

Género y Salud *en Cifras*

Vol. 3 no. 1

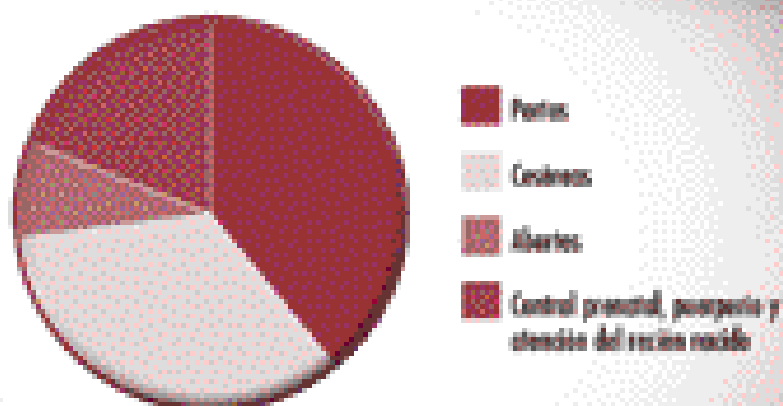
Enero - Abril 2005



CONTENIDO

- Presentación** 2
Rafael Lozano Ascencio
- La epidemia de cesáreas en México:
el uso excesivo de tecnologías como
un problema de calidad de la atención** 4
Karla Berdichevsky, Ana Langer
- Gasto público nacional en atención
materno infantil durante 2003:
algunos resultados preliminares** 7
Leticia Ávila-Burgos, Lucero Cahuana-Hurtado, Ricardo Pérez-Núñez
- Condiciones de trabajo y salud durante
el embarazo en mujeres derechohabientes
del Instituto Mexicano del Seguro Social** 10
Laura del Pilar Torres Arreola, Juan Pablo Villa Barragán,
Doris G. Vélez Sánchez
- Pérdidas perinatales.
Impacto emocional en las mujeres** 19
Teresa Lartigue-Becerra, Itzel González, Yasmín Domínguez
- El empoderamiento de las mujeres:
una estrategia para la mejora
de su salud reproductiva** 25
Paki Venegas

Distribución del gasto en salud materna infantil, México, 2003



Fuente: Sistema de Cuentas en Salud Reproductiva, 2004



Secretaría de Salud
Boletín Género y Salud
en Cifras

Directorio

Secretario de Salud
Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo
Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Dr. Rafael Lozano Ascencio
Dra. Ana Langer Glas

Comité Editorial
Dr. Héctor Avila Rosas
Dr. Mario Bronfman Pertzovsky
Dr. Roberto Castro Pérez
Dra. Sonia Fernández Cantón
Dr. Héctor Gómez Dantés
Dr. Benno de Keijzer Fokker
Mtra. Ma. de la Paz López Barajas
Mtra. Ma. Isabel Monterrubio Gómez
Dr. Gustavo Olaiz Fernández
Dra. Laura Pedrosa Islas
Dra. Blanca Rico Galindo
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Ivonne Szasz Pianta
Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez
Lic. Elena Zúñiga Herrera

Editor
Alonso Restrepo

Secretaria técnica
Mtra. Magda Luz Atrian Salazar

Publicación cuatrimestral.
Editada y distribuida por
el Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud
Reproductiva y la Dirección
General de Información
en Salud.

Los materiales publicados
son responsabilidad de sus autores.

Comentarios y correspondencia
escribir a mlatrian@salud.gob.mx
Guadalajara 47, piso 7
Col. Roma C. P. 06700
México, D. F.

Presentación

Hace dos años que el primer número del boletín Género y Salud en Cifras fue publicado. Desde entonces, deslindes conceptuales, evidencias empíricas y posturas diversas sobre equidad de género y salud han llenado las páginas del boletín, con el fin último de “presentar la información cuantitativa relevante, para comprender el impacto que las diferencias biológicas y de género tienen sobre la salud de la población, y brindar elementos científicos, claros y convincentes que sirvan como base para lograr que las políticas y programas de salud desarrollen estrategias que tomen en cuenta esas diferencias”.¹

Por el público tan diverso al cual está dirigido –comunidad biomédica, trabajadores de la salud, organizaciones e instituciones civiles y académicas, medios de comunicación y a todo interesado en el tema- se pretende que el boletín constituya un puente entre investigadores, académicos, tomadores de decisiones y la sociedad en su conjunto, la cual no es ajena a las diferencias de género en el proceso salud-enfermedad, ni a las consecuencias que acarrea ser hombre o ser mujer cuando se busca atención a la salud, o un trabajo.

En este número se abordan diversos aspectos de la salud reproductiva de las mujeres. Se sabe que es un concepto con acepciones diversas, quizá debido a su construcción histórica, ligada a las relaciones entre el crecimiento poblacional y el desarrollo social. Hay quienes lo limitan a la anticoncepción y a la morbilidad y la mortalidad materno infantil, hasta quienes destacan los derechos de las personas y las condiciones sociales para ejercerlos.² En nuestro país, dicho concepto está operacionalizado en la práctica de los diversos programas que se encargan de atender la salud del binomio madre-hijo.

El trabajo de Karla Berdichevsky y Ana Langer, “La epidemia de cesáreas en México: el uso excesivo de tecnologías como un problema de calidad de la atención”, señala la tendencia creciente del número de nacimientos mediante tal procedimiento en América Latina y Asia. Las autoras destacan que el uso excesivo e innecesario de la cesárea conlleva un aumento de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Comentan sobre los factores que contribuyen a la epidemia de cesáreas en México, así como el modesto impacto de intervenciones encaminadas a reducir las tasas actuales, y sugieren un enfoque integral y un abordaje simultáneo de los aspectos médicos y socioculturales para enfrentar esta epidemia.

En el “Gasto público nacional en atención materno infantil durante 2003: algunos resultados preliminares”, Leticia Ávila Burgos y colaboradores nos brindan una introducción sobre las Cuentas en Salud Reproductiva que se llevaron a cabo en 2003 y presentan resultados preliminares sobre las actividades de atención materno infantil. La aplicación de la metodología de Cuentas Nacionales en Salud, de la Organización Mundial de la Salud, les permitió aproximarse al gasto en salud y a la forma

en cómo éste se distribuye, documentando así la primera experiencia en nuestro país que permitirá el descenso de las Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal hasta los programas y acciones específicas.

Afirmando que la incorporación de la mujer al trabajo se da en situaciones de desventaja en relación con los hombres, Laura del Pilar Torres Arreola y colaboradores en su “Condiciones de trabajo y salud durante el embarazo en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social” comparan las características sociodemográficas, reproductivas y de atención prenatal entre las mujeres que realizan trabajo extradoméstico *versus* trabajo doméstico. Entre las participantes en este estudio las que se quedan en el hogar tuvieron una mayor posibilidad de presentar alteraciones musculoesqueléticas, comparadas con las que trabajan fuera de casa; asimismo, la carga doméstica y el cuidado de los hijos les generaron una carga física y mental importante.

La mortalidad perinatal es uno de los indicadores más sensibles a los problemas de calidad de la atención en los servicios de obstetricia y neonatología.³ Con el objetivo de sensibilizar al personal de salud sobre el impacto emocional que produce una pérdida perinatal, contextualizada en la magnitud de las defunciones perinatales en México, entre 1980 y 2002, en el trabajo “Pérdidas perinatales. Impacto emocional en las mujeres”, Teresa Lartigue Becerra y colaboradoras revisan los procesos psíquicos implicados en tal pérdida, las manifestaciones más frecuentes del proceso de duelo, y algunas consecuencias de una pérdida perinatal, desde la teoría psicoanalítica; del análisis de diversas investigaciones hechas entre 1997 y 2002, en el Departamento de Epidemiología Reproductiva, del Instituto Nacional de Perinatología, concluyen que la incidencia de pérdidas perinatales es muy alta en mujeres con embarazos de alto riesgo y recomiendan se indague en la primera consulta ginecoobstétrica si la mujer ha tenido alguna pérdida de ese tipo, se modifiquen prácticas hospitalarias relacionadas con muertes en esta etapa, y se capacite al personal de salud para efectuar una intervención en crisis inmediatamente después de la pérdida perinatal.

En “El empoderamiento de las mujeres: una estrategia para la mejora de su salud reproductiva”, Paki Venegas ofrece un panorama general del enfoque de salud reproductiva, debido a la multiplicidad de posturas frente al concepto, y de la estrategia empoderamiento -también un término controvertido-, señalando los tipos y dimensiones de poder que hay, el papel que tienen las organizaciones civiles y gubernamentales en este proceso y una posible metodología de aplicación práctica dentro de las políticas de salud reproductiva.

En este nuevo volumen, como en los anteriores, seguimos empeñados en este ejercicio de divulgación de información en salud con enfoque de género.

Rafael Lozano Ascencio

Referencias

- ¹ Frenk-Mora J. Presentación. Gen Salud Cifras 2003;1(1):1-2
- ² Szasz I. Sexualidad y salud reproductiva. Necesidades y derechos de la población. DemoS 1995;8:27-29.
- ³ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Muertes perinatales. Bol Med Hosp Infant Mex 2004;61(Sept-Oct):442-455.

La epidemia de cesáreas en México: el uso excesivo de tecnologías como un problema de calidad de la atención

Karla Berdichevsky,¹ Ana Langer¹

Population Council. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. México, DF, México.



Las cifras de nacimientos por cesárea muestran niveles distintos según la región del mundo de que se trate. Mientras en la mayoría de los países africanos las bajas tasas de cesáreas señalan la falta de acceso a la atención obstétrica, en regiones como América Latina y Asia¹ el excesivo número de nacimientos por este procedimiento constituye una verdadera epidemia, tanto por sus niveles como por la tendencia hacia un continuo crecimiento.

Si bien las cesáreas indicadas correctamente pueden salvar la vida de mujeres, fetos y recién nacidos, su uso excesivo e innecesario se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. Un estudio realizado en el Reino Unido encontró que la mortalidad materna posterior a una cesárea electiva (aquella que no se indica por una emergencia) fue casi tres veces mayor que la ocurrida después de un parto vaginal.² Algunos de los riesgos que un recién nacido menor a 39 semanas puede enfrentar después de una cesárea electiva son las complicaciones respiratorias, la prematurez provocada médicamente, la laceración del feto durante el procedimiento quirúrgico y los problemas metabólicos.³ Por otra parte, la lactancia materna que se inicia inmediatamente

después de un nacimiento por vía vaginal se retrasa en el caso de una cesárea, y las probabilidades de que no sea exitosa también se incrementan.

Además de los riesgos para la salud, las cesáreas innecesarias implican un costo injustificado para las mujeres y los sistemas sanitarios.

En la región de América Latina, México tiene una de las más elevadas proporciones de nacimientos por cesárea. Según un análisis reciente sobre las características de esta epidemia, durante los últimos diez años las tasas de cesáreas han permanecido muy por encima del límite de 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con una tendencia de crecimiento constante.⁴ La misma publicación destaca la heterogeneidad de los porcentajes de cesáreas que se practican en las diferentes instituciones públicas de salud, que van desde 18% en el Programa IMSS-Oportunidades, hasta 50% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el ámbito nacional, las cesáreas que se practicaron en el sector privado durante 1999 llegaron a un promedio de 53%,⁴ mientras que unos años después,

en entidades como el Distrito Federal, Nuevo León y Tamaulipas los registros alcanzaron cifras alarmantes de hasta 70% del total de nacimientos.⁵ Se estima que en todo el país solamente durante 1999 se realizaron más de 360 000 cesáreas innecesarias.⁴

Los intentos por controlar la epidemia de cesáreas se han centrado en el análisis de sus determinantes; entre los identificados más claramente se encuentran:

- Los intereses económicos, dado que el cobro de una cesárea por parte de médicos y hospitales es superior al que representa la atención de un parto vaginal. Esta hipótesis se refuerza por la observación acerca de que las tasas más altas de cesáreas ocurren en instituciones privadas.⁶

- El interés de los médicos en entrenamiento, que quieren practicar especialmente sus habilidades quirúrgicas para aplicarlas cuando llegue el momento de ejercer privadamente su profesión.

- La elevada proporción de nacimientos atendidos por especialistas que tienden a “medicalizar” la atención de eventos fisiológicos como el parto.

- La “comodidad” de una cesárea, que es mucho más breve, y que en una alta proporción de los casos se puede programar en horarios más convenientes para el médico y la embarazada.

- El miedo a las consecuencias de una demanda por mala práctica médica que promueve la realización de una cesárea ante la más mínima sospecha de una complicación.

- La percepción de la cesárea como una forma de nacimiento que es propia de mujeres de nivel socioeconómico alto, urbanas y, por lo tanto, un modo más “deseable” de dar a luz. En Brasil, por ejemplo, un estudio cualitativo ilustra sobre cómo el nacimiento por cesárea es visto como una atención de mejor calidad que el parto vaginal y reservado para mujeres de mayor nivel socioeconómico.⁷ En México se observa también que gran

parte de la demanda es creada por los obstetras, quienes ofrecen las cesáreas a los grupos socioeconómicos privilegiados como una forma “normal” del parto, sin que medie una indicación médica clara. Tal percepción se extiende a los grupos sociales con menos recursos, en los cuales las mujeres asumen que ese tipo de nacimiento es la mejor opción.⁸

- La atención del trabajo de parto medicalizada, impersonal y con una calidad humana y de manejo del dolor deficientes, contribuye a que las embarazadas prefieran un procedimiento rápido como la cesárea.

- El papel de algunas compañías aseguradoras, que al cubrir los costos de la cesárea y no del parto vaginal inducen tanto al médico como a la embarazada a preferir la primera opción. Según un análisis efectuado en China, el aumento de cesáreas durante tres décadas se explica en gran parte por los esquemas de seguros médicos que favorecen esta práctica sobre el parto vaginal.⁹

A pesar de que desde hace tiempo se ha señalado el crecimiento incontrolable de las cesáreas en México y en muchos otros países, tanto industrializados como en desarrollo, hasta ahora no se han identificado intervenciones efectivas para reducir las tasas actuales y evitar su incremento. Por ejemplo, un estudio mostró que en Brasil la educación de médicos y pacientes sobre los factores de riesgo asociados al tipo de parto fueron insuficientes para reducir las cesáreas.⁷ Un estudio multicéntrico hecho en cinco países de América Latina, que incluyó a México, analizó el impacto de una política que consistía en la obligación de solicitar una segunda opinión médica antes de practicar una cesárea electiva. Desafortunadamente, sólo se logró reducir las cesáreas en 7%.¹⁰ Otras intervenciones con impacto modesto incluyen el apoyo psicosocial a la mujer durante el trabajo de parto, lo cual logra disminuir los nacimientos por cesárea.¹¹

Las anteriores observaciones sugieren la necesidad de un enfoque más amplio e integral que aborde de manera simultánea aspectos médicos y socioculturales. Entre

Referencias

1. Buekens P. Over-medicalization of maternal care in developing countries. En: De Brouwere V, Van Lerberghe W, ed. Safe motherhood strategies: A review of the evidence. Stud Health Serv Organ Policy 2001;17:195-206.
2. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999;354:776.
3. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. N Engl J Med 2003;348:946-950.
4. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública Méx 2004;46:16-22.
5. Gómez-Dantés O. El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). Salud Pública Méx 2004;46:71-74.
6. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 1999;319:1397-1400.
7. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: Informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. BMJ 2002;324:942-947.

los múltiples factores que contribuyen a la epidemia de cesáreas, el papel de las preferencias de las mujeres ha recibido hasta ahora una atención insuficiente. Por ejemplo, procesos complejos que necesitan ser estudiados cuidadosamente incluyen el efecto de las diferencias de poder entre el médico y la paciente en la así llamada “demanda inducida”. En Brasil, por ejemplo, se ha demostrado que gran parte de la demanda de cesáreas por parte de las embarazadas y sus familias está, en realidad, propiciada por los médicos.¹² En México, donde los determinantes son similares a los brasileños, la solicitud materna de una cesárea se ha relacionado con la falta de información de la madre sobre los posibles riesgos que esta cirugía representa para su salud y la del producto y con la falta de participación de las mujeres en las decisiones que afectan a su salud.⁵

El papel que juega el médico en las supuestas decisiones maternas es otro elemento que se está empezando a estudiar en algunos contextos. En ciertos casos, los médicos que creen que el parto vaginal no es la mejor opción para el nacimiento apoyan la cesárea electiva por “decisión materna” basándose en criterios médicos laxos.¹³ Como respuesta a este problema, en países como el Reino Unido se han desarrollado lineamientos que recomiendan que las mujeres embarazadas que exigen una cesárea no la obtengan de manera automática cuando no existan razones médicas que avalen su solicitud.¹⁴ La preferencia materna como único determinante de la forma de dar a luz no se justifica y constituye una falta de responsabilidad del sistema médico.¹⁵

Es importante recordar que las intervenciones que pudieran ser efectivas en un país desarrollado no necesariamente lo serán en países en desarrollo, como es el caso de México. Aquí, seguimos sin conocer el papel que la mujer juega frente a la epidemia de cesáreas. ¿Cuál es el verdadero impacto de sus preferencias sobre la epidemia? ¿es el miedo al trabajo de parto y el nacimiento vaginal un determinante de la “solicitud materna”? ¿qué mujeres mexicanas tienen realmente la posibilidad de decidir sobre el tipo de nacimiento que desean? ¿las mujeres y sus familiares están informados sobre los riesgos y beneficios de los diferentes tipos de nacimiento? ¿cuál es el papel que juega el desequilibrio de poder entre el médico y la paciente?

La investigación sobre los elementos que contribuyen a la epidemia de cesáreas en México ofrece ciertas evidencias que permiten identificar intervenciones para reducir la frecuencia de este procedimiento quirúrgico; sin embargo, se requieren estudios más profundos. Idealmente, los programas que se implanten deberían abordar varios aspectos de forma simultánea y, antes de su aplicación generalizada, habría que evaluarlos en términos de efectividad, costos y aceptabilidad por parte de las usuarias de las instituciones de salud, sus familias y el personal de salud.

8. Castro A. Commentary: Increase in caesarean sections may reflect medical control not women's choice. *BMJ* 1999;319:1397-1402.

9. Cai W-W, Marks JS, Chen CHC, Zhuang Y-X, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *Am J Public Health* 1998;88(5):777-780.

10. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S *et al.* Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2004;363:1934-1940.

11. Walker R, Turnbull BA, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: A review of the evidence. *Birth* 2002;29:28-38.

12. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? *Soc Sci Med* 2000;51:725-740.

13. Paterson-Brown, S. Controversies in management: Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998; 317:462-463.

14. Kmietowicz Z. Nice advises against caesarean section on demand. *BMJ* 2004;328:1031.

15. Amu O, Rajendran S, Bolaji I. Controversies in management: Should doctors perform an elective caesarean section on request? Maternal choice alone should not determine method of delivery. *BMJ* 1998;317:463-465.

Gasto público nacional en atención materno infantil durante 2003: algunos resultados preliminares

Leticia Ávila-Burgos,¹ Lucero Cahuana-Hurtado,¹ Ricardo Pérez-Núñez¹

¹Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Dirección de Economía y Políticas de la Salud. Cuernavaca, Morelos, México.

En México, si bien existe un gran esfuerzo por parte del sector público en llevar a la población detección y atención de la enfermedad y promoción de la salud, existen aún rezagos en el combate de problemas relacionados con la salud reproductiva, como son la mortalidad materna, la mortalidad infantil y las altas tasas de cáncer cérvico uterino y mamario.¹ La persistencia de esta situación exige una revisión sobre qué tan eficiente es el gasto destinado a atender los problemas de la salud reproductiva, si su distribución es equitativa para la población con menores recursos y mayores problemas, y si llega efectivamente a las actividades que se pretende apoyar. La carencia de información sobre estos aspectos impide desarrollar políticas sustentables, expandir la cobertura de los servicios de salud, o mejorar la equidad en la distribución de recursos financieros. Por otra parte, poco se conoce acerca de las variaciones en el gasto en la provisión de servicios de salud en el país, las fuentes, los costos, o de la distribución del gasto, tanto del sector público como del privado, en las entidades federativas. Tampoco existe información del porcentaje del presupuesto en salud destinado a estas actividades, comparado con otros países.

Un modo de aproximarse al gasto en salud, y a la forma en cómo éste se distribuye entre programas y funciones del sistema de salud, es generar un sistema de cuentas nacionales. En México, el Sistema de Cuentas de Salud a Nivel Federal y Estatal² (SICUENTAS) ha permitido identificar montos y flujos financieros para actividades generales del sistema de salud como: rectoría del sistema, vigilancia y control epidemiológico, prestación de servicios a la comunidad, prestación de servicios a la persona, sólo por mencionar unas cuantas categorías. Así, se ha establecido que el gasto en salud del sector público en 2003 fue de 173 361 millones de pesos, lo que representó 2.16% del producto interno bruto (PIB) para dicho año.³ Si bien esta información es clave para conocer cuánto se invierte y qué importancia representa a escala nacional el gasto en salud, la amplitud de las categorías de estudio dificulta la identificación del flujo financiero hacia programas de salud específicos, como los incluidos en la salud reproductiva.

Debido a lo anterior, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva estableció convenio con el Instituto Nacional de Salud Pública para desarrollar las cuentas en salud reproductiva (CuSaRe) para 2003. Éstas tienen el objetivo de estimar el monto de los recursos destinados a la atención del embarazo, parto y puerperio; a la planificación familiar, al cáncer cérvico uterino y al mamario, y a las actividades pro-equidad de género y combate a la violencia. Asimismo, busca determinar quién financia estas actividades, el monto de sus aportaciones y la distribución de este financiamiento entre las entidades federativas. En este aspecto, es la primera experiencia en nuestro país que permitirá el descenso de las cuentas nacionales en salud hasta los programas y las acciones específicas.

El presente artículo brinda una introducción sobre las CuSaRe que se estaban llevando a cabo en 2003. Con fines ilustrativos mostramos resultados preliminares sobre las actividades de atención prenatal, del parto, del puerperio y del niño sano, y de promoción de la salud, las cuales reunimos bajo el rubro de salud materno infantil.

Material y métodos

Las CuSaRe se basan en la metodología de cuentas nacionales en salud,⁴ mediante la cual se construyen matrices (tablas 2 x 2) que combinan diferentes dimensiones de los sistemas de salud, tales como: fuentes de financiamiento (las que proveen los fondos para la salud -las familias, el Estado, las empresas-), agentes financiadores (los que reciben estos fondos -la Secretaría de Salud, los seguros sociales y las organizaciones no gubernamentales, entre otros-), proveedores de salud (los que producen bienes y servicios de salud -hospitales y

centros de atención ambulatoria-) y funciones de salud (las actividades de salud que son financiadas -atención del parto, detección oportuna de enfermedades, o promoción de la salud-). Estas dimensiones son a la vez categorizadas según la clasificación internacional de cuentas nacionales de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, por sus siglas en inglés).⁵ Con el fin de obtener resultados comparables en el ámbito internacional se revisaron experiencias similares publicadas en la literatura sobre el tema.⁶⁻⁹

Para obtener una contabilidad del gasto en salud similar entre instituciones se agruparon las acciones de salud a estudiar bajo cinco grandes rubros: salud materno infantil, planificación familiar, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, equidad de género y violencia. Bajo el primer rubro se incluyeron acciones como la atención prenatal, del puerperio, del recién nacido, del parto, del posaborto y las cesáreas.

Para calcular el gasto del sector público se solicitó información a cuatro de las más importantes instituciones de servicios del sistema de salud: la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Programa IMSS-Oportunidades. Entre la información obtenida destaca el ejercicio del presupuesto ejercido durante 2003, información sobre la adquisición de medicamentos, insumos y material de promoción durante dicho año para las actividades de salud materno infantil, indicadores de producción de servicios y datos de costo generado por las instituciones incluidas en el estudio, o bien, información publicada en la literatura sobre el tema. Toda aquella información financiera que no correspondiera a 2003 fue convertida a pesos de 2003, utilizando índices de precios publicados por el Banco de México.¹⁰

Se construyeron dos tipos de matrices de cuentas nacionales: agentes financiadores por función de salud (cuánto gasta cada agente por diferentes funciones de salud) y proveedor por función de salud (cuánto del gasto por diferente tipo de proveedor –en ámbitos hospitalario y ambulatorio- corresponde a las diferentes actividades de salud). Esta elección se realizó para evitar confusiones respecto a los distintos roles en los cuales las instituciones de salud en el sistema mexicano podrían caer, y para lograr comparabilidad con estudios semejantes de otros países.

Dada la heterogeneidad y disponibilidad de la información referente a gasto y producción, se utilizaron dos métodos para la estimación del gasto. La aproximación vía presupuesto utiliza datos de presupuesto ejercido por tipo de institución y, según el grado de desglose en éste, se pondera este monto con indicadores de producción como los días de estancia hospitalarios, sólo por mencionar uno. El segundo método de estimación fue la aproximación vía costos, mediante la cual se identificaron

indicadores de producción de servicios por programa, así como información de costos unitarios por actividad.

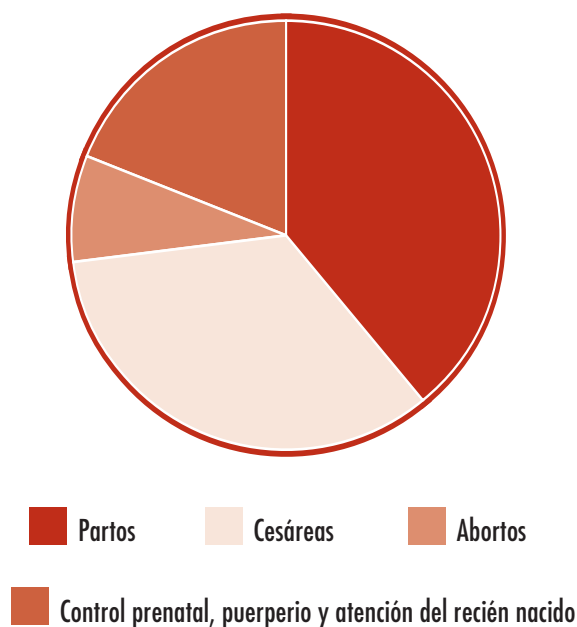
Resultados

En el año 2003 se gastaron \$15 676 millones de pesos en actividades de salud materno infantil. Este gasto representa 9% del presupuesto en salud y cerca de 0.2% del PIB para dicho año. Así, el gasto del sector público en acciones de salud materno infantil fue de \$602 pesos por mujeres en edad fértil (15 a 45 años), y \$150.42 pesos per cápita.

Cerca de 73% del gasto en salud materno infantil se destinó a la atención del parto y de cesáreas, mientras que las actividades de prevención, como la atención prenatal, del puerperio y del recién nacido representaron 20% del gasto (figura 1). Estas cifras se encuentran aún en revisión e incorporación de información de diferentes fuentes.

FIGURA 1

Distribución del gasto en salud materno infantil. México, 2003



Fuente: Sistema de Cuentas en Salud Reproductiva, 2003
Elaboración propia

Otro hallazgo fue una amplia variabilidad en los montos destinados a la salud materno infantil entre instituciones, e incluso entre estados. Sin embargo, aún estamos incorporando y revisando información a escala estatal, por lo que este análisis todavía no se encuentra disponible.

Comentarios finales

La estimación del gasto en programas de salud reproductiva es una tarea compleja debido a la gran variabilidad de

la información disponible entre instituciones, entre los ámbitos nacional y estatal, y aun entre programas. Así, la cantidad de datos disponibles sobre presupuestos ejercidos, producción y costos es mayor para el Programa de Salud Materno Infantil, en comparación con los datos para el de Cáncer Mamario, para el cual son muy escasos. Otra dificultad que se ha tenido que enfrentar es que el contenido de actividades para cada uno de estos programas es diferente en cada una de las instituciones, lo que ha obligado a definir categorías similares a ser incluidas en cada una de las instituciones, tarea que se facilita con la metodología del SICUENTAS.

La información que se genera a partir de este proyecto permitirá identificar el gasto entre programas, y su relación con indicadores de mortalidad materna, infantil, por cáncer cérvico uterino y mamario en

el ámbito estatal. Esto constituirá, sin duda, una herramienta muy útil para que los tomadores de decisiones puedan establecer si se invierten suficientes recursos o no, si se requiere o no de mayores inversiones o si se deben reasignar de manera más eficiente y equitativa los recursos financieros destinados a la salud reproductiva. Se considera que el gasto en salud reproductiva es equitativo si se destinan mayores recursos a aquellas áreas con mayores necesidades de salud.

Por otra parte, el análisis del gasto por mujer en edad fértil permite observar cuánto se destina a brindar servicios a la población objetivo de estos programas; mientras que el análisis del gasto per cápita indica cuál es el monto que la población en general desembolsa vía impuestos y que es destinada para actividades de salud reproductiva.



Referencias

1. Secretaría de Salud. Salud México 2003. México DF: Secretaría de Salud; 2004.
2. Secretaría de Salud. Manual del Sistema de Cuentas a nivel Federal y Estatal de Salud (SICUENTAS). México DF: Dirección General de Información en Salud; 2004. (Primera versión).
3. Secretaría de Salud. Boletín Estadístico; Vol IV 2003. México DF: Dirección General de Información en Salud; 2004. (Documento interno).
4. World Bank, World Health Organization, The United States Agency for International Development. Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. Canada: WHO; 2003.
5. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). A system of health accounts. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/49/51/21160591.pdf>. Último acceso: julio 13, 2004.
6. Rananan-Eliya R, Berman P, Eltigani E., De Silva W, Somanathan A, Sumathiratne V. Expenditures for Reproductive Health Services in Egypt and Sri Lanka. Institute of Policy Studies Occasional Paper 13. Colombo: Institute of Policy Studies; 2000.
7. Partnerships for health reform. Morocco: National Health Accounts 1997/98. Special Initiatives Report No 37. Bethesda, MD: Morocco Ministry of Health / Health Economics Unit. March; 2001.
8. Sharma S, McGreevey W, Kanjilal B, Hotchkiss DR. Reproductive and child health accounts: An application to Rajasthan. Health Policy and Planning; 2002; 17(3):314-321.
9. Susna de M, Dmytraczenko T, Chanfreau C, Kombe G, Fairbank A, Nandakumar AK. Measurement of population expenditures at the subnational level using the National Health Accounts Framework. Bethesda, MD: Abt Associates; 2004.
10. Banco de México. Información Económica y Financiera. Disponible en: <http://www.banxico.gob.mx>. Último acceso: octubre 22, 2004.

Condiciones de trabajo y salud durante el embarazo en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social

Laura del Pilar Torres Arreola,¹ Juan Pablo Villa Barragán,² Doris G. Vélez Sánchez.^{1,3}

Durante los últimos años la participación de la mujer en el trabajo ha ido creciendo y perfeccionándose como resultado no sólo de la necesidad de su desarrollo, y de las necesidades económicas familiares, sino también de una demanda mayor de mano de obra femenina en especial en el sector de servicios, seguida del sector industrial.¹ Sin embargo, esta incorporación de la mujer al trabajo se da en situaciones de desventaja en relación con los hombres, dadas por el tipo de actividad, por el ingreso percibido, la accesibilidad a puestos calificados y a las oportunidades de ascenso y capacitación.² Por lo que entonces esta situación de desventaja relacionada con el contexto laboral (ambiente físico y psicosocial), además de las condiciones en las que se realiza el trabajo doméstico, expone a la mujer a una serie de factores que pueden afectar su salud.

El trabajo en México: área de dominio con enfoque de género

La participación de la mujer en el mercado de trabajo ha aumentado en todo el mundo. Las tasas de participación de las mujeres en los países en desarrollo en la actividad económica son bastante inferiores a las observadas en los países desarrollados, en especial las de las mujeres más pobres y con menores niveles de escolaridad. En 1998, la tasa de participación femenina en América Latina alcanza a 44.7%, en tanto que en Estados Unidos de América (EUA) y Canadá es cercana a 60%.³

México, al igual que otros países de América Latina, está viviendo cambios importantes como resultado de la urbanización y el desarrollo, lo que ha modificado el patrón de salud-enfermedad de la mujer, en el cual, además de las enfermedades crónicas, aparecen la violencia, el estrés y las enfermedades relacionadas con el trabajo.^{4,5}

La fuerte incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha originado cambios sociales y laborales importantes que obligan a incorporar la perspectiva de género en el análisis de las relaciones laborales y, por tanto, de las condiciones de trabajo y salud.

Pese al aumento considerable de la participación de las mujeres en actividades productivas, las condiciones laborales siguen siendo definidas en función de las necesidades del sexo masculino; existe todavía una desigualdad en relación con el tipo de ocupación y la categoría profesional, lo que ha llevado a la segregación horizontal y vertical de la mujer en términos de su desempeño.⁶ Al respecto de la segregación horizontal encontramos cómo las mujeres se ubican más en empleos relacionados con servicios, y menos en los que tienen que ver con la rama de la industria, el transporte y la construcción. La segregación vertical ha originado la concentración de hombres y mujeres en determinadas ocupaciones, lo que ha llevado a ambos hacia una preparación profesional estereotipada que ejerce una fuerte presión en los procesos de selección, formación y promoción en el trabajo.

Los empleadores cada día solicitan con mayor frecuencia mujeres jóvenes y en edad reproductiva, por lo que se observa un incremento en el número de mujeres embarazadas.

El trabajo extradoméstico demanda grados diversos de escolaridad; las mujeres requieren mayor preparación para permanecer adecuadamente calificadas para laborar. El salario recibido es, en muchas ocasiones, la única fuente de ingresos para la subsistencia de la familia; monto que depende del tipo, de las horas y de la calificación en el trabajo. Estas demandas influyen en las complejas relaciones sociales, así como en las

¹ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D F, México.

² Consultor Nacional, Organización Panamericana de la Salud, México.

³ Postgrado de Diseño Industrial. Universidad Nacional Autónoma de México.

Estos resultados son parte del proyecto financiado por CONACYT-SALUD -2001-C01-7296.



decisiones personales, familiares o laborales, como la distribución de las tareas domésticas, la crianza de los hijos, la profesionalización, etcétera, en donde, además, influyen las costumbres y la cultura. Esto quiere decir que la mujer, además de cumplir con las exigencias laborales, debe cumplir con roles tradicionales al interior de la familia.⁷

Ir de la esfera privada a la pública y viceversa, genera tensiones y estrés que no son percibidos como disturbios personales o bien se asumen como inevitables e invisibles. Es decir, que la percepción de las mujeres sobre los factores alrededor de las condiciones del trabajo intra o extradoméstico, y su influencia sobre su salud durante el embarazo, es una relación compleja, difícil de identificar con claridad.

El riesgo derivado de las cargas ambientales laborales y el tiempo de trabajo pueden ser mayores durante el embarazo, lo que afectaría más la salud de la mujer y el resultado del embarazo. Se ha considerado, por tanto, que la mujer durante la gestación debe tener cambios de posición en su jornada laboral o incluso cambios en el puesto específico de trabajo, y/o reducción de su jornada laboral. Sin embargo, algunos estudios revelan que en las mujeres de EUA se incrementó el trabajo de tiempo completo durante el embarazo, de 49.4 a 64.5%.⁸ En países en desarrollo esta información no está documentada.

El trabajo doméstico

Hablar del trabajo doméstico nos lleva directamente al espacio de lo privado, y a pensar en cómo es que se da la relación entre lo privado y lo público, y cómo se

establecen las relaciones de género dentro de ese espacio privado.

El espacio de lo privado tiene que ver con el entorno en el cual se desarrolla el trabajo, en el que no intervienen reglas, ni horarios, sino más bien está limitado a las necesidades de los sujetos que conforman la unidad familiar.

El trabajo doméstico es necesario para la subsistencia de los individuos de cualquier sociedad. Está conformado de tareas de mantenimiento, reposición y reproducción de los individuos y, como cualquier trabajo, implica un “gasto de energía” y requiere por tanto de destrezas para realizarlo. Sin embargo, el trabajo doméstico ha sido desvalorizado, porque es considerado improductivo, femenino y privado.⁹

De ahí que el análisis del trabajo doméstico sea difícil, sobre todo porque estamos hablando del espacio privado de la casa y de la mujer, y en el que no se pueden distinguir regularidades, no hay una forma precisa de discernir herramientas, tiempos, ni los distintos niveles de competencia entre varias amas de casa.

Para Durán, citada por Garduño,⁹ el trabajo doméstico es un trabajo continuo, complejo, porque muchas de las tareas deben realizarse simultáneamente y, por tanto, es heterogéneo. Por lo que reconociendo estas tres características podemos agrupar las tareas del trabajo doméstico en cuatro tipos: a) reproducción, relacionadas con el parto y la lactancia; b) de ejecución, propiamente lo que se entiende por tareas domésticas; c) las de gestión,

como los trámites, pagos, compras etcétera, y d) de socialización y afectivas.

Efecto de las condiciones de trabajo en la salud de la mujer durante el embarazo

Los primeros estudios que se realizaron para evaluar el efecto del trabajo materno -extradoméstico- en la evolución y resultado del embarazo mostraron su influencia como factor de riesgo en ciertas condiciones laborales como el trabajo pesado, la postura predominantemente de pie, el arrastre de cargas o el trabajo en línea de ensamblaje, condiciones que se han relacionado con resultados adversos tanto para la salud física como para la mental de la mujer. Los principales problemas de salud documentados relacionados con el ambiente de trabajo (ventilación, iluminación, ruido, vibraciones) y la estación de trabajo, que se refiere a todo el equipo necesario para el puesto específico de trabajo (computadora, silla, banco, etcétera),¹⁰ se refieren a alteraciones del sistema musculo esquelético, las cuales aparecen de manera lenta y progresiva, como son las lesiones en el cuello y en los brazos, y trastornos de la columna dorsal.^{11,12}

Se ha documentado también la presencia de algunos efectos reproductivos relacionados con el proceso de trabajo y con algunas exposiciones químicas, entre los que se encuentran el aborto y el bajo peso al nacer.¹³ Es importante mencionar que aunque estos efectos no estén directamente relacionados con la salud de la mujer, el aborto o el bajo peso al nacer generan de manera indirecta un daño a la salud de la mujer, sobre todo en el área psicosocial.

El estrés en el trabajo es otro factor que ha sido relacionado con las condiciones de salud-enfermedad de la mujer. La relación entre el ambiente físico y el psicosocial en el trabajo es importante para la salud y el bienestar de la mujer. Entre los factores que se han relacionado con la presencia de problemas de ansiedad y estrés en el trabajo se encuentran el exceso de exigencias psicológicas, es decir, el trabajo rápido o de forma irregular, la falta de control sobre el proceso de trabajo, la falta de apoyo social, éste cuando se tiene que trabajar aislada y sola, las escasas compensaciones en el trabajo, y la doble jornada de trabajo.^{14,15}

En relación con el trabajo doméstico, no hay muchos estudios que nos den información acerca de su efecto sobre la salud; los resultados de algunas aproximaciones nos muestran cómo los problemas de salud que la mujer puede presentar están relacionados con las tareas de ejecución del propio trabajo, y que tienen que ver con el esfuerzo y los riesgos físicos a los que está expuesta dentro del hogar -principalmente el levantamiento de pesos, y el uso de sustancias tóxicas o irritantes que pueden producir daños musculares, esqueléticos y reproductivos, así como intoxicaciones y dermatitis de contacto.¹⁶

El objetivo del presente trabajo es comparar las características sociodemográficas, reproductivas y de atención prenatal entre las mujeres que realizan trabajo extradoméstico vs trabajo doméstico. En aquellas con trabajo fuera del hogar, describir las características de las condiciones de éste. Finalmente, mostrar si existen diferencias relacionadas con la salud por condición de trabajo (doméstico vs extradoméstico).

El estudio de las condiciones de trabajo durante el embarazo

Este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N° 31, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de México, de abril a julio de 2003, periodo en el que se entrevistaron 537 mujeres embarazadas, usuarias de los servicios de consulta externa de medicina familiar, con trabajo remunerado, trabajo doméstico, y ambos.

Se aplicó un cuestionario para obtener las características sociodemográficas, reproductivas, así como las variables relacionadas con el control prenatal, y la presencia de síntomas antes y después del embarazo y, finalmente, información sobre las características de las condiciones del trabajo tanto doméstico como extradoméstico. El cuestionario fue construido a través de un consenso de expertos, en el que participaron una ergónoma, una médica del área de salud ocupacional, un sanitarista, un ginecólogo y una maestra en ciencias en el área de salud reproductiva. El instrumento se aplicó a 20 mujeres embarazadas, con el fin de identificar problemas relacionados con la comprensión de las preguntas, y valorar el tiempo para la aplicación del mismo.

En el trabajo extradoméstico se consideraron las variables relacionadas con el tipo y ramo de actividad, así como las características del ambiente de trabajo y la estación de trabajo.

La caracterización del trabajo doméstico se hizo a través de la identificación de las tareas de ejecución, así como de las condiciones y limitaciones que la mujer encuentra durante la actividad doméstica cotidiana.

Se diseñó un índice, al cual llamamos microergonómico, con el objeto de caracterizar el trabajo doméstico. Este índice se construyó a partir de la integración de las actividades realizadas en casa (lavar, planchar, cocinar, tareas de aseo, lavado de baños, aspirar, lavar la estufa o refrigerador, limpieza de vidrios) por la duración y su frecuencia, así como la ayuda familiar o mecánica con la que se realiza la actividad. El indicador microergonómico se construyó en tres categorías, de acuerdo con la carga física en: carga mínima, media y alta. Para la evaluación de las condiciones de salud se construyeron indicadores a través de los síntomas referidos por sistemas, los que finalmente conformaron los indicadores ocular, auditivo,

genitourinario y musculoesquelético. Cada índice se dicotomizó en daño y no daño.

Resultados

Características sociodemográficas

De las 537 mujeres entrevistadas, 36.5% correspondieron a mujeres con trabajo remunerado (A) y el resto a aquellas con ocupación exclusivamente doméstica (63.5%) (B). La mediana de edad fue de 24 años con un rango de 14 a 40; alrededor de 13% son adolescentes y 37.8% son jóvenes de entre 20 a 24 años de edad (cuadro I) lo que nos muestra que la mayoría de éstas iniciaron su vida reproductiva a edades tempranas.

En relación con la escolaridad de las mujeres, 100% refirieron saber leer y escribir; al preguntar sobre la escolaridad encontramos una mediana de escolaridad de nueve años, con un rango de 0 a 17 para las que no tienen trabajo remunerado (B), en comparación con una mediana de 12 años (rango de 3-17) para las que tienen trabajo remunerado (A).

Entre las mujeres del grupo A se consideró de nivel socioeconómico (NSE) alto a 30.6% y, en el grupo B, solamente a 25.2%. Se clasificaron con NSE bajo del grupo A a 22.9% y del grupo B a 35.2%. En las familias el número de integrantes es en promedio de tres; en general, las condiciones de la vivienda son mejores en las mujeres que trabajan de manera remunerada debido a que cuentan con mejores niveles de construcción, agua potable dentro del predio (7.2% vs 4.5), las viviendas son propias con mayor frecuencia en el grupo A que en el B (50.5 y 47.5%, respectivamente). Cuentan con automóvil casi el doble de familias en el grupo A respecto al B (26.5 y 13.8%, respectivamente) (cuadro I).

El 85.2% de las mujeres del grupo A viven con una pareja y en el grupo B, 97.7%.

Otro elemento importante que cabe resaltar en relación con las condiciones de vida (que se observa son mejores en las mujeres que trabajan) es que en las

CUADRO I

Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas entrevistadas, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003

Característica	Trabajo extradoméstico n = 196		Trabajo doméstico n = 341		p
	Frec.	%	Frec.	%	
Edad (años)					
14-19	17	8.7	52	15.3	0.04
20-34	169	86.2	279	81.8	
≥35	10	5.1	10	2.9	
Estado civil					
Casada	107	54.6	276	81.0	0.00
Unión libre	60	30.6	57	16.7	
Soltera	29	14.8	8	2.3	
Escolaridad (años)	n=196		n=340		
≤ 3	6	1.8	2	15.3	
4-6	46	13.5	19	41.6	
7-9	142	41.8	59	34.9	
10-12	119	35.0	77	7.9	0.00
>12	27	7.9	39	19.9	
Nivel socioeconómico					
Alto	60	30.6	86	25.2	0.01
Medio	91	46.4	135	39.6	
Bajo	45	22.9	120	35.2	
Poseción de bienes					
Casa	99	50.5	162	47.5	
Automóvil	52	26.5	47	13.8	
Lavadora	128	65.3	213	62.5	
Estufa	189	96.4	330	96.8	
Refrigerador	165	84.2	260	76.3	
Computadora	39	19.9	37	10.8	
Televisión	191	97.4	329	96.5	
Jefe o jefa de hogar					
La entrevistada	10	5.1	5	1.5	0.001
La pareja	110	56.7	240	70.4	
Otros familiares	75	38.2	96	28.1	
Escolaridad del esposo o pareja					
Primaria	10	5.1	49	14.4	
Secundaria	80	40.8	161	47.2	
Preparatoria	40	20.4	90	26.4	
Licenciatura	34	17.4	29	3.5	

CUADRO II

Características reproductivas y atención prenatal del embarazo actual, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003					
Característica	Trabajo extradoméstico n = 196		Trabajo doméstico n = 341		p
	Frec.	%	Frec.	%	
Paridad					
1	93	47.4	124	36.3	0.03
2-3	92	46.9	189	55.4	
≥3	11	5.6	28	8.2	
Peso pregestacional	n=192		n=315		
<50	36	18.7	58	18.4	0.78
Control prenatal de embarazo actual					
No	3	1.5	30	8.8	0.001
Trimestre cuando acudió a control prenatal	n=193		n=311		
Primero	138	71.5	195	62.7	0.003
Segundo	47	24.3	74	23.8	
Tercero	8	4.1	42	13.5	

CUADRO III

Tabaco y alcohol en las mujeres entrevistadas, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003					
Característica	Trabajo extradoméstico n = 196		Trabajo doméstico n = 341		p
	Frec.	%	Frec.	%	
Tabaquismo antes del embarazo					
Sí	45	23.0	63	18.7	0.24
Actualmente fuma					
Sí	5	11.1	3	4.7	0.2
Contacto personas que fuman					
Sí	94	47.9	136	39.8	0.06
Consumo de alcohol antes del embarazo					
Sí	24	12.2	37	10.9	0.6
Consumo de alcohol durante el embarazo					
Sí	1	0.51	7	2.05	0.11

que se encuentran unidas el esposo o pareja tiene una mayor escolaridad y 17.4% de ellos refirieron tener estudios de licenciatura.

El 5.1% de las mujeres con trabajo extradoméstico refirió ser jefa de hogar, en comparación con 1.5% de las que son amas de casa, y entre las cuales 70% de los esposos o pareja ejercen el rol de jefe de hogar.

De las mujeres que participaron en el estudio 70% tienen como lugar de nacimiento el Distrito Federal (DF), el Estado de México (9.1%), Jalisco (5.4%), Oaxaca (4.5%) y Puebla (1.9%), lo que da una tasa de movilidad poblacional de 30%. Por otro lado, al explorar el tiempo que tienen viviendo en la Ciudad de México encontramos una mediana de 23 años, con un rango de 1 a 40; al analizar la edad de las mujeres en relación con el tiempo de residencia en la Ciudad observamos que alrededor de 86% de las adolescentes y jóvenes tienen cinco años o menos de residir en el DF, y de ellas 25% tiene un trabajo formal.

Salud reproductiva y control prenatal del embarazo actual

Las mujeres con trabajo extradoméstico son en mayor proporción primigestas (47.4%). Es de notar que una proporción mayor de mujeres que no trabajan no habían acudido a control prenatal antes de la fecha de la entrevista (8.8%), comparadas con las que trabajan fuera del hogar. Asimismo, una proporción mayor de las que trabajan acuden a control prenatal en el primer trimestre del embarazo (71.5 vs 62.7%) y cabe resaltar que más de las que no trabajan fuera del hogar (13.5%) acuden a control prenatal en el tercer trimestre del embarazo (cuadro II).

Tabaco y alcohol

Un mayor número de las que tienen trabajo extradoméstico refirieron antecedente de tabaquismo antes del embarazo, comparadas con el grupo de las que sólo se dedican al hogar (23.0 vs 18.7%). Además, 47.9% de este grupo refirió estar en contacto con personas que fuman, sobre todo en el trabajo. En contraste, el consumo de alcohol aunque

es bajo durante el embarazo parece ser mayor en las que se dedican sólo al trabajo en casa (2.05 vs 0.51%) (cuadro III).

Condiciones del trabajo extradoméstico y doméstico

La mayor proporción de las entrevistadas refirieron ser empleadas (78.6%), seguidas de las obreras (18.9%); una proporción muy baja se dedica al trabajo independiente, ya sea como profesional o como patrona o empresaria (0.5 vs 1.5%). De las empleadas, 44.8% correspondió al ramo de actividad de servicios, seguida por el administrativo (12.3%). Al evaluar las características del ambiente de trabajo se observa que 82% de las mujeres refiere estar en un ambiente físico malo en lo que respecta a la iluminación, ventilación, temperatura y ruido. La iluminación es el aspecto que más se encuentra afectado en los lugares de trabajo, seguido de la ventilación y de la temperatura (cuadro IV).

Al preguntar sobre algunos aspectos relacionados con su situación en el trabajo después del embarazo encontramos que 9.2% refirió haber cambiado de puesto de trabajo. El 25.5% contestó que se encuentra insegura de permanecer en el trabajo; una de las entrevistadas fue despedida cuando la empresa o patrón conoció su estado de embarazo, y tres refirieron que en la empresa no sabían que estaban embarazadas. El 82% refirió no conocer los derechos sobre la maternidad y de las que respondieron sí conocer éstos, el más reportado fue el relacionado con la incapacidad, dotación de leche y atención médica (cuadro IV).

El estrés en el trabajo se encuentra presente en 74% de las entrevistadas.

Al preguntar sobre la razón por la que trabaja fuera del hogar, se observa cómo 73.5% respondió que lo hace para contribuir al ingreso familiar, lo que denota que el trabajo es considerado por la mujer y el núcleo familiar como una actividad complementaria a la ocupación remunerada que desempeña el esposo o pareja. Sólo 13.8 % respondió que lo hace por su desarrollo profesional, y 12.7% porque constituye el único ingreso de la familia.

En relación con las condiciones del trabajo doméstico, se observa que la mayor carga se da con la actividad de cocinar y ésta es mayor en las que se quedan en el hogar; asimismo, el indicador microergonómico doméstico presenta una carga más alta en aquellas con trabajo doméstico (69.2% vs 44.9% con trabajo extradoméstico) (cuadro V).

Condiciones de salud

La evaluación de las condiciones de salud nos muestra cómo las mujeres presentan cambios relacionados con su salud durante el embarazo, en todos los aparatos y sistemas orgánicos. Una mayor proporción de las que tienen trabajo doméstico refieren más síntomas genitourinarios y musculoesqueléticos durante el embarazo; y en relación con los síntomas cardiovasculares, son similares proporcionalmente (cuadro VI).

Al analizar el efecto del trabajo en las condiciones de salud de la mujer, podemos observar que las más jóvenes que se quedan en el hogar tienen una probabilidad mayor de tener alteraciones musculoesqueléticas, comparadas con las que trabajan (*RM*: 4.3, *IC* 95% 1.6-11.4). La presencia de síntomas genitourinarios es mayor para las que refieren tener más de tres hijos y que se quedan en casa, lo que denota que la carga doméstica y el cuidado de los hijos son actividades que les generan una carga física y mental importante (cuadro VII).

Referencias

¹ Todaro R, Rodríguez R. El trabajo de las mujeres en el tiempo global. ISIS. Centro de estudios de la mujer. Ediciones de las Mujeres No. 22. Santiago de Chile: Isis; 1995: 224 pp.

² Oliveira O. Empleo femenino en México en tiempos de recesión económica: tendencias recientes. En: Cooper J, de Barbieri T, Rendón T, Suárez E, Muñón E. Fuerza de trabajo femenina urbana en México. Vol. 1. Características y tendencias, México. México, DF: UNAM/Porrúa; 1998: 29-66.

³ Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 1999. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Lima, Perú: OIT.

⁴ Machado M E. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿Hegemonía femenina? Género, Mujer y Salud en las Américas. OPS;1993.

⁵ The World Bank Group. Human Development Report 2003 Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. World Development Indicators. New York: University Press; 2003.

⁶ Brunel S, Moreno N. Salud, mujeres y trabajo. Secretaría Confederal de la Mujer de CC.OO (Comisiones Obreras) y Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CC. OO. Madrid; 2004.

⁷ Borderías C, Carrasco C. Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En: Borderías C, Carrasco C, Alemany C: Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales. Barcelona, España: FUHEM / ICARIA; 1994: 17-91.

⁸ The World Bank Group. World Development Indicators 2001. Labor force structure. Nueva York (NY): University Press.

⁹ Garduño AM. Para estudiar la relación entre el trabajo doméstico y la salud de las mujeres. Notas y reflexiones. Salud Trabajadores 2001;9(1): 35-43.

¹⁰ Linn B J. The ergonomics/ human factors approach to health sciences libraries. Bull Med Libr Assoc 1985;73(3):254-258.

Reflexiones finales

Los resultados observados en esta primera exploración nos muestran la existencia de diferencias entre las mujeres con trabajo remunerado vs las con trabajo doméstico, en las que acuden a los servicios de control prenatal del IMSS. Se trata de una población que por su condición de trabajo tiene acceso a un servicio de atención médica, ya sea en su condición de beneficiaria esposa o como trabajadora.

Las diferencias, en relación con su salud y la salud reproductiva de quienes se quedan en casa, se deben a que son más jóvenes, lo que habla de una edad temprana en el inicio de la primera unión; ello va acompañado del inicio temprano de la procreación, bajos niveles de escolaridad y patrones culturales que promueven el papel de esposa y madre como el más legítimo. Esto concuerda con otros resultados similares obtenidos en América Latina y el Caribe.¹⁷

En relación con las mujeres trabajadoras observamos cómo se encuentran en actividades de servicios, seguidas de las administrativas y labores domésticas, lo que concuerda con los reportes de otros estudios.¹⁸ Esto tiene que ver con las diferencias por género que han llevado a la segmentación del mercado laboral y, por otro lado, al fenómeno de feminización de la fuerza de trabajo. Las mujeres se ven en la necesidad de contratarse en actividades más precarias en relación con sus condiciones en el trabajo, con bajos salarios y pocas prestaciones combinando sus roles de madre y trabajadora, así como en condiciones de trabajo más desfavorables para su salud, relacionadas con el ambiente físico, lo que puede afectar su estado mental y generar estrés. Se observa también una tendencia a presentar alteraciones musculoesqueléticas durante el embarazo que pueden generar más carga mental y física y, en consecuencia, afectar su salud general.

Otro aspecto a resaltar es la seguridad de permanecer en el puesto de trabajo una vez que el empleador conoce la condición de embarazo de la mujer, situación que en ocasiones ella misma oculta por temor a ser despedida; más de la mitad refirieron no tener mucha seguridad de conservar el trabajo y una de ellas dijo haber sido despedida. Esta situación muestra que el embarazo, aunque es una condición fisio-

CUADRO IV

Características de las condiciones de trabajo en mujeres embarazadas entrevistadas, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003		
Característica	Trabajo extradoméstico n = 196	
	Frecuencia	%
Tipo de actividad		
Empleada	154	78.6
Obrera	37	18.9
Patrona o empresaria	3	1.5
Profesional independiente	1	0.5
Vía pública	1	0.5
Ramo de actividad en empleadas		
Administrativas	52	33.8
Transformación	19	12.3
Servicios	69	44.8
Labores domésticas	14	9.1
Condiciones del ambiente físico		
Iluminación mala	157	80.1
Temperatura mala	99	50.5
Ventilación mala	102	52.0
Ruido	81	41.3
A causa del embarazo le han cambiado de puesto de trabajo		
Sí	18	9.2
A causa del embarazo está segura de permanecer en la empresa		
Hubo despido/poca seguridad	50	25.5
Conoce derechos sobre maternidad		
No	161	82.0
Estrés en el trabajo		
Sí	145	74.0
Estrés por tipo de trabajo de las que refirieron estrés		
Trabajadora independiente	4	2.7
Empleada	115	79.3
Obrera	26	18.0
Estrés por rama de actividad en empleadas		
Administrativas	36	31.3
Transformación	12	10.4
Servicios	61	53.0
Labores domésticas	6	5.2
Motivo por el que trabaja		
Contribuir o completar ingreso familiar	144	73.5
Por su desarrollo profesional	27	13.8
Constituye su único ingreso	25	12.7

CUADRO V

Características de las condiciones del trabajo doméstico en mujeres embarazadas entrevistadas, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003

Característica	Trabajo extradoméstico n = 196		Trabajo doméstico n = 341	
	Frec.	%	Frec.	%
Tipo de actividad				
Lavar				
Carga física alta*	92	46.9	211	61.8
Planchar				
Carga física alta	48	24.5	96	28.1
Cocinar				
Carga física alta	25	12.8	115	33.7
Barrer, sacudir				
Carga física alta	58	29.6	165	48.3
Lavado de baños				
Carga física alta	44	22.4	130	38.1
Tender camas				
Carga física alta	49	25.0	102	29.9
Lavar estufa/refrigerador				
Carga física alta	58	29.6	125	36.6
Limpieza vidrios				
Carga física alta	21	10.7	58	17.0
Lavar trastes				
Carga física alta	65	33.1	167	48.9
Hacer compras				
Carga física alta	49	25.0	166	48.7
Indicador micro ergonómico doméstico**				
Carga alta	88	44.9	236	69.2

*Carga física alta: se obtuvo a través de la frecuencia de la actividad por el tiempo ** p < 0.000

lógica, representa un factor de vulnerabilidad frente a la posibilidad de conservar el empleo para la mujer.

Las mujeres con trabajo doméstico exclusivamente tienen un nivel de escolaridad más bajo, en promedio, y un nivel socioeconómico menor, y tienen una mayor tendencia al consumo de alcohol.

Las mujeres con trabajo extradoméstico tienen mayores riesgos derivados del tabaquismo, pero poseen un mejor nivel socioeconómico y una mayor contribución de la familia a las tareas mecanizadas del hogar y, contrariamente a lo que esperábamos, las mujeres que se quedan en casa tienden a presentar más alteraciones musculoesqueléticas y genitourinarias, lo que tendría que ser explorado con mayor profundidad, además de investigar si existe la presencia de violencia de pareja o intrafamiliar que pudiera estar afectando la salud de la mujer durante el embarazo. Una de las limitaciones que consideramos tiene este estudio es la relacionada con la forma como se midió la condición de salud, pues se hizo a través de preguntar a las mujeres sobre la presencia o no de algunos síntomas por aparatos y sistemas, lo que nos da una aproximación a la condición de salud de éstas; sin embargo, creemos que la información obtenida nos muestra cómo el trabajo doméstico, hasta ahora no valorado, es una condi-

¹¹ Punnet L, Bergqvist U. Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands. *Occup Med* 1999;14(1):113-124.

¹² Messing K. Ergonomic studies provide information about occupational exposure differences between women and men. *J Am Med Womens Assoc* 2000;55(2):72-75.

¹³ Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Lado-Arkipoff J, Du Mazaubrun C, Estryn-Behar M, Berthier C. Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to occupation and working conditions. *J Epidemiol Community Health* 1985;39:129-134.

¹⁴ Karasek R A, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* 1981;71:694-705.

¹⁵ Hensing G, Alexanderson K. The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occup Environ Med* 2004; 61:1-6.

¹⁶ Garduño MA, Rodríguez J. Salud y doble jornada: taquilleras del metro. *Salud Problema* 1990: 41-45.

¹⁷ Langer A, Nigenda G. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades. México, DF: Population Council / Banco Interamericano de Desarrollo / Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2000.

¹⁸ García G B, Blanco S M, Gómez M P. Género y trabajo extradoméstico. En: García B, coord. *Mujer, género y población en México*. México, DF: COLMEX; 2000: 273-316.

CUADRO VI

Indicadores de salud de las mujeres embarazadas entrevistadas,
usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31.
Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003

Indicador	Antes del embarazo				<i>p</i> *	Después del embarazo				<i>p</i> *
	Trabajo doméstico		Trabajo extradoméstico			Trabajo doméstico		Trabajo extradoméstico		
	Frec	%	Frec	%		Frec	%	Frec	%	
Ocular										
Daño	101	29.6	70	35.7	0.1	192	56.3	104	53.0	0.5
Auditivo										
Daño	14	4.11	4	2.04	0.2	50	14.6	31	15.8	0.7
Cardiovascular										
Daño	34	9.9	31	15.8	0.04	208	61.0	122	62.2	0.7
Genitourinario										
Daño	49	14.37	47	23.9	0.005	211	61.8	106	54.0	0.07
Musculoesquelético										
Daño	25	7.33	25	12.8	0.03	279	81.8	148	75.5	0.08

* χ^2

ción que debe ser estudiada, con el fin de caracterizar sus efectos en la salud de la mujer y de ésta cuando está embarazada. Además, los resultados sólo se pueden extrapolar a mujeres con las mismas características que las de la muestra.

En los datos presentados podemos también observar cómo hay una mayor proporción de mujeres en condición de trabajo doméstico que no acuden al control prenatal, entendiéndose éste como la asistencia y vigilancia médica durante el embarazo, y observamos también que un mayor número de mujeres que no trabajan sólo acuden a recibir su primera atención prenatal durante el tercer trimestre del embarazo.

Es importante el seguimiento del trabajo doméstico porque debemos vigilar las condiciones en las que éste se lleva a cabo y así poder identificar los potenciales riesgos para la salud. Asimismo, se requiere profundizar más sobre los factores que dentro y fuera del hogar pueden estar influyendo en el bienestar de la mujer durante el embarazo (como la violencia intrafamiliar o de pareja).

CUADRO VII

RM de los índices de salud por condición de trabajo doméstico y extradoméstico en las mujeres
entrevistadas, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 31.
Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003

Variable	Índice					
	Musculoesquelético		Cardiovascular		Genitourinario	
	RM**	IC 95%	RM**	IC 95%	RM**	IC 95%
Trabajo Doméstico	1.45	0.7-2.2	1.6	0.8-2.9	1.87*	1.01-3.5
Índice microergonómico doméstico						
Carga alta	1.05	0.6-1.68	0.7	0.41-0.93	0.72	0.5-1.07
Paridad						
2-3	1.21	0.7-1.98	1.4	0.92-2.14	1.36	0.9-2.05
>3	2.5	0.84-7.4	1.4	0.62-3.1	3.05*	1.3-7.3
Estrés	1.17	0.5-2.5	2.03*	1.05-3.9	1.6	0.8-3.06
Edad						
<20 años	4.3*	1.6-11.4	1.9	0.91-3.9	1.7	0.87-3.5
20-24 años	1.7*	1.0-2.9	0.94	0.59-1.5	1.6	0.99-2.5

* $p < 0.05$ ** ajustada por escolaridad, estado civil, antecedente de tabaquismo, alcoholismo durante el embarazo

Pérdidas perinatales. Impacto emocional en las mujeres

Teresa Lartigue-Becerra,¹ Itzel González,¹ Yasmín Domínguez.²

¹ Departamento de Epidemiología Reproductiva, Instituto Nacional de Perinatología (INPer). México, DF, México.

² Becaria del CONACYT en el proyecto de investigación sobre depresión materna, Departamento de Epidemiología Reproductiva, INPer.

La Organización Mundial de la Salud¹ define el periodo perinatal como aquel que “comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento”. León² incluye un período más amplio de tiempo para referirse a las pérdidas perinatales, en las cuales agrupa las pérdidas reproductivas que ocurren entre la semana 20 de la gestación y el día 27 de vida: incluyendo los óbitos y mortinatos. Asimismo, el aborto espontáneo (que ocurre antes de la semana 17 o 20 de gestación), el aborto habitual o iterativo, el embarazo ectópico, así como el aborto por indicación médica.² Otros autores ubican dentro de este grupo el síndrome de muerte súbita del lactante o muerte de cuna; asimismo, por la amenaza potencial de muerte, el nacimiento de un bebé con malformaciones congénitas mayores y la prematuridad. Todos estos cuadros tienen como común denominador que en ellos ocurre una pérdida real o imaginaria de la hija o hijo esperado, donde la parentalidad se ve frustrada.³

En el cuadro I se presentan razones y tasas de defunciones perinatales ocurridas entre 1980 y 2002 en la República Mexicana;⁴ las entidades federativas con un número mayor de defunciones perinatales (rurales y urbanas) son las de Puebla, Guanajuato y Baja California Sur; el número de muertes perinatales en ese mismo año fue de 36,670, de las cuales 20,085 correspondieron a muertes fetales y 16,585 a muertes neonatales tempranas. Estas cifras obligan al estudio en profundidad de lo que ocurre en el mundo interno de cada una de las mujeres y familias que han experimentado una muerte fetal o neonatal. La escasa atención brindada a esta problemática de parte de las y los profesionales del sector salud, así como el hecho de que no sean motivo de incapacidad o licencia por maternidad, cuando el cuerpo y la mente están devastados, pueden ser una manifestación más acerca de la violencia invisible de género, de esa forma “natural” de organización de la vida diaria de las familias y de las instituciones, sobre la cual, los propios protagonistas no tienen conciencia, o si la tienen, le otorgan “consenso” precisamente porque es lo “natural”. La violencia visible explícita puede culminar en la muerte de la mujer o en la adquisición de diversas enfermedades, mientras que la violencia invisible está implícita en los “papeles o roles” asignados a las mujeres y a los hombres, en función de concepciones “naturalistas” de su condición de género: “Lo invisible no es lo oculto, sino lo denegado, lo interdicto de ser visto”;⁵ en este caso el impacto emocional; y en virtud de que la experiencia de una muerte fetal o neonatal



es sin duda la más dolorosa de todas las pérdidas, tal vez la única imposible de elaborar -aunque esa hija o hijo hayan sido apenas un embrión, un feto en formación o un recién nacido-, principalmente cuando el embarazo fue planeado, intencional y no vivido como una fatalidad o desgracia.

Objetivo

Sensibilizar al personal de salud sobre el impacto emocional que produce una pérdida perinatal, evento traumático frecuente en mujeres con embarazos de alto riesgo (principalmente por trastornos hipertensivos de la madre, diabetes, producto con malformaciones congénitas múltiples, etc.).

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica focalizada en la literatura psicoanalítica respecto de las pérdidas perinatales, que permite acercarnos a la comprensión de este evento; en la misma línea se seleccionaron los relatos de tres mujeres que fueron entrevistadas a profundidad dentro de un protocolo de investigación sobre depresión posparto,* con el fin de transmitir al personal de salud sus vivencias subjetivas. Por otra parte, dado el impacto afectivo y las posibles repercusiones en una siguiente gestación, en las diferentes investigaciones que se llevan a cabo en el Departamento de Epidemiología Reproductiva, del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), institución del tercer nivel de atención y lugar de concentración de embarazos de alto riesgo, se explora siempre la historia reproductiva de las mujeres que, libre e informadamente, aceptan participar en un protocolo de investigación. Esta exploración se efectúa a través de una encuesta denominada “Censo y estructura del hogar e historia reproductiva”, validada para la población del INPer en estudios previos de la cohorte perinatal,⁶ en la cual una de las preguntas tiene que ver con el número de abortos que ha experimentado cada mujer; la información brindada es cotejada después con el expediente clínico. Los criterios de inclusión para participar son, en términos generales: haber acudido a control prenatal en el INPer, haber otorgado su consentimiento informado por escrito, tener entre 18 y 43 años de edad, cursar el segundo o tercer

trimestre de gestación de un producto único, saber leer y escribir, vivir en el área metropolitana, no padecer psicosis o un síndrome orgánico cerebral y, de preferencia, con pareja.

Procesos psíquicos implicados en la pérdida perinatal

La teoría psicoanalítica, desde sus cuatro vertientes principales: desarrollo y ciclo vital, las pulsiones y el yo, la teoría de las relaciones objetales y la teoría del narcisismo permiten comprender el por qué una pérdida perinatal constituye un evento traumático en las madres y, por consiguiente, en todo el sistema familiar.⁷⁻¹¹

Desde el enfoque del desarrollo, el embarazo precipita una crisis psicosocial en la constelación de las representaciones mentales, conflictos y fantasías que interactúan con los cambios culturales en la estructura de la identidad, que se inducen a partir del hecho de que la mujer se convierte en madre. En esta nueva estructura se modifican los roles de género y surgen otros modelos de interacción y conflictos en la relación de pareja; la gestación marca el inicio de la adquisición de la generatividad. Desde esta perspectiva, toda pérdida perinatal será una crisis dentro de la crisis gestacional, y la vulnerabilidad exarcebada de la mujer durante dicho periodo agota con frecuencia los recursos del yo. Muchas de las respuestas yoicas defensivas más comunes ante la pérdida, como alucinar el bebé, el deseo intenso y compulsivo de tener otro hijo tan pronto como sea posible, el dolor con frecuencia intolerable al contemplar otros lactantes y las sensaciones de parálisis y empobrecimiento personal, tienen que ver con una grave alteración en el proceso evolutivo normal. Al mismo tiempo, tiene lugar también un rechazo hacia el propio cuerpo, ya que la mujer se culpa de no haber sido capaz de dar a luz un hijo vivo, a una hija o hijo sano, completo, tal y como lo hizo su propia madre. Por otra parte, la pérdida promueve que la mujer o la pareja se excluyan o sean excluidos de todas aquellas actividades sociales relacionadas con las y los bebés.

Desde el punto de vista de la teoría pulsional, el embarazo se conceptualiza

* Lartigue T, Ortega L, Domínguez Y. Análisis cuantitativo y cualitativo de la depresión posparto: la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo y la experiencia personal subjetiva. Protocolo de investigación registrado en la Dirección de Investigación del INPer (INPer-UIA 212250-50041).

como un proceso centrado alrededor de la sexualidad en íntima relación con factores de tipo hormonal y una modalidad oral de incorporación. A la vez, toda gestación provoca una recapitulación de las fases del desarrollo psicosexual descritas por Freud: oral, anal y genital infantil. De esta forma, cuando ocurre una pérdida perinatal, la frustración es de tal envergadura que tiene lugar una modificación en la organización de las pulsiones libidinales y agresivas, incrementándose estas últimas, pudiendo estar dirigidas hacia el interior, provocando una severa depresión, o hacia el exterior, en contra del personal de salud, la pareja, Dios, etcétera. Además, por la regresión a modos de funcionamiento más primitivos que tiene lugar en el yo durante el embarazo, es comprensible que el trauma psíquico sea un factor que incida en la deformación de la información proporcionada por la médica o el médico y que pueda llevar a malos entendidos posteriores en cuanto a diagnóstico, pronóstico o deslinde de responsabilidades.

La perspectiva de las relaciones de objeto se centra alrededor de la relación temprana de la embarazada con su propia madre y en la formación del vínculo infantil que ocurre de manera formal desde el segundo trimestre del embarazo, a partir del inicio de los movimientos fetales. La gestación, además de representar la búsqueda de un nuevo ser, provoca la revivencia de las relaciones tempranas con los padres y de los conflictos no resueltos con ellos en las distintas etapas, por lo que la interrupción del embarazo o la muerte del neonato, reedita no sólo las pérdidas anteriores, sino que además viene a frustrar todas las fantasías de resolución o fantasías mágicas de castigo que, como resultado de las pérdidas previas, se habían depositado en el nuevo bebé. Además, en el embarazo tiene lugar una regresión a la etapa de dependencia infantil que la pérdida intensifica, por lo que es importante la contención y el apoyo que se brinden a la madre y a la pareja.

Desde el enfoque del narcisismo, el feto se vive como una parte del *self* materno, más que como un objeto separado. Esta experiencia de fusión narcisista es un ingrediente único y fundamental que cimienta el posterior apego parental. Además, el narcisismo es el “guardián de la vida”,¹² y las embarazadas y las madres suelen depositar en sus bebés una gran parte de su autoestima, por lo que la gestación tiende a colmar las ambiciones narcisistas más relevantes señaladas por Freud, entre las que se encuentran la sensación de omnipotencia derivada del hecho de estar dando vida a un nuevo ser, la afirmación de la femineidad y la ilusión de la inmortalidad al estar contribuyendo a la perpetuación del sujeto a través de la siguiente generación. La simbiosis biológica con el feto y la sensación de estar completa que vive la madre la confirman en su propio valor. Esta fusión total representa, de manera idealizada, la mejor parte de ella misma.

De ahí, que ante una pérdida perinatal, la respuesta emocional se describa como la de un vacío corporal a

través de sensaciones de inadecuación y de pérdida de la autoestima, o de desamparo; vivencias que derivan de la pérdida de una parte del *self* que queda dañado. Por otra parte, las reacciones de vergüenza y los sentimientos de inferioridad y fracaso que resultan de la herida narcisista hacen que la pérdida perinatal sea una vivencia particularmente dolorosa, angustiante, íntimamente relacionada con experiencias de amputación, castración y desmembramiento. De hecho, no es raro que el daño al narcisismo, al entorpecer el proceso de duelo, provoque la aparición de quejas somáticas. La rabia y el sentimiento de culpa que aparecen luego de una pérdida pueden comprenderse desde la dinámica de la profunda herida narcisista. Se presenta a continuación un fragmento del discurso de una madre en el cual se pueden advertir los sentimientos de culpa por el tabaquismo durante el embarazo, el profundo dolor al ver a otros bebés con sus madres, el deseo de sobreponerse y no ceder a la identificación con su propia madre que se dejó morir cuando perdió un hijo.

“No me resigno a haber perdido a mi bebé, fue muy luchón, vivió 18 días; no quería que estuviera nadie en el entierro, era mío, únicamente mío, yo fui la única que lo conocí, su papá sólo lo vio dos veces. Mi güero me dio una gran lección, echarle ganas a la vida, yo que no me cuido para nada, no tengo fuerza de voluntad. Conforme pasan los días se me van borrando sus imágenes, pero puedo recordar sus manitas, cómo me apretaba, cómo me veía, gocé esos días, de estar yo con él, cambiarlo, amamantarlo, lo que no pude gozar con el primero, tengo que vivir -por él-; no quiero ser como mi mamá, desde que murió mi hermano, se dejó morir y nos hace mucha falta a todos. Me consuela saber que no sufrió mucho, yo le pedía a Dios que no sufriera, me partía el alma verlo todo entubado, me decía ya no lo piquen más; al verlo así en el hospital ese día, sabía que se iba a morir esa última tarde.

Me duele ver en la tele a mamás con bebés, o en la calle. Regalé toda la ropa que le habíamos comprado, toda nueva, no la pudo estrenar, me imagino cómo se hubiera visto. Después la realidad, nunca se la puso, por eso la regalé. Me siento mal porque yo contribuí, no dejé de fumar en el embarazo, no he podido llorar, sólo una vez, en el hospital, cuando me dieron la noticia, luego ya lo vi muerto, me quiero quitar esa imagen y recordarlo vivo, viéndome”.

Manifestaciones más frecuentes del proceso de duelo

El duelo es un proceso dinámico¹³, en el cual se sobreponen unas fases del proceso con las otras; González¹⁴ ha identificado las siguientes al conducir un grupo terapéutico, en el Departamento de Psicología del INPer, focalizado en pérdidas perinatales. Una primera etapa que se caracteriza por el impacto de la noticia y la negación de la muerte, en la cual se observa que las madres se plantean alternativas que hubiesen evitado el hecho; sienten que han

Referencias

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a revisión, vol 2. Manual de instrucciones. Washington, DC: OPS; 1995:136. Publicación Científica No. 554.
- ² León I. Psychodynamics of perinatal loss. *Psychiatry* 1986;49:312-324.
- ³ López R, Lartigue T, González G, de la Cerda D. Descripción de una intervención psicodinámica con embarazo de alto riesgo y experiencia de pérdida perinatal. *Rev Mex Psicol*. 1997;14 (1):65-74.
- ⁴ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Muertes perinatales. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2004;61(Sept-Oct): 442-455.
- ⁵ Berenzin de Guiter J. Violencia hacia la mujer. Una mirada psicoanalítica. En: Alizade M, coord. Escenarios femeninos. Diálogos y controversias. Buenos Aires: Lumen, COWAP/IPA; 2000: 299-303.
- ⁶ Nava A, Ávila-Rosas H, Casanova G, Lartigue T. Prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres embarazadas y sus parejas. *Perinatol Reprod Hum* 2004;18(2):91-102.
- ⁷ Leon I. The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: A multi-dimensional model. *Am J Psychiatry* 1992;149: 1464-1472.
- ⁸ Pines D. The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int J Psycho-Anal* 1982;63: 311-319.
- ⁹ Pines D. Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective. *Int J Psycho-Anal* 1990; 71: 301-307.
- ¹⁰ Lartigue T, Vives J. Aspectos psicodinámicos del aborto espontáneo. En: Peña S, Lemlij M. comp. *Femineidad y masculinidad*. Vol 3. Lima: FEPAL; 1994: 419-429.
- ¹¹ Vives J, Lartigue T. De la pareja a la familia. En: Dallal E, coord. *Caminos del desarrollo psicológico*. Vol IV. De la edad adulta a la vejez. México, DF: Plaza y Valdés; 2003: 149-199.
- ¹² Solís L. La construcción de la parentalité. En: Solís L, ed. *La parentalité. défi pour le troisieme millénaire. Un hommage international a Serge Lebovici*. Paris: Presses Universitaires de France; 2002: 23-47.
- ¹³ Kubler-Ross E. *On death and dying*. Nueva York (NY): Mcmillan; 1968.

dañado irremisiblemente a otros, surge una identificación con las experiencias de sus compañeras del grupo y prevalece un sentimiento de baja autoestima.

En la segunda, se presentan la ira, el enojo, la rabia y hostilidad; el mundo externo es percibido como amenazante y burlón, se culpa a los otros del infortunado suceso, las mujeres evitan la cercanía de otros niños o niñas, descalificando a las otras madres, y se hacen evidentes los sentimientos de culpa y autorreproches por la pérdida.

La depresión severa caracteriza la tercera fase; se activan los recuerdos de otras pérdidas significativas, el deseo de reencontrarse con personas queridas del pasado, se representa al hijo o hija como el motivo de vida y un gran temor/deseo de un nuevo embarazo. El hijo perdido aparece como la solución a las carencias afectivas. Por último, si se tiene éxito en la elaboración del duelo, se llega a la fase de resolución donde se validan las relaciones con sus demás hijos o hijas (si fuese el caso); se buscan alternativas para un nuevo proyecto de vida. Se restaura el contacto con lo cotidiano, se validan o redescubren las relaciones familiares y se detectan problemas que habían estado encubiertos por la pérdida.

Algunas consecuencias de una pérdida perinatal

Un estudio realizado en Inglaterra encontró que las mujeres que habían perdido uno o más productos de manera espontánea antes de la semana 18 de gestación presentaron el síndrome de estrés postraumático, que estaba acompañado de depresión y ansiedad, estado en el cual, por lo general, la sintomatología remitía al año de la pérdida -aniversario del bebé si hubiese vivido.¹⁵

En algunas ocasiones, la pérdida del bebé en formación, o del neonato, puede dar lugar a modificaciones en el sistema de cuidados y crianza de la hija o hijo nacido con posterioridad; la relación madre bebé puede volverse de sobreprotección o dar lugar a una sobrealimentación del niño o de la niña. Una mujer que experimentó un aborto a los cinco meses de gestación expresa con gran dolor y lágrimas abun-

dantes que reaccionó con mucha tristeza ante la interrupción de su embarazo “*por toda la situación que siguió, yo sentía cómo se movía dentro de mí antes de que se muriera. El trato y los comentarios de los doctores me afectaron mucho. Se me rompió la fuente y no hubo un ventilador para que pudiera nacer y lo atendieran. Optaron por dejar que falleciera en mi vientre, después de que se me murió, me provocaron las contracciones para que naciera. Yo creo que se murió por falta de atención, del ventilador para él ...*”.

“*Me doy cuenta que esta pérdida influyó mucho en la manera como cuidaba a mi bebé (nacido después y que contaba en ese momento con cuatro meses de edad); al principio me daba miedo que llorara, no me gustaba mucho que lo tocaran, lo traía mucho tiempo en los brazos, estaba demasiado pendiente de él, todo el día lo tenía que estar viendo, porque si no, no estaba tranquila; yo creo que fue una sobreprotección hacia él los primeros dos meses de vida. Cambié después, porque inicié una terapia con una doctora que me fue ayudando a mejorar esta conducta, para que no sienta tanta angustia. Ahora ya sé identificar cuándo llora porque tiene sueño, o se siente mal, pero antes ni siquiera sabía por qué lloraba, y enseguida lo levantaba y le daba de comer o lo que fuera para que dejara de llorar, pero realmente no sabía por qué lloraba. La terapia me ayudó a ir dejando estos miedos de dejarlo solo, de poderme separar...*”

En otros casos, como consecuencia de una pérdida perinatal, además de la sobreprotección, se presenta otra alteración en las familias que afecta principalmente al hijo o hija que nace inmediatamente después del fallecimiento, lo que ha sido denominado como síndrome del niño de reemplazo,¹⁶ que se caracteriza, en primer término, por el deseo de ambos padres de “un reemplazo o sustituto” del hijo muerto y, en segundo lugar, por la negación de la pérdida, en virtud de que el tiempo transcurrido entre el fallecimiento y la concepción del siguiente no fue suficiente para la elaboración del duelo. El nuevo embarazo es una defensa muy semejante a la del rechazo, una manera de lidiar con la angustia, contra un sentimiento interno de

desorganización. Para el padre, una nueva gestación puede constituir una manera de “hacer algo, una forma de darle a la madre lo que ha perdido, un sustituto, ya que la pérdida es intolerable”.¹⁷

En algunas culturas indígenas en Latinoamérica y aborígenes en Estados Unidos de América, la creencia en espíritus y su reencarnación en otros niños durante la gestación hace posible que en caso de pérdidas perinatales la madre piense que el hijo o hija nacido después del que falleció sea una reencarnación del que perdió, o bien que sea una personificación de los dos hijos a la vez, el que había perdido antes y el presente.¹⁸

Es importante tener en cuenta que la pérdida perinatal en algunos casos puede estar vinculada directamente con la amenaza de la muerte propia, y haber estado precedida por una pérdida previa importante y significativa para la mujer, como fue el caso de otra mujer que al ser entrevistada durante el embarazo expresó: *“el año que murió mi padre fue muy duro, fue el año que yo me había prometido no regresar a casa de mis padres –por lo que quiera que sea, pues tuve que doblar las manos y regresar–. Ese año se murió mi bebita, yo me vi muy mal, no estoy consciente pero me platican las familias que estuve al borde de la muerte, nació de seis meses y duró unas horas. No la conocí, estuve a punto de hacer una regresión, creo que se llama así, porque no sé si me la enseñaron, o como yo estaba muy mal, yo ni siquiera me acuerdo que me la hayan enseñado, pero ha pesado mucho en mí que no la haya conocido. El tiempo que estuve en el hospital yo preguntaba por ella y me decían: está delicada pero sigue viva. Así hasta el momento en que los doctores aseguraron mi recuperación y que ya no me iba a pasar nada. Fue cuando me dieron la noticia, es que la bebita tiene una semana de que falleció y ya hasta la sepultamos. Por eso me da mucho miedo ahora, en dos semanas me programan la cesárea, me llena de temor de que me vayan a volver a quitar el bebé y de que yo no lo conozca”*.

Incidencia de abortos en embarazos de alto riesgo

En diversas investigaciones realizadas durante 1997 a 2002 en el Departamento de Epidemiología Reproductiva del INPer (capturadas en la Consulta Externa, o en los Departamentos de Infectología y Oncología);^{19,20} se encontró que la proporción de mujeres con dos o más embarazos que nunca ha experimentado un aborto (rango de 38.3 a 47.1%), se mantiene independientemente del tamaño de la muestra, si la mujer fue capturada durante la gestación, o en el posparto, o en la consulta pregestacional, o de la edad, ya que la muestra de 329 mujeres (INPer/UIA), incluía también adolescentes de entre 12 y 17 años de edad.

Como se puede apreciar en el cuadro II, tres de cada diez mujeres que acudieron al INPer y aceptaron participar en un protocolo de investigación han padecido un aborto

durante su vida reproductiva (rango de 27.1 a 32.1%); y también tres de cada diez han vivido la experiencia de dos a seis abortos (rango de 24.5 a 29.6%). Posiblemente esta incidencia es mayor en el INPer debido a que es una institución abocada a la atención de mujeres con embarazos de alto riesgo, por lo que sería importante comparar estas cifras con las de las mujeres que acuden a centros de salud del primer y segundo nivel de atención. Es un hecho que 427 mujeres a quienes se les preguntó si habían vivido la experiencia de un aborto respondieron afirmativamente, de las cuales 204 experimentaron este evento traumático una segunda o tercera o cuarta vez, algunas hasta en seis ocasiones; las viñetas clínicas dan cuenta del impacto emocional que produjo en sus vidas, del dolor tan profundo que sintieron, así como de los temores y miedos respecto de un nuevo embarazo.

Se puede concluir de manera provisional que la incidencia de pérdidas perinatales es muy alta en mujeres con embarazos de alto riesgo, por lo que se requiere integrar equipos interdisciplinarios dentro del sector salud, con el fin de prestar a las mujeres una atención integral, que incluya no sólo la salud física, sino también la salud mental de ella y de su familia.

Recomendaciones

Por una parte, sería deseable que en la primera consulta de cualquier mujer en un servicio ginecoobstétrico, al explorar la historia reproductiva, se indagaran a profundidad las vivencias, sentimientos, fantasías, temores, afectos que se generaron en caso de que la mujer hubiese experimentado un aborto o cualquier otro tipo de pérdida perinatal. El personal de salud puede alentar y fomentar que las madres y padres, que han vivido la pérdida de un hijo o de una hija, soliciten y reciban atención psicoterapéutica^{21,22} o participen en grupos de autoayuda para acompañarse mutuamente en el proceso de elaboración del duelo y, de esta manera, prevenir la instalación de un duelo patológico, de padecer una depresión mayor y de evitar el síndrome del niño de reemplazo en el siguiente hijo o hija.²³ Por la otra, resulta necesario que se modifiquen en nuestro país las prácticas hospitalarias respecto de las pérdidas perinatales a la manera de algunos países desarrollados²⁴⁻²⁶ en los cuales se permite tocar al hijo o a la hija muertos, vestirlos, arroparlos, ponerles un nombre y acudir al entierro; y en caso de óbitos, que se les proporcionen las ecografías, etcétera. Es una manera de confirmarle a la madre que sí existió un embarazo, que no fue producto de su imaginación o deseo. El personal de salud puede recibir capacitación para efectuar una intervención en crisis inmediatamente después de la pérdida perinatal, y hacer lo contrario de lo que comúnmente se hace que es negar el trauma y no hablar del hijo o de la hija muertos. Es un esfuerzo adicional que podría realizar un profesional de la salud física o mental interesado en prevenir las alteraciones emocionales en las mujeres y sus familias.

CUADRO I

Razón y tasa de mortalidad perinatal. México, 1980-2002

Año	Muertes fetales (28 semanas de gestación)	Muertes fetales (22 semanas de gestación)	Muertes neonatales tempranas (< 7 días)	Nacidos vivos estimados	Perinatal (28 semanas y más + neonatal temprana)		Perinatal (22 semanas y más + neonatal temprana)	
					Razón 1/	Tasa 2/	Razón 1/	Tasa 2/
1980	20,902		26,266	2,484,220	19.0	18.8		
1981	20,216		25,934	2,488,034	18.5	18.4		
1982	17,881		24,502	2,489,827	17.0	16.9		
1983	17,891		24,475	2,487,897	17.0	16.9		
1984	18,345		21,689	2,486,349	16.1	16.0		
1985	14,779		19,564	2,483,243	13.8	13.7		
1986	15,151		18,873	2,479,341	13.7	13.6		
1987	15,515		19,297	2,477,348	14.1	14.0		
1988	19,033		20,621	2,476,761	16.0	15.9		
1989	20,196		24,078	2,475,993	17.9	17.7		
1990	20,908		24,139	2,474,923	18.2	18.0		
1991	20,661	25,520	23,202	2,473,246	17.7	17.6	19.7	19.5
1992	20,728	25,676	22,879	2,457,393	17.7	17.6	19.8	19.6
1993	20,018	24,906	21,711	2,436,273	17.1	17.0	19.1	18.9
1994	19,707	24,701	21,391	2,401,133	17.1	17.0	19.2	19.0
1995	18,962	24,047	21,052	2,350,888	17.0	16.9	19.2	19.0
1996	17,854	22,718	19,952	2,289,356	16.5	16.4	18.6	18.5
1997	17,284	22,474	19,809	2,231,515	16.6	16.5	18.9	18.8
1998	17,552	23,125	19,279	2,200,301	16.7	16.6	19.3	19.1
1999	16,916	22,379	17,889	2,170,491	16.0	15.9	18.6	18.4
2000	16,487	21,906	17,533	2,125,932	16.0	15.9	18.6	18.4
2001	15,270	20,611	16,452	2,085,240	15.2	15.1	17.8	17.6
2002	14,971	20,085	16,585	2,048,422	15.4	15.3	17.9	17.7

1/ Razón por 1,000 nacimientos estimados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2/ Tasa por 1,000 nacimientos estimados por el CONAPO más las muertes fetales. Fuente: Base de datos de defunciones, 1980 - 2002. INEGI/Secretaría de Salud. Cuadernos de Población. Tabulados de muertes fetales, 1980 - 1990. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (INEGI). Base de datos de muertes fetales, 1991 - 2002. INEGI/Secretaría de Salud. CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México, 2002

CUADRO II

**Frecuencias y porcentajes del número de abortos.
Consulta Externa, Instituto Nacional de Perinatología, México 1997-2002**

Variable	INPer/UIA n=362		INPer/UIA n=329		INPer/UIA n=137		INPer/UIA n=184		ITS (Conacyt) n=277	
	Embarazo n	%	Posparto n	%	Embarazo n	%	Preembarazo n	%	Embarazo n	%
Multigestas	231	77.3	156	47.4	81	59.1	85	46.2	196	70.8
Abortos previos										
2-6	67	29.0	43	27.6	24	29.6	22	25.9	48	24.5
1	66	28.6	48	30.8	26	32.1	23	27.1	60	30.6
0	98	42.4	0	41.7	31	38.3	40	47.1	88	44.9

INPer: Instituto Nacional de Perinatología. UIA: Universidad Iberoamericana. Conacyt: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

¹⁴ González G. Pérdidas perinatales. En: Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral. Instituto Nacional de Perinatología. México, DF: Trillas; 2002: 139-163.

¹⁵ Turton P, Hughes P, Evans C, Feinman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. Br J Psychiatry 2001;178:556-560.

¹⁶ Cain AC, Cain BS. On replacing a child. J Am Acad Child Psychiatry 1964;3: 443-455.

¹⁷ Mazet P, Lebovici S. Mort subite du nourrisson: un deuil impossible? Paris: Presses Universitaires de France; 1996.

¹⁸ Lartigue T, Maldonado-Durán M. El síndrome del niño(a) de reemplazo. Vicisitudes del desarrollo. En: Lartigue T, Maldonado-Durán M, Avila-Rosas H, coord. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México, DF: Asociación Psicoanalítica Mexicana / Plaza y Valdés; 1998:301-318.

¹⁹ Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatol Reprod Hum 2001;15: 14-24.

²⁰ Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS/VIH-SIDA. Perinatol Reprod Hum 2004;18(2): 73-90.

²¹ Leon I. Short-term psychotherapy for perinatal loss. Psychotherapy 1987;24(2): 186-195.

²² Leon I. When a baby dies: Psychotherapy for pregnancy and newborn loss. New Haven (CT): Yale University Press; 1990.

²³ Lartigue T. Los padres frente a las pérdidas perinatales. En: Dallal E, coord. Caminos del desarrollo psicológico. Vol V. La muerte. México, DF: Plaza y Valdés; 2005:195-221.

²⁴ Kolhner N, Henley A. When a baby dies. England: Harper Collins Publishers; 1995.

²⁵ Leon I. Revising psychoanalytic understandings of perinatal loss. Psychoanalytic Psychology 1996;13:161-176.

²⁶ Harmon R, Plumier N, Frankel K. Perinatal loss: Parental grieving, family impact, and intervention services. En: Osofsky J, Fitzgerald H, ed. WAIMH handbook of infant mental health. Vol IV. Nueva York (NY): John Wiley & Sons; 2000: 327-368.

El empoderamiento de las mujeres: una estrategia para la mejora de su salud reproductiva

Paki Venegas.¹

¹Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, DF, México.

“Yo no quería, pero mi marido sí, él decía que no quería más hijos porque le daba lástima si yo me moría, porque si me moría iba a quedar sólo con todos los hijos y, entonces, me operaron y hasta ahorita, gracias a Dios”
Chabela (partera de Chiapas).ⁱ

El derecho a la salud, y dentro de ésta a la salud reproductiva, es considerado un derecho humano, recogido como tal en constituciones y convenios internacionales.ⁱⁱ No obstante, todavía son muchos los impedimentos a superar para que este derecho legal se convierta en real, uno de los más importantes de éstos, y que está relacionado con las inequidades existentes en el ámbito de la salud,ⁱⁱⁱ es la ausencia de poder en la toma de decisiones que atañen a nuestra salud y a nuestro cuerpo.

El sistema de relaciones sociales está fundado en un ejercicio de poder que coloca a ciertos grupos sociales en condiciones de dominación por otros y que discrimina “lo diferente”. Este hecho limita el acceso de una buena parte de la población a los recursos para satisfacer sus necesidades básicas. Un mecanismo de contrapeso a esta situación de inequidad podría ser incrementar la capacidad para el ejercicio del poder de los integrantes de los grupos menos favorecidos, entre ellos las mujeres, de forma que esto les permitiera tener acceso a la toma de decisiones y a los recursos necesarios para sostener y mejorar su vida. Entre tales decisiones y recursos se encontrarían sus propias elecciones sexuales y reproductivas.¹

En este sentido, este trabajo versa sobre el enfoque de salud reproductiva y el empoderamiento, como una estrategia básica para la mejora de la salud reproductiva de las mujeres, al considerarse el control sobre sus cuerpos y sobre su vida una premisa necesaria para hablar del ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos.

Para ello, ofreceré un panorama general del enfoque de salud reproductiva, planteando algunas de las dimensiones más importantes del mismo, y de la estrategia empoderamiento, señalando qué se entiende por esta estrategia, qué tipos y dimensiones de poder existen, qué papel tienen las organizaciones civiles y gubernamentales en este proceso y cuál sería una posible metodología de aplicación práctica del mismo.

Acerca de la salud reproductiva

Actualmente, no existe consenso sobre la definición de salud reproductiva. Hay una multiplicidad de posiciones que van desde aquellas que aún la siguen viendo como una forma de control de la natalidad, hasta las que se adhieren a posiciones más avanzadas del concepto y la ven como un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de género.²

La salud reproductiva es definida en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Se señala también que “la salud reproductiva entraña la capacidad de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”; queda así

ⁱ Este testimonio, y el otro que se ofrece en el artículo son verídicos y forman parte de mi tesis de maestría en Estudios de la Mujer. Esta tesis tiene por título Género, Sustentabilidad y Salud Reproductiva: El proceso de empoderamiento de mujeres en la Selva el Ocote, Chiapas.

ⁱⁱ Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; Observación general n° 14. Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud.

ⁱⁱⁱ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define estas inequidades como las desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas.

implícito el concepto de salud sexual dentro del de salud reproductiva. Partiendo de la definición anterior, el concepto de salud reproductiva hace referencia tanto a la capacidad como al derecho de las mujeres y sus parejas a disfrutar de una vida sexual plena, a decidir sobre tener hijas e hijos o no; a tener embarazos y partos seguros, a vivir un proceso reproductivo saludable, a prevenir enfermedades del aparato reproductivo, a regular la propia fecundidad sin riesgos, a recibir información y a escoger libremente el método anticonceptivo más adecuado.³ Así, las mujeres aparecen como sujetos activos en su inserción en el mundo social y no objetos de las políticas públicas de control natal; el binomio salud-enfermedad es un proceso básico en el cual intervienen tanto condicionantes macroeconómicos y políticos como relaciones de poder entre los géneros, manifestaciones que están vigentes en el campo de los microsistemas sociales, personales, familiares y cotidianos.⁴

La salud reproductiva implica, por un lado, reivindicar la opción de las mujeres y sus parejas para disfrutar de sus relaciones sexuales y decidir acerca de la posibilidad de convertirse en madres o en padres y, por otro lado, negar aquellas posturas biologicistas que ubican en la naturaleza y en su capacidad procreadora el rol que las mujeres tienen que desempeñar socialmente, así como la valoración del mismo.⁴

Además está estrechamente ligada a los derechos reproductivos, los cuales se asocian con las nociones de autodeterminación corporal y sexual, construidas a partir de principios éticos de carácter universal. Estos derechos forman parte de los derechos civiles y sociales, y la raíz de su lucha se encuentra en las desigualdades sociales y de género.⁵

Hay que señalar tres etapas en la evolución de la defensa de los derechos reproductivos: la primera surge con el movimiento de planificación familiar que trata de rebasar las condicionantes legales, culturales y religiosas que impiden a las personas el acceso a medios anticonceptivos para controlar su fecundidad. La segunda, llamada de salud reproductiva,

supone no sólo el control de la fecundidad, sino también la libertad para reproducirse, practicar y disfrutar las relaciones sexuales. La tercera proyecta a la salud reproductiva hacia el empoderamiento de las mujeres y la justicia social, es decir, promueve la equidad entre los géneros y la igualdad social.³

El enfoque de la salud reproductiva se consolida en la década de los 90. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la VI Conferencia Internacional de la Mujer, de las Naciones Unidas, celebrada en Pekín en 1995 fueron hitos importantes en esta consolidación, al promover acciones y programas vinculados con este enfoque. De estos esfuerzos se desprenden tres principios básicos que orientan la definición de la salud reproductiva antes mencionada:

- La libertad de elección de las personas a decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento en el nacimiento de las hijas e hijos.
- El reconocimiento de la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura, así como del hecho acerca de que la sexualidad tiene campos muy variados de expresión y no se reduce únicamente a la reproducción.
- La atención al contexto cultural y socioeconómico, concebido como inseparable de la salud reproductiva y que alude, entre otros muchos aspectos, a los papeles y a los roles sociales de mujeres y hombres, así como su acceso a la información, a la educación, a los recursos materiales y a los servicios de salud.⁵

Los acuerdos de El Cairo representan un cambio cualitativo en la forma de abordar los problemas y las políticas de población. El crecimiento de la población ya no era considerado la causa primordial del deterioro del medio ambiente, sino que se reconoció el papel tanto más importante que tienen las pautas insostenibles de producción y consumo, especialmente en los países industrializados, en el empeoramiento de la calidad de vida humana y la destrucción de los ecosistemas del planeta. Se consolida, así, el enfoque de salud

reproductiva, el cual sustituye al enfoque demografista o de control de población^{iv} y se logra incorporar la dimensión ética, al enfatizarse en los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.⁶

En esta nueva propuesta de salud reproductiva se establece la necesidad de entender las relaciones de género y de promover el empoderamiento de las mujeres, al considerarse que su estado de salud tiene que ver con los poderes de dominio que sufren. Estos poderes se manifiestan, por ejemplo, a través de las políticas de control natal que dictan mandatos en torno a los cuerpos de las mujeres o de la decisión de los hombres respecto a cuándo y cómo éstas deben tener relaciones sexuales, tomar métodos anticonceptivos o, incluso, esterilizarse. De ahí la necesidad de reforzar la capacidad de decisión de las mujeres en el ámbito de sus elecciones y de sus prácticas sexuales y reproductivas, con el fin de que se conviertan en sujetos activos de su propio desarrollo² y se pueda hablar de un ejercicio real de sus derechos sexuales y reproductivos.

Acerca de la estrategia de empoderamiento

Según Batliwala (citada por Zapata, 2002: 274) el empoderamiento es “el proceso de ganar control sobre una misma, sobre la ideología y los recursos que determinan el poder”. Estos recursos podrán ser humanos, intelectuales, financieros, físicos y de una misma. Para Young,⁷ consiste en “asumir el control sobre sus propias vidas para sentar sus propias agendas, organizarse para ayudarse unas a otras y elevar demandas de apoyo al Estado y de cambio a la sociedad”.

El empoderamiento tiene significados diferentes en cada escenario y para cada individuo o grupo. Las definiciones varían según las disciplinas que lo utilicen: psicología, ciencias políticas, educación, derecho o economía, entre otras. Su uso se ha generalizado en los últimos quince años. Sin embargo, hay ambivalencias, contradicciones y paradojas en la utilización de este concepto, ya que al tiempo que se ha proyectado la agudeza de su perspectiva, se ha diluido y vaciado su significado.

Por otro lado, la estrategia de empoderamiento, ampliamente desarrollada dentro del enfoque género y desarrollo (GED), es una estrategia metodológica que cada día está adquiriendo mayor importancia dentro de los proyectos de desarrollo.^v

El avance teórico que facilitó la distinción entre las necesidades prácticas y los intereses estratégicos^{vi} permitió dar un paso adelante, al establecer que la intervención en el ámbito de lo práctico implica considerar lo estratégico, otorgándole un carácter político. Para conseguir un verdadero cambio, lo práctico tiene que volverse estratégico y la forma de darse esta conversión es a través de la idea del empoderamiento, como una manera alternativa de percibir el desarrollo.

El empoderamiento, estrategia impulsada por los movimientos de mujeres de los países del Tercer Mundo, se ha convertido en el eje central de la perspectiva de género y supone un fortalecimiento de la posición social, económica y política de las mujeres. Esta estrategia es la meta principal de muchas organizaciones de base que se han marcado por objetivo superar el enfoque de Mujeres en el Desarrollo (MED), el cual al no cuestionar las relaciones de poder autoritario, no incidía en la modificación de la posición subordinada de las mujeres.

Las relaciones de género son básicamente relaciones subordinadas de poder, todo lo femenino tiene un valor inferior a lo masculino, con base en lo cual, en muchas ocasiones, se ejerce un control de los hombres sobre la vida de las mujeres. Algunos de los ámbitos más controlados son, precisamente, la sexualidad y la reproducción. Asimismo, esta valoración inferior de lo femenino implica en éstas un “ser para los otros”, hecho que las lleva a estar siempre pendientes de la salud de las demás personas y olvidarse de la propia. Por todo ello, para conseguir un verdadero desarrollo y, por tanto, una mejora en la salud reproductiva de las mujeres,^{vii} es necesario modificar estas relaciones subordinadas, apareciendo la adquisición de poder por parte de ellas como la forma de equilibrar la balanza.

^{iv} Durante mucho tiempo, se atribuyó el deterioro del medio ambiente al alto crecimiento de la población. Este hecho tuvo como consecuencia la imposición de políticas de control natal a las mujeres pobres, lo cual se justificaba como una forma de frenar el deterioro ecológico al reducirse el número de nacimientos de personas pobres.

^v En los proyectos que incluyen la perspectiva de género el cual, es considerado una de las herramientas analíticas más importantes, porque recoge diferentes preocupaciones en cuanto al impacto de las relaciones de poder en el desarrollo de las mujeres, incluido el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

^{vi} Las necesidades prácticas son aquellas que dan respuesta a las necesidades materiales de las mujeres, por ejemplo, la lucha por el salario, por la vivienda, etcétera. Los intereses estratégicos son aquellos que apuntan hacia un cambio fundamental en las relaciones de poder existentes entre los géneros y que, por tanto, cuestionan las estructuras sociales, en los cuales hombres y mujeres han participado de manera diferencial, por ejemplo, la lucha por el acceso a crédito y a otros recursos, medidas contra la violencia masculina o la libertad de elegir sobre la concepción.⁸

Se infiere, entonces, que el empoderamiento dentro del ámbito del desarrollo y de la salud reproductiva se manifiesta como una redistribución del poder entre los géneros. Sus metas son desafiar la ideología patriarcal, transformar las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género y la desigualdad social (la familia, la etnia, la clase, la religión, los procesos educativos y las instituciones) y capacitar a las mujeres para que logren tener acceso y control de la información, de los recursos y de sus propios cuerpos.⁸

Por otro lado, uno de los rasgos más destacables del concepto empoderamiento es contener la palabra poder, de ahí que su uso implique hablar de relaciones de poder. Rowlands,⁹ basándose en la obra de Lukes, *Power: A Radical View* (1974), diferencia cuatro tipos de poder, con el fin de comprender los alcances del empoderamiento:

- La primera clase, “poder sobre”, es el poder que una persona o grupo ejerce, con el fin de lograr que otras personas hagan algo en contra de su voluntad.
- La segunda clase, “poder para”, es un poder productivo que abre nuevas posibilidades y acciones sin ningún tipo de dominación.
- En tercer lugar encontramos el “poder con”, que es la capacidad de lograr junto con otras personas lo que no sería posible conseguir en soledad.
- Y por último, el “poder desde dentro”, que se produce al reconocer que no nos encontramos indefensas o indefensos, sino restringidas o restringidos en parte por las estructuras externas.

El primer poder es un poder negativo, de suma cero, y los otros tres, son poderes de suma positiva, pues, a través de ellos, el incremento de poder de una persona aumenta el poder total disponible. Para fomentar el empoderamiento de las mujeres hay que apoyar procesos que generen poder de suma positiva de forma que ellas adquieran las herramientas necesarias para convertirse en las gestoras de su vida y, por ende, en el

caso que nos ocupa, de su salud reproductiva.

Las mujeres han sido objeto principalmente de las diferentes clases de “poder sobre”, en particular del poder latente e invisible, que ha controlado, entre otros aspectos, sus cuerpos, su sexualidad, su libertad de movimiento, sus recursos materiales y su participación en el ámbito público. Por todo ello se ha dicho que las mujeres están en situación de desempoderamiento. Sin embargo, no podemos decir que éstas han carecido de poder, sino más bien que su situación social expresa poco poder y que el que ostentan se establece dentro de limitaciones sociales muy rígidas.^{viii,10} Asimismo, es necesario señalar que la forma y el grado de opresión no es el mismo para todas las mujeres, al estar éste marcado por las diferencias en torno a “la raza, clase, historia colonial y posición actual en el orden económico internacional” de cada mujer.¹¹

Dentro del modelo de análisis de empoderamiento propuesto por Rowlands, todos estos poderes – poder sobre, poder para, poder con, poder dentro – se pueden analizar en tres dimensiones:

- La dimensión personal, donde el empoderamiento consiste en conseguir que las mujeres desarrollen la confianza, la autoestima, el sentido para generar cambios, superando así la opresión internalizada.
- La dimensión colectiva donde las mujeres trabajan conjuntamente para alcanzar las metas propuestas, metas que no podrían lograr individualmente. Se desarrollan habilidades de identidad de grupo, autogestión, y capacidad para producir cambios.
- Y la dimensión de las relaciones cercanas, donde el empoderamiento consiste en desarrollar la habilidad para negociar en la naturaleza de la relación y en las decisiones tomadas al interior de la misma.

En cada dimensión se dan cambios que afectan a las otras dos dimensiones; sin embargo, el empoderamiento de una de ellas no garantiza que se produzca el

^{vii} Como ya se dijo, la salud reproductiva implica, por un lado, reivindicar el derecho de las mujeres a decidir tener hijos e hijas o no, a tener embarazos seguros, a prevenir enfermedades del aparato reproductivo o a escoger libremente el método anticonceptivo más adecuado y, por otro lado, superar las posturas biologicistas que ubican en la naturaleza y en su capacidad procreadora el rol que las mujeres tienen que desempeñar socialmente, así como la valoración del mismo.

^{viii} Según Celia Amorós (2003), se ha manifestado mucho -de forma ideológicamente interesada- el eventual poder de las mujeres. No obstante, no todas las mujeres tienen la capacidad de manejar este poder, el cual es ejercido a través de lo que la autora llama tretas del débil. Por otro lado, señala Amorós, las mujeres que sí manejan este poder, lo hacen dentro de unas restricciones, de forma que el límite del mismo se encuentra siempre en el nivel de lo verdaderamente importante.

empoderamiento en las otras. Estos cambios serán distintos en cada mujer, debido a que cada dimensión está influenciada por la experiencia personal, la de grupo y la de relaciones cercanas que hayan vivido.

Con el fin de mejorar la comprensión de los elementos que inciden en el empoderamiento, Hidalgo¹¹ propone completar el modelo de Rowlands incluyendo el análisis del conflicto y las compensaciones y negociaciones que se dan como producto de los cambios de identidad de las mujeres involucradas y de las personas cercanas a ellas.

Metodología de aplicación práctica

El empoderamiento supone, por tanto, potenciar que las mujeres adquieran poder a nivel individual, colectivo y en las relaciones cercanas, dando especial importancia a las diferencias que existen entre ellas, ya que esto va a marcar su forma de opresión.

El empoderamiento es un proceso personal, cada mujer tiene que empoderarse a sí misma, no es posible hablar de dar poder a otras personas. No obstante, sí se pueden abrir espacios y dar posibilidades para que se desarrolle este proceso; de ahí la importancia de crear conciencia de la discriminación de género y del compromiso de las organizaciones civiles y gubernamentales como agentes facilitadores del mismo.¹²

En este sentido, la labor de las organizaciones en la promoción del empoderamiento tiene que ir más allá de la simple apertura al acceso para la toma de decisiones, debiendo incluir también procesos que permitan a las mujeres tener la capacidad de percibirse a sí mismas como aptas para ocupar estos espacios de toma de decisiones y de usar dichos espacios de manera efectiva.

El proceso de empoderamiento generalmente comienza con agentes externos, los cuales no pueden imponer ni controlar el proceso, pero sí apoyarlo. Estos agentes (promotoras/es, asesoras/es y especialistas) pueden, así, ayudar a las

mujeres a hacer valer los derechos que por ley les corresponden a través de impulsar los procesos individuales y grupales, de facilitar su acceso y control a recursos y beneficios o de informarlas sobre la prevención y el autocuidado de su salud o sobre cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos. Es necesario señalar que ésta es una tarea ardua que requiere años de esfuerzo.^{ix} No se trata sólo de un taller aislado sino del comportamiento concreto de las/os promotoras/es, asesoras/es, y especialistas externos en su vida privada y en relación con el trabajo diario que realizan con los grupos de mujeres y hombres.¹² Es por ello que el entrenamiento de los y las agentes externos aparece como un aspecto de suma importancia, al tener que desarrollar muchas habilidades (empatía, autoconfianza, capacidad de actuar en diferentes esferas...) y requerir de mucha práctica y de un constante monitoreo.

Por otro lado, cabe mencionar que el empoderamiento de las mujeres puede generar, en ocasiones, conflictos con los hombres compañeros de estas mujeres, al sentir que, al tomar éstas sus propias decisiones y ejercer el control sobre sus vidas, pierden parte del poder y de la posición privilegiada en la que los ha colocado el patriarcado. De ahí la necesidad de trabajar también con ellos, de cara a resolver estos conflictos y lograr, como señala León,¹⁰ que el empoderamiento de las mujeres signifique, también, un empoderamiento psicológico y emocional de los hombres, por medio del cual muchos de ellos puedan avanzar y quitarse la coraza limitante en la que los colocan los estereotipos de género.

A manera de conclusión

Como se ha visto a lo largo de este trabajo, la resolución de las problemáticas de salud reproductiva de las mujeres requiere de la existencia de una equidad en el ejercicio del poder de mujeres y hombres, ya que la salud reproductiva de éstas es afectada no sólo por sus diferencias biológicas con los hombres, sino también por las relaciones inequitativas en todos los aspectos de las relaciones de género: culturales, sociales, políticos y económicos, que impactan su poder de decisión.

^{ix} Según Menike (1993) los programas de empoderamiento acelerados, que buscan resultados a corto plazo, acaban creando mucha confusión y resistencia por parte de las mujeres.

^x La condición se refiere al contexto material en el que viven las mujeres: pobreza, falta de acceso a la educación, a los servicios sanitarios o excesiva carga de trabajo. Este concepto está directamente relacionado con las necesidades prácticas de género.

^{xi} El concepto de posición alude a las características socioeconómicas causantes de los niveles de vida materiales que determinan la discriminación de las mujeres en relación con los hombres. La posición de las mujeres está estrechamente relacionada con sus intereses estratégicos de género.

Referencias

¹ Careaga G *et al.* Construyendo relaciones entre los campos de salud reproductiva y desarrollo sustentable.

Segunda reunión de diálogo entre salud reproductiva y desarrollo sustentable. Amatlán, México; 1997.

² Zapata E, Halperin D. Desarrollo sustentable y salud reproductiva:

¿hacia una convergencia? En: Vázquez V, coord. Género, sustentabilidad y cambio social en el México rural. México, DF: Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas; 1999.

³ Vázquez V, Flores A. ¿Quién cosecha lo sembrado? Relaciones de género en un área natural protegida mexicana. México, DF: Plaza y Valdés / Colegio de Postgraduados; 2002.

⁴ Tuñón E. La salud sexual y reproductiva en Tabasco. En: Tuñón E, coord. Género y salud en el sureste de México. México: ECOSUR / Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 1997.

⁵ García *et al.* Salud reproductiva y desarrollo sostenible: en la búsqueda de los nexos. Segunda reunión del diálogo entre salud reproductiva y desarrollo sustentable. Amatlán, México; 1997.

⁶ Espinosa G, Paz L. Salud reproductiva en México. Los programas, los procesos, los recursos financieros. En: Espinosa G, coord. Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2000.

⁷ Young K. El potencial transformador en las necesidades prácticas: empoderamiento colectivo y el proceso de planificación. En: León M, comp. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; 1997:105.

⁸ León M. El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. En: León M, comp. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; 1997.

⁹ Rowlands J. Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: un modelo para el desarrollo. En: León M, comp. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; 1997.

¹⁰ León M. El empoderamiento de las mujeres: encuentros del primer y tercer mundos en los estudios de género. La Ventana, Revista de Estudios de Género 2001;(13): 94-116.

¹¹ Hidalgo N. Cajas de ahorro como estrategia de supervivencia de mujeres rurales (Tesis de maestría en ciencias). Montecillo, México: Colegio de Postgraduados; 1999.

¹² Zapata E, Townsend J, Rowlands J, Alberti P, Mercado M. Las mujeres y el poder: contra el patriarcado y la pobreza. Montecillo, México: Colegio de Postgraduados; 2002.

También se ha visto cómo el empoderamiento puede ser una estrategia de modificación de estas relaciones y, por tanto, de mejora de la salud reproductiva de las mujeres. Para que el empoderamiento sea efectivo se requiere una metodología que potencie el incremento del cambio personal, colectivo y de las relaciones cercanas y que intervenga a nivel de la “condición”^x de las mujeres, mientras que al mismo tiempo se está transformando su “posición”^{xi}, abordando simultáneamente necesidades prácticas e intereses estratégicos.

La participación de las mujeres es considerada fundamental en la implantación y puesta en práctica de todas las estrategias de empoderamiento y de salud reproductiva, al concebirse éstas como sujetos activos dentro de este enfoque. Asimismo, es de vital importancia concienciar en equidad de género a los hombres, con el fin de resolver los posibles conflictos que genere el empoderamiento de las mujeres y contribuir a la deconstrucción de los estereotipos de género que tienen interiorizados y que coartan su libertad.

En síntesis, la estrategia de empoderamiento al entrañar cambios en la conciencia, la autonomía, las identidades individuales y colectivas, la percepción del mundo y de su propio ser de las mujeres aparece como una estrategia de aplicación básica y “obligatoria” dentro de las políticas y ámbitos de salud reproductiva, al considerarse, como se dijo con anterioridad, la adquisición de poder por parte de éstas un prerequisite fundamental para tomar decisiones que atañen a su salud, a sus cuerpos y a sus vidas.

Yo le digo a mi esposo... porque a él le gustan mucho los niños y dice: yo quiero que tenga otro tiernito. No mi amor, ya en mi cuerpo pasaron siete hijos y ya me di cuenta de que con los hijos no podemos hacer nada.. yo lo que quiero es hacer cosas por mi comunidad; entonces yo pienso que mejor nos cuidemos, mejor así, yo tengo mi derecho y mi cuerpo es mi cuerpo.. si de verdad me quieres entonces me vas a respetar”.

Marta (lideresa campesina de Chiapas)

PARA DESCIFRAR

EMBARAZOS¹

1. Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia	26.6
2. Estados donde se reporta la mayor prevalencia de embarazadas con anemia Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas	
3. Grupo de edad de mujeres embarazadas donde se observan las tasas más altas de anemia	17 a 30 años
4. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio (NOM007-93), número mínimo de revisiones médicas que deben realizarse a las mujeres embarazadas	5
5. Porcentaje de embarazadas de alto riesgo atendidas en instituciones públicas (consulta prenatal de primera vez)	9.0

Nacimientos en el año 2003²⁻⁴

6. Porcentaje de nacidos vivos en instituciones públicas de salud (menos de 2 500 g)	7.4
7. Porcentaje de nacimientos atendidos en instituciones de salud públicas y privadas (nacimientos estimados)	80.0
8. Promedio de consultas prenatales en instituciones públicas del sector salud	5
9. Porcentaje de puérperas atendidas en instituciones públicas de salud	47.0
10. Porcentaje de cesáreas por nacimiento	40.0

Defunciones en el año 2003⁵

11. Porcentaje de defunciones maternas en unidades médicas	76.2
12. Porcentaje de defunciones maternas en unidades médicas por edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	85.4
13. Porcentaje de defunciones maternas en unidades médicas por hemorragia obstétrica	65.1
14. Porcentaje de defunciones maternas en unidades médicas por causas obstétricas indirectas	78.5
15. Porcentaje de defunciones maternas en unidades médicas por infección puerperal	71.1
16. Porcentaje de defunciones maternas en unidades médicas por aborto	79.1
17. Porcentaje de mortalidad en unidades médicas por asfixia y trauma al nacimiento en menores de un año de edad	84.7
18. Porcentaje de mortalidad en unidades médicas por infecciones específicas del periodo perinatal en menores de un año de edad	91.5
19. Porcentaje de mortalidad en unidades médicas por bajo peso al nacimiento y prematurez en menores de un año de edad	88.2

1 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Hombres y mujeres en México. Aguascalientes, Aguascalientes, México: INEGI; 2004.

2 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística No. 23. México, DF: Secretaría de Salud; 2005.

3 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Información estadística de salud en establecimientos particulares, 2003. México, DF: INEGI; 2004.

4 Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2000-2050. México, DF: CONAPO; 2002.

5 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Base de datos de defunciones 2003. México, DF: SSA; 2005.

NOTIGÉNERO

CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

10° Foro Internacional de AWID sobre Derechos de las Mujeres en el Desarrollo

Lugar y fecha: Bangkok - Tailandia, 27-30 de octubre de 2005.
Informes: Programa de Fortalecimiento a Organizaciones y Movimientos Feministas (FEMO), Asociación para los Derechos de la Mujer y Desarrollo (AWID), Córdoba 234, int. 7, colonia Roma Sur, 06700 México, DF - México, y en la página Web de AWID ubicada en: www.awid.org

9° World Congress on Health Information and Libraries

The Main Theme: Commitment to Equity
Institución organizadora: Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information - BIREME/PAHO/WHO; IFLA Section of Biological and Medical Sciences Libraries and the Brazilian Ministry of Health.
Lugar y fecha: Salvador, Bahía - Brasil, 20-23 de septiembre de 2005.
Sitio web: www.icml9.org/?lang=en

II Congreso Iberoamericano sobre las Drogodependencias y

II Congreso de Actualización en Medicina

Convoca: Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional. Sección de Estudios de Posgrado e Investigación.
Lugar y fecha: México, DF - México, 24-27 de octubre de 2005.
Informes: Escuela Superior de Medicina. Av. Plan de San Luis y Salvador Díaz Mirón S/N, Casco de Santo Tomás, Delegación Miguel Hidalgo. 11340 México, DF, y en: www.esm.ipn.mx

I Concurso Andino de Voluntariado

El BID y la CAF ofrecen donaciones para proyectos orientados a la movilización del voluntariado a través de aprendizaje-servicio. Las donaciones, por un máximo de US\$10 000.00 serán asignadas por medio de un concurso abierto a proyectos presentados por estudiantes, ONGs e instituciones educativas de la Región Andina. Las propuestas deberán cumplir con el formato y los requisitos determinados en las Bases del Concurso, disponibles en: <http://www.iadb.org/etica/Eventos/Concurso1-GrInfo.cfm> Se recibirán propuestas hasta el 22 de julio de 2005.

9° Congreso Mundial sobre Endometriosis

Lugar y fecha: Maastricht, Holanda, 14-17 de septiembre de 2005.
Informes: www.conferenceagency.com
wce2005@conferenceagency.com

Congreso Internacional: La Naturaleza del Nacimiento

Convocan: REHUNA, Nueve Lunas y Midwives Alliance.
Lugar y fecha: Oaxtepec, Morelos - México, 1-4 de julio de 2005.
Informes: <http://naturalezadelnacimiento.sistemex.net/>

1ª Conferencia Internacional sobre Ginecología y Obstetricia

Lugar y fecha: Beijing - China, 7-10 de octubre de 2005.
Informes: icoq2005@cma.org.cn www.eventsintl.com

CURSOS Y DIPLOMADOS

Diplomado Género y Salud. 10° Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología.

Convoca: Instituto Nacional de Salud Pública.
Lugar y fecha: Cuernavaca, Morelos - México, 1- 26 de agosto de 2005.
Informes: INSP/Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología.
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos - México.
Fax: +52(777) 329 3081, 311 1148.
Teléfonos: Nacional 01(777) 329 30 10, 329 30 00, exts. 3116, 3117 y 3119.
Desde el extranjero +52(777) 329 30 10, 329 30 00, exts. 3116, 3117 y 3119.

El Diplomado se llevará a cabo en las instalaciones del INSP-CENSA, DF - México, ubicado en Séptima Cerrada de Fray Pedro de Gante # 50, Col. Sección XVI Tlalpan, México, DF (a dos cuadras del Instituto Nacional de Cancerología).

X Congreso Nacional de Pediatría CONAPEME

Lugar y fecha: Centro Cultural y de Convenciones de Acapulco, Guerrero - México, 24-27 de agosto de 2005.
Informes: www.conapeme.org.mx
cm@consorciomedico.com.mx

X Encuentro Internacional de Mujeres y Salud

Lugar y fecha: Nueva Delhi - India, 21-25 de septiembre de 2005.
Informes: www.arrow.org.my

11 Congreso Mundial sobre Menopausia

Lugar y fecha: Buenos Aires - Argentina, 18-22 de octubre de 2005.
Informes: www.menopause2005.org



SALUD
CENTRO NACIONAL
DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA
DIRECCIÓN GENERAL
DE INFORMACIÓN EN SALUD



UNDP

México