las indígenas que entre las mestizas, lo que de acuerdo con la evaluación coincide con el mayor impacto en su educación, interpretando así que el alargamiento de la trayectoria educativa ha incidido en la postergación del inicio del ciclo reproductivo (CIESAS, 2008: 30).
- Sobre la calidad de los servicios de salud, señala que el 19% de mujeres entre el grupo que mencionan estar usando algún método anticonceptivo se sintieron presionadas por el médico o enfermera para usarlo.³⁴ Sobre este punto recomiendan mejorar la provisión de la información relacionada con los beneficios que las mujeres pueden tener al usar métodos anticonceptivos (CIESAS, 2008: 62).

cuantitativo, de impacto y de procesos, y se agrupa en cuatro tomos: El tomo I presenta los resultados en educación y trabajo de jóvenes becarios y ex becarios tanto indígenas como mestizos, así como en educación, nutrición, y desarrollo cognoscitivo de niños/as pequeños/as y escolares que hace diez años se integraron al Programa. El tomo II aborda la situación de la calidad de los servicios, la utilización de servicios por parte de la población beneficiaria, y los resultados de impacto en salud y nutrición. El tomo III se refiere a la calidad de los servicios educativos, y el tomo IV aborda la operación y procesos del Programa.

³⁴ Según el documento que reporta los resultados, el componente de evaluación de los servicios de salud incluyó información de las unidades de salud que atienden a la población en 767 localidades de la muestra seleccionada. No todas las localidades de la muestra se visitaron y no en todas las localidades visitadas se obtuvo la información de los servicios de salud. En total, se obtuvo información de 495 unidades, aunque sólo se dispone de información completa (unidad, médicos, enfermeras y pacientes) de 299 unidades (60%); estas unidades prestan servicio a 591 localidades de las 733 visitadas efectivamente para la encuesta (80%). Ver *Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades*. Disponible en: <http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/441c7c1a3d30adf64e0e724174a9d527/impacto/2008/Sintesis.pdf>

- Sobre los procesos de salud y atención en hogares indígenas³⁵ y rurales, en específico en salud sexual y reproductiva,³⁶ refiere que, en general, donde existe acceso a métodos anticonceptivos se reportó una frecuencia de uso mayor entre mujeres beneficiarias mestizas que entre las no beneficiarias, sobre todo a partir de su adscripción al Programa, y una buena disposición a la planificación familiar entre mujeres indígenas de Chihuahua y Sonora, debido a que tienen acceso a métodos anticonceptivos y a las intervenciones quirúrgicas una vez que han decidido no tener más hijos (CIESAS, 2008: 72). La utilización de métodos anticonceptivos está relacionada con acceso a centros de salud, el abasto y las concepciones sobre los mismos. *En Oaxaca se observó una preferencia por los métodos de control natal definitivos y una tendencia muy evidente de tener al último hijo en escenarios médicos organizados para acceder a la salpingoclasia* (CIESAS, 2008: 72) (énfasis añadido).
- Entre las mujeres indígenas del sur la menor frecuencia del uso de métodos anticonceptivos durante su vida reproductiva, está muy relacionada con las concepciones de que son perjudiciales para la salud reproductiva y principalmente en Oaxaca, por las actitudes de rechazo de sus parejas sexuales (CIESAS, 2008: 73).

³⁵ Sobre la variable “indígena”, la evaluación refiere que se ha definido un hogar como indígena a partir de la respuesta dada en el cuestionario sociodemográfico, respecto a si el jefe o la jefa del hogar hablan alguna lengua indígena. Asimismo, precisa que esta definición se ha usado en el pasado no sin críticas respecto a su validez y se reconoce que la definición de etnicidad relevante para el tipo de análisis que se realiza puede que “no tenga exclusivamente que ver con el entendimiento de alguna lengua indígena, sino más bien con otras características culturales y de comportamiento que no necesariamente se captan con el hecho de que alguno o ambos jefes del hogar hablen o entiendan una lengua indígena” (CIESAS, 2008: 86-119).

³⁶ La evaluación reporta que se estudiaron un total de 12 microrregiones, tres por estado, en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. Las microrregiones estudiadas por cada entidad federativa fueron: Oaxaca (mazateca, costa, mixe); Chiapas (Las Margaritas, Tumbalá y San Cristóbal de las Casas); Chihuahua (Yepachi-Maycoba, Norogachi, Samachique); y Sonora (yaqui, mayo y guarijía). En total se documentaron 229 historias reproductivas, 38 en Oaxaca, 44 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 55 en Sonora.

- El factor generacional, también tiene una incidencia en el uso de métodos anticonceptivos, que está relacionada con la reciente creación de instituciones de salud, que en los contextos rurales de estudio se remonta en términos muy amplios a partir de mediados de la década de los noventa. Las mujeres de 20 a 40 años conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos, no sólo porque han tenido mayor acceso a centros de salud que sus madres, sino porque han estado más expuestas a información relativa al uso de anticonceptivos a través de campañas generales y talleres del Programa (CIESAS, 2008: 73).
- Los métodos preferidos por las mujeres de la muestra durante sus vidas reproductivas (que se concentran en beneficiarias mestizas), fueron el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones hormonales, porque requieren de poca atención. *Y entre mujeres indígenas, la práctica de la salpingoclasia* (CIESAS, 2008: 73) (énfasis añadido).

Sobre este tema la evaluación concluye:

Al cabo de 10 años, en los hogares de estudio de Oaxaca y Chiapas las percepciones sobre el uso de métodos anticonceptivos no han cambiado mucho, ni las actitudes de los varones al respecto. Se considera que en estos otros contextos indígenas, se debe hacer hincapié en la impartición de talleres mixtos, con el objetivo de explicar claramente las ventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos. Parece imprescindible que, a la par, se desarrollen talleres de sensibilización sobre las implicaciones de los métodos anticonceptivos a la salud, dirigidos a mujeres indígenas, que se impartan respetuosamente y adaptados a las condiciones culturales de cada contexto. Para que estos talleres transiten de una exposición técnica sobre las características de cada método a una experiencia participativa, es también necesario capacitar a los equipos médicos, pues ellos suelen abordar estos temas únicamente a partir de “charlas” y “exposición”... se propone también que las brigadas y centros de salud ofrezcan el servicio de esterilización, que permita a los individuos tomar la decisión y someterse a dicho procedimiento sin que implique un gasto mayor para las familias y, sobre todo, garantizar el abasto constante de estos insumos en los centros de salud (CIESAS, 2008: 73)

Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que comprenda los diferentes contextos culturales y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas. Se considera prioritario incorporar a las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud en contextos rurales e indígenas, más sólidamente el componente de género. Dichas acciones deben hacer posible que los mensajes informativos se cristalicen en reflexiones y prácticas de autocuidado de acuerdo al sentido y experiencia, principalmente de las mujeres en relación a la salud sexual y reproductiva, con la encomienda de integrar a los hombres a dichos ejercicios reflexivos (CIESAS, 2008: 75).

- Sobre la cobertura y operación en regiones interculturales indígenas,³⁷ concluye que salvo en algunas de las microrregiones de Chiapas, en las demás zonas de estudio no se encontraron promotores y personal de *Oportunidades* que cuenten con competencias suficientes para ser traductores *lingüísticos y culturales* en contextos de monolingüismo. Este fenómeno es causa de problemas de comunicación entre el personal del programa y sus beneficiarios y suele hacerse patente a la hora de la transmisión de información de interés común, talleres y pláticas de salud, realización de trámites y presentación de quejas (CIESAS, 2008: 179). Sobre este tema la evaluación recomendó lo siguiente:

Para resolver este problema que afecta directamente la transmisión de la información del programa, el cumplimiento de las corresponsabilidades y la utilidad de los talleres de salud, es recomendable que *Oportunidades* promueva entre sus titulares la selección de *vocales bilingües* con competencias para la traducción cultural (CIESAS, 2008: 179).

4.9 La perspectiva de género dentro del Programa

Según se plantea, el Programa pretende impulsar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Para ello, en su estrategia se

³⁷ El estudio sobre la cobertura se llevó a cabo en dos etapas de análisis: la primera corresponde a 11 regiones de los estados de Chiapas, Chihuahua, Oaxaca y Sonora, siendo

ha determinado canalizar los apoyos preferentemente a través de las madres de familia, y otorgar mayor número de becas educativas a niñas. Además de estas dos acciones, el Programa no articula propuesta alguna para lograr o impulsar la igualdad plena entre hombres y mujeres.

4.10 Componentes de Transparencia

En el apartado relativo a la transparencia del Programa, las Reglas de operación se ocupan de establecer, en primer término, la obligación de incluir tanto en la documentación oficial con la que opera el Programa, como en su publicidad, la leyenda “Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos

éstas: Valle del Mayo, en el estado de Sonora; valle del Yaqui, en el estado de Sonora, Sierra guarijía, en el estado de Sonora; Sierra Tarahumara, en el estado de Chihuahua; región pima, en la frontera entre los estados de Chihuahua y Sonora; región chol, en el estado de Chiapas; región tojolabal, en el estado de Chiapas; Altos de Chiapas; Costa de Oaxaca; Cañada y sierra mazateca, en el estado de Oaxaca; y Sierra Norte mixe en el estado de Oaxaca. Regiones en las que se ubican las 12 microrregiones que fueron objeto de la segunda etapa, en la que se llevó a cabo el análisis de los temas de cobertura, operación, salud, educación y trabajo. Estas microrregiones y su ubicación municipal son las siguientes: Huírivis en el territorio yaqui y en el municipio de Guaymas, Sonora; la Bocana, en el territorio mayo y en el municipio de Etchojoa, Sonora; San Bernardo, en el territorio guarijío y en el municipio de Álamos, Sonora; las localidades de Yepachi, Piedras Azules; la Salitrera en el municipio de Temósachi (Chihuahua) y Maycoba y El Kípor, en el municipio de Yécora (Sonora) en el territorio de los pimas bajos; Samachique, en el territorio tarahumara y en el municipio de Guachochi, Chihuahua; las localidades de Norogachi, la Ciénega de Norogachi, Cochérare, Riquéachi, Santa Cruz, Mesa de Paréwachi y Tuchéachi, en el territorio tarahumara y en el municipio de Guachochi, Chihuahua; las localidades de El Aguaje, San Isidro de las Huertas, Corazón de María, Pedernal y el Escalón en el municipio de San Cristóbal de las Casas en los Altos de Chiapas; las localidades de Saltillo, Chacalá; La Libertad, El Encanto y Bello Paisaje en el municipio de Las Margaritas, en la región tojolabal de Chiapas; las localidades de Emiliano Zapata, Álvaro Obregón (Planada), Álvaro Obregón (Loma) y El Porvenir en el municipio de Tumbalá, en la región chol de Chiapas; las localidades de Mazatlán de Villa Flores, El Corral, El Progreso, San Simón, Coyoltepec, Almolonga y Piedra Ancha, todas ellas en el municipio de Mazatlán de Villa Flores, en la Cañada y sierra mazateca de Oaxaca; varias localidades del municipio de San Juan Cotzocón, en la Sierra Norte mixe de Oaxaca, las localidades de Nuevo Cerro Mojarra y *Jaltepec de Candayoc*, ambas en el municipio de Santiago Jamiltepec, en la Costa de Oaxaca, donde conviven poblaciones indígenas, mestizas y afroestizas (CIESAS, 2008: 175).

al desarrollo social”. Asimismo, trata lo relativo al manejo y difusión de información y a la participación de la población beneficiaria del Programa mediante contralorías sociales.

Sobre el manejo de información contenida en las bases de datos de levantamiento de encuestas en hogares y localidades, así como del Padrón de Beneficiarios, el Programa se remite a lo dispuesto en el artículo 32 de la *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental*, para lo cual se señala que la Coordinación Nacional del Programa realiza las siguientes acciones:

- Difunde mediante la página electrónica oficial del Programa información relativa al listado de localidades y número de familias, calendario de fechas de entrega de los apoyos, posterior a su entrega, montos, resultados de evaluación externa e indicadores de resultados.
- Realiza tareas de difusión de la información contenida en las bases de datos de levantamiento de encuestas en hogares y localidades, así como del padrón de beneficiarios.
- Publica periódicamente las variaciones del Padrón Activo de Beneficiarios, así como los resultados de su evaluación.
- Publica bimestralmente en la página electrónica oficial del Programa, y semestralmente entrega a la Cámara de Diputados, el padrón de beneficiarios.

Sobre contraloría social,³⁸ establece la obligación de la Coordinación Nacional del Programa de llevar a cabo las acciones necesarias para la integración y operación de una contraloría social, en la que participen las personas beneficiarias del Programa, a fin de dar seguimiento,

³⁸ La Contraloría Social es el mecanismo reconocido por la *Ley General de Desarrollo Social* (artículo 69), para que la población beneficiaria de los programas de desarrollo social, de manera organizada, verifique el cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos públicos asignados a éstos. Sus funciones son: I. Solicitar la información a las autoridades federales, estatales y municipales responsables de los programas de desarrollo social que considere necesaria para el desempeño de sus funciones; II. Vigilar el ejercicio de los recursos públicos y la aplicación de los programas de desarrollo social conforme a la Ley y a las reglas de operación; III. Emitir informes sobre el desempeño

supervisión y vigilancia al cumplimiento de las metas y acciones comprometidas, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos destinados al Programa.³⁹

4.11 Componente indígena en el diseño y operación del Programa

Como se advierte del contenido del decreto que lo crea, así como de sus reglas de operación y lineamientos operativos, el PO no cuenta en su diseño ni operación con acciones específicas para su implementación en población indígena. A trece años de operación del Programa, en su página electrónica oficial aparece este año una versión preliminar del documento elaborado por la Secretaría de Desarrollo Social denominado *Evaluación social y Plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena* (en adelante “Evaluación y Plan de acción”).⁴⁰

de los programas y ejecución de los recursos públicos; IV. Atender e investigar las quejas y denuncias presentadas sobre la aplicación y ejecución de los programas, y V. Presentar ante la autoridad competente las quejas y denuncias que puedan dar lugar al fincamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con los programas sociales (artículo 71). Asimismo, existen los “Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social”. Entre las actividades de evaluación social que se prevén en el marco de la contraloría social se encuentra el levantamiento de Cédulas de Vigilancia, así como de encuestas de “Puntos Centinela”, cuyo propósito es medir la percepción que tienen las titulares beneficiarias del Programa. Dichas encuestas son implementadas durante dos periodos al año; marzo-abril y septiembre-octubre, en las cuales se integran reactivos específicos con las opiniones de las titulares beneficiarias del Programa sobre la atención y los servicios que reciben, así como la información que tienen acerca del Programa y las acciones que hayan realizado en relación con la Contraloría Social. Reglas de Operación 2010.

³⁹ Entre las actividades que se prevén para la promoción de la Contraloría Social se encuentran: difusión de información sobre la operación del Programa, así como la capacitación al personal de las secretarías federales participantes, los servicios estatales de salud y del IMSS-Oportunidades, las y los directores/as y profesoras/es de las escuelas participantes, titulares beneficiarias del Programa, becarias/os de educación media superior y vocales de los Comités de promoción Comunitaria. Cfr: Anexo IX de las Reglas de Operación 2010.

⁴⁰ Disponible en http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_archivos/Plan_indigena_corregido_version_preliminar_final_200209.doc consultado el 2 de mayo de 2010.

De la revisión de dicho documento preliminar, se advierte que tiene como objetivo establecer líneas de acción que permitan definir un modelo alternativo de gestión y operación del Programa en zonas indígenas con la finalidad de mejorar la atención y potenciar los resultados logrados hasta el momento. Para lograr el objetivo propuesto, el documento trata de sistematizar los impactos en educación, salud y nutrición del Programa en la población indígena beneficiaria, reportados por las diferentes evaluaciones de las que ha sido objeto, así como identificar las brechas de mayor inequidad en esta población, y cómo es percibido el Programa por ésta.

Cabe resaltar que este proceso, como el propio documento lo advierte, pretende “responder a los lineamientos de la Política Operacional 4.10 del Banco Mundial, relativa a Pueblos Indígenas, orientada a asegurar que este grupo de población se beneficie de los proyectos en los que el Banco participa y se eviten o mitiguen posibles efectos adversos”. (SEDESOL, 2010: 3)

De acuerdo con el Banco Mundial, su política Operacional 4.10 es establecida con la finalidad de contribuir al cumplimiento de la misión del Banco de reducir la pobreza y lograr un desarrollo sostenible asegurando que el proceso de desarrollo se lleve a cabo con absoluto respeto a la dignidad, derechos humanos, economías y culturas de los Pueblos Indígenas (Banco Mundial, 2005: 1). Para lo cual exige que en todos los proyectos propuestos para financiamiento que afectan a pueblos indígenas sean incluidas medidas para evitar posibles efectos adversos sobre las comunidades indígenas, o cuando éstos no puedan evitarse, reducirlos lo más posible, mitigarlos o compensarlos. Asimismo, exige que los proyectos sean diseñados de manera que los Pueblos Indígenas reciban beneficios sociales y económicos que sean culturalmente apropiados e inclusivos desde el punto de vista intergeneracional y de género (Banco Mundial, 2005: 2), y se lleve a cabo un proceso de consulta previa, libre e informada de la cual se derive un amplio apoyo del proyecto por parte de la comunidad indígena afectada. Las consultas de referencia son entendidas por este organismo como:

[U]n proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones, subsiguiente a un proceso

significativo de consultas de buena fe y participación informada respecto de la preparación y ejecución del proyecto. No significa que se reconozca el derecho de veto a personas ni grupos. (Banco Mundial, 2005: 1)

Es entonces en dicho marco y lineamientos, que se elaboró la versión preliminar del documento Evaluación y Plan de acción, de cuya revisión se advierte dentro de los resultados reportados, se encuentra como presupuesto la necesidad de incluir la condición étnica en los sistemas de información y gestión del Programa, a fin de poder construir indicadores que permitan medir en el nivel de hogar la cobertura y atención que brinda el Programa. Entre los hallazgos y conclusiones a las que se arriba respecto de cada componente se encuentran:

Sobre el componente educativo se advierte la necesidad ineludible de considerar el componente cultural en los servicios educativos que se brindan a la población indígena, en donde “el ideal sería contar con escuelas bilingües o escuelas con personal capacitado para el trabajo docente con población indígena, así como recuperar las lecciones aprendidas en la instrumentación del modelo de educación intercultural bilingüe” (SEDESOL, 2010: 23).

Respecto al componente de Salud, entre los hallazgos sobre el impacto del Programa se encuentra que sólo en los casos de consultas generales y seguimiento nutricional de las y los menores se logró un impacto a corto plazo, siendo lentos los cambios cuando se trata de salud reproductiva, pues hasta el año 2002 se alcanza a visualizar un avance en la cantidad de mujeres que usan métodos de planificación, y se realizan revisiones de cáncer cérvico uterino.

Entre los motivos para el uso menor de los servicios de salud por parte de la población indígena que reportan las evaluaciones externas, como la realizada por el CIESAS en el año 2002, se encuentran la protección a su intimidad, su rechazo a desnudarse frente a un médico hombre, así como el control que pueden ejercer los maridos sobre sus esposas, la falta de identificación de los malestares, la imposibilidad de asignar nombres a sus padecimientos y renuencia a tratamientos de

segundo nivel (SEDESOL, 2010: 25). A continuación se citan algunas de las conclusiones a las que se arriba en el componente de Salud:

Se debe considerar también la importancia de los sistemas médicos comunitarios y no sólo los institucionales, ya que se sigue recurriendo a ellos en mayor medida. En los inicios del Programa, los recursos humanos no institucionales de atención a la salud se veían como un obstáculo a vencer. Un estudio realizado en 1997 identificó que los hijos nacidos vivos fueron atendidos por una partera en el 57.2% de los casos, mientras que tan sólo en el 25.4% lo hizo un médico académico. Sin embargo, investigaciones antropológicas han demostrado la contribución de las parteras, las cuales se han convertido en promotoras de los programas de salud reproductiva, de los programas de prevención sobre cáncer cervicouterino y de mama, principalmente en comunidades indígenas.

Ante este panorama, los apoyos en este componente podrían verse favorecidos mediante:

- a. El fortalecimiento del esquema de acceso a servicios institucionales de salud mediante su complementariedad con los sistemas tradicionales de salud orientados a la medicina preventiva, que permitan la expansión de Oportunidades a las localidades más alejadas sin incorporar. Que efectivamente sirvan los mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren a la población beneficiaria la provisión de todas las acciones señaladas en el Paquete Básico Garantizado de Salud.
- b. Vinculación con proveedores de servicios locales (subrogación de los servicios).
- c. Certificación de competencias, habilidades, destrezas del personal comunitario de salud y de las parteras tradicionales.
- d. La integración de estos sistemas puede favorecer:
 - i. La ampliación de la cobertura y no necesariamente de la infraestructura en primera instancia.
 - ii. El mejoramiento de las condiciones para el acercamiento

voluntario e informado de la población indígena a las clínicas y centros de salud.

- iii. Una mejor comprensión sobre el sistema médico-paciente, patologías y terapéuticas, mediante consultas asistidas por un intérprete.
- iv. La formación de una cultura de la prevención de la salud a nivel comunitario.
- e. La sensibilización del personal médico en torno a los sistemas de salud tradicionales y el respeto a las sabidurías ancestrales sobre las nociones de enfermedad, salud y curación.
- f. La ampliación o incremento de las unidades móviles de atención, con personal médico capacitado en las particularidades culturales de la población que no sólo se enfoque a dar capacitación y enseñanza a la población sobre medicina preventiva, sino que además cuente con la infraestructura para la realización de pruebas de control de hemoglobina a niños y mujeres embarazadas, de control de glucosa, hipertensión arterial, y los complementos médicos (hierro, insulina) y alimenticios para los casos severos.
- g. La ampliación de la cobertura médica en localidades de muy alta marginación y dispersas donde actualmente no hay infraestructura médica, el equipamiento de las unidades (medicamentos y equipo) y el acompañamiento en los procesos terapéuticos son condiciones que definitivamente están asociadas a lograr un mayor impacto en las condiciones de salud.

Por lo que hace al componente alimentario, entre las propuestas se encuentra fortalecer las campañas educativas para que las transferencias no repercutan en hábitos de consumo de comida industrializada de baja calidad nutrimental, y en talleres educativos para mejorar la toma de decisiones sobre la compra, combinación y preparación de alimentos para una dieta sana (SEDESOL, 2010: 32).

Ahora bien, derivado de los resultados y conclusiones a las que se arriba con la evaluación del impacto del Programa en la población

indígena beneficiaria, se proponen –por componente–, líneas de acción dirigidas a su fortalecimiento, así como innovaciones mediante la instrumentación de proyectos piloto y propuestas de estudios de asistencia técnica para contar con diagnósticos y opinión de los beneficiarios sobre temáticas particulares.

Algunas de las acciones piloto que refieren se están llevando a cabo son:

- (i) acceso a la educación inicial y estimulación temprana;
- (ii) estrategia de comunicación educativa en lengua indígena tanto en los talleres comunitarios de autocuidado de la salud como en las mesas de atención a las titulares por parte del personal del programa Oportunidades (iii) programa de “madrinas” para optimizar el enlace entre la población indígena con los servicios de salud y promover la atención del parto institucional; y (v) facilitar el ingreso de los jóvenes a secundaria y a educación superior y ampliar las oportunidades de capacitación para el trabajo (SEDESOL, 2010: 55).

Para el objetivo de la presente investigación, cabe destacar las siguientes propuestas que se formulan en el documento referido:

- a) El Programa de madrinas comunitarias para contribuir a la disminución de la mortalidad materna, con el objetivo de:

Promover la asistencia de las mujeres a servicios de salud durante el control prenatal la atención del parto y la vigilancia del puerperio, incluyendo la oferta sistemática de métodos anticonceptivos, así como para la atención oportuna de urgencias obstétricas, a través del trabajo voluntario de vocales preferentemente de Salud y en su caso beneficiarias del programa Oportunidades, respaldadas por la red social del Sector Salud en los municipios repetidores de muerte materna y con el menor índice de desarrollo humano (SEDESOL, 2010: 56).

- b) Estrategia de comunicación educativa en lengua indígena, con el objetivo de:

Lograr la transmisión de información y mensajes sustantivos de los diversos componentes del Programa con pertinencia étnica y a

través de medios audiovisuales en las principales lenguas indígenas del país (SEDESOL, 2010: 57),

- c) Plan de Comunicación Indígena (PCI) del Sector Salud, con el objetivo de

Elaborar, diseñar, producir, difundir e implantar productos comunicativos de salud, en coordinación con los beneficiarios de las zonas que se elijan y los actores estatales y jurisdiccionales, para fortalecer las actitudes y aptitudes de los beneficiarios del programa oportunidades en torno al autocuidado de la salud, personal, familiar, y comunitario bajo un esquema de sensibilidad intercultural, equidad, y respeto a los usos y costumbres (SEDESOL, 2010: 57).

Asimismo, se fijó como meta probar e institucionalizar la autogestión comunitaria indígena a partir de las ventajas comparativas de la propia cultura indígena como son la solidaridad y cooperación para el bienestar comunitario, como parte fundamental del modelo alternativo de atención a población indígena.

Por último, se reconoce que no se cuenta con algún instrumento que permita conocer específicamente desde la perspectiva indígena, cómo son percibidos los impactos del PO, por lo que se recomienda, entre otras cosas, realizar una consulta directa con la población indígena beneficiaria del Programa mediante entrevistas, encuestas o grupos focales; incluir dentro de los instrumentos de recolección de información socioeconómica de los hogares reactivos específicos para población indígena, adecuar los sistemas de información que permitan registrar datos desagregados específicos para esta población; fortalecer el enfoque de contraloría social para la detección de irregularidades o deficiencias motivo de quejas y que las medidas correctivas y preventivas estén en estrecha relación con los espacios de decisión colectivos como el Comité de Promoción Comunitaria y la propia asamblea comunitaria (SEDESOL, 2010: 59).

Sin embargo, se trata, como se dijo arriba, sólo de una versión preliminar de una propuesta que aún no forma parte del marco normativo del PO.

DERECHOS, GÉNERO Y PERSPECTIVA INDÍGENA

Hoy en día tanto en México como en el ámbito internacional se ha avanzado en la conciencia y la demanda respecto de los derechos en la diversidad de identidades culturales, de creencias, opiniones, preferencias y realidades específicas de las personas y colectivos. De manera que su reconocimiento y vigencia efectiva va constituyendo un indicador esencial de avance en la democratización de las sociedades.

Gracias a la expresión crítica y reivindicadora de los diferentes movimientos sociales tan importantes como el de las mujeres, el de los pueblos indígenas, de las personas afrodescendientes, de quienes viven con VIH Sida, del movimiento LGBTTTT,¹ de quienes viven con discapacidades y tantos otros que reivindicando el respeto a la diferencia que les da identidad y determina su existencia, se ha cuestionado la concepción universalista, androcéntrica y excluyente sobre la cual se fincó el concepto de los Derechos Humanos y los sistemas creados para su protección.

Para ello ha sido necesario deconstruir la lógica sobre la cual se dio el reconocimiento de los derechos humanos y volver a pensarlo a partir de las realidades e identidades concretas de las personas y colectivos que reclaman la acción oportuna y adecuada de las instituciones y agentes del Estado para respetar, garantizar y proteger sus derechos sin que ello implique la renuncia a la propia identidad.

Ocurre con las mujeres indígenas, como lo ha denunciado el movimiento indígena en los últimos años, especialmente en el contexto

¹ Lésbico, gay, bisexual, travesti, transexual, transgénero e intersexual.

del levantamiento zapatista de 1994 y los *Diálogos de San Andrés*, donde su voz se hizo presente a través de la Comandanta Ramona, la Comandanta Ester y otras más, evidenciando la situación de desventaja que viven las mujeres indígenas debido a causas estructurales imputables al Estado mexicano. Denuncia que colocó esta situación entre los desafíos pendientes de atención más importantes de la agenda de políticas gubernamentales del país.

Por otra parte, aunque mujeres indígenas han sido parte del movimiento de mujeres del país, hasta en el reciente *Encuentro Nacional Feminista* llevado a cabo en Zacatecas, México a fines de agosto de 2010, tuvieron una presencia fuerte y decidida con aportes desde su agenda y propios planteamientos, en los que se incluye desde luego la denuncia de la discriminación estructural en que viven y su demanda de inclusión en la sociedad sobre la base del reconocimiento y ejercicio de su identidad cultural.²

A pesar de ello, permanecen irresueltos e intocados los factores que ocasionan y preservan la doble discriminación de las mujeres indígenas, impidiendo también el avance en la reivindicación y ejercicio pleno de sus derechos humanos, en particular, de sus derechos reproductivos, sobre los que se centra el presente trabajo.

Lo que se trata de esbozar aquí es una aproximación al marco dentro del cual es posible pensar los derechos reproductivos de las mujeres indígenas a partir de su identidad cultural y desde una perspectiva de género, cuya ausencia ha favorecido la doble discriminación que históricamente han vivido, por ser mujeres y por ser indígenas.

Por tanto, no se puede hacer visible, y mucho menos atender y erradicar la doble discriminación de las mujeres indígenas en el ejercicio de sus derechos reproductivos, si no se utiliza una lente de triple fondo: de derechos, de género y desde la cosmovisión indígena.

² En este histórico Encuentro Nacional Feminista se asumió la diversa composición del movimiento de mujeres en México, reconociendo particularmente la participación de las mujeres indígenas.

5.1 *La perspectiva de derechos*

El abordaje desde una *perspectiva de derechos humanos* de la opción y función reproductiva de las mujeres indígenas implica, como lo señala Ligia Bolívar (1998) un claro entendimiento de la diferencia entre un derecho y una necesidad. Un derecho es algo de lo cual una persona o colectivo es titular porque le permite vivir con dignidad. Un derecho puede ser exigido ante el gobierno –Estado– que se encuentra vinculado por la obligación de cumplirlo. Una necesidad, por otra parte, es una aspiración que puede ser legítima, pero no necesariamente asociada con una obligación de satisfacerla por parte del gobierno, el cual no puede ser forzado a satisfacer una necesidad.

Señala que una aproximación desde los derechos no puede enfocarse a defender o atacar la forma de gobierno –ni tampoco ignorarlo como un factor que impide o favorece el ejercicio de los derechos humanos–, o hacer proselitismo a favor o en contra de la inclinación política de las víctimas, o sobre los motivos alegados o justificación de la violación de los derechos humanos, pero sí sobre el patrón con el cual los derechos están siendo violados y los aparatos que hacen posible la violación. Y agrega,

“... un derecho es definido sobre la base de la dignidad, es decir, sobre la base de “ser”, no la de “tener” o a partir del programa económico o social de un partido o un gobierno. Un programa político puede -y podría- ser negociado, mientras que la dignidad es no negociable. Los programas políticos están necesariamente para honrar los derechos humanos, pero éstos no pueden ser sustituidos por aquéllos. Los programas políticos están sujetos a cambiar de acuerdo con las dinámicas económicas y sociales, y lo que es importante hoy puede no ser importante mañana. La dignidad del individuo es inmutable; es igual en todos los tiempos y todos los lugares y su esencia trasciende las particularidades culturales” (Bolívar, 1998: 29-30).

La función reproductiva de las mujeres indígenas involucra su ser, su dignidad, su vida y su proyecto de vida como parte de un colectivo con el que comparte y recrea su identidad cultural, sus tradiciones, sistemas

normativos, religiosidad y formas de subsistencia física y espiritual vinculadas estrechamente con la tierra, el territorio y los diferentes recursos naturales. Por tanto, desempeñan un papel fundamental en la reproducción humana vinculada estrechamente con la reproducción de la vida colectiva de los pueblos y comunidades de que forman parte.

Precisamente por encontrarse en juego la dignidad humana y la manera de entender, producir y desarrollar la vida individual y colectiva desde la cosmovisión indígena, los Estados reconocieron los derechos de quienes integran las comunidades y pueblos indígenas, tanto en su dimensión individual como colectiva, obligándose a asegurar su ejercicio sin discriminación alguna. En ello radica el significado de las implicaciones de la función reproductiva por parte de las mujeres desde una perspectiva de derechos.

5.2 *La perspectiva de género*

La *perspectiva de género* es otro elemento indispensable para identificar y visibilizar la doble discriminación de las mujeres indígenas en el ejercicio de sus derechos reproductivos, ya que no es suficiente observar su situación desde el marco de derechos humanos ni desde los derechos colectivos de los pueblos indígenas, debido a que no se refiere específicamente a la manera distinta en que las mujeres viven su vida y su papel fundamental en la reproducción.

Cabe recordar que por “género” se entiende la categoría que socialmente ha sido construida para hombres y mujeres a partir de la asignación de roles desde su nacimiento, cuyo contenido está influido por factores sociales, culturales, ideológicos, históricos y religiosos, entre otros, y que, en consecuencia, pueden cambiar.

Presupone distinguir el sexo del género, asociando al primero los aspectos físicos o biológicos del cuerpo, en especial, los órganos genitales en relación con su forma y función que distinguen a la hembra del macho humano, y al segundo –al género–, como aquello que se adquiere mediante un proceso de socialización y que se traduce en lo que socialmente es reconocido como masculinidad y feminidad. Como es sabido, la relevancia de esta categoría radica en su aporte para

echar abajo la idea de la masculinidad y la feminidad como naturales (REDLAC/ILANUD, 2003: 83).

Por tanto, incluir la perspectiva de género implica, según Alda Facio (2003), la comprensión de que en toda descripción de la realidad hay una interpretación desde la perspectiva o punto de vista de alguien. Expresa que, sin embargo, muchas personas no creen que en toda descripción existe una interpretación de parte de quien la hace porque históricamente, la perspectiva masculina ha sido registrada como la descripción objetiva de la realidad. Señala que estamos acostumbradas/os al punto de vista masculino y que aún cuando una descripción de la realidad está obviamente parcializada hacia la perspectiva masculina, esa interpretación es considerada objetiva y, por lo tanto, no es entendida como una interpretación de la realidad, sino como *la descripción objetiva de la realidad*. Esto ocurre –diríamos que la mayoría de las veces de manera inconsciente–, tanto a hombres como a mujeres porque ambos hemos sido socializados y educados desde la perspectiva masculina y porque la institución social del género ha estructurado el punto de vista masculino como un no punto de vista o como “el” punto de vista humano. Afirma textualmente que,

Quando incorporamos la perspectiva de género a la descripción de cualquier realidad, estamos incluyendo a las mujeres sin excluir a los hombres... Implica la visibilización de las estructuras de género que discriminan y excluyen a las mujeres, al tiempo que sugiere posibilidades de estructurar la sociedad de manera que no se discrimine ni oprima a ninguno de los sexos... (2002: 108).

Concluye Facio señalando que para incluir la perspectiva de género hay que realizar entre otras las siguientes acciones:

- Tomar conciencia de que en toda descripción de la realidad hay una perspectiva presente y que lo más probable es que ésta sea una perspectiva androcéntrica, es decir, una perspectiva que parte desde la visión del hombre adulto, blanco, adinerado, sin una discapacidad, heterosexual, de la religión dominante, etc.
- Tomar conciencia de que aunque pertenezcamos al género femenino, y/o a una clase, edad, o grupo discriminado, es

muy probable que también nuestra mirada a la realidad sea androcéntrica y que por ende, para hacer una descripción género sensitiva, tenemos que hacer un esfuerzo consciente de no caer en ninguna de las manifestaciones del sexismo.

- Visibilizar a las mujeres de todas las edades, clases, razas, etc., de no ser posible, especificar a qué mujeres se está visibilizando y desde quién se está mirando.
- Identificar las barreras que se erigen contra la participación y productividad de las mujeres en las esferas política, económica, cultural, religiosa, legal, artística, ideológica, etc.
- Sugerir formas de superar la discriminación que sufren las mujeres (2002, p. 108).

Un ejemplo para comprender la categoría sexo-género hablando de derechos reproductivos en el contexto de la realidad que viven los pueblos indígenas, es el referido a la diferencia biológica originaria entre hombres y mujeres respecto a la capacidad de embarazarse. Un significado primario de ser mujer es poder embarazarse, parir y amamantar –cuestiones meramente biológicas–, a las que socialmente se les atribuye un significado secundario de ser las responsables principales del cuidado y crianza de las/los hijas/os. Esto es, se establece culturalmente un vínculo indisoluble de continuidad entre la capacidad biológica de embarazarse y parir y el carácter femenino que se atribuye al cuidado y crianza de las/los hijas/os. En su correlativo, se encuentra el vínculo de continuidad socialmente asignado a los hombres como responsables de proveer y mantener a las/os hijas/os derivado de su capacidad biológica de inseminar.

Es claro que en el contexto de los pueblos indígenas, asumir la decisión de tener y criar a un/a hijo/a en una comunidad indígena tiene implicaciones muy distintas para una mujer que para un hombre, ya que si bien la decisión de embarazarse puede estar al alcance de la mujer, no así la posibilidad de monitoreo y atención para su propia salud y para su hija/o.

Por lo general, cada comunidad tiene formas propias de atender el embarazo y el parto desde sus tradiciones ancestrales y frente a

la ausencia o deficiencia de servicios estatales de salud. Formas de atención tradicional que ha funcionado en manos de mujeres. Sin embargo, si la situación se complica o las mujeres quisieran optar por acudir a los servicios de salud, enfrentan grandes obstáculos, entre ellos, la falta de servicios de calidad disponibles y accesibles, la falta de recursos económicos para trasladarse y cubrir el costo de servicios y medicamentos.³

En ocasiones se enfrentan también al hecho de falta de disposición de recursos propios para destinarlos a este fin y deben recurrir a la decisión de las figuras masculinas que ejercen autoridad sobre ella, ya sea su pareja, su padre o hermanos. Enfrentan también el poder vertical de quienes están a cargo de los servicios de salud, o el hecho de que no es parte de las decisiones colectivas en la comunidad de exigir servicios de calidad a las instancias de salud.

Ello explica la necesidad de utilización de la perspectiva de género cuando se pretende analizar la realidad que enfrentan las mujeres indígenas en el ejercicio de sus derechos reproductivos en su ámbito socio cultural y colectivo en que viven, de lo contrario, se invisibiliza dicha realidad y muy probablemente se contribuye a perpetuar las desventajas que viven, constituyendo una doble discriminación.

Al respecto, una investigación realizada en el año 2003 por organizaciones de Chiapas y Oaxaca⁴ se propuso tratar de determinar cuáles son y cómo se presentan las desigualdades de género en el ámbito indígena, concluyendo que la desigualdad que viven las mujeres indígenas se expresa de una manera similar en las comunidades no indígenas: las mujeres son responsables del trabajo reproductivo, participan en los trabajos productivos y comunitarios pero dicha participación no es

³ Sobre estos obstáculos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos elaboró el informe *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69. 7 de junio 2010. Original: Español. Disponible en <http://cidh.org/women/SaludMaternaINDICE.htm> consultado el 25 de agosto de 2010

⁴ Méndez Lorenzo, Et al, 2003, Investigación denominada *Perspectiva de género desde la cosmovisión indígena; Investigación realizada en comunidades indígenas de Chiapas y Oaxaca, en proyectos apoyados por Pan para el Mundo en México*. Noviembre de 2002/julio de 2003. Brot für die Welt (Pan para el Mundo) y Xilotl Servicios Comunitarios S.C.

considerada para el reconocimiento del derecho comunitario de tomar decisiones o de disposición de bienes y, en general, el acceso a recursos es limitado.

En el análisis, las/os investigadoras/es partieron de los conceptos de dualidad y complementación que caracterizan las relaciones entre mujeres y hombres de una manera equitativa según la cosmovisión indígena, no obstante, llegaron a la conclusión de que la inequidad también atraviesa los conceptos de dualidad y complementación, y que ya no existe lo que históricamente sustentaba las relaciones de género más equitativas e igualitarias en las sociedades indígenas, haciendo referencia especial a la valorización y ubicación del cuerpo de la mujer, su sabiduría y actividades. Situación que llevó a las/os investigadoras/es a formular propuestas y elementos metodológicos para buscar lo que llaman un cambio sin destruir familias, sin violentar al hombre, sin pleitos; a buscar desde lo femenino el establecimiento de la paz que da la armonía de la dualidad con equidad que quieren vivir y construir.

Para ello, proponen lo siguiente para desarrollar un trabajo con perspectiva de género en el ámbito indígena:

- Analizar de dónde y con qué contenidos provienen las costumbres que ayudan o entorpecen una vida con equidad entre hombres y mujeres en las comunidades indígenas.
- Enfrentar el problema de la propiedad y del poder del hombre sobre el cuerpo de la mujer y de los esquemas de inferioridad en todo lo que son y hacen las mujeres.
- Analizar el tema de privilegios del hombre como uno de los obstáculos más fuertes para que haya equidad entre hombres y mujeres.
- Valorar y hacer visible la situación de la mujer indígena y su aporte histórico, político, social y económico para superar la subordinación de la mujer y de lo femenino y la falta de prestigio de sus actividades.
- Asegurar que la organización y participación de las mujeres no se basen en las mismas costumbres que sustentan la inequidad en la vida cotidiana.

- Analizar los fundamentos de la cultura indígena y sus aportes para el desarrollo de relaciones más justas de género en la actualidad.

La implementación de tales propuestas, seguramente contribuirá mediante la incorporación de la perspectiva de género a modificar las relaciones de inequidad que se producen en el ámbito indígena, mientras que se requiere también de la construcción o fortalecimiento de las metodologías utilizadas en el diseño e implementación de las políticas gubernamentales dirigidas a los pueblos indígenas, tales como el Programa Oportunidades, a fin de evitar que contribuyan a producir un efecto que agudice las inequidades e incremente las formas de discriminación que viven las mujeres indígenas.

Finalmente, es importante mencionar que mediante resolución 1999/41 de la entonces *Comisión de Derechos Humanos* de la ONU, aprobada sin votación en su 55ª sesión, celebrada el 26 de abril de 1999, determinaron que todos los mecanismos de protección de derechos humanos de la propia Organización, deberían incorporar la perspectiva de género. Al respecto, organizaciones que son parte del Enlace Continental de Mujeres Indígenas, junto con Derechos y Democracia y la Clínica Internacional de los Derechos Humanos de la Universidad de Quebec en Montreal, propusieron a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁵ adoptar también una decisión institucional similar y la propusiera a los órganos políticos y jurídicos de la Organización de los Estados Americanos. Se desconoce al momento de elaboración del presente trabajo el que haya sido acogida dicha propuesta.

⁵ Cfr. *Mujeres Indígenas de las Américas: una doble discriminación*. Informe presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por Enlace continental de mujeres indígenas, Clínica Internacional de los Derechos Humanos de la Universidad de Québec en Montreal, Derechos y Democracia. Audiencia pública celebrada el 19 de octubre de 2006, en Washington, DC. Disponible en http://www.dd-rd.ca/site/_PDF/publications/es/indigenas/UNA_DOBLE_DISCRIMINACION.pdf consultado el 28 de septiembre de 2010.

5.3 La perspectiva indígena

Otro elemento que no puede quedar fuera cuando se trata de derechos reproductivos de las mujeres indígenas es la *perspectiva indígena*, basada, en primer lugar, en la cosmovisión del pueblo o comunidad de la que son parte mediante el ejercicio de la consulta y participación de los mismos; y en segundo, en el marco de derechos colectivos de los pueblos indígenas.

La cosmovisión indígena es entendida como la visión o ideología que se forman ciertas culturas, asociada a sus creencias míticas y espirituales, para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan (Castañeda, 2006). Las diferentes culturas indígenas poseen una manera de ver y concebir el mundo, por ejemplo, acerca de la salud y la enfermedad existe una cosmovisión común que entiende a la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales, entre los individuos y las comunidades; por tanto, la enfermedad es una alteración de dicho equilibrio y su curación tiene que ver con la restauración de los equilibrios perdidos, poniéndose en relieve la armonización necesaria. Así lo demuestra el autor de referencia, citando como ejemplo el significado que para diferentes pueblos indígenas tiene desde su propia cosmovisión, tanto la salud como la enfermedad.

Ello implica que cuando se diseñen e implementen políticas o programas gubernamentales para ser aplicados a los pueblos y comunidades indígenas, en especial si está relacionada con derechos humanos individuales y colectivos reconocidos, desde la cosmovisión propia de los destinatarios de dichas políticas y programas, deben ser respetuosos de la autonomía de los pueblos indígenas, del derecho de autodeterminar la manera en cómo quieren desarrollar su vida.

Por ello, las políticas y programas gubernamentales deben ser materia de consulta y participación en los asuntos que les afectan, los cuales, de acuerdo al artículo 6 del *Convenio 169 de la OIT*, consisten en que,

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:

- a) Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones

representativas, cada vez que se provean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;

b) Establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados pueden participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;

c) Establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar recursos necesarios para este fin.

2. Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

Al respecto, en el artículo 23 de la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas*, los Estados reconocieron el derecho de autonomía de la siguiente manera:

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Este derecho de los pueblos indígenas se basa precisamente en la diversidad cultural de los mismos, en el reconocimiento de vivir y organizar su vida de acuerdo con su propia cosmovisión, de la cual sólo pueden dar cuenta sus miembros de manera directa o a través de sus instituciones.

La perspectiva indígena entonces, puede integrarse desde el punto de vista interno, es decir, recogido desde la propia cosmovisión indígena expresada mediante las diferentes manifestaciones de la cultura de los

pueblos; o bien, desde el punto de vista externo, el plasmado en las normas jurídicas impulsadas y reivindicadas por los propios pueblos indígenas, como el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas*.

Algunos elementos que contribuyen a aproximarse a la formulación y expresión de la perspectiva indígena, reconocidas por el sistema jurídico mexicano son, entre otros, los siguientes:

- ✓ Reconocimiento y garantía de ejercicio de sus instituciones, formas de representación y de organización interna.
- ✓ La participación a través de sus instituciones, en el diseño e implementación de las políticas y programas que les afectan, particularmente en materia de salud, educación y vivienda, así como en la decisión de sus propias prioridades.
- ✓ La expresión de los valores, prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales propias de los pueblos.
- ✓ El respeto y reconocimiento de sus sistemas normativos propios, y su aplicación en el ámbito de la administración de justicia.
- ✓ El respeto, reconocimiento, garantía y protección de su relación con la tierra, el territorio y los recursos naturales.
- ✓ Respeto, reconocimiento y garantía de sus formas propias de transmisión de conocimiento, de atención de su salud, de ejercicio de religiosidad.
- ✓ Reconocimiento y garantía de uso de sus propias lenguas en el desarrollo de su vida cotidiana, sin restricción o discriminación alguna en el ejercicio de sus derechos.

Los programas y políticas gubernamentales que incorporen y tomen como base elementos como los mencionados, pueden considerarse que atienden y tratan de incorporar la perspectiva indígena. En ese sentido se ha pronunciado la Corte Interamericana de Derechos Humanos (la Corte IDH) en diversos casos, particularmente en el caso del Pueblo *Saramaka vs. Surinam*, en el que declaró que el Estado tiene la obligación

de consultar al Pueblo Saramaka respecto de los proyectos de inversión que afectan su territorio.⁶

En resumen, no es posible hacer un abordaje de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas, sin la incorporación en el marco de análisis, de las tres perspectivas o enfoques que han quedado esbozadas aquí, de lo contrario se obtendrá un resultado incompleto o parcial.

5.4 El derecho de las mujeres indígenas de ejercer y gozar todos los derechos sin discriminación

Aunque en el diseño estructural de los instrumentos y sistemas de protección de los derechos humanos se declara el reconocimiento de la dignidad de toda persona, así como del derecho de igualdad de oportunidades para el goce de los derechos sin discriminación por razones de ningún tipo, la realidad cotidiana que viven los pueblos indígenas y, en particular, las mujeres que forman parte de ellos, dista mucho de dicho reconocimiento, resultando que a pesar de que existe todo un entramado normativo y discursivo que implícitamente las incluye, en la realidad continúan al margen del ejercicio de sus derechos.

Por ello resulta esencial tener presente el contenido y alcance del derecho de no discriminación, en su estrecha relación con el derecho de igualdad ante la ley y al mismo tiempo, en constante desarrollo como derecho autónomo a partir de la aplicación en diferentes campos de la vida y realidad social de las personas y colectivos.

En este apartado se trata pues, de aproximarse a este derecho de manera particular en lo que atañe a la realidad de las mujeres indígenas en su permanente lucha por lograr reconocimiento pleno de derechos y de condiciones para el ejercicio de ciudadanía en su casa, en la comunidad, en la organización y en todo lo que implica su vida social y política.

⁶ Cfr. Corte IDH. *Caso del Pueblo Saramaka vs. Surinam*. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2007, Serie C, núm. 172, párr. 133.

5.4.1 La discriminación de las mujeres indígenas en México

Las desventajas económicas que viven los pueblos indígenas en México se manifiestan de manera aguda en la realidad que viven las mujeres. De acuerdo a información publicada por la *Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas* (CDI), “[l]a pobreza, la marginalidad y la exclusión de la población indígena se expresa en las condiciones de sus viviendas, el acceso a servicios tales como agua y electricidad, así como la disponibilidad de ciertos bienes que facilitan el trabajo a las mujeres, como el tipo de combustible usado para cocinar y la disponibilidad de licuadora”.⁷ Y agrega:

“La población indígena que habita en viviendas sin acceso a agua entubada asciende a 28.3 por ciento, mientras que en el promedio nacional es de 15.8 por ciento. La carencia de este servicio básico se duplica, respecto a la media nacional, entre los indígenas que habitan en municipios indígenas (34.5%) y muestra las menores carencias en los municipios con presencia indígena (17.8%). Las carencias del servicio eléctrico también son más acentuadas entre los indígenas que residen en municipios indígenas (21.1%) y menores en los municipios con presencia indígena (8.1%). La sobrecarga de cocinar con leña o carbón (65.9%) y no tener una licuadora (56.7%) que haga menos pesada la preparación de alimentos se aprecia claramente en el elevado porcentaje de la población indígena que vive bajo estas condiciones”. (CDI, 2010:1)

Aproximadamente el 10.5% del total de la población del país es indígena, del cual entre el 49.2% y 51.4% son mujeres –la cifra asciende cuando se trata de poblaciones menos rurales–, quienes representan el 63% de la población monolingüe. Mientras que el porcentaje nacional de analfabetismo en personas de 15 años y más es de 9.5%; el de la

⁷ Cfr. COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/indica_genero/docs/serviciosenvivienda.pdf, consultado el 7 de febrero de 2010.

población indígena es de 27.3%, el 34.5% mujeres y 19.6% hombres. Cifra que se incrementa en municipios indígenas.⁸

En cuanto a la atención de la salud de la población indígena por parte de las instituciones estatales, de acuerdo con datos oficiales, es insuficiente e incluso precaria, ya que de acuerdo al *II Censo de Población* sólo el 20% tiene Seguro Popular y únicamente el 9% tiene acceso a los servicios del IMSS-Oportunidades,⁹ lo que significa, según estudios realizados al respecto, que el 71% de la población se atiende con medicina tradicional y medicina casera o doméstica –operada generalmente por amas de casa (Zolla, 2007).

Tal situación hace de las familias indígenas parte de la población destinataria de las políticas sociales orientadas a paliar las desventajas que viven, como el Programa Oportunidades.

De acuerdo con las aproximaciones realizadas a lo que ocurre con la salud de los pueblos indígenas, como la de Carlos Zolla, a partir de datos poblacionales refiere que la mortalidad materna indígena es superior a las cifras del resto de la población (14 de cada 100,000, mientras que en población no indígena son sólo 4); señala que cuatro de cada diez mujeres embarazadas presenta anemia, lo cual representa el doble de la población en general. Afirma que los sistemas reales de salud que se aplican en comunidades indígenas son: medicina académica o institucional –Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades–; medicina tradicional y medicina doméstica que generalmente practican las amas de casa. Donde no llegan las instituciones sólo existe la tradicional y doméstica. Señala también que el 33.5% de la población indígena no tiene servicios de salud en la localidad ni tampoco acceso a ellos, es decir, no existe un centro de atención de salud a una distancia menor de 2,500 metros (Zolla, 2007).

⁸ Cfr. COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=244&Itemid=54 (datos consultados el 7 de febrero de 2010).

⁹ Cfr. SECRETARÍA DE SALUD, *Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción*, pág. 7. México, s/f. Disponible en http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Programa_ASPI_Nov.pdf consultado el 28 de septiembre de 2010.

El mismo autor, citando la *Encuesta de Salud Reproductiva* en el ámbito del IMSS Solidaridad –primer antecedente del Programa Oportunidades–, realizada en 1999, refiere que el 64.6% del personal médico que atendía los partos de mujeres indígenas no hablaba lengua indígena, mientras que las parteras sólo el 28%; y el 3.9% de quien atendía el parto era familiar, amiga/o u otro.

Otro factor que ha sido causa de discriminación para las mujeres indígenas es el hecho de portar su traje y su apariencia física, representándoles riesgos de desatención o de menosprecio en los espacios donde se desarrolla su vida cotidiana, por ejemplo, al tratar de acceder a servicios y espacios públicos o cuando requieren atención de instancias gubernamentales.

La propia Secretaría de Salud reconoce que las acciones de planificación familiar han provocado un impacto diferenciado en las comunidades indígenas que se encuentran en los diferentes estados de la República, persistiendo grandes diferencias regionales. Señala que la prevalencia de uso de anticonceptivos en ocho entidades federativas es inferior al 65% –destacando Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Guanajuato y Puebla–, lo cual representa un rezago de casi diez años respecto al avance en el contexto nacional. La dependencia reconoce que los problemas de mayor rezago aún se encuentran en el área rural, en las comunidades indígenas y en las áreas urbanas marginadas de las grandes ciudades.¹⁰

Por otra parte, frente a esta situación las mujeres indígenas enfrentan indiferencia jurídica, como la explica Luigi Ferrajoli (2002),¹¹ y administrativa, tanto en las leyes como en las políticas públicas que se les aplican, de las diferencias socio-culturales que les impide ejercer los derechos universalmente reconocidos. Diferencias que enfrentan en su

¹⁰ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa de acción de salud reproductiva*. Disponible en http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf (consultado el 25 de agosto de 2010).

¹¹ Luigi Ferrajoli al referirse al tema, señala que la igualdad es un derecho y la diferencia es un hecho. Afirma que las diferencias entre hombres y mujeres fueron ignoradas en las leyes y tratados, ocasionando con dicha indiferencia la institucionalización de la desigualdad que viven las mujeres. Cfr. *Derechos y Garantías. La ley del más débil*, Madrid, Trotta, 2002, pp. 73-96.

papel de mujeres, en la relación con los hombres, en su rol de madres y en su función en la preservación de las tradiciones culturales.

Esa situación se agudiza cuando tratan de ejercer derechos esenciales como el derecho a la salud o el derecho a la justicia, cuando no disponen de recursos económicos que les permitan moverse de manera independiente, ya sea porque carecen de ellos o porque requieren del permiso de su pareja, su padre, hermanos o de quien ejerce autoridad sobre ellas, para disponer de los bienes con que cuenta la familia.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha observado que la violencia, la discriminación y las dificultades para acceder a la justicia afectan de manera diferenciada a las mujeres indígenas y afrodescendientes. Señala que,

...están particularmente expuestas al menoscabo de sus derechos por causa del racismo. Asimismo ha constatado que los obstáculos que enfrentan para acceder a recursos judiciales idóneos y efectivos que remedien las violaciones sufridas, pueden ser combinadas, por ser mujeres, por su origen étnico o racial y/o por su condición socio-económica.¹²

Este organismo interamericano relaciona la discriminación contra las mujeres indígenas con el racismo, el cual entiende como la ideología que sustenta la dominación étnica, a través de hacer creer que las desigualdades entre los grupos son naturales, y que no son realmente consecuencia de una estructuración social dada.¹³ Señala que cuando ya no fue posible aducir diferencias *biológicas* para justificar la desigualdad, se recurrió a las culturales. Refiere que en su concepción inicial, el racismo estuvo basado en la diferencia e inferioridad biológica; sin embargo, en la actualidad esa interiorización está basada, predominantemente, en los “rasgos culturales”. Y citando el *Informe Diversidad Étnico Cultural; la Ciudadanía de un Estado Plural*, agrega:

¹² CIDH. *Las Mujeres Frente a la Violencia y Discriminación Derivadas del Conflicto Armado en Colombia*, OEA/Ser.L/VIII. Doc. 67, 18 de octubre de 2006, párr. 102.

¹³ CIDH. *Informe Acceso a la Justicia para las Mujeres víctimas de violencia en las Américas*. Washington, 2007. p. 85, nota 271.

Esto significa que, hoy en día, el racismo propone que hay grupos étnicos que son “atrasados” y por ello constituyen un obstáculo para el desarrollo, en contraste con otros grupos, cuyas características, valores y logros representan la modernidad a alcanzar. De nuevo, suponen la naturalización de esas diferencias, de una forma que puede parecer aparentemente contradictoria.¹⁴

La CIDH expone dificultades específicas de entre 45 y 50 millones de personas pertenecientes a más de 400 pueblos indígenas que viven en las Américas, conservando sus propios idiomas, visiones del mundo y formas de organización socio-política. Más de la mitad son mujeres, la mayoría de las cuales son “víctimas de doble discriminación, por ser mujeres y por ser indígenas”. Describe algunas de las dificultades que enfrentan las mujeres indígenas, relacionadas con la exclusión social¹⁵ y la discriminación étnica que han sufrido históricamente. Entre dichas dificultades menciona la inaccesibilidad geográfica de los territorios indígenas, ya que para acceder a la justicia deben realizar largas caminatas de varios días inclusive, por tierra o por agua, para llegar a la ciudad más cercana y denunciar los hechos, lo que genera además dificultades de índole probatorio; dificultades de tipo económico; de falta de información; de ubicación en contextos urbanos; y el desconocimiento del idioma utilizado por los tribunales de justicia impide acceder a ella.¹⁶

Al respecto, refiere que México reconoció “la violencia institucional, la indiferencia y discriminación que padecen las mujeres indígenas frente al personal de salud institucionalizado e instancias de impartición de justicia, poco capacitados e insensibles a las condiciones de pobreza y a la diversidad cultural”.¹⁷ Lo cual, aunado a los factores

¹⁴ PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*, “Diversidad Étnico-Cultural; La Ciudadanía en un Estado Plural”, Guatemala, 2005, pág. 14. Citado por la CIDH, *Supra*, párr. 195.

¹⁵ La CIDH define la *exclusión social* como una escasez crónica de oportunidades de acceso a servicios básicos de calidad, a los mercados laborales y de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada, y al sistema de justicia. *Supra*, Párr. 199 Nota 274.

¹⁶ *Supra*, párrs. 198 a 200.

¹⁷ *Ibidem*, *supra*, párr. 280.

antes descritos, constituye causa y efecto de la doble discriminación de las mujeres indígenas en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

5.4.2 *El ser indígena y el ser mujer como hechos generadores de discriminación*

La igualdad ante la ley y el ejercicio de la ciudadanía tienen como base el respeto de las diferencias y las identidades concretas que determinan la realidad de cada persona o colectivo. De ahí que la manera específica de ejercer —o no—, los derechos y la propia ciudadanía, deben ubicarse en el contexto cultural e identitario concreto, en un proceso constante de eliminación de factores de exclusión basada en diferencias sexo-généricas, étnicas, de edad, de opciones religiosas y de cualquier otro tipo.

Una de tantas diferencias que se ha convertido en factor y falso justificante de la discriminación es la biológica, existente entre mujeres y hombres, manifiesta especialmente en la función reproductiva de las primeras. Otra diferencia que también se ha convertido en factor de discriminación es la identidad étnica y cultural, existente por ejemplo entre quienes son parte de un pueblo o comunidad indígena y quienes no lo son. Existen muchas más como la pertenencia o no a una comunidad religiosa, la nacionalidad, el color de la piel, la edad, o el poseer —o carecer de— capacidades motoras, auditivas, visuales, etc. Aunque son los dos factores mencionados en primer término, los que aquí interesan.

Debido a que estas diferencias de hecho no han sido consideradas al reconocer los derechos ni al elaborar los planes y programas gubernamentales, se ha provocado en las mujeres indígenas *discriminación de hecho*, generadora de nuevas formas de discriminación. Por ejemplo, ante la falta de escuelas disponibles y accesibles, en muchos casos las comunidades han privilegiado a los hombres para el acceso a educación, con lo cual no sólo se ha dejado a muchas niñas y mujeres sin educación, sino que se les ha privado de competencias que les permitieran acceder al empleo de su elección y, sobre todo, de herramientas fundamentales para planificar y decidir su vida de manera independiente.

A continuación se pueden visualizar diferentes secuencias de hechos de discriminación en el acceso a educación para las mujeres indígenas,

generados por las condiciones de marginación que viven los pueblos indígenas, provocando nuevas y más profundas discriminaciones, incrementando las consecuencias:

SECUENCIA DE DISCRIMINACIONES	PROFUNDIZACIÓN DE CONSECUENCIAS
<p><i>Una niña a quien se niega educación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • es menospreciada por ignorante • privada de bienes por supuesta incapacidad de manejarlos • vive negación de atención de su salud • se le niega el respeto y ejercicio de otros derechos (como alimentación o recreación), para otorgarlos a quien por estudiar supuestamente los merece • es excluida de la toma de decisiones importantes por atribuirle carecer de elementos para participar • se le excluye de la vida e institucionalidad tradicional • enfrenta mayores obstáculos para acceder a la justicia cuando se ve afectada en sus derechos. 	<p><i>Vivirá con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • menores herramientas para decidir su vida • mayor vulnerabilidad a la violencia • afectación en la salud física y psicológica • mayor impacto de la pobreza • complejidad para recuperar autoestima y empoderamiento • debilidad de la comunidad y organización indígena al no contar con una ciudadana más como actora en la construcción y reinención permanente de su identidad cultural y vida colectiva • vacío en la sociedad al carecer del aporte de las mujeres indígenas en un país que se afirma pluricultural.

Así, cada negación o forma de discriminación contra la mujer, es generadora de otras discriminaciones y de nuevas y más profundas consecuencias perjudiciales para sí misma, para la familia, comunidad y sociedad de las que forma parte. Una cadena que sólo puede frenarse y revertirse si se identifica y se hace consciente para la propia afectada, se visibiliza ante su entorno afectivo, comunitario y social, se denuncia y se implementan medidas para evitar que continúe provocando consecuencias.

Por tanto, toda forma de discriminación y en particular la perpetrada contra la mujer indígena debe ser reconocida como una violación

de derechos con efectos continuos y multiplicadores, de naturaleza imprescriptible como cualquier otro crimen de *lesa humanidad*.¹⁸ Aunado a ello, las previsiones que se tomen para su prevención, garantía y protección deben ser pensadas en esa dimensión, en donde el control de la temporalidad en que sea identificada o denunciada y, por supuesto, en ser atendida y erradicada, sea crucial para evitar que siga produciendo efectos en perjuicio de la víctima, cuya reparación debe ser igualmente considerada con efectos retroactivos.

Como históricamente ha sido denunciado por el movimiento de mujeres, el hecho de que al reconocer los derechos humanos no se haya considerado la función reproductiva que desempeñan las mujeres, en la que el impacto y significado para su vida es distinto y mayor que el de los hombres, ha sido un factor de discriminación para las mujeres, ya que se ha invisibilizado y utilizado como justificación para impedir el ejercicio de sus derechos como persona y en el caso de las mujeres indígenas como parte de un colectivo. Al igual que en el ejemplo puesto arriba con la negación del derecho a educación de las niñas, la discriminación por causa de la función reproductiva de las mujeres, genera nuevas formas de discriminación.

¹⁸ El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, aprobado el 17 de julio de 1998 por la Conferencia Diplomática de Plenipotenciarios de las Naciones Unidas sobre el establecimiento de una corte penal internacional, en su artículo 7 considera que para los efectos del propio estatuto, "...se entenderá por "crimen de lesa humanidad" cualquiera de los actos siguientes cuando se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque: a) Asesinato; b) Exterminio; c) Esclavitud; d) Deportación o traslado forzoso de población; e) Encarcelación u otra privación grave de la libertad física en violación de normas fundamentales de derecho internacional; f) Tortura; g) Violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada u otros abusos sexuales de gravedad comparable; h) Persecución de un grupo o colectividad con identidad propia fundada en motivos políticos, raciales, nacionales, étnicos, culturales, religiosos, de género definido en el párrafo 3, u otros motivos universalmente reconocidos como inaceptables con arreglo al derecho internacional, en conexión con cualquier acto mencionado en el presente párrafo o con cualquier crimen de la competencia de la Corte; i) Desaparición forzada de personas; j) El crimen e apartheid; k) Otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física".

La falta de consideración de la diferencia de roles y de la función específica que desempeñan las mujeres en la reproducción, ha ocasionado –y continúa ocasionando– múltiples formas de discriminación que se manifiestan en desventajas, responsabilidades y riesgos que no enfrentan los hombres y que continúan siendo un pendiente de atención por parte de las instituciones del Estado garante del ejercicio del derecho de toda persona a vivir libre de discriminación, así como de los pueblos indígenas que continuamente recrean sus reglas de convivencia.

Por ello, para lograr la plena igualdad de las mujeres indígenas frente a los hombres y frente a cualquier otra mujer, es necesaria la eliminación de todas las formas de discriminación que les impide el pleno goce de sus derechos y participación en todas las esferas de su vida tanto pública como privada.

5.4.3 Reconocimiento del derecho a vivir los derechos sin discriminación

Los derechos humanos se basan en el reconocimiento de la dignidad humana y es desde ahí de donde surge el imperativo estatal de garantizar a todas las personas y colectivos igualdad de oportunidades para el ejercicio de todos los derechos sin discriminación de cualquier tipo.

Este imperativo se encuentra consignado tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (la Constitución), como en instrumentos internacionales de los que México es parte, como la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH), la *Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre* (DADDH), la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas* (la Declaración de la ONU sobre Pueblos Indígenas), el *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo*, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* (la Convención Americana) o la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW por sus siglas en inglés).

Puesto que fue en el ámbito internacional donde México asumió primeramente la obligación de respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos sin discriminación, a continuación se hace referencia al marco jurídico internacional relativo a tal derecho, y posteriormente a la manera en que se ha incorporado en el sistema jurídico mexicano.

5.4.3.1 El derecho de no discriminación de las mujeres indígenas en el marco jurídico internacional

Al adoptar la *Convención Americana*,¹⁹ México, junto con los demás Estados Parte, asumió la obligación específica de respetar, proteger y garantizar, el ejercicio pleno sin discriminación, por parte de toda persona, de los derechos y libertades contenidos en dicho instrumento. Tal obligación se encuentra contenida en el artículo 1.1 de la siguiente manera:

Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Dichas obligaciones en materia de respeto de derechos de las mujeres sin discriminación, se concretaron de manera específica en el artículo 2 de la CEDAW,²⁰ al obligarse los Estados a adoptar políticas encaminadas a eliminarla a través de *todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer.*

De acuerdo con el artículo 5 de la propia CEDAW, los Estados partes deben tomar medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, a fin de alcanzar la eliminación de los prejuicios y prácticas consuetudinarias y de cualquier tipo, basadas en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

¹⁹ En vigor para México desde el 24 de marzo de 1981, fecha en que fue depositada su ratificación ante la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo del mismo año.

²⁰ Ratificada por México el 23 de marzo de 1981 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

Por otra parte, en el *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo*,²¹ los Estados se obligaron a incluir medidas que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar en condiciones de igualdad los derechos y oportunidades que las leyes conceden a los demás miembros de la población; que promuevan la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales de dichos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres, tradiciones y sus instituciones, que contribuyan a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida. Derechos que los pueblos indígenas deben gozar plenamente sin discriminación ni obstáculos, ya que se obligaron expresamente en el artículo 3.1 de dicho Convenio, a que las disposiciones del mismo se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de dichos pueblos.

En el mismo sentido, en la *Declaración sobre pueblos indígenas*,²² los Estados Parte reconocieron que *[l]os pueblos y los individuos indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular la fundada en su origen o identidad indígenas.*

En el artículo 44 de la Declaración de referencia, los Estados se obligaron a garantizar el ejercicio de los derechos contenidos en la misma, tanto a las mujeres como a los hombres, sin embargo, considerando la necesidad de llevar a cabo acciones específicas para atender las desventajas de carácter estructural que enfrentan las mujeres indígenas, en el artículo 21 del mismo instrumento, los Estados se obligaron a prestar particular atención a los derechos y necesidades especiales de las mujeres y a adoptar medidas, conjuntamente con los pueblos indígenas, para asegurar que gocen de protección y garantías contra todas las formas de violencia y discriminación.

²¹ Su ratificación fue depositada ante la Dirección General de la Organización Internacional del Trabajo el 5 de septiembre de 1990. Fue publicado en el Diario Oficial de la Federación mediante el Decreto de fecha 18 de septiembre del mismo año.

²² Aprobada mediante Resolución de la Asamblea General de la ONU, del 13 de septiembre de 2007.

Como parte del esfuerzo de reconstruir los sistemas de protección de los derechos humanos a partir de las realidades específicas de las personas titulares de los mismos centrándose en el respeto de su identidad, es necesario ocuparse de las características y necesidades particulares que enfrentan, ya que de lo contrario, se corre el riesgo de excluirlos. Es decir, al no nombrarse específicamente como sujetas de derechos y al no señalar en los diagnósticos la situación particular que enfrentan las mujeres indígenas, sufren otra forma de discriminación, ya que se ignoran los factores étnicos y de género que les ha impedido el ejercicio de sus derechos.

Un ejemplo de mención específica de condición de las mujeres es el del *Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra* del 12 de agosto de 1949, relativo a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados Internacionales, que en el artículo 76.1 señala que *las mujeres serán objeto de un respeto especial y protegidas en particular contra la violación, la prostitución forzada y cualquier otra forma de atentado al pudor*. Mención que permite atender la manera particular en que los conflictos armados a que se refieren los convenios, podrían afectar a las mujeres, de lo contrario muy probablemente serían ignoradas tales afectaciones como lo son en muchos casos.

Esa necesidad de explicitar las garantías y derechos específicos de las mujeres en particular se debe a que, como ha sido fuertemente criticado por el movimiento de mujeres, los instrumentos y tratados de derechos humanos se redactaron pensando en los hombres y no en las mujeres.²³ Necesidad que persiste aún cuando se trata de mujeres indígenas, ya que como se dijo antes, la reivindicación de sus derechos específicos relacionados con su identidad cultural por lo general tampoco son parte importante de la agenda del movimiento indígena.

En ese sentido, el texto del artículo 21 de la *Declaración sobre Pueblos Indígenas* permite detenerse a observar y atender los matices particulares que por ser mujeres, implican la garantía, protección y respeto de

²³ Cfr. BAREIRO, Lina, *Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales*, IIDH-UN-FPA, Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos. San José, 2003.

los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Matices que deben incorporarse en la aplicación que se haga a ellas tanto del contenido de todo el cuerpo de tratados y jurisprudencia internacionales, del contenido y aplicación de las leyes internas, así como en el diseño e implementación de las políticas gubernamentales que las involucran. Lo cual constituye un paso indispensable en el camino de la eliminación de la doble discriminación que viven las mujeres indígenas.

Al respecto, recientemente la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) publicó su informe *Acceso a servicios de Salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*²⁴ que trata acerca de cómo las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal, pueden contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna –entendida esta última como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el período posterior al parto–, así como para asegurar que todas las mujeres, en particular quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos derechos.

Dicho informe fue elaborado en respuesta a la información recibida en el sentido de que miles de mujeres en las Américas ven afectado su derecho a la integridad física en el acceso a servicios de salud que sólo ellas requieren, generándose desigualdades entre hombres y mujeres respecto al disfrute de este derecho, las cuales se originan por la falta de servicios adecuados para atender sus necesidades biológicas específicas relacionadas con su función reproductora y en patrones socioculturales discriminatorios que ocasionan riesgos para la salud de las mujeres. Situación que afecta particularmente a las mujeres pobres de zonas rurales, a las mujeres indígenas y/o afrodescendientes, así como a las adolescentes, generando desigualdades entre las propias mujeres.²⁵

²⁴ CIDH. *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69. 7 de junio 2010 Original: Español. Disponible en <http://cidh.org/women/SaludMaternaINDICE.htm>, consultado el 25 de agosto de 2010.

²⁵ *Supra*, Párrs. 53 y 54.

Refiriéndose a las leyes y políticas públicas aplicables en la materia, advierte la CIDH de su impacto perjudicial en grupos en situación de vulnerabilidad:

“...las normas, prácticas y políticas que a primera vista parecen neutrales pero que sin embargo, producen distinciones arbitrarias o desproporcionadas en su aplicación, manifestaciones de discriminación en función a que ocultan el impacto perjudicial que éstas tienen sobre grupos en situación de vulnerabilidad (CIDH, Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 89). En este sentido la CIDH ha establecido que el examen de normas y políticas sobre la base del principio de igualdad efectiva y no discriminación abarca también el posible impacto discriminatorio de estas medidas, aun cuando parezcan neutrales en su formulación, o se trate de medidas de alcance general y no diferenciado (CIDH, Acceso a la Justicia... párr. 90. Asimismo véase Corte I.D.H., Caso de las Niñas Yean y Bosico *vs.* República Dominicana. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 141). Al respecto, el Comité DESC ha definido a la discriminación indirecta como “leyes, políticas o prácticas en apariencia neutras pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos del Pacto (refiriéndose al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) afectados por los motivos prohibidos de discriminación” (CIDH, 2010, párr. 58).

La CIDH en su informe hace referencia también a lo que tanto la Corte Europea como la Corte IDH han establecido reiteradamente en el sentido de que no toda diferencia de trato es discriminatorio porque no toda distinción puede considerarse ofensiva –por sí misma– de la dignidad humana, no habiendo discriminación si tal distinción no conduce a situaciones contrarias a la justicia y a la razón.²⁶

Por otra parte, se refiere a lo establecido por la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la*

²⁶ Cfr. *Supra*, párr. 68.

Mujer (Convención de Belem do Pará),²⁷ que consagra el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia –artículo 3º–, el cual incluye entre otros derechos, el derecho de las mujeres a vivir libres de toda forma de discriminación, así como a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación –artículo 6.

En la *Convención de Belem do Pará*, el Estado mexicano al igual que los demás Estados parte de la misma, se obligó a adoptar por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y entre otras cosas, a actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer –artículo 7.b–, teniendo en cuenta especialmente la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, considerando igualmente si está embarazada, es menor de edad o está en situación económica desfavorable –artículo 9.

Por tanto, en México todas las instituciones y funcionarios/as estatales, de los tres niveles de gobierno, están obligadas por los tratados internacionales mencionados y por la Constitución, a adoptar todo tipo de medidas para evitar, prevenir, eliminar y sancionar cualquier forma de discriminación contra las mujeres indígenas, así como a actuar con debida diligencia cuando tengan conocimiento de hechos o políticas discriminatorias. Dichas instituciones y personas servidoras públicas no pueden evadir el cumplimiento de tales obligaciones o tratar de justificar su incumplimiento con base en leyes o normas internas por mandato del artículo 27.1 de la *Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados*.²⁸ Obligatoriedad que la propia Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reiterado en diversas oportunidades, aunque reconociendo a los tratados una jerarquía superior a las leyes federales pero inferior a la Constitución.

²⁷ Cuya ratificación por México fue depositada el 12 de diciembre de 1998 ante la Secretaría General de la OEA y publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 19 de enero de 1999.

²⁸ Esta convención fue ratificada por México el 5 de julio de 1974 y depositada en la Secretaría General de la ONU el 25 de septiembre del mismo año, según publicación en el Diario Oficial de la Federación del 14 de febrero de 1975.

5.4.3.2 El derecho de no discriminación de las mujeres indígenas en el marco jurídico nacional

A pesar de que la Constitución mexicana en su texto siempre proclamó el derecho de toda persona a gozar de las garantías que otorgaba, fue en los últimos años cuando se reformó para incorporar en su artículo primero de manera expresa la prohibición de la discriminación de la siguiente manera:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

La prohibición de la “discriminación”, de la “desigualdad” o de la “distinción”, la establecen también las constituciones políticas de los estados de Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango y el Estado de México.²⁹ Prohibición a favor de algún grupo o sector susceptible de discriminación, la establecen las constituciones de los estados de Aguascalientes dirigida hacia las mujeres; Jalisco hacia pueblos indígenas y personas adultas mayores; Campeche hacia pueblos indígenas; Nayarit, dirigida hacia los pueblos indígenas; y Sinaloa hacia mujeres y en materia de distribución del agua.³⁰

La prohibición quedó reglamentada en la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación* (LFPED),³¹ la cual tiene por objeto prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato. Dicha ley señala que corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales

²⁹ Información disponible en <http://www.conapred.org.mx/transparencia/xfocalizada.html>, consultada el 25 de agosto de 2010.

³⁰ Información disponible en <http://www.conapred.org.mx/transparencia/xfocalizada.html>, consultada el 25 de agosto de 2010.

³¹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003.

y efectivas, que los poderes federales deben eliminar los obstáculos que limiten en los hechos su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas y su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país. Define la discriminación como:

“...toda distinción, exclusión o restricción que basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones”. (Artículo 4).

La LFPED considera como una forma de discriminación, entre otras cosas:³²

- negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;
- negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre el tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;
- negar la asistencia de intérpretes en procedimientos administrativos o judiciales;
- aplicar cualquier tipo de uso o costumbre que atente contra la dignidad e integridad humana
- obstaculizar las condiciones mínimas necesarias para el crecimiento y desarrollo saludable especialmente de las niñas y los niños;
- limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea;
- impedir el acceso a cualquier servicio público;

³² Cfr. Artículo 5 de la LFPED.

- Explotar o dar un trato abusivo o degradante;
- Realizar o promover el maltrato físico o psicológico por la apariencia física, forma de vestir, hablar gesticular o por asumir públicamente una preferencia sexual.

Dicha ley prevé como una de las medidas positivas o compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades ofrecer información completa y actualizada, así como asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos; garantizar el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, estableciendo en las instituciones de salud y seguridad social las condiciones para la atención obligatoria de las mujeres que lo soliciten. Y para promover la igualdad de oportunidades para la población indígena señala que se llevarán a cabo entre otras medidas, la creación de programas permanentes de capacitación y actualización para los funcionarios públicos sobre diversidad cultural.³³

Los estados de la República que cuentan con una ley local para prevenir y eliminar la discriminación son: Baja California Sur (2006), Campeche (2007), Chiapas (2009), Chihuahua (2007), Coahuila (2007), Colima (2008), Distrito Federal (2006), Durango (2009), Estado de México (2007), Guerrero (2009), Hidalgo (2008), Michoacán (2009), Nayarit (2005), San Luis Potosí (2009).³⁴

No obstante la creciente incorporación de la prohibición de la discriminación y de la previsión de medidas para prevenirla y eliminarla, únicamente en Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche y el Distrito Federal, la discriminación se encuentra tipificada como delito o como agravante de algún delito, estableciéndose penas específicas para la comisión de los mismos. El resto aún es de tipo administrativo y, por tanto, queda únicamente en el ámbito de la administración pública,

³³ La LFPED crea el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, como organismo descentralizado de la Secretaría de Gobernación, con funciones relativas a la prevención y eliminación de la discriminación.

³⁴ Información disponible en <http://www.conapred.org.mx/transparencia/tfocalizada.html>, consultada el 25 de agosto de 2010.

aún con un alto grado de ambigüedad sobre la forma de reprocharla o sancionarla.

Si bien la investigación de hechos de discriminación que se denuncian puede llevarse a cabo por parte del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de todos los organismos públicos de derechos humanos que existen en las entidades federativas, ninguna de estas instancias cuenta con las facultades legales y los parámetros de actuación que se requieren para sancionar la discriminación, lo que hace altamente probable que los hechos de discriminación queden en la impunidad total y con ello, sigan ocurriendo.

5.5 Derecho a la salud

A pesar de que México ha reconocido el derecho a la salud de todas las personas en los diferentes tratados internacionales de los cuales el Estado es parte, como el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), la DADDH, el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos* en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), tanto en la Constitución –artículo 4º, párrafo tercero–, como en su normatividad reglamentaria, lo que se reconoce es “el derecho a la protección de la salud”, lo cual puede tener consecuencias importantes en situaciones concretas.

El derecho a la protección de la salud es definido por la Ley General de Salud (LGS), reglamentaria del tercer párrafo del artículo 4º de la Constitución, a partir de sus finalidades que en su artículo 2º enumera de la siguiente manera:

1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
6. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Para esta ley son materia de salubridad general, entre otras: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la atención materno-infantil; el programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas; la planificación familiar; la educación para la salud; y el programa nacional de prevención, atención y control del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.

Entre los objetivos del Sistema nacional de salud –del que son parte tanto instituciones y autoridades federales como locales–, se encuentra el de promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas. También corresponde al Sistema Nacional de Salud (SNS) promover la participación entre otros actores, de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan, acciones que serán concertadas mediante convenios y contratos. (LGS: aa/10-11).

De acuerdo a la normatividad mexicana, los servicios de salud son entendidos como “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad” (LGS: a/23). Estos servicios se clasifican en: atención médica, salud pública y asistencia social (LGS: a/24). Estableciendo la LGS que es prioridad del SNS garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa a los grupos vulnerables.

En el nivel institucional, durante el período 2001-2006 en relación con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, se creó lo que se denominó *Política de Atención a la Salud de los Pueblos indígenas*,³⁵ mediante el cual la Secretaría de Salud se propuso iniciar un proceso para impulsar una propuesta cultural de salud para focalizar a grupos culturalmente diferenciados.

Dicha política, según el documento oficial que la contiene, se propuso la coordinación transversal entre las instituciones involucradas, bajo los principios de rectoría, acceso –centrado en la afiliación masiva de la población indígena al seguro popular–, información –se emitirían mensajes y se capacitaría en el uso de las lenguas al personal de salud que trabajaba en zonas multiculturales–, participación social –mediante convenios entre otros actores, con las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas–, respeto a la diversidad y derechos humanos –difusión básicamente.

Se propuso también propiciar y facilitar que las parteras refirieran a las mujeres con riesgos y complicaciones de embarazo y parto hacia los servicios de salud; promover la sensibilización con perspectiva intercultural al personal de salud; adecuación cultural del *Manual para la acreditación de capacidad seguridad y calidad de unidades de salud* y certificación de unidades que atiendan a población indígena; que el personal de salud debiera acreditar competencias culturales, y en su caso deberá ser capacitado; impulsar un capítulo de medicina tradicional y de intercultural (sic) de salud en la LGS; así como incorporación de variables de etnicidad al sistema de información; potenciación de políticas y programas en el sistema nacional de salud para la eliminación de barreras culturales en los programas operativos de salud; así como implementación de mecanismos de capacitación continua que impactaran en eficiencia técnica en la atención médica al personal de salud asignado a zonas indígenas.

Sin embargo, sin referencia a los avances o fracasos que dicha política hubiera tenido, durante el sexenio en curso, la Secretaría de

³⁵ Disponible en http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Politica_Atencixn_Pueblos_Indigenas.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2010.

Salud elaboró una nueva iniciativa que denominó *Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas*,³⁶ con la cual se propuso incidir en el objetivo 2 del Programa Nacional de Salud consistente en “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”, objetivo a su vez relacionado con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, que reconoce que “los pueblos y comunidades indígenas aún no disfrutaban de una situación social y económica propicia para el mejor desarrollo humano; se caracterizan por vivir en altos niveles de pobreza y en una situación de significativa desventaja”. El objetivo de dicha propuesta es,

Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas mediante la coordinación de las áreas administrativas y la alineación de los recursos para lograr el acceso efectivo de la población indígena a servicios de calidad técnica y cultural en la atención y promoción de la salud, satisfaciendo sus necesidades y cumpliendo sus expectativas en un marco de respeto a la diversidad cultural de usuarios y usuarias. (Secretaría de Salud, s/f).

Entre los objetivos específicos de la propuesta se encuentra el de lograr que las intervenciones de atención y promoción de la salud para los pueblos indígenas se realicen con enfoque intercultural, perspectiva de género y respeto a los derechos humanos en salud. Para ello, se plantea como una de sus estrategias “[p]romover políticas interculturales de respeto a la dignidad, género y derechos humanos de las personas”. Y entre sus líneas de acción se encuentran las siguientes:

- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención.
- Alinear al Programa de Caravanas de la Salud con las diversas estrategias de ampliación de cobertura que operan en las entidades federativas.

³⁶ Disponible en http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Programa_ASPI_Nov.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2010.

- Instrumentar el modelo operativo de las Caravanas de la Salud de manera prioritaria en los municipios de menor índice de desarrollo humano.
- Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo con la demanda que de ellas haga la población
- Implantar la política de interculturalidad en salud en todos los programas y en las estrategias de capacitación, con especial énfasis en: a) Promoción y prevención de la salud; b) Salud sexual y reproductiva; c) Salud de la infancia y la adolescencia d) El Programa Vete Sano y Regresa Sano; e) Acciones de prevención de Adicciones. CONADIC; f) Acciones de prevención y Atención al VIH/SIDA. CENSIDA g) La atención a migrantes; h) Hospitales estatales y regionales de alta especialidad; i) Proponer la actualización de las normas oficiales a las que deberán sujetarse la atención a la salud, el diseño de la infraestructura, el equipamiento y remodelación de espacios para la salud que beneficien sustantivamente a la población indígena con una visión intercultural.

Tales acciones y la propuesta en general estarían dirigidas únicamente a las 101 comunidades con más alto grado de marginación, no a todas las que existen en los 1200 municipios indígenas del país.

La realización de dichas acciones dependía de la coordinación de la Secretaría de Salud con las siguientes instituciones: la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), el Instituto Mexicano del Seguro Social (a través del programa IMSS-Oportunidades), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) la Secretaría de Educación Pública en el área de Educación Intercultural Bilingüe y otras instituciones gubernamentales, así como con diferentes instancias académicas que según la Secretaría de Salud, inciden en las condiciones de salud y desarrollo de la población indígena y rural.

En un documento anexo a la propuesta mencionada, la Secretaría de Salud hace públicas las acciones asumidas por cada institución de las arriba mencionadas,³⁷ entre las que destacan las siguientes:

- ✓ A cargo del INALI, promover el uso de las lenguas indígenas en las unidades de salud ubicadas en regiones indígenas; definir diccionarios de palabras y frases comunes en lenguas locales que facilite la comunicación entre el personal de salud y los pacientes indígenas; y construir un programa de formación de traductores y de enseñanza de lenguas indígenas dirigido al personal de salud.
- ✓ El personal directivo de las Jurisdicciones Sanitarias se encargarán de:
 - a) Promover y vigilar el acceso a los servicios dentro de los siguientes ejes transversales de la propuesta: Interculturalidad, género y derechos humanos;
 - b) Promover la operatividad y coordinación de las unidades fijas y móviles dentro de la estrategia de REDES-funcionales de servicios propuestas por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTYDI), de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES);
 - c) Coordinar la operación eficiente de la RED de radiocomunicación y/o teléfono asegurando la incorporación de las comunidades localizadas en regiones de muy difícil acceso, con la participación de las autoridades tradicionales;
 - d) Establecer una estrategia de traslado efectivo para las comunidades de difícil acceso, con el apoyo de las autoridades tradicionales;
 - e) Establecer, en coordinación con los directores de los centros de salud y las propias comunidades, una estrategia

³⁷ Significa que el impacto de por sí reducido por razón del universo al que se aplica dicha propuesta, se reduce a lo que cada instancia asumió como responsabilidad, quedando sin aplicar la propuesta en todo su alcance y sin impactar a todas las comunidades indígenas del país.

para asegurar el apoyo de traducción en los servicios que se ofrecen; y

f) Implantar, a través de los hospitales estatales y regionales de alta especialidad, los procedimientos necesarios para la operación del sistema de referencia y contrarreferencia para el acceso de la población indígena a los servicios, vinculándose a las REDES funcionales a fin de garantizar el acceso, la atención y el egreso documentado a la unidad más cercana al domicilio del paciente.

- ✓ La DGPLADES y la DMTYDI, coordinan las acciones de: Identificar e impulsar la implantación de dos capacidades en las mujeres indígenas en edad reproductiva: Que sepan a qué tiene derecho en materia de atención del embarazo, parto y puerperio y que sepan a dónde acudir para ser escuchadas en caso de que no reciban la atención.
- ✓ Los Servicios Estatales de Salud definirían la factibilidad de las metas y fechas de cumplimiento de las acciones propuestas.
- ✓ La Dirección General de Evaluación del Desempeño genera, en coordinación con la DMTYDI, los indicadores para verificar el acceso a los servicios de atención y Promoción de la salud, asimismo, promoverá la evaluación de la satisfacción a través del “Aval Ciudadano”.
- ✓ El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se encargaría de realizar 18 talleres de capacitación-sensibilización en salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural, para personal de salud, institucional y comunitario, que trabaja con población indígena (3 entidades federativas por año); Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia Familiar (en adelante “Modelo de Atención Integral”) en nueve comunidades indígenas de municipios de alta marginación en tres entidades federativas: Chiapas, Puebla y Veracruz.
- ✓ Consolidar el Modelo de Atención Integral en nueve comunidades indígenas de municipios de alta marginación

en los 15 estados con mayor porcentaje de municipios con población hablante de lengua indígena; instaurar el Premio Nacional a promotores juveniles urbanos y brigadistas juveniles Indígenas; impresión de 5000 Agendas para promover los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena y 6,000 rotafolios para la capacitación en el tema de derechos sexuales y reproductivos de la población indígena, para prestadores de servicios que trabajan con población indígena.

- ✓ La Coordinación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades está a cargo de: Participar en la impresión de materiales de promoción de la salud en lengua indígena para apoyar el desarrollo de los Talleres para el Autocuidado de la Salud, en las zonas de mayor concentración de población indígena beneficiaria del PO.³⁸
- ✓ La Dirección General de Recursos Humanos: Establece para las unidades administrativas como unidades contratantes, el promover normas, criterios y procedimientos para el reclutamiento, selección, inducción y desarrollo profesional del personal a ubicar en plazas de regiones indígenas, el cual deberá tener y demostrar “Competencia Cultural”; Determinar en el catálogo de puestos de la Secretaría de Salud si están comprendidas las actividades a realizar para la contratación de “enlaces interculturales”, “traductores de lenguas indígenas para hospitales”, terapeutas tradicionales y parteras indígenas en unidades donde se dé la interrelación con el personal de salud; Recibe de las unidades administrativas las propuestas de creación de códigos de acuerdo con las necesidades del programa, así como la definición de funciones, el nivel académico y las percepciones que se pretendan asignar a los códigos de nueva creación, para su análisis y en caso procedente solicitar la creación y autorización ante SHCP.

³⁸ A ello se reduce la responsabilidad institucional en materia indígena por parte de la Coordinación del Programa Oportunidades.

- ✓ Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Esta dependencia se plantea lo que se denomina como “acciones deseables para la atención a la población Indígena”, consistentes en: promover la acreditación de unidades con elementos interculturales en coordinación con los servicios estatales de salud; e Incorporar indígenas al “aval ciudadano” en las unidades de salud que atienden poblaciones indígenas.

5.6 Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas

Los derechos humanos –tanto en la Declaración francesa de 1789 como en la Declaración universal de 1948–, “[...] estuvieron pensad[o]s en clave masculina, atendían a las violaciones que sufrían principalmente los hombres, por actuar en el ámbito público o por cuestiones vinculadas a la producción”. (Bareiro, 2003: 121-122)

Así ocurrió, no obstante las importantes denuncias y reclamo de los derechos de las mujeres que a lo largo de la historia se han hecho, como los de Mary Wollstonecraft y Olympe de Gouges en el siglo XVIII (Facio, 2003: 26), incluso hasta pasada la mitad del siglo XX la salud reproductiva se vinculó a la regulación de la fecundidad y no a los derechos de la mujer.

El primer instrumento internacional que reconoció la salud reproductiva como un derecho humano fue la *Declaración de la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán*, celebrada en 1968, la que por primera vez reconoció como derecho humano la regulación de la fecundidad. Años después, con la presión del movimiento de mujeres, la Organización Mundial de la Salud definió la salud sexual como:

La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Que implica: a. Capacidad para disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo desde una ética social y personal; b. Ser libre de miedos, vergüenzas, culpas, falsas ideas y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y el acoplamiento en las relaciones sexuales; y c. Estar

libres de desórdenes orgánicos, enfermedades y deficiencias que interfieran la actividad sexual y reproductiva (Bonaparte et al, 2005).

En México, en relación con los derechos reproductivos, la Constitución reconoce tres derechos: el derecho a decidir tener hijos o no (artículo 4º), estrechamente vinculado con el derecho de igualdad entre el hombre y la mujer (artículo 1º); y el derecho a la salud (artículo 4º tercer párrafo).

Al respecto, la Secretaría de Salud, en relación al derecho a decidir y al derecho a la salud, en su Programa de acción de Salud reproductiva, entiende la *salud reproductiva* como:

...el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.³⁹

En materia de salud reproductiva además regula tanto la atención que debe brindarse a las mujeres embarazadas, como lo relativo a la planificación familiar. De acuerdo al artículo 27 de la LGS, son parte de los servicios básicos de salud, junto con la educación para la salud, la atención médica integral –que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo atención de urgencias–; la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; la asistencia social a los grupos más vulnerables, refiriendo entre éstos de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

La atención materno-infantil es considerada por la LGS (a/61) con carácter prioritario y comprende entre otras, las siguientes acciones:

³⁹ SECRETARÍA DE SALUD. *Programa de acción de Salud reproductiva*. Disponible en http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf, consultado el 25 de agosto de 2010.

atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio así como promoción de la integración y del bienestar familiar. Prevé la creación de Comités de prevención de la mortalidad materno-infantil, así como acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio (a/64).

Por otra parte, la ley de referencia atribuye a las autoridades sanitarias, educativas y laborales, que de acuerdo con sus respectivas competencias, apoyen y fomenten entre otras cosas, programas para padres, destinados a promover la atención materno-infantil, así como la vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los niños y las niñas y de las mujeres embarazadas (a/65).

Al referirse a la *planificación familiar*, la LGS (a/67), la define como “un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”.

Tiene carácter prioritario y debe incluir información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes; señala que para disminuir el riesgo reproductivo debe informarse a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

La misma disposición legal establece que *quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que esta la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley –LGS–, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.*

Dispone también dicha norma que, tratándose de comunidades indígenas, las acciones de información y orientación educativa en materia de planificación familiar, *deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.* Los servicios de planificación familiar comprenden (LGS a/68):

- Promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa de servicios de planificación familiar y educación sexual, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CNP);
- Atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- Asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado, así como la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el CNP.
- Apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar;
- La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos respecto de su prevalencia y efectos sobre la salud, son establecidas por la Secretaría de Salud con base en las políticas establecidas por el CNP para la prestación de servicios de planificación familiar y educación sexual. (LGS a/69).

En las últimas décadas, las organizaciones de mujeres han realizado enormes esfuerzos para visibilizar la trascendencia fundamental que el ejercicio de los derechos reproductivos tiene para las mujeres, sin embargo, cuando en las diferentes formulaciones muy pocas elaboraciones se han hecho respecto de lo que deben implicar para las mujeres indígenas. Se habla del alcance que deben tener tales derechos, de sus componentes y el significado de cada uno de ellos, pero no en clave indígena, tomando en cuenta que actualmente el ejercicio de la identidad y la diversidad cultural es parte de los derechos colectivos de los pueblos indígenas y desde luego de quienes los integran.

Por ejemplo, la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos,⁴⁰ los ha definido como “el conjunto de garantías y obligaciones que tenemos todas las personas sobre nuestra sexualidad y capacidad reproductiva, encaminados al logro de una mejor calidad de vida”. Plantea que, a diferencia del ejercicio de cualquier otra garantía, ejercer el derecho a la reproducción involucra a una tercera persona, por lo que, en la responsabilidad, se incluye el máximo respeto de los derechos del menor y que parten del reconocimiento al derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente las cuestiones relativas a su reproducción y el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud en la sexualidad y la reproducción. Y agregan:

Al hablar de los derechos reproductivos nos referimos a todo aquello que emane de la función de la reproducción: poder decidir cuándo, cómo y con quién procrear, en el marco señalado por la Constitución: libre, responsable e informadamente y añadiríamos, saludablemente.

Para la Red mencionada, implican los derechos básicos de:

- Decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos.
- Disponer de la información y de los medios para ello, lo cual implica que el acceso a información suficiente, actualizada, científica, desmitificada y oportuna para elegir el método anticonceptivo más adecuado.
- Derecho a elegir cuál es el mejor momento para ser madre o padre y que nadie tiene derecho de presionar o imponer a otra persona decisiones sobre su reproducción, en ningún sentido.
- El derecho a alcanzar el nivel más adecuado de salud sexual y reproductiva.

⁴⁰ Esta Red está integrada por mujeres líderes y jóvenes activistas que trabajan por que las mujeres jóvenes conozcan y ejerzan libremente sus derechos sexuales y reproductivos. Disponible en http://www.ddeser.info/ddeser/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=55, consultado el 2 de mayo de 2010.

- Adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.
- Comprenden la posibilidad de que las mujeres elijan, según su conciencia, interrumpir o no un embarazo.

El *Programa de Acción de Salud Reproductiva* de la Secretaría de Salud,⁴¹ prevé que los derechos de las y los usuarios de los servicios de salud reproductiva son:

<i>Información</i>	Ser enterada con oportunidad, veracidad y en lenguaje comprensible, de los beneficios y las razones de las intervenciones médicas.
<i>Acceso</i>	Recibir atención y servicios de calidad y calidez.
<i>Elección</i>	Decidir responsable y libremente en diversas alternativas para dar cumplimiento a su solicitud.
<i>Seguridad</i>	Recibir tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.
<i>Privacidad</i>	Recibir orientación, información, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.
<i>Confidencialidad</i>	Que cualquier información proporcionada con la garantía de que no será divulgada a terceras personas.
<i>Dignidad</i>	Ser tratada con respeto, consideración y atención.
<i>Continuidad</i>	Recibir información, servicios por el tiempo que sea requerido.
<i>Opinión</i>	Expresar puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibido.

Por otra parte, se identificaron importantes trabajos realizados por la Comisión Latinoamericana por los Derechos de la Mujer (CLADEM), por el Centro por los Derechos Reproductivos (CRR) y por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), el primero sistematizando el conjunto de derechos vinculados con los derechos reproductivos reconocidos tanto en el Sistema Universal de derechos

⁴¹ Disponible en http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf, consultado el 25 de agosto de 2010.

humanos (el Sistema Universal) como en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (el Sistema Interamericano); el segundo denominado *Los Derechos Reproductivos a la Vanguardia*, que integra una serie de herramientas útiles para las reformas legales en la materia; y el tercero, relativo a Salud indígena y derecho humanos, que es parte de una campaña educativa sobre Derechos humanos y derechos indígenas.

El documento elaborado por CLADEM parte de la necesidad de impulsar un proceso que promueva la elaboración de un anteproyecto de convención para la protección de los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Interamericano, ya que hasta el momento no existe una formulación explícita ni un desarrollo específico de tales derechos. El documento de referencia, denominado *Sexualidad y Reproducción en los sistemas universal e interamericano de Derechos Humanos*,⁴² da cuenta de todos y cada uno de los derechos reconocidos en los instrumentos de ambos sistemas, así como en decisiones, observaciones y recomendaciones que hacen referencia a los mismos y el estado de ratificación de dichos instrumentos por parte de los Estados del Continente Americano.

A continuación tomando como base el documento mencionado, se utilizan algunas de las previsiones tanto del Sistema universal como del Sistema interamericano, aplicándolas a la realidad que viven las mujeres indígenas en sus derechos reproductivos, concluyendo con una recapitulación de los mismos, desde la realidad de su vida como parte de una comunidad y pueblos indígena.

Así como la Observación general 5 del Comité DESC se refiere a que se trata a las personas con discapacidad como si no pertenecieran a ninguno de los dos sexos, ocasionando doble discriminación para las mujeres que viven con alguna incapacidad, salvo en la *Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas*, en los instrumentos de derechos humanos, tanto regionales como internacionales, cuando se habla de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas, se les trata también como si no pertenecieran a ninguno de los sexos,

⁴² Cfr. DE LAS CASAS, Mónica (comp.), *Sexualidad y Reproducción en los sistemas Universal e Interamericano de Derechos Humanos*, Lima, CLADEM, 2000. Disponible en <http://www.convencion.org.uy/menu2-001.htm>, consultado el 20 de junio de 2010.

ocasionando también doble discriminación para las mujeres indígenas. Por tanto, al hablar del conjunto de derechos reproductivos se referirá a los mismos con nombre y apellido: derechos reproductivos de las mujeres indígenas.

En el Sistema Universal se han creado principios de protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, en torno a la ética médica,⁴³ en los cuales se describen conductas que pueden ser lesivas de los derechos reproductivos. Un principio de especial trascendencia para los derechos reproductivos de las mujeres indígenas, es el que establece que constituye violación de la ética médica y un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos (Principio 2).

Por otra parte, en el *Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley*,⁴⁴ en su artículo 5 establece prohibición expresa a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, de tolerar, infligir o instigar cualquier acto de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, ni invocar la orden de un superior o circunstancias especiales, como justificación de dichos actos.

El *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer* (Comité de la CEDAW),⁴⁵ al referirse a uno de los aspectos del derecho a la privacidad y la intimidad tratándose de derechos reproductivos, advirtió que:

21. las obligaciones de la mujer vinculadas a la crianza y educación de los hijos afectan a su derecho de acceso a la educación, al

⁴³ *Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente de Médicos, en la Protección de las Personas Presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

⁴⁴ Adoptado por la Asamblea General en su resolución 34/169, de 17 de diciembre de 1979.

⁴⁵ Recomendación General CEDAW 21, 13° Período de Sesiones, 04/02/94.

empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta. El número y espaciamiento de los hijos repercuten de forma análoga en la vida de la mujer e influyen también en su salud física y emocional, así como en la de sus hijos. Por estas razones, la mujer tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.

22. En algunos informes se revelan prácticas coercitivas que tienen graves consecuencias para la mujer, como el embarazo, el aborto o la esterilización forzados. Las decisiones de tener o no tener hijos, si bien de preferencia deben adoptarse en consulta con el cónyuge o el compañero, no deben, pese a ello, estar limitadas por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno. A fin de adoptar una decisión con conocimiento de causa respecto de medidas anticonceptivas seguras y fiables, las mujeres deben tener información respecto de medidas anticonceptivas y su empleo, así como acceso garantizado a la educación sexual y los servicios de planificación de la familia, según se dispone en el inciso h) del artículo 10 de la Convención.

23. Hay amplio acuerdo en que cuando se dispone libremente de medidas apropiadas para la regulación voluntaria de la fecundidad, mejoran la salud, el desarrollo y el bienestar de todos los miembros de la familia. Además, dichos servicios mejoran la calidad general de la vida y la salud de la población, y la regulación voluntaria del crecimiento demográfico ayuda a conservar el medio ambiente y a hacer realidad el desarrollo económico y social sostenible.

Además, tratándose de violación de los derechos humanos de las mujeres, el *Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional*,⁴⁶ establece que la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada u otros abusos sexuales de gravedad comparable, constituyen un crimen contra la humanidad y un crimen de guerra.

⁴⁶ A/CONF. 183/9

Al respecto, en su Observación General No. 4, de Comité de Derechos Humanos, en su 13° período de sesiones, 31/07/81, estableció que la prevención de la discriminación requiere, no solamente medidas de protección, sino también una acción positiva destinada a garantizar el disfrute real de los derechos, lo cual no puede hacerse simplemente con la promulgación de leyes. Al respecto, el Comité de la CEDAW recomendó a los Estados que "...procuren que se apliquen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para asegurar que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, tales como los abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad".⁴⁷

Por su parte, la Subcomisión de Derechos Humanos, en su Resolución 1998/19,⁴⁸ en materia de asuntos relacionados con la violencia basada en género, instó a los Estados a preparar manuales de formación de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, del personal médico y de los magistrados que competentes en esa materia, considerando los recientes estudios e investigaciones sobre el estrés causado por los traumatismos y adopten técnicas de ayuda en función del género con miras a que esas personas cobren conciencia de las necesidades de las víctimas.

Con base entonces en el contenido de los derechos reconocidos en el Sistema interamericano antes referidos, en los derechos y jurisprudencia del Sistema internacional y los derechos colectivos de los pueblos indígenas, reconocidos en el *Convenio 169 de la OIT* y en la *Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas*, a continuación se presentan los derechos colectivos relacionados con el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas y lo que aquí se entiende como el conjunto de derechos reproductivos de los pueblos indígenas:

⁴⁷ Observación General 19, 11° período de sesiones, 30/01/1992.

⁴⁸ Aprobada sin votación en las 29ª sesión, el 21 de agosto de 1998.

DERECHOS COLECTIVOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS
(relacionados con la salud de la Comunidad y los DD SS RR de las
mujeres indígenas)

- a) Derecho de autonomía en la forma de desarrollar su vida, de ejercer su autogobierno y formas tradicionales de organización colectiva.
- b) Respeto y garantía de gozar de los derechos y oportunidades del resto de la población del país, sin discriminación.
- c) Garantía de goce efectivo de todos los derechos y libertades, tanto a las mujeres como a los hombres sin discriminación.
- d) Atención de derechos y necesidades especiales de ancianas/os, mujeres, jóvenes, niñas/os y personas con discapacidad, libres de violencia y discriminación.
- e) Efectividad de los derechos sociales, económicos y sociales, como el derecho a la salud, de acuerdo a identidad cultural, tradiciones e instituciones.
- f) Disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental y servicios, por lo menos igual que el resto de la población.
- g) Eliminación de las diferencias socio-económicas entre los miembros indígenas y el resto de la población;
- h) Reconocimiento, respeto y protección de valores, prácticas tradicionales, culturales, religiosas y espirituales, sus instituciones, sus tierras, el territorio y recursos naturales, así como su relación con ellos.
- i) Consulta mediante procedimientos apropiados y a través de sus instituciones, cuando se elaboren leyes, programas o cualquier medida que les afecte directamente.
- j) Participación y decisión de prioridades adopción, aplicación y evaluación, de políticas y programas de su interés.
- k) Mejoría de sus condiciones de vida, de trabajo, de salud y educación, con su cooperación y participación;
- l) Conservación de sus lenguas indígenas y garantía de hacerse entender en actuaciones políticas, jurídicas y administrativas, si es necesario, mediante intérpretes.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES INDÍGENAS

*Derecho al goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos sin discriminación.*⁴⁹

Toda distinción, exclusión o restricción contra la mujer indígena basada en el sexo y origen étnico, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos individuales y colectivos, particularmente, los relacionados con su función reproductiva, el ejercicio de su sexualidad y de la maternidad, independientemente de su estado civil en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

*Garantía de goce de todos los derechos durante la vida reproductiva, el ejercicio de la sexualidad y la maternidad.*⁵⁰

Toda mujer indígena tiene derecho a disfrutar y ejercer, durante el embarazo, el parto, la crianza de sus hijas/os, durante toda su vida reproductiva y en el ejercicio de su sexualidad, del goce efectivo de todos sus derechos, particularmente, de alimentación, salud, educación, empleo, participación y otros inherentes al desarrollo personal y proyecto de vida, así como de los derechos colectivos que le corresponden como parte de un pueblo indígena.

- Consulta y obtención de consentimiento informado para la implementación de los servicios, tratamientos y medicamentos y programas que se les aplican.
- Participación en las decisiones, servicios y programas que se les aplican, de manera que sea tomada e incluida su opinión en el diseño e implementación de los mismos.
- Hacerse entender en su propio idioma por parte de quienes prestan los servicios de salud y programas relacionados,

⁴⁹ Artículos 24 y 1.1 de la CADH, interpretados en relación con el art. 10 del *Protocolo de San Salvador*, el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*, con base en el artículo 29 de la propia CADH.

⁵⁰ Artículo 1.1 de la CADH, en relación con el art. 11 de la CEDAW, el *Convenio 169 de la OIT* y *Declaración de Pueblos Indígenas*.

contando con la posibilidad de intérprete confiable en caso necesario.

- Respeto, inclusión y aplicación en primer lugar, de los métodos y medicinas tradicionales en el tratamiento y atención y cuidados que requieran durante su vida productiva y el ejercicio de la maternidad.
- Adaptabilidad a su cultura y tradiciones en los servicios de salud y programas relacionados con ellos.

*Salud reproductiva.*⁵¹

Toda mujer indígena tiene derecho de acceso a servicios adecuados de prevención, atención y tratamiento de salud de acuerdo a su cultura, durante su vida reproductiva, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, así como en el ejercicio de la sexualidad, sin obstáculos que impidan su acceso, como los costos económicos, el idioma, el vestido o apariencia física, la lejanía de los centros de salud, la falta de transporte adecuado y asequible, los patrones de dominación por razón de género y de cualquier otro tipo.

Durante el embarazo recibirán información comprensible en su idioma, completa y veraz, acerca de los cuidados que requieren, historia médica personal importante de tener en cuenta, incluyendo el reconocimiento de las señales de advertencia de emergencias obstétricas, garantizar la elección informada del tipo de parto e información institucional sobre apoyos y servicios de que puede disponer, de sus derechos como usuarias del sistema de salud, así como gastos y estadísticas relacionadas con los mismos.

⁵¹ Artículos 5 de la CADH protección de la maternidad (artículo VII), preservación de la salud y el bienestar (artículo XI) de la DADDH, en relación con el artículo 11.1.f y 12, 14.2.b, de la CEDAW; el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*, aplicados en términos del artículo 29 de la propia CADH. En el informe sobre Salud materna recién publicado por la CIDH hay una referencia amplia sobre la manera en que se puede relacionar el derecho a la salud con la integridad personal. *Convención Americana para prevenir y sancionar la Tortura*.

Los servicios de salud reproductiva dirigidos a mujeres indígenas, atenderán los factores sociales, culturales, políticos y jurídicos que influyen en sus decisiones de solicitar -o no- servicios de atención en salud materna o en salud reproductiva.

*Educación reproductiva.*⁵²

Las mujeres indígenas tendrán acceso a educación reproductiva en idioma y contexto cultural propios, habilitante para adoptar decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida reproductiva, especialmente en el terreno de la sexualidad, la salud y la elección o no, de la maternidad así como en relación a la adecuada elección y utilización de los métodos anticonceptivos.

*Autodeterminación reproductiva.*⁵³

Toda mujer indígena tiene derecho a optar por la maternidad o no hacerlo, contando con el conocimiento que se requiere para elegir métodos anticonceptivos seguros, confiables y accesibles, así como acceso garantizado servicios y asesoría sobre planificación de la familia, con pleno ejercicio de todos sus derechos, libres de riesgos, censura o represalias provenientes de su pareja, padre, del gobierno o de cualquier otro origen.

Tienen derecho también las mujeres indígenas a ser protegidas en la realidad que viven, contra el embarazo forzado, el aborto forzado y la esterilización forzada, crímenes de lesa humanidad que deberán tipificarse como delito.

*Integridad personal en el ejercicio de la sexualidad, la vida reproductiva y la maternidad.*⁵⁴

Toda mujer indígena tiene derecho a que se garantice el ejercicio de su sexualidad y función reproductiva, con pleno respeto de

⁵² Artículos XII de la DADDH y 13 del Protocolo de San Salvador en relación con el art. 10.h de la CEDAW, el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*, aplicados en términos del artículo 29 de la propia CADH.

⁵³ Derecho de libertad (artículo I), vida privada (art. V), protección de la maternidad (art. VII) de la *Declaración Americana sobre derechos y deberes del hombre*.

⁵⁴ Artículos 5 de la CADH y protección de la maternidad (art. VII), preservación de la

su integridad física, psicológica, cultural y comunitaria, libre de prejuicios, censuras o represalias.

Además, se debe prevenir y proteger a las mujeres indígenas contra la tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ámbito de los servicios de salud, y la prohibición de invocar la orden de un superior o circunstancias especiales como justificación de dichos actos.

*Autodeterminación sobre el propio cuerpo.*⁵⁵

Toda mujer indígena tiene derecho a ejercer su sexualidad y reproducción como parte del ejercicio de derechos sobre su propio cuerpo, su intimidad y su vida, con plenas garantías de respeto y protección contra toda injerencia arbitraria que lesione, violento, reprima u obstaculice tales derechos.

*Participación en las políticas y decisiones que afectan su vida.*⁵⁶

Consiste en el derecho de toda mujer indígena de que sea tomada en cuenta su opinión, previa información veraz, clara y comprensible, en el diseño, implementación y evaluación de los servicios o programas relacionados con su salud reproductiva.

*Vida libre de violencia.*⁵⁷

Derecho a vivir libre de cualquier conducta o acción, por el

salud y el bienestar (art. XI) de la DADDH, en relación con el artículo 11.1.f y 12, 14.2.b, de la CEDAW, el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*, aplicados en términos del artículo 29 de la propia CADH. En el informe sobre Salud materna recién publicado por la CIDH hay una referencia amplia sobre la manera en que se puede relacionar el derecho a la salud con la integridad personal. *Convención Americana para prevenir y sancionar la Tortura*.

⁵⁵ Artículo 11 de la CADH en relación con el artículo 16.1.e de la CEDAW, con el *Convenio 169* y la *Declaración de Pueblos Indígenas* aplicado en términos del artículo 29 de la propia CADH).

⁵⁶ Artículo 23.1.a de la CADH en relación con el artículo 7.b de la CEDAW, el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*, interpretados con base en el artículo 29 de la CADH.

⁵⁷ Derecho a una vida libre de violencia (art. 3), derecho a garantía, respeto y protección con debida diligencia contra la violencia (art. 7) y contra la discriminación como forma de violencia contra las mujeres, a la eliminación de los patrones socioculturales que la

hecho de ser mujer indígena, que le cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico, o de cualquier otro tipo, a causa del ejercicio de su sexualidad, su función reproductiva y de maternidad, ya sea en el ámbito público o en el ámbito privado.

*Derecho a una vida digna.*⁵⁸

Toda mujer indígena tiene derecho a que durante su vida reproductiva, el ejercicio de la maternidad y de la sexualidad, no se le impida el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna. El Estado tiene la obligación de garantizarle la creación de las condiciones que requiera para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes o funcionarios/as atenten contra él.

*Protección judicial con debido proceso.*⁵⁹

Las mujeres indígenas tienen derecho de acceso a recursos sencillos, rápidos y efectivos, ante tribunales competentes independientes e imparciales, vean afectados cuando cualquiera de sus derechos y en particular sus derechos sexuales y reproductivos. Para ello, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deberán capacitarse en materia de derechos colectivos de los pueblos indígenas y género, con miras a que adquieran conciencia de las necesidades y realidad de las víctimas, tanto personal como comunitaria y social.

provocan y a tener en cuenta las especiales condiciones de las víctimas (art. 9) de la Convención de Belem do Pará en relación con el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*.

⁵⁸ Art. 4 de la *Convención Americana sobre derechos humanos* (CADH) en los términos establecidos por la jurisprudencia de la Corte Interamericana en el caso *Villagrán Morales vs. Guatemala*, en cuanto a la obligación del Estado de ofrecer a las mujeres indígenas condiciones para vivir con dignidad. Se interpreta este artículo con base en el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de la ONU sobre Pueblos indígenas* (Declaración de Pueblos Indígenas), con base en el artículo 29 de la propia CADH.

⁵⁹ Artículo 25.1 y 8.1 de la CADH, así como justicia (art. XVIII), petición (art. XXIV), proceso regular (art. XXVI) de la DADDH, interpretados con base en el *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*, con base en el artículo 29 de la propia CADH.

*Adopción de medidas para hacer efectivos los derechos productivos.*⁶⁰

Toda mujer tiene derecho a que se adopten medidas legislativas, administrativas o de cualquier otro carácter que armonicen las leyes, políticas, programas oficiales y prácticas internas, a los derechos reproductivos de las mujeres indígenas reconocidos por el Estado, teniendo en cuenta las condiciones de pobreza y discriminación en que viven.

5.7 Derechos humanos y políticas públicas

La política pública es un sistema de normas y prácticas emitidas por uno o varios actores públicos que contribuyen a crear o transformar las condiciones en que se desenvuelven las actividades de las personas y grupos sociales. Es el resultado de la actividad de una autoridad pública investida con poder político.⁶¹ La política pública es la posición que toma un Estado frente a un problema determinado o sector de su competencia, por lo que constituye lo que el Estado hace, pero también lo que decide ignorar.

Las políticas públicas en un Estado democrático de derecho deben tener como objetivo la plena realización de éste, además de ser globales en tres sentidos: orgánicamente en cuanto comprenden al Estado y no sólo al gobierno; temporalmente, por cuanto exceden el período de un solo gobierno y políticamente, por cuanto deben contar con la participación de la sociedad civil en su conjunto: organizaciones no gubernamentales, empresas, iglesias, academia, entre otras.⁶²

Los ejes rectores de toda política pública, de conformidad con lo establecido en la *Declaración y Programa de Acción de Viena* de 1993, son la democracia, los derechos humanos y el desarrollo. En este marco,

⁶⁰ Art. 2 de la CADH interpretado en relación al *Convenio 169 de la OIT* y la *Declaración de Pueblos Indígenas*.

⁶¹ Meny y Thoenig, citados por Celia Almeida en *Bienestar y Política Social*, Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arauca, Río de Janeiro, Brasil, 2010, p. 46.

⁶² Garretón, Roberto (2004). *Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Disponible en http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/derechos_humanos_y_politicas_publicas_1.php, consultado el día 2 de mayo de 2010.

la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* instó a los Estados a crear o fortalecer las instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos; de igual forma recomendó que cada Estado considerara la posibilidad de elaborar un plan de acción nacional en el que se determinaran las medidas necesarias para mejorar la promoción y protección de los derechos humanos.

En este sentido, retomando lo dicho por Roberto Garretón, toda política pública con un enfoque de derechos debe fundarse en los principios que se encuentran en la Declaración Universal y en los textos declarativos y convencionales posteriores, siendo éstos:

- Principio de la *dignidad* de las personas, el cual orienta todo el catálogo de derechos y es, además, un derecho en sí.
- Principio de *no discriminación* presente en todos los instrumentos de derechos humanos, convencionales y declarativos.
- Principio de la *sociedad democrática*, único espacio en que es posible el goce de los derechos humanos.⁶³

Asimismo, la *Declaración y Programa de Acción de Viena* reconoce el derecho al Desarrollo en los siguientes términos:

Es un derecho humano inalienable, en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar de él (artículo 1).

Como se advierte de la transcripción anterior, este derecho es universal e inalienable y parte integrante de los derechos humanos fundamentales, los cuales se reconocen en la propia *Declaración de Viena* como universales, indivisibles, interdependientes y relacionados entre sí.

Por su parte, el *Convenio 169 de la OIT*, en particular, establece el derecho de los pueblos indígenas de decidir sus propias prioridades en

⁶³ *Ibidem*.

la que atañe al proceso de desarrollo en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además de que dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente (artículo 7).

Asimismo, la *Declaración sobre Pueblos Indígenas* establece el derecho de éstos a la libre determinación y a perseguir su desarrollo económico, social y cultural, así como a determinar y elaborar las prioridades y estrategia para el desarrollo o la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos (artículos 1 y 32).

VI

ATENCIÓN DE LA POBREZA O GARANTÍA DE DERECHOS: UN FALSO DILEMA

Del acercamiento llevado a cabo desde el marco de análisis utilizado en este estudio, tanto en los documentos y en el discurso oficial relacionado con el contenido y funcionamiento del Programa Oportunidades, como a la recepción que del mismo hacen la mayoría de las personas en Jaltepec de Candayoc, se encontró una especie de posicionamiento ante el aparente dilema de atender la pobreza o garantizar el ejercicio de derechos: se implementa y acepta el Programa porque atiende algunos de los efectos de la pobreza aunque pase sobre los derechos reconocidos por el Estado a las mujeres y pueblos indígenas.

Ello se ve reflejado en los hallazgos obtenidos, como se puede ver a continuación, primero en cuanto a la revisión general del diseño y funcionamiento del programa y posteriormente, de lo expresado por mujeres, autoridades y demás miembros de la Comunidad.

En cada apartado se comienza haciendo referencia a la estructura general y funcionamiento del Programa y posteriormente a la manera en que se aplica o es recibido por parte de la Comunidad.

6.1 El Programa frente a la autonomía de los Pueblos Indígenas

Una constante que se observa a lo largo de todo el diseño y operación del Programa Oportunidades, es la indiferencia y en muchos casos, abierta violación del derecho de autonomía de los Pueblos indígenas, ya que ni en su contenido ni en su funcionamiento se les ha tomado en cuenta ni se han adoptado medidas para asegurar el ejercicio de su

derecho a la consulta y participación, su derecho a comprender y hacerse comprender en su propia lengua, etc., como se observa a continuación.

6.2 Consulta y obtención de consentimiento informado para la implementación del Programa.

De acuerdo a lo informado por la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (“la Coordinación”) al responder las preguntas 5 y 12 de la solicitud de información que se le formuló, dicha dependencia *no ha realizado consultas dirigidas específicamente a las comunidades indígenas*, el consentimiento para participar se obtiene únicamente de las familias destinatarias,¹ pero en ningún momento se llevan a cabo las consultas correspondientes a los espacios de representación de las comunidades indígenas.

No se garantiza a las familias de las comunidades indígenas la información clara, sencilla y oportuna sobre la operación del Programa. Se encontró que no saben por qué unas familias sí son beneficiarias y otras no; que no conocen con claridad cuándo y en qué casos quienes operan el Programa tienen facultades reglamentarias para imponerles sanciones. Situación por la cual se expresa fuerte descontento. Además se les hacen creer cosas totalmente alejadas de la realidad, por ejemplo, las promotoras tzeltales manifestaron con toda convicción que el personal de la Coordinación del Programa que acudía a realizar las encuestas y visitas para elegir a las familias beneficiarias o durante el proceso de recertificación, tenía consigo una máquina “detectora de mentiras” que registraría cuando una persona diera datos falsos. Cuestión por demás inexacta e irrespetuosa, debido a que el polígrafo es un aparato más complejo que no se puede utilizar si no es previo consentimiento informado.

Tampoco se consulta a las mujeres ni a las familias destinatarias acerca de las formas de control del cumplimiento de las

¹ Contestación a la pregunta 5 a la Respuesta a la solicitud de información con número de folio 2000100008410 realizada al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, de fecha 21 de junio de 2010.

corresponsabilidades por parte de las familias adscritas al Programa, incluso, los *Lineamientos Operativos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2010* establecen que únicamente se puede eximir de la participación en las acciones educativas para el autocuidado de la salud, a las mujeres con embarazos de alto riesgo por el período de padecimiento, a las familias que se acrediten como jornaleras agrícolas y a quienes presenten una incapacidad física que se los impida, debiendo acreditar tales circunstancias con el certificado médico y del padrón agrícola respectivamente (Lineamientos 2010, numeral 4),² lo que excluye cualquier otra posibilidad de acuerdo al contexto cultural y prácticas tradicionales de la Comunidad, como aparece en las quejas reiteradas que expresaron tanto autoridades como integrantes de la Comunidad, en el sentido de que no se justifica ausencia a pláticas por encontrarse realizando un servicio a la Comunidad –músicos, miembros del Comisariado, topiles, etc.–, por necesidad de atención de salud de abuelas o abuelos o de algún otro miembro de la familia.³

Si bien existe un acuerdo entre autoridades y personal del Centro de Salud en el sentido de que el Agente Municipal puede expedir un justificante de ausencia para realizar alguna diligencia relacionada con la Comunidad, o cuando miembros de la familia han inmigrado a Estados Unidos o a algún otro lugar por razón de trabajo o estudio; sin embargo, no siempre se acepta dicho justificante, quedando sujeto a la decisión discrecional del personal de salud.

6.3 Derecho de Participación

De acuerdo a lo expresado por los miembros de la Comunidad y a la respuesta a la pregunta 9 de la solicitud de información que se formuló, el diseño, coordinación supervisión y evaluación del Programa lo llevó a cabo la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades sin que se haya permitido participar de manera alguna a las comunidades indígenas a través de sus instituciones y formas de representación propia, dejando de lado su derecho de participación.

² *Supra*, respuesta a la pregunta 13.

³ Cfr. Informe Cualitativo, p. 18.

Tampoco se da oportunidad de participar a las autoridades comunales en el Comité Técnico, a pesar de que los Lineamientos de operación prevén la posibilidad de que se incluya a otros actores.

6.4 Oportunidades y el Derecho a comprender y hacerse comprender en su propia lengua

En cuanto a la utilización del idioma de las comunidades indígenas en la operación del Programa, si bien en el numeral 3.b. de sus Lineamientos Operativos se establece que *en aquellas localidades en que exista un alto porcentaje de población que hable alguna lengua indígena, se buscará apoyo con traductores*, también lo es que tal disposición reglamentaria sólo está prevista para los eventos de incorporación de las familias, mas no para todos los servicios que se brindan. Asimismo, aún cuando de las evaluaciones realizadas al Programa se ha sugerido que las vocales – quienes fungen como puente entre las titulares y las autoridades del Programa– sean preferentemente bilingües (CIESAS, 2008), tal disposición no ha sido observada en los Lineamientos Operativos. Lo cierto es que quienes operan el Programa, es decir, el personal de salud, si no habla el idioma –como es el caso en la Comunidad de Jaltepec–, las pláticas se llevan a cabo en español y si quien acude es monolingüe, difícilmente se le provee de traductor/es que apoyen en la traducción de los contenidos de la plática.

La evaluación antes mencionada reportó que sobre cobertura y operación en regiones interculturales indígenas, salvo en algunas microrregiones de Chiapas, no se encontraron promotores y personal de Oportunidades que cuente con competencias suficientes para ser traductores lingüísticos y culturales en contextos monolingüísticos, ocasionando problemas de comunicación entre el personal del Programa y sus beneficiarios, lo que se manifiesta en transmisión de informaciones, en talleres y pláticas de salud, en trámites y presentación de quejas;⁴ sin embargo, no señala que implique la violación de derechos indígenas. Sobre este problema recomendó al Programa promover entre sus titulares la selección de vocales bilingües con competencias para la traducción cultural.⁵

⁴ *Supra*, p. 179.

⁵ *Ibidem*, *Supra*, pp. 73, 75 y 179.

La documentación que sustenta la creación y operación del Programa se encuentra en su totalidad en español. Además de lo observado en los documentos oficiales a que se tuvo acceso, lo anterior se corroboró con la respuesta obtenida a la pregunta formulada en el sentido de cuántas personas de las que operan el Programa hablan una lengua indígena, a lo que la Secretaría de Salud respondió que el lenguaje no es una condición necesaria para desempeñar las labores de atención en salud.⁶ Es decir, la anterior afirmación confirma que no existen medidas para asegurar que el servicio de salud se brinde en la lengua de las comunidades indígenas en las que se otorga.

La omisión de considerar la lengua indígena para brindar los servicios de salud que otorga el Programa, en específico las citas médicas y los talleres de educación en salud reproductiva constituye un obstáculo que excluye a las mujeres indígenas en el ejercicio de su derecho a la salud, pues no se garantiza el uso de su lengua y en consecuencia la comunicación mínima para un entendimiento.

En una de las evaluaciones practicadas respecto de la implementación del Programa en áreas rurales o indígenas, se determinó que entre sus impactos se encuentra la incidencia en la postergación del ciclo productivo de las mujeres indígenas que en la no indígenas; señalamiento de que el 19% de mujeres que refieren estar usando algún método anticonceptivo se sintieron presionadas por el médico o enfermera, ante lo cual se recomienda “mejorar la provisión de la información relacionada con los beneficios que las mujeres pueden tener al usar métodos anticonceptivos”;⁷ buena disposición por parte de las mujeres indígenas de Chihuahua y Sonora a la planificación familiar e intervenciones quirúrgicas; el acceso a métodos anticonceptivos está relacionada con el acceso a centros de salud. Señala que en Oaxaca se observó una preferencia por métodos de control natal definitivos y la tendencia a tener su último hijo en escenarios médicos organizados para acceder a la salpingoclasia.⁸

⁶ Oficio de la Secretaría de Salud núm. DGPLADES/01/0786/10 relativo a la solicitud de transparencia núm. 0001200231410.

⁷ Cfr. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades.

⁸ *Supra*, p. 72.

La misma evaluación reportó que en Oaxaca y Chiapas no se han cambiado mucho las percepciones sobre uso de anticonceptivos, señalando que es imprescindible continuar la sensibilización mediante talleres dirigidos a mujeres indígenas sobre implicaciones para la salud de los métodos anticonceptivos, impartidos de manera respetuosa y adaptada a las condiciones culturales de cada contexto. Se consideró prioritario incorporar más sólidamente el componente de género en las acciones del *Paquete Básico Garantizado de Salud* en contextos rurales e indígenas.

Al encontrarse diseñado y operado el Programa totalmente en español, ni la Comunidad ni las mujeres que a ella pertenecen han tenido acceso a una versión, ya sea escrita o en audio, en mixe, lengua de la Comunidad de Jaltepec, que les permita conocer sus reglas de operación. Asimismo, tanto las citas médicas como los talleres de autocuidado para la salud son impartidos en español sin que existan medidas que permitan garantizar que los servicios sean brindados a las mujeres indígenas usuarias en su lengua. Tanto hombres como mujeres que no hablan español tienen que buscar un familiar o amigo/a que funja como traductor/a.⁹

Sobre el particular cabe resaltar lo comentado en la sesión realizada en la Comunidad de Jaltepec en la presentación de los avances de esta investigación en donde se hizo mención del caso de una señora que asistió a su consulta médica; sin embargo, ésta le fue otorgada en español, sin que mediara una traducción a su lengua indígena. A la señora le fue dada una receta sobre los medicamentos que debía consumir, pero al no haberse dado la comunicación en su lengua, la señora no tenía la información de cómo debía tomárselos y se tomó todos juntos, lo que le ocasionó un daño adicional.

⁹ Informe cualitativo, p. 25.

6.5 Utilización de lenguaje o su aplicación fuera de contexto, provocando confusiones

Un concepto utilizado frecuentemente en el diseño y operación del Programa, es el de “titulares,” que se da a las mujeres que representan a las familias beneficiarias, generando confusión, ya que titular de un derecho es quien puede ejercerlo y disponer de él, lo cual no ocurre con el apoyo monetario que recibe, pues en realidad lo recibe en representación de la familia beneficiaria.

En general, tanto hombres como mujeres de la Comunidad consideran que el recibir el apoyo del Programa es una ventaja o privilegio que tienen las mujeres, apoyo que relacionan únicamente con la transferencia económica, ya que no tienen conciencia de que las pláticas preventivas de salud que reciben periódicamente¹⁰ sea un beneficio.

Otro aspecto utilizado discrecionalmente es el de las labores comunitarias que realizan las mujeres –como la limpieza de áreas públicas–, que formalmente no son corresponsabilidades de las familias beneficiarias, se les presenta como si lo fueran, presionando a las mujeres y familia a realizarlas bajo la advertencia de que de no hacerlo, se ven afectadas en los apoyos que reciben. Labores que se derivan de acuerdos de asamblea o se imponen por parte del personal de salud responsable de la operación del Programa respecto de dicho componente.

No obstante, para algunas personas es entendido como un programa de Gobierno Federal que sale de los bolsillos de la población y de los propios miembros de la Comunidad. Lo piensan como un derecho que merecen porque ya lo pagaron por adelantado con los impuestos, que sale de aumentar el precio de los productos que se consumen “de ahí sale, nos lo cobran”, “nosotros contribuimos a la economía pagando iva –Impuesto al Valor Agregado–, lo que sea, pagamos lo que nos corresponde”.

¹⁰ Aunque también señalaron que hay ocasiones en que acuden a las pláticas y no se llevan a cabo, sólo les pasan las hojas para firmar la asistencia. Informe Cualitativo, p. 23.

6.6 Derechos a la Salud y Salud reproductiva en el marco del Programa

El Programa no incluye dentro de sus componentes la provisión de atención de salud a las familias y comunidades adscritas al mismo. El componente de salud se limita exclusivamente al monitoreo de la situación de salud de la familia y a la impartición de pláticas y talleres educativos de carácter preventivo, dirigidos al conjunto de miembros de la propia familia. Por tanto, lejos de fortalecer las capacidades institucionales de los servicios de salud para garantizar y satisfacer el derecho a la salud reproductiva de las mujeres indígenas, como en el caso de Jaltepec, la operación del Programa ocupa tiempos cruciales del personal de salud, disminuyendo de manera importante la oferta de atención a las afecciones y padecimientos de la población, particularmente lo relativo a la salud reproductiva de las mujeres indígenas.

Ello explica en gran medida, el hecho de que la principal queja que en materia de salud y de salud reproductiva que se expresa en la Comunidad de Jaltepec, es la falta de atención de salud, ya que sólo se atiende a quienes se han afiliado al Seguro Popular, sin que haya atención de partos ni de emergencias médicas, obligándoles a trasladarse al Hospital regional ubicado en la ciudad de Lombardo o Tuxtepec, Oaxaca, en el cual enfrentan mayores dificultades para acceder a los servicios y malos tratos por su condición de indígenas que se ahondan si no hablan o entienden el español.

A pesar de que la salud es un derecho y existe obligación por parte del Centro de Salud, no es percibida de esa manera y existen diferentes quejas de maltrato a que han sido sometidas diferentes personas, por ejemplo se señala:

Aquí en la clínica de nosotros hay mucha ineficiencia, por ejemplo, la doctora o el doctor no están bien capacitados, un parto cuando lo ven un poquito difícil mejor se lo llevan a Tuxtepec, una herida que tampoco es difícil que se puede curar, también para allá. Eso no debería de ser, cuando los médicos son activos y son chingones ahí mismo, antes cuando nosotros éramos chamacos nuestras familias aquí, no había doctor ni nada, las mismas familias se atendían para un parto o una cortada, o

un animal o persona que no pudiera hacer sus necesidades, para un dolor de oído, la misma gente de aquí curaba a las demás y por eso digo, ahora la clínica está muy ineficiente nunca hay los utensilios necesarios, que no hay esto, que no hay lo otro, el caso es que ahí te llevan, si acaso te llevan medio muerto o te traen muerto, pero el caso es que está duro, aquí estamos jodidos, el pueblo es grande para que tuviéramos una clínica bien plantada con médicos chingones, pero tal vez somos muy burros o no nos ponemos abusados, activos para que esto se haga, no hay nada.¹¹

De verdad yo dije aunque me quites oportunidades o aunque me digas lo que me digas yo voy a hablar con las demás, así le dije a él. Me han dicho que usted maltrata a la gente, yo no lo creía pero ahorita lo estoy creyendo que sí es cierto, porque estaba una abuelita y me llama y me dice ‘explícame qué dice el doctor’, pero como el doctor ya había tenido problemas conmigo, ‘venga usted para acá vaya usted para allá’, le digo ‘sabe usted doctor, estoy aquí porque me llamó la abuelita no porque yo quiero’. ‘Véngase pues, qué gente tan ignorante que aquí no entienden, no saben explicarse’, ‘pues porque no sabe me llamó’, yo le dije a la abuelita ‘pues ya váyase al consultorio a ver cómo le va’.

Si va uno que tenga un problema de salud y le dice, ‘están así porque aquí en el pueblo comen como cochinos, como guajolotes, por eso vienen ya muriéndose que ya no pueden respirar’... así insultó a una señora y le digo a ella habla ahora estamos en un momento en que debemos defendernos. Ahora ellos porque tienen derecho de posponer sus talleres cuando nosotros programamos a la familia. ‘Sabes que tal día no va a ir a tal parte porque este día nos toca nuestro taller’, ellos –nuestros hijos–, también ordenan su trabajo y porqué ellos –personal de salud–, a la hora que quieren suspenden, eso no está bien’.¹²

Tomando en cuenta tales reclamos de los miembros de la Comunidad de Jaltepec, se trató de indagar acerca de procedimientos que debían

¹¹ Informe cualitativo, p. 22.

¹² *Supra*, p. 22.

aplicar los centros de salud como el que opera el Programa en la propia Comunidad, al llevar a cabo las consultas y revisión de salud a miembros de comunidades indígenas, la respuesta que se obtuvo de la entidad de la Secretaría de Salud que respondió a la solicitud de información formulada, fue sugiriendo consultar la *NOM-178-SSA1-1998*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de octubre de 1999, la cual establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Norma que según la respuesta obtenida, se identifican los elementos instrumentales necesarios para los consultorios y unidades de salud en su conformación elemental para otorgar la atención en salud.

Al consultar la NOM referida se encontró que en su elaboración participaron las diferentes entidades involucradas en el tema, tanto de carácter federal como de los estados de la República; sin embargo, se observa ausente el entonces Instituto Nacional Indigenista, responsable de coordinar las políticas de atención de los Pueblos Indígenas del país, así como de buscar el respeto de sus derechos colectivos en ese entonces reconocidos principalmente en el *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo* ratificado por México en 1994 y por tanto vinculante para todas las entidades federales, estatales y municipales.

No se prevé ni se garantiza que el personal de salud que opera el programa hable el idioma de la comunidad destinataria del mismo, haciendo una remisión de responsabilidades al respecto, sin que se haya logrado obtener una información fiable al respecto. Primeramente la Coordinación del Programa señaló que no era su competencia, si no la de la Secretaría de Salud. Ésta, al responder la pregunta 3 que se le formuló, respondió que la selección y contratación de personal corresponde a los Servicios Estatales de Salud, sin embargo que deben observar las Condiciones Generales de Trabajo que en el capítulo II artículo 9 señalan que deben reunir entre otras condiciones, *Tener la escolaridad o los conocimientos y cubrir los requisitos específicos que señalan los Catálogos correspondientes*. La propia entidad que respondió a la solicitud de información señala que “no se mencionan el lenguaje (sic) en las condiciones necesarias para desempeñar labores de atención en salud”.¹³

¹³ Cfr. Oficio Núm. DGPLADES/01/786/10 de fecha 12 de agosto de 2010, emitido

Por otra parte, las mujeres indígenas no gozan de acceso a servicios de salud completos ni integrales ni con pertinencia étnica. En la comunidad sólo se da atención de primer nivel, esto es, preventivo, si es necesaria alguna especialidad se les remite a una clínica en el poblado más cercano que está a 30-40 minutos de distancia en vehículo lo que representa dilación en la atención además del gasto que representa. Al parecer los partos no son atendidos ni las urgencias, por lo que en realidad no cuentan con debido centro de salud para su atención.

Los servicios de salud no prevén una distinción en su otorgamiento respecto a las especificidades de las mujeres indígenas. Se da un trato igual conforme a las políticas generales que no distinguen ni reconocen derechos específicos de las mujeres indígenas como el considerar su cosmovisión ni concepción respecto a la enfermedad ni la manera de parir. De la revisión del Programa, así como del trabajo de campo se advierte que no hay medidas específicas que tomen en cuenta las particularidades de las mujeres indígenas, su cosmovisión ni contexto, por el contrario, se advierten elementos que confirman su inexistencia ante la aceptación de que la aplicación en las políticas sociales y de salud no distingue especificidades de ciertos grupos o sectores.

En su respuesta a la solicitud de información formulada a la Coordinación Nacional del Programa sobre la existencia de consulta a las Comunidades indígenas respecto a las corresponsabilidades, dicha Coordinación afirmó que:

no ha realizado consultas dirigidas específicamente a las comunidades indígenas, sino únicamente a las familias beneficiarias de localidades donde opera el Programa Oportunidades, sin distinción de culturas, lenguas o razas.¹⁴

La falta de reconocimiento específico a las necesidades particulares de las mujeres indígenas se corrobora con la existencia hasta este año de propuesta preliminar de adoptar un modelo específico de gestión

por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud, en respuesta a solicitud de información núm. 0001200231410.

¹⁴ Respuesta de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades a la solicitud de información núm. 2000100008410.

y atención a la población indígena. Cabe resaltar que dicha propuesta atiende a las exigencias del Banco Mundial que financia, aún cuando se trata de derechos que han sido reconocidos desde hace más de 30 años.

Al respecto, de acuerdo al personal de salud que opera el programa, éste va mejorando, se encuentra mejor supervisado, existe un expediente de salud por familia, dentro del cual existe un expediente individual de quienes la integran; desde su punto de vista ello ha permitido que se diagnostiquen pacientes hipertensos, diabéticos, desnutrición de niñas y niños, adicciones en jóvenes y se han detectado también jóvenes mal informados sobre enfermedades de transmisión sexual.

6.7 El Programa y el derecho de las mujeres indígenas a vivir libres de violencia

El derecho toda mujer a vivir libre de violencia así como las dinámicas mediante las cuales es vulnerado, es ignorado en el diseño y operación del Programa. Por ejemplo, no considera situaciones de violencia como justificación de inasistencia del esposo a las pláticas o talleres familiares, situaciones en las cuales es impensable que acudan, generando una mayor afectación, ya que además de la violencia doméstica, las mujeres y sus hijas/os ven disminuidos los apoyos o de plano privadas de ellos.

Por otra parte, el propio trato que las mujeres reciben por parte del personal que opera el Programa puede constituir una forma de violencia institucional,¹⁵ la cual también se configura al discriminarlas¹⁶ cuando omite considerar sus especificidades a fin de garantizarles el ejercicio pleno de sus derechos, como al no garantizar el uso de su lengua, como antes se comentó.

¹⁵ La violencia institucional es definida por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia en el artículo 18 en los siguientes términos, Violencia Institucional son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

¹⁶ El artículo 6 de la Convención de Belém do Pará establece que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros, el derecho de la mujer a ser libre

Asimismo, constituye violencia institucional el hecho de que las mujeres sean valoradas bajo patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales. En el caso del Programa, su diseño en el que se prevé el otorgamiento de las transferencias monetarias a las mujeres, lo que se pretende como una acción afirmativa con enfoque de género, parte de la premisa y valoración de la mujer dentro de su papel tradicional de cuidadoras del hogar y responsables de la crianza de las y los hijos. Papel que es reforzado al hacerlas responsables del cumplimiento de las corresponsabilidades que establece el Programa como condicionante para la entrega del apoyo monetario. Corresponsabilidades que, como se ha expuesto, se refieren al cuidado de la educación, alimentación y salud de quienes integran la familia. Así, el Programa puede considerarse como un mecanismo de control informal para que las mujeres continúen desempeñando los roles que la sociedad les ha impuesto.

Sobre este punto, cabe precisar que el propio *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer* ha advertido que:

las obligaciones de la mujer vinculadas a la crianza y educación de los hijos afectan a su derecho de acceso a la educación, al empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta.¹⁷

Al respecto, en la Comunidad hubo expresiones de reconocimiento del aporte que significa el apoyo del Programa en la vida familiar, ya que permite comprar alimentos y otros satisfactores de primera necesidad, sin embargo, el costo que implica el cumplimiento de las llamadas corresponsabilidades y el poder acceder al apoyo, se considera que implica eventos de violencia contra las mujeres, tanto de carácter patrimonial como arriba se señaló, como psicológica y en algunos casos hasta física y otros más de carácter institucional, como ocurre cuando

de toda forma de discriminación y el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

¹⁷ Recomendación General CEDAW 21, 13° Período de Sesiones, 04/02/94.

acuden a las pláticas sin todos los miembros de la familia o con algunos minutos de retraso, enfrentando regaños y malos tratos por parte del personal operativo del Programa.

6.8 El derecho a protección judicial con debido proceso en el marco del Programa

Con el presente trabajo se pudo comprobar que con la implementación del Programa se ocasionan diferentes afectaciones y sanciones a las familias beneficiarias, a las comunidades y muy particularmente a las mujeres, sin que cuenten con recursos accesibles, sencillos, rápidos y efectivos para ser oídas con las debidas garantías. Por ejemplo, el grupo de promotoras tzeltales de Ocosingo, Chiapas señaló que por cada “visita de sano”, como le denominan a las visitas de carácter preventivo, deben cubrir la cantidad de 5 pesos; en Jaltepec en ocasiones cuando llegan tarde a las pláticas, talleres o citas de seguimiento al Centro de salud, con criterios absolutamente discrecionales ya no se les recibe y se les pone inasistencia, lo cual les llega a afectar como si hubieran incumplido a sus corresponsabilidades.

Además, se establecen tareas adicionales como las labores de limpieza comunitaria, que no constituyen corresponsabilidad ni para la mujer ni para la familia, y si no asisten o llegan tarde, se les sanciona como si hubieran incumplido con una corresponsabilidad. Esta situación es provocada por la falta de claridad y de lineamientos respecto de las consecuencias de los retardos. Por otra parte, debido a que se ignora la visión cultural y de género que debería poseer el Programa, no se consideran como justificados los incumplimientos por causa de cumplimiento de tareas relacionadas con los cargos que ocupan dentro de la forma tradicional de organización. Queda al arbitrio de quienes operan el propio Programa justificar o no tales ausencias.

6.9 Educación reproductiva y el Programa Oportunidades

De acuerdo a la información proporcionada por la Dirección General de Administración de la Comisión Nacional de Protección de la Salud y Dirección General Adjunta de Normatividad, los contenidos

y metodologías de los talleres fueron validados unilateralmente por la Dirección General de Promoción de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud que se aplican en el Programa.¹⁸ Para ello en ningún momento se consultó o permitió la participación de las Comunidades y pueblos indígenas, como ocurrió con la Comunidad de Jaltepec.

Aunado a lo anterior, como se ha señalado en los apartados anteriores, la educación reproductiva que se contempla en los talleres de autocuidado a la salud, así como las citas médicas que contemplan la información y consejería sobre cuestiones reproductivas, no son proporcionadas en el idioma de la Comunidad de Jaltepec, es decir, en mixe, ni tampoco consideran el contexto cultural propios. En tal virtud, si ni siquiera se considera el mínimo indispensable como es la comunicación en la lengua para el entendimiento, menos puede hablarse de la transmisión de información habilitante para la toma de decisiones en el campo de la sexualidad.

6.10 La autodeterminación reproductiva en el Programa Oportunidades

El no contar con la información suficiente, clara y con pertinencia étnica sobre las cuestiones de autodeterminación de la maternidad afecta este derecho. Como se ha mencionado en repetidas ocasiones, las mujeres refieren que los talleres y pláticas sobre el autocuidado de la salud, así como las consultas médicas, se dan en español.

Las consultas sobre planificación familiar constituyen un elemento importante en el marco de la salud reproductiva. Es un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos/as.

Sin embargo, para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, de acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud,¹⁹ entre los pasos que se siguen se encuentra el interrogatorio, la consejería que garantice la selección

¹⁸ *Supra*.

¹⁹ Oficio de la Secretaría de Salud núm. DGPLADES/01/0786/10 relativo a la solicitud de transparencia núm. 0001200231410.

informada de un método específico, señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso, información y asesoría que, de acuerdo con la información también proporcionada por la Secretaría de Salud así como los resultados del trabajo de campo realizado, se otorgan en español, existiendo algunas excepciones que dependen de la situación específica, sin que esté previsto en la normatividad ni regulado a fin de asegurar que en comunidades con población indígena se brinde el servicio en la lengua de la comunidad ni se asegure el entendimiento de los contenidos de la asesoría en planificación familiar. En tal virtud, si no se garantiza el presupuesto mínimo de entendimiento es impensable considerar que existen medidas eficaces para garantizar el acceso a la salud reproductiva.

Asimismo, desde la evaluación *Programa Oportunidades 2008, diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)* se recomendó se desarrollaran talleres de sensibilización de los métodos anticonceptivos a la salud dirigidos a mujeres indígenas que se impartan respetuosamente y adaptados a las condiciones culturales de cada contexto. Sin embargo, la evidencia empírica, así como la muestra de falta de adopción de medidas normativas demuestra que aún persiste la omisión en garantizar el derecho a las mujeres indígenas.

Asimismo, del trabajo de campo se advierte que algunas mujeres refrieron que al solicitar algún método anticonceptivo permanente, el personal de salud les refirió que tendrían que comentarlo primero con sus esposos para poder tomar la decisión. Una de las mujeres refirió:

Le dije no doctor ya no quiero más (hijos), me dice "le vamos a hacer salpingo pero tienen que estar su esposo, para que su esposo firme, para su esposo esté de acuerdo, para que no tengamos problemas"; pero le digo que problemas vamos a tener si aquí la que está dando la vida soy yo y yo no quiero es porque tengo miedo a morirme, pero cuando ya me iban a dar de alta entregaron el papel y el doctor le dijo a mi marido usted va a cuidar a su esposa los tres meses no va a estar haciendo uso de ella porque le hicimos el salpingo... pegó el gritó al cielo y le dijo de cosas al doctor "es lo que yo no quería dijo el doctor, le

dije usted no tiene por qué temerle porque yo di mi palabra y mi esposo sabe bien cuantos problemas tenemos no pasa nada.²⁰

Si bien es cierto es deseable que la mujer tome en cuenta opiniones importantes como la de su pareja y gente cercana de confianza para tomar la decisión, ello no debe entenderse en el sentido de que tal decisión dependa o se subordine a las opiniones que obtenga, lo que constituiría una renuncia voluntaria o forzada a su facultad de autodeterminación sobre su cuerpo y su vida. Renuncia que pudiera constituir una forma de violación del derecho de las mujeres a la autodeterminación sobre el cuerpo y en específico sobre la maternidad. Lo anterior, debido a que a ella le corresponde tomar esa decisión y admitir que una tercera persona puede adoptar decisiones sobre el cuerpo de la mujer y, en especial, sobre su decisión respecto a la maternidad violaría su derecho a la autodeterminación reproductiva.

6.11 Integridad personal y el Programa Oportunidades

Del trabajo de campo se advierte que las mujeres se duelen del maltrato que refieren recibir por parte del personal de salud. Esperas a la intemperie y tardanza en la atención. Referirse a las causas de obesidad en la población en términos humillantes como “están así porque comen como cerdos”²¹ o la forma en que explican las posibilidades que permite el uso de anticonceptivos respecto a la sexualidad lo que ha hecho sentir a algunas mujeres que les “tratan como animales”.²²

La falta de conocimiento sobre la cosmovisión mixe así como la valoración de las mujeres con base en patrones estereotipados vinculados a la crianza y educación de las hijas/os, constriéndolas como las principales responsables en el cumplimiento de las corresponsabilidades del Programa, las rebaja en una categoría que históricamente las ha colocado en un plano inferior al de los hombres lo que les ha traído además, una carga adicional de trabajo no valorado que les afecta en el acceso a otras actividades referentes a su desarrollo personal.

²⁰ Informe cualitativo, p. 29.

²¹ Informe cualitativo, p. 22.

²² *Supra*, p. 27.

6.12 El Programa Oportunidades y la obligación de adopción de medidas para hacer efectivos los derechos reproductivos

El Programa, así como su operación no prevé cuestiones específicas para atender las particularidades de la población. Por el contrario, el Programa y las autoridades que lo aplican reconocen que su aplicación es igual a toda la población meta, sin que exista un reconocimiento de las especificidades en atención a su pertenencia a un grupo étnico.

De acuerdo a este derecho, el Programa tendría que haberse diseñado sobre la base del respeto de todos y cada uno de los derechos reconocidos por el Estado mexicano, tanto a los pueblos indígenas como a las mujeres. Teniendo en todo momento la obligación de modificarlo, tanto en su estructura y contenidos como en su aplicación, tomando en cuenta la cadena de burocracias que lo aplican sin dejar de lado las inercias y prejuicios de todo tipo.

6.13 Derecho a una vida digna

Los hallazgos encontrados a lo largo del presente estudio reflejaron el hecho de que con el Programa en su integridad, el Estado no está garantizando a las mujeres indígenas y a sus comunidades, las condiciones de subsistencia que requieren para vivir con dignidad. Si bien les ofrece una transferencia monetaria y acciones tendientes a la atención de ciertos aspectos de su salud, tales beneficios están acompañados de afectaciones a sus derechos y lo más importante, las está sometiendo a tratos crueles, inhumanos y degradantes a cambio de recibir lo que les corresponde y que, por vacíos en la política social, en el país se les ha negado.

6.14 El Programa Oportunidades incentiva y profundiza la violencia de género y la discriminación de las mujeres indígenas

Según sus reglas de operación, el Programa se plantea incorporar la perspectiva de género e impulsar la igualdad entre mujeres y hombres. Las acciones con las que pretende alcanzar dicho objetivo son la entrega directa de las transferencias monetarias preferentemente a las madres

de familia y el otorgamiento diferenciado de becas para las niñas, a fin de contrarrestar las desventajas que tienen para acceder a la educación (Oportunidades, 2009: 10).

Estas acciones han motivado la realización de diversos estudios y análisis del Programa desde una perspectiva de género. En especial, los estudios se han enfocado a analizar si el hecho de que la mujer tenga acceso a los recursos de las transferencias monetarias ha incidido en su posición en la familia, en la comunidad y en las relaciones de género en el interior de éstas. Asimismo, se han realizado estudios sobre el empoderamiento y autonomía de la mujer en el marco del Programa; el incremento en las situaciones de violencia preexistentes derivada de la amenaza en el equilibrio de poder y el papel tradicional de proveeduría masculina exclusiva, entre otras.

Algunas de estas investigaciones han sido compiladas en la publicación editada en el año 2006 por El Colegio de México, UNIFEM y el Programa Oportunidades, intitulado *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, bajo la coordinación de María de la Paz López y Vanía Salles. Entre las investigaciones que esta compilación contiene se encuentran:

“El ingreso en los hogares rurales pobres y los beneficios monetarios del Programa Oportunidades vistos desde una perspectiva socioespacial de género: la jefatura económica femenina en Guanajuato” (Ruvalcaba, 2006). En este trabajo se analiza la situación de mujeres en las que recae la responsabilidad del sustento económico del hogar, aunque sin ser relevadas del trabajo doméstico, situación que en muchas ocasiones impide a las jefas de familia cumplir con las corresponsabilidades que exige el Programa. En general, los hogares sostenidos económicamente por mujeres, con la ausencia del cónyuge, llevan a las hijas e hijos jóvenes a colaborar en el cuidado de la casa y en la manutención del grupo, lo que hace más probable que abandonen primero la escuela. Esta investigación muestra cómo un conjunto numeroso de mujeres comienza desde niñas en las tareas de su casa; de jóvenes, consiguiendo ingresos para ayudar a sus padres y hermanos; después de adultas, cuando se va el cónyuge quedan como sostén económico de sus propios hijos y cuando se acercan a la edad madura comienza una

temporada en la que el grupo doméstico se amplía para incluir a sus nietos/as. En total, estas mujeres pasan 60 años de su vida dedicándose a otros, realizando trabajos forzados y sufriendo penalidades y grandes apremios económicos (Ruvalcaba, 2006: 41). La investigación concluye en la necesidad de otorgar en el Programa una atención especial a los hogares encabezados económicamente por mujeres, ya que presentan especificidades que significan desventajas para ellas, que el Programa podría atender.

“Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema y la incorporación al Programa Oportunidades” (Rivera, 2006). Este estudio se centra en uno de los elementos fundamentales del Programa: la entrega directa de los apoyos monetarios a las titulares de familia. Factor que constituye una alteración al patrón convencional que considera a los hombres como “proveedores” y a las mujeres como “amas de casa”, responsables del cuidado del hogar y crianza de las y los hijos. Con ello se genera la hipótesis de que el incremento en la autonomía y empoderamiento de la mujer derivado del aumento en el acceso a recursos económicos puede enfrentar patrones de resistencia por parte de los varones que en algunos casos podría asociarse a un incremento en la violencia. Los hallazgos de esta investigación fueron en el sentido de que no se incrementó la violencia contra la mujer, generando, por el contrario, una nueva hipótesis de investigación relativa a si la incorporación de las mujeres al Programa les significa una protección contra la violencia. No obstante, los datos indican también que mientras más tradicional es el arreglo de la pareja en el que básicamente la mujer es quien se encarga de las y los hijos, mayor es el riesgo de que ésta sufra violencia de pareja.

Contrario a los hallazgos de la investigación antes citada, el trabajo de campo realizado en Jaltepec mostró que en diversas ocasiones el peso del cumplimiento de las corresponsabilidades²³ que recae sobre

²³ Como se dijo antes, las corresponsabilidades consisten en asistencia de niños, niñas y adolescentes y jóvenes a la educación formal; asistencia mensual al taller sobre temas de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar, adicciones, género y salud, sexualidad y saneamiento ambiental; asistencia semestral a consulta familiar, donde se hace un chequeo de signos vitales, se desparasita y se vita-

las mujeres titulares, lo que las obliga a asegurarse de que acudan a las pláticas al Centro de Salud, tanto sus hijos e hijas como su pareja, no siempre les resulta fácil, pues deben recordarles constantemente y hacer labor de convencimiento para que acudan con puntualidad, lo cual, además de adicionar tareas adicionales a las mujeres, les hace vivir diferentes tipos de presión, chantajes y hasta violencia en su contra. Por ejemplo, se narraron casos en los que las hijas o hijos o la propia pareja condicionan a la madre su participación en las pláticas a que se le entregue su parte del apoyo económico que obtiene la familia mensualmente. En otros casos ocurre que el marido le exige a la mujer la entrega del apoyo que recibe,²⁴ configurándose una forma de violencia patrimonial.²⁵

Sobre el impacto del ingreso de recursos entregados directamente a la titular de la familia, existe también el estudio intitulado “Efectos del Programa Oportunidades en las relaciones de pareja y familiares” (Maldonado, 2006) el cual indaga si el hecho de que la mujer tenga acceso a más recursos repercute de alguna forma en el equilibrio de las relaciones familiares, ya que si bien éstos benefician a la familia en general, colocan a la mujer en un lugar de poder diferente al de una persona sin recursos. Entre sus hallazgos, el estudio reporta que el dinero del Programa está claramente diferenciado como una ayuda que las y los hijos necesitan para la educación, no es un dinero de las mujeres estudiantes, sino que es dinero que pasa a la familia a través de la titular ante el Programa, quien lo administra, sin que haya garantías

mina a la familia, pero sirve principalmente para detectar pacientes con enfermedades como diabetes, hipertensión, desnutrición, adicciones, etc.; y asistencia mensual a cita médica por parte de aquellas personas a quienes se les detectó alguna enfermedad que requiere control médico permanente. Al faltar cuatro veces consecutivas o seis durante el año, se aplica baja definitiva del programa.

²⁴ Informe cualitativo, p. 20.

²⁵ De acuerdo al artículo 6 fracción III de la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia*, vigente en el país desde el 2 de febrero de 2007, violencia patrimonial es “cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima”.

de que esa diferencia frente a los estudiantes hombres se pueda resolver y lo destina muchas veces con los mismos criterios y dinámicas que nuevamente las deja fuera. En ese sentido es un área libre de conflicto, pues no es visto como una amenaza al papel de proveedor del hombre. El Programa, al estar relacionado con las y los hijos, es percibido como algo doméstico que le corresponde a la mujer.

En igual sentido, el trabajo de campo realizado en Jaltepec reporta que el dinero que se recibe del Programa no es considerado como un dinero del que sea propietaria la mujer, sino que es meramente administradora del recurso el cual está destinado para beneficio exclusivo de la familia, pues éste debe ser utilizado principalmente para la compra de alimentos, útiles escolares, uniformes y medicamentos.²⁶ Tanto hombres como mujeres manifestaron estar de acuerdo en que el recurso monetario fuera entregado a las mujeres, expresando que si se le otorga al hombre, éste lo puede gastar en su persona; sin embargo, para la mujer no está permitido ya que “deben” pensar en la familia.²⁷ Un hombre entrevistado opina así:

Yo digo que las mujeres sí está bien, porque están del diario en la casa con sus hijos, realmente si las mujeres reciben ese dinerito y saben qué hay qué comprar, hace falta cuaderno, hace falta zapato, hace falta comida, la mujer es la que se da cuenta de todos los gastos que hay en la casa, por eso mismo yo estoy de acuerdo que a la mujer se le dé, no a los hombres.

Otro señor agrega:

Es la que cuida más el dinero, principalmente me lo dan a mí me gusta el trago yo no voy a llegar a mi casa con dinero.

Entienden que el Programa es un apoyo para que no se sienta discriminada la mujer pero es para beneficio familiar, lo que la coloca en mera administradora del recurso, ya que lo utilizan principalmente para la compra de alimentos, útiles escolares, uniformes o medicamentos.

²⁶ *Supra*, p. 13.

²⁷ *Supra*, p. 12.

Una mujer expresa: “es para la familia, porque de todas maneras lo que compro lo compro con mi esposo”.

Las anteriores afirmaciones evidencian cómo la asignación del recurso a las mujeres parte de la premisa del papel de la mujer como cuidadora del hogar, el cual es fortalecido en las relaciones familiares y comunitarias, que ubican a la mujer como responsable del hogar y de la crianza de las y los hijos, por lo que la asignación del recurso sólo se entiende dentro de este estereotipo sin que le represente a la mujer la posibilidad de contar con un recurso para la toma de decisiones diversas al hogar, por ejemplo, como herramienta para el ejercicio de su autonomía.

Respecto al papel que desempeñan las mujeres en el cumplimiento de las corresponsabilidades que exige el Programa, el estudio intitulado “La participación en la actividad económica de las mujeres del Programa Oportunidades y su relación con la corresponsabilidad de éste y otros programas sociales” (Espinosa, 2006) da cuenta de la evidencia existente respecto al tiempo que las mujeres dedican a cumplir con los requisitos del Programa, siendo éste significativo, pues les trae cargas adicionales de trabajo, al tener que viajar para recibir las transferencias, asistir a las pláticas, hacer las labores que hacían las y los niños que ahora asisten a la escuela, entre otras. La investigación concluye en la necesidad de contar con una adecuada coordinación de los programas institucionales de manera que sea posible redistribuir de forma más equitativa las corresponsabilidades de éstos entre otros miembros de la familia y de la comunidad.

Sobre el tema de lo que representa a las mujeres el cumplimiento de las corresponsabilidades, el trabajo de campo realizado en la Comunidad de Jaltepec mostró que efectivamente, éste representa una carga adicional de trabajo para las mujeres, pues recae en ellas la tarea de asegurarse de que se cumplan los compromisos que implican dichas corresponsabilidades. Para algunas personas el apoyo económico que ofrece el Programa es un derecho el que el gobierno les apoye, sin embargo lo que para el propio programa es una corresponsabilidad, para algunas de las personas ésta es un condicionamiento, un chantaje e incluso un soborno. Un hombre dijo “para mí como que es un soborno,

para ellas que tienen tanta labor en su casa”.²⁸ Para otra persona es “Otro condicionamiento más y eso lo han hecho bien clarito y ha habido personas que han llegado a decir a todos y sobre todo si son personas grandes, les empiezan a decir ‘pues tienes que estudiar que no sabes ni hacer tu firma y tienes que estudiar porque si o te van a quitar el apoyo, porque nosotros (los del INEA) ya estamos en coordinación con oportunidades y si no estudian ustedes pueden perder su apoyo”.

Sobre la problemática específica que encuentran las mujeres pertenecientes a comunidades indígenas respecto a su adscripción al Programa existen algunas investigaciones de PROGRESA, nombre anterior a Oportunidades, de las cuales se da cuenta en la *Memoria del Seminario de investigación sobre salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*, del año 2003 y coordinado por Soledad González Montes del Programa Salud Reproductiva del Colegio de México, entre las que se encuentran:

“El PROGRESA y su impacto en las familias de comunidades indígenas de Oaxaca” (Sesia, 2003), en esta investigación se encontró que PROGRESA estaba teniendo un impacto negativo en las relaciones comunitarias, no sólo por su manejo verticalista sino también por el manejo individualizado de los fondos, que se opone a todo lo que es la organización comunitaria previa, creando conflictos entre las familias beneficiarias y quienes quedaron excluidos del programa.

Sobre este punto es de resaltar que como lo muestra también el trabajo de campo realizado en la Comunidad de Jaltepec, al igual que el entonces PROGRESA, el Programa Oportunidades tanto en su diseño como en su aplicación omite la participación de las autoridades tradicionales e ignora las formas tradicionales de organización y prácticas de la Comunidad lo que ha representado diversos conflictos como, por ejemplo, el hecho de que para efectos de la justificación de faltas a los talleres de autocuidado de la salud no se consideran los casos en que la ausencia responde al cumplimiento de una comisión otorgada por la Asamblea comunitaria,²⁹ o a las tareas realizadas durante las

²⁸ *Supra*, p. 20.

²⁹ Informe cualitativo, p. 18

fiestas y mayordomías. Lo anterior ha traído como consecuencia gran malestar, pues el cumplimiento de dichas comisiones es fundamental en el sentido de identidad y pertenencia a la Comunidad, por lo que pasar de alto esta situación evidencia la desconsideración a las formas tradicionales de organización de comunidades indígenas como la de Jaltepec, que trastoca la vida comunitaria.

Asimismo, en las discusiones llevadas a cabo en el marco del referido Seminario de investigación, se mencionó el problema de la violación de derechos reproductivos de mujeres y hombres que han sido esterilizados sin su consentimiento, haciéndose referencia a algunos casos documentados en comunidades de Guerrero, donde al parecer la asignación de recursos PROGRESA se ha utilizado para presionar a las mujeres que tienen varias/os hijas/os para que se esterilicen, sin que se precisaran mayores datos sobre los casos ni sobre investigación alguna en este sentido.

Sobre esta cuestión, en el trabajo de campo realizado en la Comunidad de Jaltepec se mencionó también un caso que al parecer ocurrió aproximadamente hace dieciocho años, en el que sin el consentimiento de una mujer le fue colocado un dispositivo anticonceptivo, dándose cuenta hasta después de varios años ya que desconocía las causas por las cuales no se embarazaba y cuando tuvo a su siguiente hijo, traía pegado en alguna parte del cuerpo el dispositivo, sin que ella tuviera conocimiento de cuándo le fue colocado.³⁰ Sobre la problemática relativa a la esterilización forzada, el trabajo de campo realizado en Jaltepec da cuenta de probables casos ocurridos hace aproximadamente ocho años, mas no hubo indicios de que en fechas recientes se diera una práctica similar.³¹ Cabe precisar que tal situación coincide aproximadamente con el tiempo en que fue emitida la *NOM005-SSA2-1993 Sobre Servicios de Planificación Familiar*, el consentimiento informado, así como también, el tiempo referido coincide con las entonces políticas de población en el que la meta *planificación familiar y la promoción de familias pequeñas constituyó una política de Estado*.

³⁰ *Supra*, p. 29.

³¹ Previamente a la realización de este trabajo, se conocieron comentarios en el sentido de que tanto en comunidades de Chiapas como de Oaxaca, existían casos de esterili-

Se encuentra también un estudio sobre progreso del año 2000 realizado por la Red de Promotoras y Asesoras Rurales en siete estados del país y uno sobre el impacto del progreso en cuatro comunidades de la Sierra Sur y el Istmo de Oaxaca, elaborado por la Comisión de la Mujer de la Sierra Madre, la Coordinadora Estatal de Productores de Café y el Centro de Estudios de la Mujer y la Familia, A.C., dichos estudios evaluaron la incidencia del PROGRESA en la posición social de las mujeres beneficiarias y en sus niveles de empoderamiento, concluyendo que las políticas de salud utilizadas poco están haciendo por un mayor empoderamiento de las mujeres, coincidieron también que el contenido y forma de implementar el programa es totalmente vertical por lo que las beneficiarias no tienen la menor posibilidad de decidir algo, teniendo que aceptar el Programa tal y como se ha diseñado desde arriba, dejándoles a las mujeres el papel exclusivo de protectoras de la salud familiar.

Asimismo, de especial importancia es lo que en el Seminario en cita se comentó sobre los resultados de la reunión celebrada en la ciudad de Oaxaca en mayo de 2001 organizada por el Grupo de Estudios sobre la Mujer “Rosario Castellanos”, reunión que se llevó a cabo con el fin de hacer un balance del trabajo realizado en las comunidades indígenas en los últimos años en aspectos de género, prevención de la violencia, maternidad sin riesgo, salud sexual y derechos reproductivos. Entre las cuestiones concluyentes derivadas de la reunión, se encuentra la falta de calidad en la atención de la salud, la falta de sensibilidad del personal, su falta de conocimiento sobre las comunidades a las que van a trabajar. Asimismo, se resaltó la problemática de la ausencia de conocimientos acerca de las culturas indígenas y sus dinámicas internas, lo que ha propiciado diversos conflictos. De igual forma se manifestaron quejas sobre el Programa PROGRESA, relativas a violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de la población beneficiaria al ser sometida a constantes presiones en particular las mujeres, para que participen en actividades del programa.

zación forzada de mujeres indígenas, practicada como condición para el otorgamiento de los apoyos del Programa Oportunidades, sin embargo, durante el desarrollo de la investigación no se contó con información específica de dichos casos.

Cuestión idéntica continúa ocurriendo a casi diez años de la investigación citada, pues como se advierte del trabajo de campo realizado en la Comunidad de Jaltepec, así como de las respuestas obtenidas a las solicitudes de información pública, las mujeres continúan constreñidas al papel de cuidadoras del hogar y de la salud de las y los hijos, sin que tengan injerencia alguna en el diseño ni aplicación del Programa. Su participación se limita a la asunción de las corresponsabilidades para poder recibir el apoyo monetario. La falta de calidad en la atención de la salud en general y en especial la reproductiva sigue siendo una constante. Una de las cuestiones referidas en el trabajo de campo fue la falta de atención a los partos, haciendo mención que casi su totalidad son remitidas para su atención a la comunidad más cercana que se encuentra de 30 a 45 minutos lo que además les significa tiempo y recursos para el traslado.³² De igual forma, refieren la falta de sensibilidad del personal y de conocimiento sobre las comunidades en las que se presta el servicio, quienes además no hablan la lengua de la comunidad lo que dificulta la comunicación y, en consecuencia, la debida atención, como fue el caso arriba relatado de la mujer que ingirió todos sus medicamentos en una sola toma porque el médico no le dio las indicaciones en su lengua.

Por otra parte, en muchas realidades las mujeres no tienen participación alguna en la toma de decisiones de los asuntos públicos, de políticas ni programas de salud. Pareciera que su participación se limita, a las cuestiones de administración en el interior del hogar, en lo relativo a vigilar la educación de las/os hijas/os y a hacerse cargo de lo relativo a su salud.

En la Comunidad de Jaltepec se encontró que las mujeres no participan en las decisiones que se toman en la Asamblea de Comunereros, órgano en el cual se toman las principales decisiones que atañen a la Comunidad. Ello ocurre debido a que de un total de aproximadamente 500 comuneros, únicamente el 10% es de mujeres, de las cuales alrededor de 30 son viudas y ocupan el lugar de sus maridos y el resto representa a sus maridos ausentes. El tipo de participación se centra en apoyar a su pareja en el trabajo del campo, el cuidado del ganado, la atención

³² Informe cualitativo, pp. 21 y 22.

de visitas en tiempos de fiestas cuando sus esposos están prestando servicios o bien, en eventos especiales de la comunidad como para apagar incendios forestales. Por tanto, estuvieron y están al margen de las políticas de salud y del diseño y decisiones sobre implementación del Programa.

De lo anterior se advierte que el Programa, aún cuando en su discurso propone llevar a cabo acciones que permitan avanzar en la igualdad entre hombres y mujeres, parte de la premisa de que la mujer es la responsable del cuidado del hogar y crianza de las y los hijos, esto es, de la concepción del papel tradicional que ha sido socialmente impuesto a las mujeres, por lo que la estrategia de otorgar de manera directa los apoyos monetarios a las madres de familia refuerza su papel tradicional, pues el recurso es percibido y concebido como un apoyo, no para el desarrollo personal de la mujer, sino para el cumplimiento del papel tradicional que socialmente le ha sido asignado: ser responsables de lo doméstico, construir su identidad en relación al cuidado y atención de los “otros” de quienes integran su familia, y no de su propio desarrollo como persona o como herramienta para el ejercicio de su autonomía.

El Programa no sólo refuerza el papel tradicional asignado a las mujeres al constreñirlas a lo doméstico, sino que también constituye un instrumento institucional que mediante el cumplimiento de las corresponsabilidades que exige como condicionante para la entrega de los recursos, controla que las mujeres se mantengan en ese papel y se conciban y constriñan al cuidado de los “otros”.

Si bien el Programa prevé una asignación diferenciada para el otorgamiento de becas educativas con la finalidad de que las niñas puedan tener mejor acceso a la educación, en razón de la exclusión histórica que han sufrido en éste y otros ámbitos por el solo hecho de ser mujeres, lo que ha permitido elevar la inscripción y permanencia de las niñas en el sector educativo, tal circunstancia no se fortalece con el contexto en el que se desarrollan, pues en lo social se refuerza la asignación del papel femenino tradicional. Pareciera que se apuesta sólo a la educación formal de las siguientes generaciones, sin que además en ésta se garantice la existencia de contenidos que permitan la construcción de relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres; sin

embargo, esa estrategia se olvida de lo presente, del mantenimiento de relaciones tradicionales en el hogar donde lo femenino, las titulares de las familias son principalmente las responsables del hogar, ni que estas últimas puedan tener una incidencia más allá de las resoluciones en el interior de lo doméstico, por lo que las hijas no tendrán una referencia distinta de lo femenino, de su valor, con lo que muy probablemente continuarán replicando el papel construido socialmente a lo femenino.

En este punto es de tener presente que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros, el derecho de la mujer a ser valorada libre de patrones estereotipados de comportamiento, sin embargo, el Programa valora a las mujeres en el estereotipo de cuidadoras del hogar y responsables de la crianza de las y los hijos, pues deja recaer en ellas el cumplimiento de las corresponsabilidades de las y los integrantes de la familia, además de dirigir capacitación como la relativa al componente alimentario a las mujeres reforzando su papel de cuidadoras de las y los menores.

Lo anterior, no obstante los compromisos adquiridos por el Estado mexicano, para adoptar medidas específicas e inclusive programas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, a fin de eliminar todo tipo de prácticas que se basen en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer, pues éstos legitiman la violencia en contra de ella (Belém Do Pará, artículo 8.b, CEDAW artículo 5.a).

VII

CONCLUSIONES

El Programa Oportunidades constituye una de las acciones de política social más importante del Estado, no solo por el enorme presupuesto que representa sino también por la gran cobertura que tiene, actualmente ha sido aplicado a 25 millones de personas consideradas en pobreza, estando presente en los 1,200 municipios indígenas que existen en el país.

Es indudable que la transferencia monetaria que reciben las familias indígenas adscritas al Programa Oportunidades, significa un alivio significativo cuando no tiene una fuente permanente de ingresos que les permita solventar las necesidades más apremiantes para su subsistencia y al mismo tiempo involucrarse en acciones tendientes a mejorar sus condiciones de vida relacionadas con la salud, la educación y la alimentación. Sin embargo, los hallazgos que reporta este trabajo reflejan que la atención de algunos aspectos de los mencionados derechos está significando la violación de muchos otros de carácter colectivo, individuales de cualquier persona y en particular los de las mujeres indígenas.

Tanto de la revisión de la normatividad que lo crea y regula como de su aplicación en una comunidad indígena que conserva su lengua, tradiciones y formas de organización fue posible advertir lo siguiente:

Una premisa fundamental de la que es indispensable partir en toda acción del Estado que pretenda proteger y garantizar el ejercicio pleno de derechos es el principio de igualdad, entendido éste *como la igualdad de las personas en derechos y dignidad en razón de la dignidad que por ser humanos*

comparten. Sin embargo, esta igualdad no significa igualdad de trato, sino justamente igualdad para que le sean garantizados los derechos a todas las personas considerando sus especificidades, que constituyen asimismo su derecho de identidad. Pues se parte del supuesto que no es dable tratar igual a quienes no son iguales pues hacerlo profundiza la desigualdad.

De la presente investigación se pudo observar que el principio de igualdad no es debidamente entendido por las autoridades que constituyen el Estado, pues como se advirtió se estima que la igualdad y la actuación que, sobre este principio, debe llevar a cabo el Estado es un trato igualitario, pasando por alto las especificidades de ciertos sectores históricamente excluidos como es el caso de los pueblos indígenas y de las mujeres, y en especial de las mujeres indígenas, quienes por ser indígenas y ser mujeres se encuentran vulnerables a una doble discriminación como se advirtió de los hallazgos de la presente investigación.

De la aproximación que se llevó a cabo al diseño del Programa y en muy menor medida al Sistema Nacional de Salud en busca de previsiones relacionadas con el marco de derechos de las mujeres indígenas desde una visión sensible al género, se encontró que en términos generales ambos fueron pensados de manera neutra, y más bien debido a la ausencia de previsiones específicas con perspectiva de género, en los hechos contribuyen a imponer cargas adicionales a las mujeres indígenas, que ante la necesidad de resolver carencias económicas se ven envueltas en el laberinto de la burocracia, lo que se convierte en un factor que las subordina y las aleja de la realización de sus derechos.

Así, el Programa pasa por alto el entendimiento del principio de igualdad en términos de derechos que ha sido precisado líneas arriba, lo que ha traído además como consecuencia la falta de reconocimiento de los derechos específicos que tienen las mujeres como tales y como personas que pertenecen a un pueblo indígena. En este sentido, el Programa viola derechos fundamentales de las mujeres indígenas, derechos individuales y colectivos como pertenecientes a una comunidad indígena. En particular, se observa que ha ignorado y

violado el derecho de autonomía de los pueblos indígenas, ya que de ninguna manera consideró ni su identidad cultural ni forma tradicional de organizarse y desarrollar su vida, violando también sus derechos a la consulta, a la participación y el conjunto de derechos culturales, como el de comprender y hacerse comprender en su lengua.

Se pudo comprobar que el Programa fue diseñado e implementado en la comunidad mixe de Jaltepec de Candayoc sin haber sido consultada la comunidad ni haber participado en su elaboración ni en su operación, lo que transgrede su derecho de participación y consulta. Esto ha ocasionado violaciones a otros derechos al ignorar, por ejemplo, la forma tradicional de organizarse de la comunidad, al ignorar el sistema de cargos y la importancia de su cumplimiento para el sentido de identidad y pertenencia en la Comunidad, haciéndose evidente en la omisión de considerar estas responsabilidades, en las hipótesis de justificaciones a las ausencias a los talleres de autocuidado para la salud.

Si bien existe un gran consenso en la Comunidad respecto del aporte que significa el apoyo del Programa en la vida familiar, ya que permite comprar alimentos y otros satisfactores de primera necesidad, es importante recordar el costo que implica el cumplimiento de las llamadas corresponsabilidades y el poder acceder al apoyo, cuando este cumplimiento conlleva eventos de violencia contra las mujeres, tanto de carácter patrimonial, como psicológica y en algunos casos hasta física y otros más de carácter institucional, como ocurre cuando acuden a las pláticas sin todos los miembros de la familia o con retraso, enfrentando regaños y malos tratos por parte del personal operativo del Programa, como relatamos más arriba.

El Programa pretende incorporar una perspectiva de género, así lo establece de manera discursiva señalando como acciones afirmativas para la igualdad, la entrega de los apoyos económicos a las mujeres y el otorgamiento de becas diferenciadas en cantidad y monto para las niñas; sin embargo, tales acciones no constituyen elementos de una estrategia integral que permita la deconstrucción de prácticas androcéntricas y patriarcales que permitan verdaderamente el empoderamiento y autonomía de las mujeres, pues el papel tradicional de la mujer es intocado y, por el contrario, se refuerza su papel social como la

responsable del cuidado del hogar y de la crianza de las y los hijos, sin que en ningún momento se planteen estrategias que permitan a la mujer tener herramientas para la autonomía y búsqueda de un proyecto de vida personal. En este sentido, el reforzar los roles tradicionales de la mujer se convierte en una práctica inclusive constituyente de violencia institucional en términos del propio contenido del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia que incluye el derecho a no ser valorada bajo patrones estereotipados.

Asimismo, el Programa, en esta dinámica de no observar las particularidades y los derechos de identidad, omite gravemente tomar medidas para asegurar el respeto y garantía de los derechos fundamentales como el no asegurar que los servicios de salud sean proporcionados en la lengua de la Comunidad, lo que transgrede en cascada otros derechos, pues no existe un mínimo para asegurar una comunicación, ni entendimiento.

Aunado a lo anterior, las mujeres indígenas de Jaltepec no reciben atención médica suficiente ni adecuada, ni es valorada en su contexto cultural, en especial, no se le garantiza el derecho a la salud reproductiva respecto de la atención del parto al no asegurarle el servicio de atención debido. Asimismo, transgrede el derecho de las mujeres indígenas a la salud reproductiva al no considerar en los contenidos de los talleres de autocuidado de la salud la visión indígena ni asegurarse de que sus contenidos tengan pertinencia cultural.

Si bien, debido a que dentro de las acciones que se llevan a cabo dentro del componente de salud del Programa no se incluye la atención de salud, sino únicamente acciones de carácter preventivo como las revisiones y seguimiento de embarazo o padecimientos identificados, o las de educación para la salud, no se encontraron datos que refirieran la práctica de esterilizaciones forzadas a mujeres indígenas, ni en los supuestos que maneja el Programa en general ni en su aplicación que se lleva a cabo en la Comunidad de Jaltepec de Candayoc. Pudieran ocurrir en hospitales de la región a donde son canalizadas las mujeres para atender los partos, sin embargo no se identificaron casos específicos en los que se hubieran aplicado dichas esterilizaciones.

Al parecer, la práctica de las esterilizaciones forzadas fue una acción cotidiana en los centros de atención de salud donde se atendían partos, fue generalizada antes de que se modificara la NOM 005-SSA2-1993, publicada el 30 de mayo de 1994, relativa a la planificación familiar en donde se definió el consentimiento informado y se exige como condición para la aplicación de métodos anticonceptivos permanentes como la oclusión tubaria y la vasectomía. De hecho, durante el desarrollo de la investigación se tuvo información de hechos en los que mujeres indígenas se les aplicó dicha medida definitiva sin su consentimiento cuando tuvieron a sus hijos que ahora tienen entre 17 y 20 años. Pero no se detectaron casos en fechas recientes ni vinculadas con la aplicación del Programa Oportunidades.

Lo que ocurre es que las políticas en materia de planificación familiar no dependen tanto de la *Ley de General de Salud* ni de las políticas de atención de salud a los pueblos indígenas, y mucho menos de un diseño de políticas con perspectiva de derechos colectivos y de derechos de las mujeres indígenas, sino de las políticas poblacionales en curso, emitidas por el Consejo Nacional de Población, las cuales no fueron materia de análisis dentro de la presente investigación. Lo que sí puede decirse es que su atención rebasa los lineamientos de aplicación del Programa Oportunidades y si se busca conocer las dinámicas en que actualmente se están dando las esterilizaciones forzadas, habría que profundizar en las políticas poblacionales, en las políticas de salud y en las prácticas e inercias de quienes las aplican.

Resalta asimismo el hecho que algunos de los hallazgos relativos a la ausencia de perspectiva indígena y género han sido también encontrados en diversas evaluaciones e investigaciones realizadas al Programa años atrás, sin embargo, a 13 años de su existencia siguen sin tomarse las medidas que garanticen los derechos de las personas que reciben los beneficios del Programa.

Si bien existen algunas disposiciones legales en la *Ley General de Salud* a partir de la reforma de 2006 en materia de pueblos indígenas, e intentos como la propuesta de *Atención de salud a los Pueblos indígenas*, que si bien afirman incorporar una visión multicultural, de género y de derechos, su implementación es sumamente limitada al aplicarse

únicamente a las comunidades de mayor retraso de los estados de Chiapas, Guerrero y Tabasco, sin que ello impacte de manera alguna a la implementación del Programa Oportunidades, ya que sólo se ve involucrado en la reproducción de los materiales para los 18 talleres que se plantearon llevar a cabo entre 2006 y 2012.

Todo lo anteriormente dicho, constituye discriminación hacia las mujeres indígenas, ya que se trata de desventajas, molestias y, en ocasiones, hasta tratos crueles e inhumanos o degradantes que viven y enfrentan por ser indígenas y por ser mujeres. El Programa les ha provocado mayores cargas que a los hombres de la Comunidad, e incluso formas de violencia adicionales a las que ya de por sí enfrentan.

VIII

RECOMENDACIONES

A fin de aproximarse a lograr que las políticas y programas gubernamentales que se aplican a pueblos indígenas que involucran la salud de la comunidad y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, respeten los derechos de las mujeres y pueblos indígenas, se propone lo siguiente:

En general

1. Atender las recomendaciones de la Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales realizada en 2008 por el CIESAS, en materia de aplicación del Programa a pueblos indígenas.
2. Establecer acuerdos entre la Coordinación del Programa Oportunidades y las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas que lo requieran, para adecuar la operación del Programa, a su cultura, tradiciones y formas de organización.
3. Eliminar campos de decisión discrecional al personal operativo sobre la aplicación de sanciones, y establecer criterios y normativas de acuerdo a los derechos individuales y colectivos de las mujeres y pueblos indígenas.

En materia de capacitación

4. Impulsar acciones de capacitación en materia de derechos sexuales y reproductivos, con diferentes modalidades como parte de un solo programa, entre ellas, la dirigida sólo a mujeres, la dirigida a mujeres con sus parejas, la dirigida a adolescentes y la dirigida a jóvenes.

Asegurar en dichos programas que la capacitación sea bilingüe, a fin de que tanto quienes hablan lengua materna como quienes la han perdido o no han tenido oportunidad de aprenderla, puedan comprender los contenidos del mismo.

5. Abordar los diferentes contenidos desde las tres visiones: de derechos, de género e indígena.

Sobre normatividad y servicios de salud reproductiva

6. Revisar la normatividad en materia de salud, incluyendo las normas oficiales mexicanas y armonizar su contenido desde las perspectivas de derechos, género y étnica.
7. Respecto del derecho de participación de los pueblos indígenas, revisar la propuesta de Atención de la salud de los pueblos indígenas a fin de armonizarla con las tres perspectivas antes mencionadas, y aplicarla de manera general a todas las comunidades indígenas.
8. Adaptación, adecuación o implementación de las diferentes unidades médicas en las comunidades indígenas, dotándolas del personal capacitado en las tres perspectivas.

Sobre normatividad y aplicación del Programa Oportunidades

9. Modificar las Reglas de operación incorporándoles las tres perspectivas y estableciendo normas y mecanismos de control de su aplicación, incluyendo manuales de procedimientos basados en dichas perspectivas.
10. Revisar el diseño y operación del Programa, a fin de que respete la autonomía de los Pueblos indígenas, tomando en cuenta la cultura y forma de vida, instituciones y organización tradicional de las comunidades indígenas, incluyendo su sistema de cargos y eventos significativos.
11. Separar la aplicación del componente de salud del Programa, de la operación regular de las unidades de salud, garantizando a las mujeres indígenas y sus familias, el acceso universal y gratuito al derecho a la salud y a la salud reproductiva.

12. Considerar la realidad de violencia contra la mujer que se vive en muchas familias, evitar incentivarla y contribuir a su erradicación, incluyéndola como una causa justificada de ausencia del esposo o pareja violentos o renuentes a participar en el cumplimiento de las corresponsabilidades.

IX

BIBLIOGRAFÍA

ALMEIDA, Celia, *Bienestar y Política Social*, Río de Janeiro, Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arauca, vol. 2, 2010. Disponible en http://bienestar.ciss.org.mx/pdf/es/2006/vol_2_num_1_6_06_es.pdf. Última consulta mayo de 2010.

ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU, *Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la Ley*. Adoptado mediante resolución 34/169, de 17 de diciembre de 1979.

Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente de Médicos, en la Protección de las Personas Presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Adoptados mediante resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

BAREIRO, Line, *Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales*, IIDH-UNFPA, Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos, San José, 2003.

BOLÍVAR, Ligia, “The Fundamentalism of Dignity”, *A Human Rights Message*, Swedish Institute, Stockholm, Ministry of Foreign Affairs of Sweden, 1998, pp. 29-30, citado por University of Minnesota, Circle of Rights. Economic, Social & Cultural Rights Activism: A Training Resource, module 1, 2008. Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/IHRIP/circle/toc.htm>

- BONAPARTE, Héctor, Susana CHIAROTTI e Hilda HABICHAYN, *Derechos Humanos de las Mujeres. Manual para Mujeres y Varones*, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, Argentina, 2005.
- CABRERA MÁRQUEZ, Felipa Leticia, *El estudio de personalidad aplicado a mujeres privadas de libertad, a la luz de los estándares en materia de debido proceso con perspectiva de género. Una aproximación desde el modelo penal garantista*, Xalapa, Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2008.
- CAREAGA PÉREZ, Gloria, “Género y Salud Reproductiva”, en ORTEGA CANTO, Judith, *Libro de Memorias: Seminario sobre Salud Reproductiva y Participación Social, Género, Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán, 2000, pp. 13-14. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=YD121P3oZugC&pg=PA14&dq=La+perspectiva+de+g%C3%A9nero+desde+la+cosmovisi%C3%B3n+ind%C3%ADgena&lr=&cd=8#v=onepage&q=La%20perspectiva%20de-%20g%C3%A9nero%20desde%20la%20cosmovisi%C3%B3n%20ind%C3%ADgena&f=false>
- CASTAÑEDA, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y Derechos humanos*, Manual de Contenidos, IIDH, San José, 2006. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/PaginaExterna.aspx?url=/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD_1823872799/CI_Salud_Indigena.PDF
- CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Los Derechos Reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, 2002. Disponible en <http://www.reproductiverights.org>
- Los Derechos Reproductivos a la Vanguardia. Una herramienta para la reforma legal*, Nueva York, 2008. Disponible en http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_br_spanish_gaining_ground_2008_0.pdf
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención*

en zonas rurales, México, 2008. Disponible en http://evaluacion.opportunidades.gob.mx:8010/441c7c1a3d30adf64e0e724174a9d527/impacto/2008/Economia_Local_2008.pdf

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II, doc. 69, 7 de junio 2010. Original: Español. Disponible en: <http://cidh.org/women/SaludMaternaINDICE.htm> . Última consulta: agosto de 2010.

Acceso a la Justicia para las Mujeres víctimas de violencia en las Américas, Washington, 2007.

Las Mujeres Frente a la Violencia y Discriminación Derivadas del Conflicto Armado en Colombia, OEA/SER.L/VIII, doc. 67, 18 de octubre de 2006, párr. 102.

COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS DE LA ONU, Observación General No. 19, 13º Período de Sesiones, 04/02/94.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Caso Saramaka. vs. Surinam*, sentencia de 28 de noviembre de 2007, serie C, núm. 172.

Caso de las Niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana, sentencia de 8 de septiembre de 2005, serie C, núm. 130.

Caso Villagrán Morales vs. Guatemala, sentencia de 19 de noviembre de 1999.

CORTÉS, Fernando, Agustín ESCOBAR y Mercedes GONZÁLEZ DE LA ROCHA, *Método científico y política social: A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*, México, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, 2008.

DE LAS CASAS, Mónica (comp.), *Sexualidad y Reproducción en los sistemas Universal e Interamericano de Derechos Humanos*, Lima, CLADEM, 2000. Disponible en: <http://www.convencion.org.uy/menu2-001.htm>

DALTON, Margarita, *Políticas dirigidas a las mujeres y mujeres políticas: El espacio de transición hacia la democracia*, Oaxaca, Centro de Investigación

y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Istmo, (s/f). Disponible en: <http://catedradh.unesco.unam.mx/generoyequidad/memoria/12.pdf>

ENLACE CONTINENTAL DE MUJERES INDÍGENAS, CLÍNICA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD DE QUÉBEC EN MONTREAL, DERECHOS Y DEMOCRACIA, *Mujeres Indígenas de las Américas: Una doble discriminación*, Washington, 2006. Disponible en <http://www.ichrdd.ca/site/publications/index.php?id=2949&lang=fr&subsection=catalogue>

ESPINOSA, Guadalupe, “La participación en la actividad económica de las mujeres del Programa Oportunidades y su relación con la corresponsabilidad de éste y otros programas sociales”, en LÓPEZ, María de la Paz y Vania SALLES, *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México, Oportunidades/Unifem/El Colegio de México, 2006, pp 131-155.

FACIO, Alda, “La perspectiva de Género, Mujeres jóvenes y derechos humanos”, *Manual de capacitación en derechos humanos de las mujeres jóvenes y la aplicación de la CEDAW*, Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDCLAC) y Programa Mujer, Justicia y Género (ILANUD), Buenos Aires, 2003.

FERRAJOLI, Luigi, *Derechos y Garantías. La Ley del más Débil*, Madrid, Trotta, 2002.

FIGUEROA Perea y Claudio STERN, *Encuentros y desencuentros en la Salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, México, El Colegio de México, 2001.

GARRETÓN, Roberto, “Derechos Humanos y Políticas Públicas”, *Políticas Públicas en Derechos Humanos en el MERCOSUR*, Córdoba, 2004. Disponible en: http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/derechos_humanos_y_politicas_publicas_1.php. Última consulta: mayo de 2010.

GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes, Alejandro AGUDO SANCHÍZ *et al*, *Procesos domésticos y vulnerabilidad: perspectivas antropológicas de los*

- bogares con Oportunidades*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2006.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad, *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México, Memoria del seminario de investigación*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 2003.
- GÓMEZ HERMOSILLO, Rogelio, “Prólogo”, en COHEN, Ernesto y Rolando FRANCO (coords.), *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*, México, Secretaría de Desarrollo Social-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2006, pp. 9-17.
- HERNÁNDEZ FRANCO, Daniel, *Historia de oportunidades; inicio y cambios del programa*, México, Fondo de Cultura Económica, 2009.
- HEVIA DE LA JARA, Felipe, “De progresa a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox”, *Revista Sociológica*, año 24, núm. 70, mayo-agosto de 2009, pp. 43-81. Disponible en: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7003.pdf>
- El Programa Oportunidades y la Construcción de ciudadanía. Ejercicio y Protección de Derechos en un Programa de Transferencias condicionadas en México*, tesis para optar al grado de Doctor en Antropología, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2007.
- KRAEMER BAYER, Gabriela, et al, *Autonomía indígena Región mixe: relaciones de poder y cultura política*, México, Universidad Autónoma de Chapingo / Plaza y Valdés, 2003. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=oyiAgcsk8vgC&pg=PA13&dq=Sofia+Robles&lr=&cd=8#v=onepage&q=Sofia%20Robles&f=false>
- LAGARDE, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madres-esposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM, 2003.
- LAMAS, Marta, *Usos dificultades y posibilidades de la categoría de género*, s/f. Disponible en: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/USOSCATEGORIAGENERO-MARTA%20LAMAS.pdf>
Última consulta: mayo de 2010.

- LERNER, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, México, El Colegio de México, 2008.
- LÓPEZ, María de la Paz y Vania SALLES, *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México, Oportunidades / Unifem / El Colegio de México, 2006.
- MALDONADO, Ignacio, Maribel NÁJERA *et al*, “Efectos del Programa Oportunidades en las relaciones de pareja y familiares”, en LÓPEZ, María de la Paz y Vania SALLES, *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México, Oportunidades/Unifem/El Colegio de México, 2006, pp 95- 128.
- MÉNDEZ, Lorenzo *et al*, *Perspectiva de género desde la cosmovisión indígena. Investigación realizada en comunidades indígenas de Chiapas y Oaxaca*, en proyectos apoyados por Pan para el Mundo en México, México, Brot für die Welt (Pan para el Mundo) y Xilotl, Servicios Comunitarios, S. C., noviembre 2002 / julio 2003.
- MENY, Yves y Jean Claude Thoenig, citados por ALMEIDA, Celia, “Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas”, *Revista Bienestar y Política Social*, Río de Janeiro, Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arauca, vol. 2, 2010. Disponible en: http://bienestar.ciss.org.mx/pdf/es/2006/vol_2_num_1_6_06_es.pdf . Última consulta el 3 de mayo de 2010.
- ONTIVEROS RUÍZ, G., *La política social en México 1988–1994: El programa nacional de solidaridad*, 2005. Edición a texto completo en: <http://www.eumed.net/libros/2005/gor/>
- ORTIGOSA, Lucero, Alonso EUSEBIO e Hildeberto DÍAZ, *Monografía de Jaltepec de Candayoc, Mixe*. Inédito, 2010.
- PAGE PLIEGO, Jaime Tomás, *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*, Universidad Autónoma de Chiapas / Instituto de Estudios Indígenas / Universidad Nacional

Autónoma de México, 2002. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=2oZr89yL6nAC&pg=PA55&dq=%22Pan+para+el+mundo%22&lr=&cd=114#v=onepage&q=%22Pan%20para%20el%20mundo%22&f=false>

PINEDA RUIZ, Siboney, “La mujer indígena: ante la pobreza”, *Espacio Abierto*, vol. 11, núm. 2, abril-junio 2002, pp. 251-264. Disponible en: <http://onvergenia.uaemex.mx/rev28/28pdf/PINEDA6.pdf>

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, “Diversidad Étnico-Cultural; La Ciudadanía en un Estado Plural”*, Guatemala, 2005.

RED LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE JÓVENES POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (REDCLAC) Y PROGRAMA MUJER, JUSTICIA Y GÉNERO (ILANUD), *Manual de capacitación en derechos humanos de las mujeres jóvenes y la aplicación de la CEDAW*, Buenos Aires, 2003.

RIVERA, Leonor, Bernardo HERNÁNDEZ *et al*, “Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema y la incorporación al Programa Oportunidades”, en LÓPEZ, María de la Paz y Vania SALLES, *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México, Oportunidades/Unifem/El Colegio de México, 2006, pp. 69-93.

RODRÍGUEZ, Cecilia, *Las mujeres en el Programa progresas-Oportunidades: una aproximación al estado del arte*, México, El Colegio de México/Unifem/Programa Oportunidades, 2005.

RUVALCABA, Rosa María, “El ingreso en los hogares rurales pobres y los beneficios monetarios del Programa Oportunidades vistos desde una perspectiva socioespacial de género: la jefatura económica femenina en Guanajuato”, en LÓPEZ, María de la Paz y Vania SALLES, *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México, Oportunidades/Unifem/El Colegio de México, 2006, pp. 19-45.

- SESIA, Paola, “El progreso y su impacto en las familias de comunidades indígenas de Oaxaca”, en GONZÁLEZ MONTES, Soledad, *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México, Memoria del seminario de investigación*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 2003, pp 90-109.
- TEPICHIN VALLE, Ana María, *Equidad de género y pobreza: autonomía en beneficiarias del Programa Oportunidades: estudio de caso*, Instituto de Desarrollo Social del Distrito Federal, Luna Quintana, 2005.
- VILLAREAL, Guadalupe, *Diagnóstico educativo del Programa Oportunidades y su impacto en el abatimiento de desigualdades educativas en comunidades rurales y semi-urbanas en Nuevo León y Chiapas*, México, 2007.
- ZOLLA, Carlos y Ana María CARRILLO, “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, en FIGUEROA, Juan G. (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, 1998.
- ZOLLA, Carlos, *La Salud de los Pueblos Indígenas*. ppt, México, 2007. Disponible en: [http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Derecho/CONSULTA/Salud/LA%20SALUD%20DE%20LOS%20PUEBLOS%20INDIGENAS-DEFINITIVO\(1\).pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Derecho/CONSULTA/Salud/LA%20SALUD%20DE%20LOS%20PUEBLOS%20INDIGENAS-DEFINITIVO(1).pdf)

Tratados internacionales

- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará).
- Convenio sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre
- Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993

Declaración de la Convención de Derechos Humanos de Teherán
1968

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los
Pueblos Indígenas

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra, relacionado
a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados
Internacionales

Legislación mexicana y documentos oficiales

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley General de Desarrollo Social

Ley General de Salud

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Secretaría de Desarrollo Social

Acuerdo por el que se da a conocer el monto asignado y la distribución de la población objetivo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2010. Disponible en: http://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5133363&fecha=26/02/2010

Proyecto de Apoyo para el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Evaluación social y Plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena. Versión preliminar 07 marzo 2010. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_archivos/Plan_indigena_corregido_version_preliminar_final_200209.doc

Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2010. Publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2009.

Lineamientos Operativos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2010. Aprobados por el Comité Técnico de la Coordinación Nacional en la 52° sesión ordinaria llevada a cabo el 17 de diciembre de 2009.

Secretaría de Salud

Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Programa_ASPI_Nov.pdf

Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Politica_Atencixn_Pueblos_Indigenas.pdf . Última consulta: septiembre de 2010.

Programa de acción de Salud reproductiva. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf . Última consulta: agosto de 2010.

Oficio núm. DGPLADES/01/786/10 de fecha 12 de agosto de 2010, emitido por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

Norma Oficial mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Norma Oficial Mexicana nom-178-ssa1-1998 DOF 29 de octubre de 1999.

Metodología para la Medición multidimensional de la pobreza en México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, diciembre 2009. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/med_pobreza/6793.pdf . Última consulta: mayo de 2010.

Decreto presidencial por el que se reforma el diverso por el que se crea la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la federación el 18 de agosto de 1997.

Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2010, emitidas por la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades y publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2009. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

Programa Sectorial de Educación 2007-2012.

Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Manual de Operaciones del Banco Mundial. Políticas operacionales. Julio 2005 OP 4.10

Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social. Publicados en el Diario Oficial de la Federación del 11 de abril de 2008

Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2010.

El Programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México, de CARMEN HERRERA Y JULIA SUÁREZ, se terminó de imprimir el 22 de agosto de 2011 en NAVARRO Editores, Coyoacán, México, D.F., e-mail: navarro.editores@gmail.com. La edición consta de 500 ejemplares. Para su composición se utilizó el tipo Garamond de 8, 9, 10, 11, 12 y 13. La impresión estuvo al cuidado de Jorge Navarro y la edición general a cargo de Mina Alejandra Navarro.

