

GÉNERO Y SALUD

EN CIFRAS

**GOBIERNO
FEDERAL**

Volumen 8 • No. 3

Septiembre-Diciembre 2010

SALUD



Presentación

Aurore del Río Zolazzi

La violencia obstétrica Una forma de patriarcado en las instituciones de salud

3

Hernán J. García Ramírez
J. Alejandro Almaguer González
Vicente Vargas Vite

Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada

13

El maltrato en las salas de parto Reflexiones de un gineco-obstetra

21

Luis A. Villanueva Egan

Cómo me veo, cómo me ven y cómo miden mi cuerpo Estudio de un grupo de escolares y sus madres en una comunidad de la costa de Oaxaca

27

Gabriela Romero Juárez
Sara E. Pérez-Gil Romo
Claudia Paz Tovar

Para Compartir Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género. Avances registrados de 2007 a 2009

38

Raymundo Fernández Pérez

Para Descifrar Violencia institucional. Evidencias de mala práctica médica

57

Reseña de Libro Lydia Cacho. Esclavas del poder. *Un viaje al corazón de la trata sexual de mujeres y niñas en el mundo* Algunos apuntes y consideraciones

60

Hernán J. García Ramírez

NotiGénero

66

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS - VOL. 8 • N° 3

Septiembre - Diciembre
2010

SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Villalobos

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Maki Esther Ortiz Domínguez

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga
Aurora del Río Zolezzi
Susana P. Cerón Mireles

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas
Raffaella Schiavon Ermani
Ivonne Szasz Pianta
Ma. Beatriz Duarte Gómez
Yuriria A. Rodríguez Martínez
Cecilia Robledo Vera
Oliva López Sánchez
Dubravka Mindek Jagic
Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Cecilia Robledo Vera
Ma. Adriana Ulloa Hernández

Comentarios y Correspondencia:

cecilia.robledo@salud.gob.mx o gysenc@gmail.com

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS, Año 8, N° 3, septiembre – diciembre 2010 es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/ Secretaría de Salud. Homero 213, 3er piso, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F., Tel + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx. **Editoras responsables:** Cecilia Robledo Vera y Ma. Adriana Ulloa Hernández. **Diseño editorial:** arte i diseño, Don Juan 73-7, Colonia Nativitas, C.P. 03500, México, D.F., Tel. 5698 4326 y 29. www.arteidiseno.com. **Impreso por:** arte i diseño, Don Juan 73-7, Colonia Nativitas, C.P. 03500, México, D.F., Tel. 5698 4326 y 29. www.arteidiseno.com. Este número se terminó de imprimir en noviembre de 2011 con un tiraje de 2000 ejemplares. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sean utilizados sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex -Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal-.

Fotografías de portada y contraportada: Hernán J. García Ramírez. Acervo de DGPLADES, Secretaría de Salud.

MÉXICO
2010

Presentación

Este tercer número del volumen 8, correspondiente al último cuatrimestre de 2010, **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS** centra su atención en el Día Mundial por la Eliminación de la Violencia contra Mujeres y Niñas conmemorado el 25 de noviembre. Desde distintos ángulos, con los artículos de esta revista, se intenta ofrecer una visión gubernamental y de la sociedad civil sobre las condiciones que suelen perpetuar el ejercicio de la violencia, incluyendo la que se ejerce por parte del sistema hospitalario y del personal de salud. Al explorar los vínculos de la violencia con la salud y el género, se encuentra que si bien en la actualidad México se ciñe a los múltiples estatutos internacionales de la Organización Mundial de la Salud y a la legislación vigente en el país, la violencia contra las mujeres cobra particular importancia.

La atención de mujeres usuarias de servicios de salud durante embarazo, parto y puerperio, así como la atención a aquellas mujeres que acuden a las instituciones de salud para salvaguardar su integridad por causa de algún tipo de violencia padecida frente a algún integrante de sus familias, en muchas ocasiones su pareja, todavía no es óptima. Sin embargo, la rectoría de la Secretaría de Salud y, en particular, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (**CNEGSR**) sobre los programas estatales de detección y atención de mujeres en situación de violencia, es en este momento crucial para poder sistematizar, monitorear y evaluar las acciones y tareas llevadas a cabo por el personal de salud, tanto en el diseño de estrategias de operación como en la atención directa de las necesidades de salud. De la misma manera, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (**DGPLADES**), es una socia importante en la capacitación y promoción de la atención de la salud de las mujeres con una perspectiva intercultural.

Los dos primeros artículos abordan el tema de la violación de los derechos humanos y reproductivos durante la atención institucional del embarazo, parto y puerperio. **La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud**, fue escrita por Hernán José García Ramírez, José Alejandro Almaguer González y Vicente Vargas Vite. Los autores trabajan en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la DGPLADES, en donde han instrumentado un Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Dicho modelo deriva de una investigación cualitativa realizada con personal de salud en 17 entidades y con mujeres usuarias de cuatro estados: Veracruz, Puebla, Oaxaca y Chiapas.

Este trabajo aborda la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y patriarcal, así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Nacional de Derechos Humanos para la Atención Perinatal, respecto a la atención institucional debida a mujeres, familiares y personal de salud, víctimas de la violencia obstétrica. Los autores presentan ejemplos positivos en ocho estados de la República y dan voz a un caso específico de violencia institucional padecida por parte del personal de salud, el relato anónimo de una médica que renunció a la residencia para obtener su especialidad al sentirse obligada a participar en prácticas médicas faltas de ética y respeto a la integridad física de las mujeres embarazadas y en situación de parto.

El segundo artículo, de Luis A. Villanueva Egan, **El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra**, fue recientemente publicado en la revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (**Conamed**). El autor expresa, a partir de su experiencia en la práctica gineco-obstétrica, cómo la credibilidad en la máxima autoridad y el "saber incuestionable" del personal médico aunado a las carencias de la estructura hospitalaria, justifica que no se tome en cuenta la opinión de las usuarias de instituciones públicas de salud, concebidas como ignorantes e incapaces de participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Esto lleva a desoír el saber de las mujeres en situación de parto, e impedir la apropiación de su derecho a una atención obstétrica que debería ser fraterna, de calidad y preventiva de casos de morbi-mortalidad materno-infantil.

La violencia también puede ser simbólica y puede ser ejercida por una persona hacia sí misma, por influencia de concepciones socioculturales aprendidas. La autoimagen de un cuerpo más delgado o más obeso del que se tiene en referencia con parámetros objetivos como el Índice de Masa Corporal (**IMC**), puede depender tanto de los niveles de autoestima como de las creencias de un grupo social. Ana Gabriela Romero Juárez, Sara Elena Pérez-Gil Romo y Claudia Paz Tovar, son autoras de **Cómo me veo, cómo me ven y cómo miden mi cuerpo. Estudio de un grupo de escolares y sus madres en una comunidad de la costa de Oaxaca**.

El artículo deriva de la investigación del Departamento de Estudios Experimentales del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán en que ellas participan para conocer la percepción del cuerpo en mujeres rurales de tres estados en México. Y en este

trabajo se refieren en específico a una entrevista y dos cuestionarios que aplicaron a un grupo de madres y sus hijas/os de 9 a 12 años de edad, del municipio Villa de Tututepec de Melchor Ocampo, en la escuela primaria Río Grande. Entre los temas que abordaron, se encuentran la imagen corporal diferenciada en niñas, niños y madres, relacionada con el IMC, así como algunas implicaciones culturales y de género en la conciencia del cuerpo, alimentaria y las prácticas alimentarias de riesgo.

En la sección *Para Compartir* se aborda el **Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género. Avances registrados de 2007 a 2009** en las 32 entidades de la República Mexicana, elaborado por Raymundo Fernández Pérez, Subdirector de Prevención de la Violencia de este **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**. Con base en el Informe General de Avances mensual reportado por las autoridades estatales, este artículo da cuenta de las líneas de acción: detección, referencia y atención especializada, seguidas por la Dirección de Violencia Intrafamiliar que el autor se dio a la tarea de sistematizar en apego a cinco indicadores: cobertura de aplicación de la herramienta de detección de violencia, a mujeres de población de responsabilidad; porcentaje de mujeres de 15 años y más, a quienes se aplicó la herramienta de detección y se encontraban en posible situación de violencia; porcentaje de mujeres en situación de violencia severa, con atención especializada y referidas de otras unidades de salud; cobertura de atención especializada a mujeres en situación de violencia familiar severa, y promedio de consultas por mujer atendida con tratamiento de apoyo psicoemocional.

La violencia de género presenta múltiples formas de agravio de la integridad, dignidad, derecho de expresión y libre tránsito de la mujer, incluido el derecho a la vida. En la República Mexicana fueron registrados –de enero de 2009 a junio de 2010– 890 femicidios en 11 entidades. Según lo denunció el Observatorio Ciudadano Nacional de Femicidios (OCNF), entre las entidades analizadas, aquellas que presentaron mayor índice de homicidios de mujeres en el país, son: Estado de México (309 mujeres muertas), Sinaloa (125), Tamaulipas (109), Sonora y Jalisco (83, en ambas). El OCNF integra 49 organizaciones de la sociedad civil que se dedican a defender los derechos humanos y de las mujeres en 21 estados. Cabe decir que, referidos a 2009, la información reportada por instituciones oficiales sobre la situación de la violencia hacia las mujeres en Latinoamérica, permiten ubicar a México como el tercer país con más alto índice de femicidios (529) superado por Guatemala (720 casos) y El Salvador (579), seguido por Honduras (405) y Nicaragua (79).

En correlato con el testimonio que los autores del primer artículo exponen para ejemplificar cualitativamente la violencia institucional obstétrica que ocurre en el país, así como con respecto al artículo del Dr. Villanueva Egan, la sección *Para Descifrar*, expone algunas cifras de la Conamed, correspondientes a octubre 2003-2007 (Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes), que diversos autores han discutido y documentado para Salud Pública de México en 2009 y, a nuestro juicio, complementan algunas estimaciones que en este número se hacen sobre la violencia institucional en México desde la perspectiva de las y los usuarios de los servicios de salud.

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS da espacio a la reseña de libros especializados en género, salud, prevención y atención de la violencia. Hernán José García Ramírez, analiza el libro de Lydia Cacho, **Esclavas del poder. Un viaje al corazón de la trata sexual de mujeres y niñas en el mundo** publicado este año. Ubica la relación trata – pornografía – explotación sexual y posible complicidad social e institucional con el narcotráfico, que aborda la periodista, contra la “normalización de la explotación sexual”. El autor de la reseña, parte del señalamiento de la violencia patriarcal y sexual para invitar a cuestionarse la posición de los varones en la sociedad mexicana y del mundo, que desdican o niegan la existencia de la trata de mujeres y niñas, o simplemente ignoran la magnitud de este problema. La búsqueda activa de atención a los derechos humanos y la preservación de la vida en condiciones dignas se convierte en eje insoslayable de la salud y la equidad de género.

El 20 de octubre de 2010, Lydia Cacho recibió el premio PEN Pinter, el cual es otorgado cada año en honor al británico Harold Pinter (Premio Nobel 2005), a una o un escritor periodista residente en el Reino Unido y a otro/a de reconocido valor que ha sufrido persecución por manifestar sus creencias. Lydia Cacho fue detenida, hostigada y torturada en México en 2005 después de haber publicado **Los demonios del edén. El poder que protege la pornografía infantil**. La periodista Lydia Cacho fue absuelta en 2007 de los cargos por difamación y calumnia reclamados en su contra por Kamel Nacif, quien estuviera ligado a Jean Succar Kuri, juzgado, encontrado culpable y condenado por pornografía infantil y corrupción de menores; quien fuera denunciado públicamente por Lydia Cacho.

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS reitera su compromiso con los problemas de morbi-mortalidad de la población mexicana en relación con posibles condicionantes socioculturales y de género, que afectan la salud, calidad de vida y autonomía de mujeres y hombres a lo largo de la vida.

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud

José Alejandro Almaguer Gonzálezⁱ

Hernán José García Ramírezⁱⁱ

Vicente Vargas Viteⁱⁱⁱ

*“Para cambiar el mundo,
primero debemos cambiar
la forma de nacer”.*

Michele Odent, Ginecoobstetra Francés,
precursor de la promoción del parto fisiológico

ⁱ Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Secretaría de Salud (SSA). Médico, epidemiólogo y Mtro. en Administración de Atención Médica y Hospitales, y en Dirección y Evaluación de los Servicios de Salud. Correspondencia: alejandroalmaguergonzalez@hotmail.com

ⁱⁱ Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención, DMTyDI, DGPLADES-SSA. Médico y docente del Instituto Nacional de Salud Pública (Cursos de Verano). Hizo medicina social de 1980 a 2000 en zonas rurales e indígenas. Correspondencia: educerverhg@hotmail.com

ⁱⁱⁱ Subdirector de Interculturalidad en Servicios de Salud, DMTyDI, DGPLADES-SSA. Antropólogo físico, diplomado en Competencias Gerenciales y Prospectiva y Generación de Escenarios. Correspondencia: marakame07@gmail.com

* Los autores coescribieron asimismo: Interculturalidad en Salud. Experiencia y Aportes para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud; 2008. Ver: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/intercultural/Libro%20Interculturalidad%20en%20Salud%202020.pdf

Introducción

Este ensayo pretende describir y visualizar un problema presente en los servicios de salud de México, Latinoamérica y el mundo, la violencia obstétrica. A pesar de múltiples estudios y de su incorporación en el marco legal de algunos países latinoamericanos (y estados mexicanos, como Veracruz y Chiapas), la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica gineco-obstétrica. Para un gran número de mujeres atendidas durante su embarazo, parto y puerperio, la violencia obstétrica representa una condición de sufrimiento innecesario, insatisfacción generalizada, maltrato a sus derechos humanos y un riesgo para su salud, el cual se extiende a sus bebés.

Como alternativa a esta situación, se presenta un modelo de atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, el cual ha sido incorporado en los servicios de salud de nuestro país con resultados prometedores. Como complemento de este documento se anexa el testimonio de una residente de gineco-obstetricia, quien relata sus vivencias en torno al problema descrito.

El origen metodológico del presente ensayo es la identificación de barreras culturales y de género, producto de los **Talleres de sensibilización intercultural para personal de los servicios de salud**,^{iv} y de los **Encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales**,^v llevados a cabo de 2004 a 2010 en 17 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.^{vi} Este trabajo se complementó con referencias bibliográficas y se fortaleció con la opinión e información presentada por personas expertas en el tema, responsables de su posicionamiento legal en la entidad de Veracruz.^{vii, 1}

En Venezuela le llaman a la violencia obstétrica la **epidemia silenciosa**,² considerando que las actitudes y acciones que la definen, son prácticas generalizadas en las instituciones oficiales, aunque prácticamente no reconocidas. Con más evidencias^{viii} de su presencia en las instituciones oficiales y debidamente documentadas respecto a la salud sexual y reproductiva, se considera que es uno de los tipos más extendidos de violencia de género³ y que fortalece la institucionalización de los prejuicios en la atención hacia las mujeres.

Se comprende como **VIOLENCIA DE GÉNERO** hacia las mujeres a:

Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.⁴



Fotografía: Hernán J. García Ramírez. Acervo de DGPLADES, Secretaría de Salud.

iv Los **Talleres de sensibilización intercultural** fueron realizados con personal jurisdiccional, estatal, de centros de salud y hospitalarios de la Secretaría de Salud. En ellos se realizaron dinámicas para identificar las barreras culturales y de género presentes en los servicios de salud. Cabe resaltar que más del 60% del personal de salud femenino participante (médicas y enfermeras), también fueron atendidas durante sus partos en los servicios de salud públicos (SSA, IMSS e ISSSTE) y refirieron haber recibido algún tipo de maltrato en dicha atención, de manera coincidente con los elementos aquí definidos como "violencia obstétrica". Además del personal jurisdiccional, estatal y de centros de salud, participaron ocho hospitales de las siguientes entidades federativas: Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo (2), Nayarit, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala, con la participación promedio de 50 personas en cada uno, con personal médico (médicas/os generales, obstetras, pediatras, internas/os y residentes de gineco-obstetricia), enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y personal directivo.

v En los **Encuentros de enriquecimiento mutuo**, tanto el personal de salud como las parteras tradicionales analizaron las ventajas y desventajas de cada modelo de atención. También resalta la descripción que las parteras tradicionales han hecho acerca del "maltrato" sufrido por las mujeres en la atención de su embarazo, parto y puerperio de parte del personal de los servicios de salud. Estos encuentros se han realizado básicamente con personal médico y de enfermería de centros de salud y con las parteras tradicionales de los estados de Chiapas, Estado de México, Guerrero, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Tabasco y Veracruz, con un promedio de 40 personas asistentes, la mitad personal de salud y la otra mitad parteras tradicionales.

vi En algunos **Encuentros de enriquecimiento mutuo** realizados en los estados de Oaxaca, Puebla y Chiapas, se contó también con la participación de algunas mujeres que habían parido, tanto en los servicios de salud, como con las parteras tradicionales. Ellas analizaron las ventajas y desventajas de la atención de cada modelo como ellas lo vivieron, destacando su cuestionamiento a las actitudes y los comportamientos con que fueron atendidas en los servicios de salud.

vii El Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres, A.C. (CIDEM), participante en el proceso social para la promoción de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, cuenta con entrevistas videograbadas al azar, en Xalapa, Veracruz a mujeres en la vía pública sobre su atención en el parto, en las que la mayoría relata haber recibido los maltratos en las instituciones públicas.

viii **Recomendación General N° 15.** Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <http://www.cndh.org.mx/recomen/recomegr.asp>.

Esta violencia se expresa en amenazas, agravios, maltrato, lesiones y daños asociados a la exclusión, la subordinación, la discriminación y la explotación de las mujeres en todas sus modalidades afectando sus derechos humanos. La violencia de género contra las mujeres involucra tanto a las personas como a la sociedad, comunidades, relaciones, prácticas e instituciones sociales, y al Estado que la reproduce al no garantizar la igualdad, al perpetuar formas legales, jurídicas, judiciales, políticas androcéntricas y de jerarquía de género y al no dar garantías de seguridad a las mujeres durante su ciclo de vida.⁵

Entre los tipos de violencia de género, se encuentra la que afecta la salud reproductiva⁶ y que ejerce el personal de salud en el contexto de los servicios de salud, la cual se puede definir como "todo acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos".⁴ Este tipo de violencia está frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados que atienden, en el caso de las mujeres –además de las acciones realizadas en la atención del embarazo, parto y puerperio–, a las acciones de prevención y atención de enfermedades propias de las mujeres como el cáncer cérvico uterino y mamario.

La "naturalización institucional" de la violencia sobre la salud reproductiva

La violencia sobre la salud reproductiva tiene relación, por un lado, con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos y, por otro, es inseparable de la violencia de género. Se encuentra naturalizada en nuestra sociedad patriarcal, entendiendo al patriarcado como un orden sociocultural que genera y legitima relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, que se expresan en múltiples formas de desigualdad, discriminación y violencia. A través del dominio se construyen y legitiman privilegios para los varones, obtenidos del trabajo gratuito y explotación de las mujeres, negando y menoscabando el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos por parte de ellas. Otorga a los hombres en su calidad de padres, esposos, jefes o sacerdotes, poder y control sobre las mujeres, sus cuerpos y su trabajo. Consigue la complicidad de la mayoría de los varones, tanto como de las estructuras que rigen las instituciones en las que se ejerce dicha dominación masculina.

A pesar de los avances en derechos sociales de las mujeres, los efectos del patriarcado en el mundo continúan en nuestras sociedades contemporáneas, muchas veces de maneras sutiles, brindando beneficios sociales y económicos a ciertos estratos y grupos.⁷

Violencia obstétrica... Violencia institucional y patriarcal

En el caso específico de la VIOLENCIA OBSTÉTRICA,⁸ se le considera como un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, entre los que se da:

- a) Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer.
- b) Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos.⁴

La violencia obstétrica, aunque puede referirse a algunas actitudes del personal de salud y es en primera instancia una **VIOLENCIA INSTITUCIONAL**, entendiendo como tal a:

Las normas y los procedimientos institucionales, así como a los actos u omisiones de las y los servidores públicos, resultado tanto de prejuicios de género, como de patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad de las mujeres o de su subordinación a los hombres, los cuales discriminan o tengan como fin dilatar, obstaculizar, impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.^{ix, 4}

Existe consenso en considerar que la relación entre el personal de salud y las mujeres en el embarazo, parto y puerperio es desigual, jerárquica y de poder, y justificada por la experticia o especialización de las y los profesionales sobre la sociedad en general, lo cual trae como consecuencia la disminución de la capacidad o autonomía de las mujeres y se enmarca en actitudes, roles, normas de conducta, políticas institucionales y prácticas consolidadas en el trabajo médico. Lo anterior se traduce en una despersonalización y en una atención de "casos" o "historias médicas", más que de personas.

Hay una falsa percepción dentro del ámbito médico, de creer que el buen trato y la empatía con las usuarias, implica un involucramiento emotivo que reduce objetividad y atenta contra el pensamiento científico y contra el poder actuar técnicamente de manera eficaz. Esta excusa oculta la concepción de que la persona que solicita atención y tratamiento es inferior e ignorante, por lo que es necesario tutelar e imponer los criterios y las acciones de lo que se considera mejor para ella. Con esto se naturalizan y justifican las actitudes prepotentes y despóticas de "control" del embarazo y el parto que no consideran las expectativas ni los sentires de las mujeres.

ix Se incorpora el concepto definido en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, dado que es la primera entidad federativa en la República Mexicana que incorporó este elemento en dicha Ley.



La violencia obstétrica es reconocida a nivel oficial por primera vez en el mundo, por la República Bolivariana de Venezuela, incorporándose en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual entró en vigencia en marzo del 2007.⁹ En México se encuentra incorporada a partir del 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz,⁵ en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas,¹⁰ y desde 2010 en el Código Penal del Estado de Veracruz. En Argentina se cuenta con la Ley de Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida desde el año de 2004,¹¹ la cual presenta y desglosa los derechos de las mujeres e hijos en el nacimiento.^x

La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que la padecen. La mayoría de las mujeres entrevistadas al respecto^{xi} refirieron que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente, para no complicar su estado emocional. Esto último explica las escasas demandas y quejas contra este tipo de violencia, lo cual ha ido cambiando debido a la conciencia social sobre los derechos de las mujeres y al conocimiento extendido sobre las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con respecto a la atención del parto.¹²

Diez Recomendaciones de la OMS con respecto a la atención del parto

Las recomendaciones de la OMS y algunos meta-análisis de estudios controlados, han señalado y concluido que el cuidado materno con apoyo tecnológico inapropiado, continúa siendo practicado en todo el mundo, a pesar de la aceptación de las propuestas de la medicina basada en las evidencias para este cuidado. La preocupación de la OMS por este tema,¹² llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación:

1. Ser no medicalizados, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
3. Basarse en las evidencias científicas.
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Ser apropiados, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

x Estas propuestas legales responden a la Convención Interamericana para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belem do Pará, aprobada por la OEA en 1994 y ratificada por el Senado de la República Mexicana el 26 de noviembre de 1996, cuyo Artículo 7 establece la obligación de los estados, de incluir sin dilación en su legislación interna, las normas penales que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Si bien este enunciado es de carácter general, se entiende que todas las formas de este tipo de violencia que se definan, incluida la violencia obstétrica, deben incluir mecanismos para sancionarla legalmente.

xi Entrevistas con el personal de salud (médicas y enfermeras) de servicios estatales en los **Talleres de sensibilización intercultural**, así como con usuarias de los servicios en los **Encuentros de Enriquecimiento Mutuo**.

En las recomendaciones de la OMS se expresa que muchos procedimientos realizados durante el embarazo, parto y puerperio, no cuentan con evidencias de resultados positivos. Los procedimientos referidos por la OMS,¹² como los que sí cuentan con evidencias sólidas sobre su beneficio para la madre y su hijo o hija durante la atención del parto, son:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.¹³
- b) El contacto madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.
- c) La posición vertical (sentada, hincada o en cuclillas) durante el trabajo de parto.¹⁴
- d) Un porcentaje de cesárea inferior al 15%.

Aportes de la ciencia. La acción de la oxitocina en el parto

Recientemente, diversos estudios ^{xii, 15, 16} han aportado evidencias sobre las acciones que pueden dificultar el proceso de trabajo de parto y que se relacionan con la violencia obstétrica. Además de los cuatro elementos descritos por la OMS con evidencias sólidas que han sido señalados, se conocen ahora aspectos del proceso de trabajo de parto que también facilitan la estimulación o inhibición de la oxitocina. En los seres humanos, la oxitocina se produce durante el parto y la lactancia y en las situaciones de paz y confort como la meditación, las relaciones sexuales y en general en todas las situaciones que producen bienestar. Por ello se le ha llamado “la hormona del amor”.

Durante el parto, la oxitocina favorece las contracciones uterinas, tanto para la salida del producto, como de la placenta. Se dice que la oxitocina es una “hormona tímida” porque se inhibe en todas las situaciones que producen adrenalina.

Todos los mamíferos secretan adrenalina y toda la familia de las catecolaminas, en condiciones de estrés y temor para preparar la huida o el enfrentamiento. La inhibición de la oxitocina durante la estimulación de la adrenalina, obedece a un mecanismo de sobrevivencia debido a que si la hembra en trabajo de parto se enfrenta o sospecha ataque de un depredador, el trabajo de parto se inhibe para facilitar su huida. Esto forma parte del instinto en los mamíferos de no sentirse observados durante el trabajo de parto.

En los seres humanos cualquier situación que produzca adrenalina, va a inhibir la oxitocina y por ende el trabajo de parto. Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el pudor al sentirse observadas, los tactos vaginales, los regañones y cualquier situación que produzca temor e inseguridad. La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural. La adrenalina es contagiosa, se produce si al lado hay alguna persona que secrete adrenalina (otra parturienta, médico/a o enfermero/a nerviosos).

Gracias a estas investigaciones ahora se propone con bases científicas el procurar un ambiente de temperatura cálida, confortable, con paz, tranquilidad, silencio o música relajante, sin mucha iluminación, donde no se moleste a la parturienta con exceso de instrucciones y regañones, con pocas figuras masculinizantes (tan solo si proporcionan paz y amor), donde se excluya a cualquier persona estresada. También se ha identificado científicamente que el apego y la lactancia inmediata producen oxitocina y favorecen el alumbramiento de la placenta.

Con la información anterior, se puede afirmar que la violencia obstétrica, además de vulnerar los derechos humanos de las mujeres en trabajo de parto, puede alterar los procedimientos fisiológicos, producir distocias de contracción (anomalías en la contracción y dilatación uterina), sufrimiento fetal por la posición de litotomía (acostada sobre la espalda, con las piernas flexionadas en alto sostenidas por pierneras)^{xiii, 17} atonía uterina^{xiv} y extirpación del útero (histerectomía) por el exceso de oxitócicos sintéticos, así como diversas complicaciones de la aplicación de cesáreas sin una indicación clínica precisa, propias de los riesgos de esta intervención quirúrgica.

Víctimas de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica como violencia institucional tiene tres grupos de víctimas:

- 1°. Mujeres en trabajo de parto.
- 2°. Familiares de las mujeres, incluidas las y los recién nacidos.
- 3°. Personal de salud (especialmente obstétrico) que participa en la atención de las mujeres durante el parto.

^{xii} Presentados en el Instituto Nacional de Perinatología el 12 de octubre de 2009, por el Dr. Michel Odent. Médico francés, investigador gineco-obstetra.

^{xiii} La posición horizontal de la mujer favorece que el peso acumulado de la o el bebé se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar, produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. El mismo peso puede comprimir los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. Asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y, por ende, una reducción del aporte de oxígeno la o el bebé, produciéndole sufrimiento fetal.

^{xiv} **Atonía uterina** se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y a un consecuente retraso en la involución del útero. Puede causar hemorragia obstétrica.

1º Efectos de la violencia en las mujeres en trabajo de parto

Sobre este punto se describirán con detalle las diferentes acciones entendidas como violencia obstétrica. Las leyes de Acceso del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela y de los estados de Veracruz y Chiapas en la República Mexicana, expresan que...

La VIOLENCIA OBSTÉTRICA consiste en:

- 1) Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, en cuclillas o hincada.
- 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- 5) Practicar el parto por vía de una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Existen otros elementos que se pueden considerar como violencia obstétrica en el caso de la atención del parto, tomando en cuenta la opinión expresada por grupos de mujeres:

Ellas dicen que estar allí -en la sala de parto- es como estar presas, porque carecen de lo mismo que los presos. No tienen compañía, están aisladas, no tienen derecho al agua, ni a bañarse y cuando eso se da, muchas veces es con agua fría. Afirman sentirse totalmente abandonadas e inseguras de lo que les pueda pasar sin ningún tipo de apoyo afectivo, ni que personas cercanas puedan auxiliarlas, ya que desde que entran en la sala se les impide la comunicación y compañía de su pareja, familiares o amistades.^{xv, 18}

A esto se agrega que el equipo sanitario no las escuche ni les atienda cuando ellas sienten que ya están listas para parir, lo cual, las llena de frustración. En otras ocasiones, se les desnuda durante el periodo expulsivo, y es frecuente que les lastimen su vulva al practicar las episiotomías de rutina con diversas consecuencias que a veces afectan su vida sexual futura.

Está generalizado que, recién nace, se lleven al/la bebé con la justificación de revisarle, retardando a veces durante horas el apego inmediato y la lactancia y, al terminar la expulsión de la placenta, que se realicen revisiones rutinarias de la cavidad uterina. Así, un proceso que podría ser íntimo y placentero, concluye en una situación dolorosa, humillante y que genera impotencia.

En otras ocasiones se convence a las mujeres de que acepten la cesárea, pero no es frecuente que les informen del dolor concomitante, ni de los posibles riesgos, alteraciones y daños, tanto para ellas, como para la o el recién nacido. Ahora

sabemos que una proporción importante de cesáreas realizadas en las instituciones de salud, se practican para facilitar la práctica de internas/os y residentes. Éste es un elemento tabú del cual nunca se habla, pero que se encuentra presente en hospitales institucionales con tasas de cesárea superiores a lo recomendado por la OMS.^{xvi}



Fotografía: Hernán J. García Ramírez. Acervo de DGPLADES, Secretaría de Salud.

^{xv} Reseñados por la Dra. Marbella Camacaro, coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro" de la Universidad de Carabobo, Venezuela, en su libro basado en entrevistas a parturientas.

^{xvi} La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las tasas de cesáreas en los países no pasen del 15%. Sin embargo, hay una "epidemia mundial" de cesáreas en el mundo. Un estudio encomendado por la OMS y publicado en 1999 en el *British Medical Journal*, de autoría de José Belizan y colegas, demostró que en 19 países de América Latina se realizaban más de 850.000 cesáreas innecesarias por año.

Los diferentes elementos y comportamientos que revelan violencia obstétrica, se pueden clasificar en cinco categorías

Estas categorías retoman las recomendaciones de la OMS sobre aquellos procedimientos médicos durante el embarazo, parto y puerperio, que han podido ser institucionalizados sin evidencias de resultados positivos:

a) **Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa.** Esta categoría incluye todas aquellas acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer, que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos:

- **La indicación “rutinaria” y no siempre indispensable, de acciones que pueden afectar la integridad de las madres y/o de sus hijos/as:** realizar el rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos; usar sedantes y tranquilizantes con la madre; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; administrar agua / glucosa a las/os niños amamantados; realizar la ligadura y el corte temprano del cordón umbilical antes de que termine de latir.¹⁹
- **Las restricciones al empoderamiento de las madres:** el separar a las madres de sus bebés y que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado, como tampoco ingerir líquidos, ni permanecer con sus hijas/os cuando se encuentran en buen estado de salud, ni lactar sin restricciones, ni recibir visitas de familiares; la insistencia en su confinamiento institucional universal.
- **La limitación del trabajo de parto:** la falta de atención de las madres y la restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión; el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.^{xvii}

b) **Maltratos y humillaciones.** Frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita”,²⁰ referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado.¹⁸

Es de preguntarse: ¿Qué ha hecho que dicho lenguaje sexista se haya propagado en todo el país y se mantengan desde hace décadas sin que se limite o sancione su expresión? ¿Qué efectos produce en las mujeres en trabajo de parto? Y con respecto al personal de salud que la dice, podemos preguntarnos: ¿Qué gana al decirla?: ¿aprobación de sus compañeros?,

¿sensación de poder?, ¿revanchismo con las parturientas por la sobrecarga de trabajo y maltrato de los superiores jerárquicos?²¹

En esta categoría de humillaciones se pueden considerar el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y los partos ante múltiples personas presentes, así como las batas cortas para las parturientas, con listones rotos, que exponen sus glúteos.¹⁸

c) **Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes.** En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, revisiones de cavidad uterina y cesáreas. Este fenómeno no se presenta con la misma frecuencia en otras áreas o especializaciones médicas. No es común saber de intubaciones endotraqueales para que el residente practique, o de cirugías cardiovasculares para lo mismo. Estas prácticas “médicas” frecuentemente realizadas con mujeres, nos refieren a una conducta producto de diferentes expresiones del patriarcado, en el cual la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza del residente se colocan en un nivel superior (ver anexo).

d) **Diseño de presupuestos y espacios de atención materna.** Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos.^{xviii} Ellas pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo, el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención materna, se realiza desde la mirada androcéntrica. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género.^{xix} Si ya se cuenta con las recomendaciones de la OMS y con las evidencias que indican no globalizar las salas de labor y si, al menos todavía en México, la mayoría de las mujeres da a luz en algún momento de sus vidas,^{xx} ¿por qué se siguen diseñando espacios de labor y atención del parto, reducidos? Espacios donde además no pueden participar familiares para que no vean a la mujer vecina y donde en algunos momentos, están las mujeres hacinadas interfiriendo el trabajo de parto unas con otras.

e) **Maltrato cultural y social en salud reproductiva.** Además del maltrato que reciben todas las mujeres en los servicios de salud por pertenecer a este sexo, las mujeres indígenas y pobres la padecen doblemente. Incluye burla o rechazo de sus concepciones y prácticas culturales, así como mayor discriminación. El maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta la labor de las parteras tradicionales, dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, que no les dan la oportunidad

xvii Es importante reconocer que en 1999 la Secretaría de la Defensa Nacional, inauguró en México, D.F. la Clínica de Especialidad de la Mujer, con la modalidad de cuartos combinados, donde cada mujer tiene su propio espacio, sin la interferencia del trabajo de parto de otras mujeres, en donde se atiende el parto en posición vertical bajo las recomendaciones de la OMS y con la posible participación de su pareja. Para 2010, se habían realizado más de 30,000 partos de esa manera.

xviii Artículo 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

xix Presupuestos que en su diseño, implementación y evaluación consideran los intereses y necesidades de mujeres y hombres con el fin de garantizar y priorizar la integración transversal de la política de género en planes, programas y acciones gubernamentales. Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz.

xx La tasa de fertilidad en México estimada en 2008, era de 2,37 hijos por mujer. Esta variable da el número promedio de hijos que nacerían por mujer, si todas las mujeres vivieran hasta el final de sus años fértiles y concibieran de acuerdo a la tasa de fecundidad promedio para cada edad.

de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes. Esta temática ya fue retomada por el Programa Nacional y Sectorial en Salud 2007 – 2012, con un Programa de Acción Específico de Interculturalidad en Salud, en el cual se pretende identificar y contribuir a la erradicación de las barreras culturales y de género en los servicios de salud.

Ante la afectación al derecho de protección a la salud, mediante procedimientos inadecuados y discriminación, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) estableció en 2009 la Recomendación General N° 15 sobre el Derecho a la Protección a la Salud.^{xxi}

2° Efectos de la violencia institucional, de género y de la salud reproductiva en familiares de las mujeres

Las y los familiares también sufren la violencia en salud sexual y reproductiva. Excepto en algunos países como Argentina, generalmente no se reconoce el derecho de la pareja y familiares para participar en el embarazo y parto, y vivirlos de manera plena e integral. En el caso de las campañas nacionales de planificación familiar, es común que se desaprobe y descalifique el alto número de hijas/os, así como la decisión de no consentir un método anticonceptivo inmediato; en cuyo caso tanto la mujer como su pareja sufren regañones y castigos. Es clara la importancia de esta campaña en nuestro país.

El problema es la manera en que en ocasiones se impone la anticoncepción en la práctica médica de los servicios de salud. La presión por las metas nos hace olvidar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, garantiza el derecho a decidir sobre el número de hijos/as que se quiere tener. Esa presión por las metas también ha justificado la aplicación de medidas de planifica-

ción y esterilización de manera forzosa, tanto en mujeres como en hombres, especialmente indígenas, lo cual generó la Recomendación N° 4 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).^{xxii}

Con las y los recién nacidos, el no tomar en cuenta las recomendaciones de la OMS respecto al apego y la lactancia inmediatas, influye en que:

- a) no se establezca adecuadamente el vínculo madre-hija/o;
- b) la o el bebé no reciba el calostro;
- c) se dificulte la lactancia temprana.

Asimismo, el obligar a la mujer a parir en posición de litotomía, puede producir sufrimiento fetal en la/el bebé.¹¹

3° Efectos de la violencia institucional, obstétrica y de género en el personal de salud

La violencia institucional y obstétrica perjudica también al personal de salud de diferentes maneras. Es importante entender cómo nuestros servicios médicos han sido permeados por el patriarcado y el androcentrismo, lo cual marca estereotipos, desigualdad de roles, oportunidades, y manejo del poder con respecto al papel de los hombres y mujeres en los servicios de salud.

El **ANDROCENTRISMO** se refiere a la universalización e imposición de la perspectiva y visión del hombre en la mayor parte de las actividades humanas, naturalizándola. Ha impregnado campos como la religión, la política, la producción, la ciencia y por supuesto la medicina. Este último ámbito se puede evidenciar en comentarios y comportamientos que se naturalizan y también asumen las mujeres profesionales de la salud en relación con las mujeres usuarias.

Además de las relaciones desiguales de género presentes entre el personal y los diferentes niveles jerárquicos, al exponer a las/os médicas/os generales, internas/os, residentes de gineco-obstetricia y personal de enfermería a un ambiente deshu-

manizador y con sobrecarga de trabajo, se les puede producir problemas emocionales y depresión, lo cual es conocido como **Síndrome de Burnout**,^{xxiii} el cual se manifiesta en el personal de salud que se encuentra en contacto con pacientes. Este síndrome es el resultado de la interacción entre factores personales comunes a muchos/as profesionales, y factores específicos de la organización hospitalaria en donde se desempeñan. Se caracteriza por manifestarse en agotamiento emocional, despersonalización, deshumanización o cinismo y pérdida del logro profesional.

Las y los médicos y obstetras en formación se percatan de que si no reproducen determinadas medidas institucionalizadas de violencia obstétrica, quedan excluidas/os y sufren maltrato por el propio sistema, por lo que optan por adaptarse con las consecuencias señaladas, o renunciar. Esto explica en parte los altos niveles de deserción. Véase el ejemplo anexo al final de este texto sobre el caso de una médica que relata su experiencia de padecimiento de maltrato institucional por parte de ella y de usuarias de salud en parto y posparto.

^{xxi} Documentada con 11,854 quejas recibidas de todo el Sistema Nacional de Salud, durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2009: "se desprenden diversas irregularidades en la prestación de la atención médica, como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y, en algunos casos, conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes; la falta de atención en las unidades de urgencias; la atención de manera irregular; el maltrato a los pacientes; las intervenciones quirúrgicas negligentes; la inadecuada prestación del servicio médico, y la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio."

^{xxii} Recomendación General N° 4. Derivada de las Prácticas Administrativas que Constituyen Violaciones a los Derechos Humanos de los Miembros de las Comunidades Indígenas respecto de la Obtención de Consentimiento Libre e Informado para la Adopción de Métodos de Planificación Familiar.

^{xxiii} El **Síndrome de Burnout**, también llamado síndrome de "estar quemado" o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas entre el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario. Fue descrito por Maslach y Jackson en 1986, como un síndrome de agotamiento profesional, que puede ocurrir en los individuos quienes trabajan con otras personas.

En Texas, Estados Unidos, en un grupo de médicas/os residentes de ginecoobstetricia, 38.2% se manifestó agotamiento emocional elevado y 47.1% reportó alta despersonalización.²² En España se reporta una prevalencia de 58% de desgaste en médicas/os residentes de ginecología y obstetricia.²³ En un estudio realizado en México con gineco-obstetras²⁴ se encontró que la prevalencia general del **Síndrome de Burnout** fue de 59.26%, siendo afectado el género masculino en 52.63%; mientras en las mujeres hubo 75% de afectadas por el síndrome.

Este síndrome, causado por participar en un ambiente deshumanizante, deteriora la salud de la o el médico e incluye: cansancio emocional, síntomas psicósomáticos, aislamiento social y familiar, incluso falta de compromiso en la atención de la o el paciente, lo que da como resultado baja satisfacción de las personas usuarias de sus servicios.^{25, 26}



Fotografía: Hernán J. García Ramírez. Acervo de DGPLADES, Secretaría de Salud.

Una alternativa institucional: El Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio

La existencia de barreras interculturales, en particular de género en los Servicios de la Secretaría de Salud, con la violencia obstétrica concomitante, fue documentada a través de la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo (EEM) entre personal de los servicios de salud, parteras tradicionales y usuarias, los cuales han sido realizados por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural desde el año de 2004.

Con estos elementos y gracias a la participación del personal de las unidades de salud en diferentes estados del país, grupos de la sociedad civil urbanos, rurales e indígenas, así como de parteras y terapeutas tradicionales, se elaboró el Modelo

de Atención Intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio en los Servicios de Salud.²⁷ Este modelo subraya el respeto a la cultura y, ante todo, el respeto a la decisión de las mujeres sobre la atención de su embarazo y parto, en un marco de seguridad y con un enfoque basado en evidencias y en las recomendaciones de la OMS.

Con el **Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio en los Servicios de Salud**, se ha buscado contribuir al parto digno reduciendo la violencia obstétrica y asimismo:

- Favorecer la seguridad en la atención de las mujeres durante el parto, reconociéndolas como protagonistas del mismo.
- Informar al personal insitucional y a la sociedad en general sobre los fundamentos normativos, científicos y culturales de la atención intercultural de las mujeres en trabajo de parto en posición vertical
- Establecer y facilitar su aplicación en los servicios del Sistema Nacional de Salud, a través de la sensibilización y capacitación necesaria del personal relacionado con la atención obstétrica, así como la adecuación de los espacios de atención.
- Promover la incorporación de este modelo en la formación académica del personal de salud, tanto en la temática sociocultural, como en la atención obstétrica en un nivel general y de especialización.
- Reconocer los aportes del modelo tradicional de atención del parto proporcionados por las parteras indígenas.
- Reconocer y garantizar a las mujeres el goce y ejercicio de sus derechos humanos relativos a la atención de su salud en contextos culturales diversos.

Conclusiones.

Una luz en el camino

En México algunas instituciones, Servicios Estatales de Salud y hospitales, con el empleo de la **metodología intercultural**, han escuchado la voz de las mujeres y se han dado a la tarea de modificar las condiciones de la atención del embarazo, parto y puerperio, de manera congruente con los derechos humanos y las recomendaciones de la OMS.

Diversos grupos de la sociedad civil, también están trabajando con acciones englobadas en el término de atención "humanizada del parto". Este modelo intercultural con enfoque humano que conlleva la promoción de posiciones verticales en el parto, se ha implantado con ciertas modalidades en diferentes hospitales y centros de salud en ocho estados: Chiapas, Colima, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla y Veracruz, con resultados positivos, que incluyen la disminución de la muerte materna, de complicaciones y del porcentaje de cesáreas, así como el aumento de la satisfacción de las usuarias. Un elemento que destaca es la reivindicación del personal de salud que ahora puede llevar una relación más humana con la población usuaria, lo cual ha facilitado su desarrollo y que se sienta pleno, positivo y satisfecho.

Sabemos que a partir de las propuestas elaboradas para contener la propagación de la violencia obstétrica en Venezuela y en los estados de Veracruz y Chiapas en México, la primera reacción del personal de salud y gineco-obstetra, ha sido de temor a las sanciones y el rechazo a las propuestas de cambio de actitudes y procedimientos. Sin embargo, cada vez son más las y los profesionales en estos lugares, junto con los países de Argentina y Chile –donde también se ha promovido el parto humanizado con respaldo de la OMS–, que toman conciencia de todo lo que ganan con estas modificaciones, además de la posibilidad de brindar a las mujeres usuarias la posibilidad de un parto pleno y gozoso, rompiendo con el paradigma del sufrimiento.

La violencia obstétrica ha sido una situación existente desde hace varias décadas y tiene un significado más profundo de lo conseguido legalmente en nuestro país y en la República de Venezuela. Resalta ante una situación de crisis, efecto del patriarcado que afortunadamente ahora se está develando, informándonos de su situación y de las consecuencias desafortunadas que afectan a las mujeres, así como al personal de salud.

La situación de violencia obstétrica prevaleciente, como toda crisis, conlleva dos elementos: uno de riesgo y otro de oportunidad. En México se posee la información científica, cultural, operativa, experiencial y la recomendación internacional para proponer cambios concretos, los cuales deben impregnar tanto la formación médica, como la manera en que operan los servicios y programas. El marco legal debe también ser modificado para adaptarse a los procesos de información y a las condiciones de apertura y cambio que se están llevando en nuestro país para mejorar la atención obstétrica. Con ello, todas/os saldremos ganando.



Fotografía:
Juan Carlos Castro Ramírez,
derechos del CNEGSR, Secretaría de Salud.

ANEXO:

Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada

Mi nombre no es importante. Soy una médica general recién egresada. Empecé la especialidad en ginecología y obstetricia en marzo de 2010 en un hospital público reconocido^{xxiv} y renuncié a ella al cabo de cuatro meses de residencia. Para mí fue una gran decisión. Mis compañeros y compañeras de carrera y amistades me preguntan por qué lo hice. Conocen el camino tan complicado que hay que recorrer para poder conseguir una plaza de especialidad^{xxv} y la decisión de abandonarla puede ser vista como algo irracional.

Me convertí para quienes me rodeaban en una persona insensata en el momento en que cambié de opinión respecto a mis prioridades. Supuestamente ser ginecóloga-obstetra era lo que siempre había soñado, para lo que trabajé disciplinadamente durante muchos años. ¿Qué sucedió para que tirara todo eso por la borda?

Al principio todo era nuevo y emocionante, sientes que pronto serás una especialista y todos te respetarán por ello. Formaba parte de una institución prestigiada y pertenecía a la élite que había elegido. Sin embargo, poco después me di cuenta de que las cosas no eran como parecían. Sobre todo, a mucha gente en realidad no le importaban las pacientes, y estaban en ese lugar por vanidad. Era como un teatro en el que había que representar el papel de aprendiz de especialista, había demasiada hipocresía y me daba cuenta que mientras más tiempo se pasaba en el hospital, menos auténticos se hacían las y los médicos. Terminaban haciendo su trabajo de forma mecánica y sin saber en lo que creían. A mí también me empezó a pasar lo mismo y creo que en todos los hospitales sucede algo parecido. Me pareció terrible la persona en la que me estaba convirtiendo y decidí que eso no era para mí. Con muchísima tristeza, les dije adiós a mis compañeros y compañeras y a mi sueño robado.

A mis familiares y amigos les costó trabajo entenderlo. Cuando por fin tenía en mis manos el premio por haber hecho bien mi tarea, lo que siempre habíamos deseado, lo dejé ir. Algunos pensaron que no era posible renunciar por voluntad propia, que algo tuve que haber hecho mal y que me corrieron. Eso no sucedió. Yo era el primer lugar de mi generación y mis maestros/as se sorprendieron mucho al verme partir y me insistieron para que me quedara.

^{xxiv} En una zona metropolitana de México.

^{xxv} Después de seis años de carrera en medicina general y de un servicio se presenta el examen nacional de residencias. A continuación, si se quiere hacer una especialidad, hay que seleccionar el hospital al que se quiere ingresar y, pasar por trámites, entrevistas y exámenes respectivos, hasta ser aceptada/o para hacer una residencia de cuatro años y obtener la especialidad.

Otras personas supusieron que no aguanté las guardias, los horarios ni el maltrato. Es cierto que el ambiente de la residencia es horrible. Cualquiera residente de toda especialidad, dirá que el primer año es una pesadilla, porque eres el último eslabón de la cadena. Todos tienen poder sobre ti, eres mandadero/a y te pueden dejar castigado/a cuando quieran. Eso, sin contar con que solo medio duermes dos de tres noches y siempre te encuentras agotada, te gritan e insultan todo el tiempo y tratan de hacerte sentir inferior. Sin embargo, eso no era lo más duro. Ya estaba acostumbrada por haberlo vivido así desde la carrera. Hubiera podido soportarlo si hubiera creído en lo que estaba haciendo.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE MI PRIMER PARTO

Yo no sabía bien cómo se atendían los partos hasta que empecé la residencia. Mi internado de obstetricia lo hice en otro país, donde casi no hay nacimientos y no me tocó ver un solo parto. Cuando hice pediatría me concentraba en los bebés, no había espacio para ver lo que hacían los demás. Por otro lado, mi servicio social lo hice en un pequeño centro de salud rural en donde sí se atendían partos, pero a los y las pasantes nos dejaban atenderlos de acuerdo a nuestros criterios de formación, así que me tocaron solo experiencias agradables. A mí me encantaban los partos. Por eso escogí esa especialidad. Sin embargo, desde mi primera guardia me di cuenta de que las cosas no serían como yo lo había planeado.

Recuerdo que en el primer parto, me asignaron una paciente para que la "condujera" con oxitocina para acelerar su trabajo de parto. Cuando le pusieron el suero, me di cuenta de que la dosis era lo doble de lo que usábamos en el servicio y de la normalmente utilizada. Sin embargo, pensé que en realidad yo no sabía nada y por algo lo hacían, ya que éste era un hospital prestigiado.

¿CÓMO EVITAR EL MALTRATO A LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE PARTO SIN "DESOSBEDECER" INSTRUCCIONES SUPERIORES?

Lo peor fue tener que hacer cosas con las que no estaba de acuerdo, que iban en contra de mí misma, solo porque así me lo indicaban mis superiores. Aun cuando no estaban en lo correcto o fuera solo por capricho suyo, yo estaba obligada a hacer sufrir innecesariamente a las pacientes y dañar sus órganos con dosis exageradas de antibióticos y analgésicos.

Un ejemplo de esto era la costumbre absurda de hacer tactos vaginales diariamente (en ocasiones dos veces al día) a todas las púerperas del piso, incluyendo a las de cesárea. A cada paciente le tocaban mínimo cuatro o cinco tactos después de su parto o cesárea. ¿La razón? Nadie me la supo explicar de manera coherente, pero sí no lo

hacia era regaño seguro y a veces castigo. Aun cuando los libros y artículos indican que hay que hacer la menor cantidad de tactos vaginales posibles, ya que se aumenta el riesgo de infección. Después del parto, si no se presenta ningún problema no es necesario hacer el tacto, la vagina se encuentra inflamada y muy sensible — sobre todo si se realizó episiotomía, como en la mayoría de los casos en ese hospital —, por lo que efectuarlo resulta muy doloroso.

Una vez que inicié con el goteo normal, subiendo la dosis poco a poco y evaluando las contracciones, como la señora era primigesta y avanzaba lentamente, un residente de segundo año me ordenó inmediatamente que le aumentara el goteo, para que todo avanzara más rápido. La señora (quien tenía solo 18 años) pasó muchas horas de dolor, acostada sin poderse mover porque lo tenía prohibido. Además, mojada en una cama de plástico, llena de líquido amniótico, sudor, sangre y moco, tal vez un poco de orina porque no se podía levantar. Con restos de jabón y vello púbico de cuando la habían rasurado y con una luz neón en la cara durante toda la noche. Por si fuera poco, le era imposible concentrarse en su trabajo de parto porque la señora junto a ella no paraba de llorar y gritar, los residentes discutían continuamente y las enfermeras no dejaban de regañarla. Se quejaba de hambre y de sed, pues no había comido ni tomado nada en 12 horas y debía permanecer en ayuno, en caso de que algo se complicara y fuera necesario hacer una cesárea (como sucedía frecuentemente).

Cuando la paciente estaba dilatada a siete centímetros y ya no aguantaba el dolor con tanta oxitocina (aunque yo le bajaba al goteo sin que me vieran, pero luego cuando me tenía que ir a algún lado llegaba alguien más y se lo subían otra vez) me mandaron por el anestesiólogo para que le pusieran el bloqueo epidural. Le pregunté si quería la anestesia y no entendió muy bien de qué se trataba, pero cuando el doctor le dijo que ya no le iban a doler tanto las contracciones, inmediatamente firmó la hoja de consentimiento. Después de batallar un poco, se le colocó la anestesia y ella descansó un ratito, aunque no podía mover las piernas. Lo malo fue que con la anestesia disminuyeron las contracciones, por lo que le subieron aún más la dosis de oxitocina.

Para lograr que la dilatación fuera más rápida, el personal residente, al hacer el tacto, estiraban el cuello de la matriz con los dedos, lo cual le producía mucho dolor y obviamente puede causar desgarros cervicales a las mujeres. A esto le llaman "darle cuerda" a la paciente y es una práctica obligada. Después de mucho sufrimiento, muchos gritos y muchos tactos vaginales, por fin la señora estuvo completamente dilatada. A pesar de esto, el bebé todavía estaba muy arriba y así todavía no podía pasar a la sala de expulsión. Si la pasabas y se tardaba más de cinco minutos en sacar al bebé, era considerado como el peor de los errores, ya que todos siempre teníamos prisa y no se podía perder el tiempo ahí adentro.

Por todo ello, pusieron a la paciente a pujar y pujar en su cama, tratándola como niña chiquita, usando diminutivos y al mismo tiempo gritándole que no sabía pujar, que no lo estaba haciendo bien, que si no cooperaba su bebé se iba a morir e iba a ser su culpa. Cabe mencionar que el bebé todavía se encontraba en primer plano. Aparte de ocasionar disminución de la frecuencia cardíaca al bebé, solo descalificaban a la madre y generaban frustración y pánico en ella, quien sentía que pujaba con todas sus fuerzas y no podía bajar a su bebé, solo defecaba en su ya de por sí sucia cama. Yo traté de compensar un poco, le cambié la sábana, le dije que le echara ganas, que lo estaba haciendo bien, que respirara profundo y que no tuviera miedo.

Cuando por fin el bebé bajó, la señora se encontraba agotada. Cuando ya estaba ahora sí a punto de salir, todos se pusieron a correr, "señora ya no pujé". El pobre camillero tenía que transportar siempre a las pacientes a toda velocidad, porque si el bebé nacía en la camilla se consideraba un desastre. Después de algunos gritos y carreras, la señora se encontraba boca arriba en la cama de expulsión, con las piernas colocadas de la manera más incómoda posible en unas piñeras que frecuentemente estaban descompuestas y en pánico total, sin entender muy bien por qué todos corrían y gritaban. Pedí que levantaran el respaldo de la cama, para que no estuviera totalmente acostada y pudiera respirar mejor, pero nadie me hizo caso. Más gritos, pero ahora dirigidos hacia mí, para que me lavara las manos rápidamente, me colocara gorro y cubrebocas, bata estéril y guantes. Luego, a poner los campos estériles alrededor de la vulva y lavar el área. Todo muy rápidamente. Después, realizar la episiotomía — como la paciente tenía bloqueo, no era necesario colocar más anestesia local (aunque con algunas pacientes el efecto de la epidural se pasa y si sentían el dolor del corte), ya no había tiempo que perder. Sin embargo, la señora tenía buen espacio y no parecía requerir la episiotomía. Cuando se lo dije a la residente superior, me contestó: "Tú estás aquí para aprender a reparar episiotomías, así que a todas las pacientes se las vas a hacer, la requieran o no". Entonces, resignada, agarré las tijeras y le hice una episotomía pequeña. Ella me las quitó y con una mirada de desaprobación, la hizo más grande.

Después de más gritos de la residente superior culpabilizando a la señora atendida, por tocar los campos estériles y contaminarlos, por fin nació el bebé. Ahora gritos hacia mí: "Rápido, cázate lo, aspiralo, corta el cordón, más rápido, pásaselo al pediatra". Como si fuera una inútil que no hubiera atendido nunca un parto. La señora no podía ver nada. Yo traté de sonreír, de calmarla. Le dije: Lo lograste, lo hiciste muy bien, tu bebé se ve bien". Porque de su bebé ella no veía nada. Solo trapos y gente moviéndose rápidamente. Su único consuelo era oírlo llorar.

EL APRESURAMIENTO DEL NACIMIENTO, DE LA SALIDA DE LA PLACENTA Y LAS REVISIONES DOLOROSAS A LA RECIÉN PARIDA

De repente, el pediatra se acerca con un balto y le dice a la madre: "es niño, pesa 3,200 g, ¡déle un besito!". Ella apenas se lo alcanzó a dar antes de que ya estuviera fuera de su vista. Lo vio desaparecer y suspiró con melancolía. Mientras tanto, yo ya había sacado la placenta, teníamos prisa. No se podía esperar a que ésta se desprendiera sola. Después de sacarla, me dijo la residente que revisara que no hubiera quedado nada adentro, a pesar de que la placenta estaba completa. Así que yo metí tímidamente solo mis dedos en el útero de la señora, con cuidado. La residente me empujó, me dijo que tenía que ser toda la mano, hasta el mero fondo. Había que rascar para asegurarse de que no hubiera nada. Cuando saqué mi mano, la metió ella para cerciorarse de que yo hubiera revisado bien. La metió y la sacó tres veces. La señora se retorció de dolor (con todo y epidural) y solo recibía regaños por moverse y no cooperar.

Como a mí esa práctica no me gustaba en lo absoluto, me había puesto a leer al respecto y la literatura menciona que no es necesario realizar una revisión sistemática de todas las pacientes. Solo se debe hacer en caso de que la placenta no salga completa o que la paciente continúe sangrando, no como esta paciente en la que todo se desarrollaba normalmente. Durante mi servicio social nunca lo hicimos y ninguna paciente se complicó. Se lo comenté a mi maestra de este hospital y me contestó: "¿Qué, quieres que la señora regrese sangrando?". Continuamos revisando la vagina, no encontramos desgarrros y reparamos la episiotomía. Limpié a la señora y se la llevaron a la sala de recuperación. Me dijeron que le tenía que indicar antibióticos, porque ella había contaminado los campos (como si el parto fuera un evento quirúrgico y la vagina tuviera que ser estéril).

Después de algunas horas fui a la sala de recuperación a ver cómo se encontraba. Me preguntó por su bebé, porque los pediatras no le habían dicho nada y aún no se lo habían entregado. Ella todavía no había ingerido nada, porque a esa hora ya no había colación. Hasta la mañana que la subieran al piso podría comer algo. Se sentía desesperada y estaba llorando de preocupación por su hijo y entonces yo fui a los cueros a preguntar por qué no se lo habían dado. Las enfermeras me dijeron que le estaban dando de comer, que al ratito se lo iban a llevar.

Cuatro horas después le dieron a su niño. Ella le trató de dar pecho pero el bebé no tenía hambre porque había tomado fórmula en los cueros. Además, del pecho no salía mucha leche. Frustración de la madre. Yo le dije que no se preocupara, que al rato el niño tendría más hambre y comería. Por fin se los llevaron al piso y ya no la volví a ver.

Espero que se haya recuperado bien de ese trauma. Yo me quedé con las demás pacientes, atendiendo otros partos igual de violentos, tratando de compensar los abusos de los/as demás y siendo regañada por ello. Así fue durante varios meses, hasta que no resistí y presenté mi renuncia.

Este hospital es uno de los más conocidos de la ciudad, cuenta con algunos/as médicos/as excelentes y buenas instalaciones. Sin embargo, era decepcionante ver cómo nadie aparentaba darse cuenta de que lo que sucedía ahí no corresponde a las recomendaciones de la OMS. Todos lo veían como normal, como si así debiera suceder siempre.

CESÁREAS, USO DE FÓRCEPS Y OXITOCINA... PROVOCACIÓN DE ATONÍAS UTERINAS Y CONSECUENTE EXTIRPACIÓN DEL ÚTERO

Aparte de los partos violentos, en esa institución se registraba un índice de cesáreas altísimo, 70% solo durante el turno de la tarde, cuando la OMS dice que máximo debe ser de 15%. Como los/as médicos/as que suelen trabajar ahí son residentes y se encuentran "en formación", se buscaba cualquier pretexto para indicar cesáreas y así practicar, a costa de las pacientes. Lo mismo sucedía con la aplicación de fórceps. Además, se utilizaba una cantidad de oxitocina excesiva, provocando que muchos partos terminaran en extirpación parcial o total del útero (histerectomía) por causa de atonías uterinas en pacientes de entre 15 a 20 años. Esto, para ellos no hablaba de fracaso. Al contrario, era algo positivo porque les permitía practicar las histerectomías obstétricas. Para mí, que esto ocurriera obedece a la falta de ética.

Creo que algunos médicos, tanto hombres como mujeres — en el fondo — se dan cuenta que no está bien lo que hacen. Por ello inventan múltiples excusas para justificarse, las cuales han quedado registradas en las historias clínicas, para que la estadística diga que todas esas cesáreas realmente eran necesarias. Causan problemas en las pacientes para "tener" que solucionarlos y convencerse a sí mismos/as de que no están usando a las personas, violentando su seguridad y obstruyendo su calidad de vida futura. Siguen haciendo las cosas como se hacían hace 40 años y les parece bien. Aunque lean las nuevas propuestas, los artículos y las normas. Aunque la evidencia se encuentre por todos lados, no la quieren ver. Las propias residentes se han convencido de que el parto es un suplicio, un desastre para el periné y la vida sexual, así que desean cesáreas para sí mismas. No han entendido que esa no es la única forma; no pueden ver más allá de lo que siempre han visto. Cuando comenté sobre los partos verticales y en agua,

sobre la posibilidad de un parto sin dolor, satisfactorio y empoderado, en el cual las mujeres no fueran las víctimas sino las protagonistas, se reían. Les parecía una idea absurda e imposible, a pesar de la existencia de múltiples evidencias. Simplemente no lo podían considerar.

Por esto, después de unos cuantos meses, decidí que no quería seguir con eso. Es muy fácil dejarse llevar por la ambición. Más que el dinero, lo más seductor es el poder. Es agradable que todos te respeten y te llamen doctora, que hagan todo lo que indiques solo porque tienes un título y se supone que sabes más. Sin embargo, ese poder se alimenta con el miedo y la ignorancia de las pacientes y no es el tipo de respeto que deseo.

PARTO FELIZ Y SIN VIOLENCIA...

Me di cuenta de que lo que yo buscaba no se encontraba ahí. No tengo ganas de abrir úteros y quitarlos, ni de someter a nadie. Únicamente quiero atender partos, procurar partos felices y llenos de amor, no de pánico, sino partos sin violencia, partos de vida. Yo sé que esos partos sí existen, porque mi propio nacimiento fue uno de ellos, aunque toda la formación médica que recibí haya tratado de negarlo. Sé que aún son escasos porque, en mi opinión, el personal de salud de este país se encuentra mal capacitado y tiene un ego demasiado grande. Eso afortunadamente puede cambiar, porque tenemos algunas/os que así lo creemos, lo queremos y lo vamos a llevar a cabo para que pronto sean más numerosas las parejas con experiencias agradables alrededor del nacimiento de sus hijos e hijas.

Julio de 2010
México, Distrito Federal

Referencias Bibliográficas

1. García Ramírez M. Justicia y Género: Reforma al Código Penal del Estado de Veracruz. México: CIDEM; 2010.
2. Rojas G, González J. La violencia obstétrica es una epidemia silenciosa. El gremio médico no reconoce el problema. Venezuela: Últimas Noticias; 2009 junio 13.
3. Matamala MI, Berlagosky F, Salazar G, Núñez L. Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres? Chile: eds. COMUSAMS – ACHNU; 1995.
4. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En: Diario Oficial de la Federación el 1º de Febrero de 2007. Última Reforma Pub. DOF el 20 de enero de 2009; México.
5. Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. Gaceta Oficial órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Xalapa-Enríquez; 2008 feb 28.
6. Sayavedra Herrerías G, Flores Hernández E, coords. En: Ser Mujer: ¿Un riesgo para la salud? México: Red de Mujeres AC; 1997.
7. Cobo, R. Fundamentos del patriarcado moderno. Madrid: Edic. Cátedra; 1995.
8. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer 2009 junio; 14(32).
9. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668; 2007 abril 23.
10. Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas. Publicada el 23 de enero de 2009.
11. Ley de derechos de los padres y de la persona recién nacida. República Argentina. Ley N° 25.929. SANCIÓN: 25/08/2004. Promulgación: 17/09/2004 - Decreto N° 1231/2004. Publicación: B.O.N. N° 30489 [2004 septiembre 21].
12. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto. Birth 2001; 28: 202-207. En: Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 febrero; 14:15.
13. Smith M, Campero L, Cragin L, Hernández González D, Walker D. Bringing two worlds together: Exploring the integration of traditional midwives as doulas in Mexican public hospitals. USA: Health Care for Women International 2010; 31(6): 475-498.
14. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2007(2); Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (trad. de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
15. Bealer SL, Crowley WR. Stimulation of central and systemic oxytocin release by histamine in the paraventricular hypothalamic nucleus: evidence for an interaction with norepinephrine. Endocrinology. 1999 Mar; 140(3): 1158-64. USA: Department of Physiology, University of Tennessee, Memphis 38163.
16. Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. USA: Department of Medical Physiology, The Panum Institute, Copenhagen N, Denmark. Endocrinology; 1999 Aug; 140 (8): 3713-9.
17. Caldeyro Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Álvarez H, Poseiro JJ, Pose SV, et al. Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor. Am J Obstet Gynecol 1960; 80(2): 284-290.
18. Camacaro M. La experiencia del parto, proceso de la mujer o acto médico. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2000.
19. Villanueva L. El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. Rev CONAMED 2010; 15(3): 147-151.
20. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos. Con Todo al Aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos. 2ª ed. Tucumán, Argentina: INSGENAR y CLADEM; 2008.
21. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, y Espinoza G, comps. Género y Política en Salud. México: SSA-UNIFEM; 2003: 255-273.
22. Garza JA, Schneider KM, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: a statewide study. South Med J 2004; 97(12): 1171- 73.
23. Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S, Balasch J. Stress symptoms and burnout in obstetrics and gynecology residents. BJOG 2007; 114(1): 94- 98.
24. Palmer Morales Y, Prince Vélez R, Searcy Bernal R. Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. Ginecol Obstet Mex 2007; 75(7): 379-83.
25. Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. Am J Obstet Gynecol 2006; 195: 1444-49.
26. Bettés BA, Strunk LA, Coleman HV, Schulkin J. Professional liability and other career pressures: impact on obstetrician-gynecologist career satisfaction. Obstet Gynecol 2004; 103(5): 967-73.
27. La Atención Intercultural a las Mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud; 2009.

EL MALTRATO

EN LAS SALAS DE PARTO: REFLEXIONES DE UN GINECO-OBSTETRAⁱ

Luis A. Villanueva Eganⁱⁱ

ⁱ Este artículo ha sido publicado en Revista CONAMED jul-sept 2010; 15(3): 147-151.

ⁱⁱ Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México; especialista en Ginecología y Obstetricia. Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal, **CNEGSR** – Secretaría de Salud, México. Correspondencia: **CNEGSR**. Homero 213 1er piso. Col. Chapultepec Morales C.P. 11570 Del. Miguel Hidalgo, D.F. luis.villanueva@salud.gob.mx y laave@servidor.unam.mx

Introducción

Durante la atención obstétrica institucional las mujeres conocen una amplia gama de maltratos que violan sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, que se relacionan con la organización de los servicios de gineco-obstetricia, con la manera como se forma a médicas/os residentes, así como con la forma en que se concibe a las propias mujeres.

Es necesario desmontar las condiciones que toleran y justifican el abuso de poder y la indiferencia frente al sufrimiento para construir espacios en los que se habilite el ejercicio de los derechos de las mujeres, particularmente en aquellas con mayor vulnerabilidad social.

En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva han generado un entorno cada vez más desfavorable para la relación médica/o-paciente.

Con frecuencia creciente observamos un escenario caracterizado por un comportamiento poco afectivo, que se traduce en rapidez en las consultas, desinterés de la o el médico por los aspectos subjetivos y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete, ocultamiento o manipulación de la información, tanto la que se ofrece a familiares y pacientes como la asentada en el expediente clínico. Todas, manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes.

Las carencias de la organización sanitaria impregnada de productividad a costa de lo personal y con un tipo de racionalidad que excluye lo emocional y lo relacional, confieren a la medicina institucional un carácter biologicista, excesivamente tecnificado y altamente burocrático.

El lenguaje médico, cargado de categorías científicas y de órdenes, descalifica de entrada al interlocutor, bloquea sus posibilidades expresivas y hace a un lado las necesidades significativas de la o el paciente, tan importantes para el proceso curativo y para las adaptaciones que debe realizar quien se encuentra acosado por la incapacidad.¹

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, con un interés casi nulo por la vivencia integral del embarazo, el parto y el puerperio. Especialmente relevante es el momento del parto que es tratado como un trámite quirúrgico, cuya máxima expresión es la generalización de las cesáreas.²

Un espacio particularmente reconocido por la asimetría en las relaciones de poder y que contrasta con el discurso oficial sobre el deber ser y los valores de una profesión, es la sala de partos. De aquí, la importancia de colocar este tema en la mesa de discusión sobre la ética y la calidad de la atención obstétrica.

Maltrato a las mujeres en las salas de parto

Tradicionalmente se ha señalado que la práctica de la medicina se encuentra imbuida del espíritu del beneficio común, de la no maleficencia y es portadora de intereses altruistas. Sin embargo, anidada en la cotidianidad de la institución médica, ocurre una amplia gama de maltratos en contra de las/os usuarios de salud, particularmente en los hospitales públicos, que se agrupan bajo la denominación de violencia institucional entendida como aquella que provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos.³ Junto al poder institucional frecuentemente se ejerce el poder derivado del género, la clase, la etnia, la raza, la edad, la subcultura o la nacionalidad.

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación al tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su "consentimiento", hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.³

Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes médicas. El disenso de las instrucciones médicas provoca una reacción en el personal de salud que puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado una insubordinación. Un corolario de esta doctrina es eximir de toda responsabilidad a las y los médicos y culpar a las propias mujeres por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto: "¡Si no pujas tu hijo va a nacer tonto!"⁴

En estrecha relación con lo anterior, se encuentra la tendencia de algunas/os integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su estado de salud o sobre su proceso de parto, reduciendo al absurdo los relatos de las mujeres sobre sus experiencias en otros partos o los cambios percibidos en sus propios cuerpos, desdeñando aún las señales de alarma referidas por las pacientes que permitirían identificar oportunamente el inicio de una complicación médica u obstétrica.

Paralelo a este proceso de descalificación de su propio saber, las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud. No se les comunica nada al respecto, se les prohíbe el acceso al expediente, cuando no, se les brinda una información parcial o distorsionada, con el objeto de que no pueda sospechar o quejarse por malos manejos. En este contexto la información se estructura como una forma de poder simbólico. Al respecto Jaime Breilh expone:

...tanto el método como las bases de información se estructuran también como formas de poder simbólico. Muchas veces la información se construye y presenta de tal manera de servir como oscurecimiento más que como recurso de conocimiento.⁵

La institución médica impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y un silencio forzoso como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento del objetivo técnico. La palabra de la paciente o de sus familiares solo interesa en tanto ofrezca indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto. En cualquier otro contexto la palabra del otro carece de sentido.

Las dos condiciones anteriores –el establecimiento de un orden jerárquico y la descalificación del saber de las mujeres– sirven de base para un tercer patrón de interacción de consecuencias más graves: se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren. La o el médico dictamina que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten.⁴ Estas prácticas corresponden a expresiones que pueden observarse con ligeras variaciones pero significado idéntico en distintas nacionalidades y contextos culturales: la triple discriminación, por ser mujeres, por ser pobres y por su ignorancia frente al saber “científico”. De las tres, la falta de poder económico es el elemento determinante.

En Venezuela la Dra. Marbella Camacaro apunta lo siguiente:

...las mujeres que demandan atención, la mayoría de las veces, quedan relegadas de la toma de decisiones sobre su cuerpo, son sometidas a una rutina médica que las margina de toda información sobre su propio proceso de salud-enfermedad (...) más allá del volumen de trabajo, el cual incide en un ambiente de trabajo violento, agotador, y despersonalizado, que se consume parte de la buena voluntad del personal de salud, la academia médica anida una lógica que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo, como una causa que requiera prestarle asistencia. Lo que las mujeres dicen y hacen en aquellos espacios donde quedan recluidas por necesidad de atención obstétrica, tiene que ver más con la necesidad de ser oídas, queridas, acompañadas, que con un dolor físico y esa necesidad no está catalogada como de atención prioritaria por parte del médico/a, quien actúa como técnico/a de salud frente a cualquier demanda de asistencia médica, su atención se centra en el evento, y no en la mujer como persona, prestarle esfuerzos profesionales a lo emocional, a lo psíquico, es asunto de psicólogos o psiquiatras, dentro de la clasificación del saber médico, la dimensión subjetiva del sufrimiento se ignora frente a la dimensión objetiva del saber.⁶





El informe "Con todo al aire" resultado de una investigación realizada en Rosario, Argentina por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), recoge los testimonios de mujeres de barrios pobres que se atienden en hospitales, maternidades y centros de salud públicos, en los que se evidencia la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a las mujeres por parte del personal, incluyendo obstétricas (parteras profesionales), enfermeras y médicas. Es decir, se trata de un discurso que trasciende los géneros, por lo que no es raro ver mujeres del personal sanitario maltratando tanto a las mujeres como a los hombres que acuden solicitando atención obstétrica. "Con todo al aire" tomó el título de los relatos de mujeres que aseguran ser obligadas a permanecer desnudas en el parto, sin respeto a su intimidad o privacidad. Todos los testimonios constituían casos de discriminación por género, por clase social y muchas veces por origen étnico: "no grites, ponete [habla argentina] una almohada" y "si te gustó lo dulce, ahora aguantate lo amargo" son las dulces palabras de aliento que escuchan muchas mujeres al momento de parir.⁷

En México, existen testimonios de mujeres que reportan que en el momento de mayor dolor y gritos, reciben de parte de las o los médicos, órdenes de controlarse señalándoles que si antes disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse. En este discurso, el personal médico busca obligar a la mujer que se controle, se calle o deje de quejarse, "recordándole" que en otro momento seguramente experimentó placer sexual y que por lo tanto, ahora debe vivir con las consecuencias.

¿Cómo se ha construido una estructura hospitalaria que tolera o promueve que sus integrantes creen que pueden tratar a las personas como objetos desprovistos de derechos o que permanezcan impasibles frente a los sufrimientos de una persona?

Todas estas formas de abuso se relacionan con la organización de los servicios de gineco-obstetricia, con la manera como se forma a las y los médicos residentes, así como la forma en la que ese grupo social concibe a las propias mujeres.⁴

Aún más siniestro que lo anterior es que, para algunas/os médicos, compartir en las horas de sosiego sus historias de maltrato es un motivo de risa, un divertimento. Momentos de esparcimiento que se reproducen en forma fiel entre diferentes instituciones y personas, unidas por una actitud frente al mismo tipo de usuaria: mujer y pobre. Lo que dispara la risa es el código compartido de superioridad frente al otro/a, la certeza de que todo se puede, todo se vale y de que el fin justifica los medios. Lo que entristece, decepciona e irrita es la doble moral de quienes juran someterse a unos principios morales apuntalados en la búsqueda del beneficio y el respeto y que en la práctica hacen exactamente lo contrario.

En una concepción ideal, la relación médica/o – paciente se constituye como una interacción social entre sujetos morales, es decir, entre individuos que toman decisiones sobre sí mismos.

En este orden de ideas, cuando se considera a las mujeres que solicitan un servicio médico como personas libres y autorrealizadas, la estructura de la relación médica/o – paciente, necesita que la información y participación se realicen sintiendo las necesidades e intereses de las pacientes. La comunicación con el médico es muy importante para que la paciente participe de manera libre y activa en su tratamiento, ejerciendo su derecho a decidir por sí misma lo que se hará con su cuerpo.

Si la relación personal médico – paciente es un encuentro en el que dos personas se comunican, es también una empresa ética en la que la o el médico, con benevolencia y veracidad, prepara a la paciente a una participación plena en las decisiones; cuando la paciente realmente participa, el respeto de la o el médico salvaguarda su integridad, lo que significa que reconoce su dignidad y libertad.⁸

En contraposición, tratar a las mujeres sin contar con su participación, sin comunicarse con ellas o mintiendo deliberadamente para que sus decisiones se ajusten a los prejuicios, valores o necesidades económicas del médico, es reducirlas al estado de objetos que requieren alimentarse de los pedazos de mundo digeridos por otros. Supone que la o el médico no considera establecer un intercambio cara a cara con una persona sino con una “paciente” en términos genéricos, desprovista de individualidad e incapaz de tomar sus propias decisiones.⁹ Quienes así actúan, bajo la apariencia de un paternalismo benévolo, no son sujetos desprovistos de intereses, valores y compromisos de trasfondo. Estas/os médicos no dialogan, utilizan el lenguaje para dar órdenes, indicaciones, instrucciones, señalizaciones, para producir comportamientos, ejecutar funciones, en fin, para hacer que la paciente obedezca, lo que se justifica con el argumento de que “ellas no saben nada, no entienden”.

En estas condiciones el intercambio personal médico – paciente es unidireccional, preconfigurado y su finalidad es técnica; los sentimientos, placeres y temores quedan formalmente excluidos.⁹ En el extremo, cuando el lenguaje técnico médico se emplea con el propósito de confundir, atemorizar o manipular, las palabras responden a intereses concretos y se convierten en instrumentos agresivos que pueden producir mucho daño.¹⁰

Es frecuente el uso del recurso argumentativo de “la sobredemanda de atención y la escasez de recursos” para justificar el maltrato en las instituciones públicas; sin embargo, aún reconociendo que la atención obstétrica en los hospitales públicos se caracteriza por exceso de trabajo e insuficiencia de recursos, y aun aceptando la existencia del “error médico”, lo que pacientes y familiares reclaman es que su médica/o actúe en forma comprometida y responsable, que agote los medios disponibles que brinda la ciencia médica en forma correcta, cuidadosa y exacta para lograr su objetivo de la mejor manera posible y que los mantenga informados en forma clara, veraz y oportuna. Lo que pacientes y familiares están pidiendo es el respeto a su dignidad como agentes morales, dotados de razón y voluntad libre. No buscan sustituir al personal médico participante del proceso de toma de decisiones, respeto es lo que piden, solo respeto.

Puede ocurrir que el sistema de valores de la o el médico, y aún lo que la *lex artis*ⁱⁱⁱ determina, no coincida con la convicción de la usuaria de

ⁱⁱⁱ *Lex artis*: Conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a las y los enfermos en el momento presente.



salud acerca de su propio bienestar; el respeto evitará en la o el médico los engaños y la manipulación, y le permitirá expresar, de forma clara y veraz, lo que a su juicio es médicamente mejor, refiriendo a la paciente, de manera oportuna a otra/o médico competente, en el caso de un verdadero conflicto de creencias e intereses personales.

Discusión

¿Cuál es el imaginario social construido para que se haya consolidado tanta indiferencia frente al maltrato de las mujeres en las salas de parto de los servicios públicos sea por aborto, parto o cualquier otra causa de atención obstétrica?

Es necesario ir más allá del diagnóstico del problema. El reconocimiento de los derechos no necesariamente garantiza las condiciones para su ejercicio efectivo. Es frecuente en los medios políticos y académicos que el cuestionamiento de una realidad injusta se sustituya por la revisión y formulación de lineamientos, estatutos, normas y leyes cuando de lo que se trata es que los ciudadanos pasen de la igualdad formal ante la ley a la igualdad real en la convivencia social cotidiana. El artículo 4º Constitucional nos iguala en el derecho a la salud, pero en la realidad existen diferencias entre hombres y mujeres y aún entre mujeres de distintas condiciones socioeconómicas en la calidad de los servicios médicos a los que tienen acceso.

Asimismo, los conflictos de poder en la relación médica/o – paciente están permeados por la condición social de los actores: es conocido el desinterés, el trato impersonal y cargado de violencia de algunas/os médicos con sus pacientes en el servicio público y la obsequiosidad y zalamería, propia del vendedor, que tiene el mismo personal médico con sus clientes en el medio privado. Es decir, las relaciones de poder en estos espacios están en gran medida determinadas por el poder económico.

Junto con Skrabanek podemos decir que cuando el personal de salud se deja llevar por sus ansias de poder (social o económico) en lugar de preocuparse por el bienestar de las personas, pierde el sustento de los principios éticos y morales.¹¹ Así, resulta imperioso que el Estado no solo se encargue de la formulación de los derechos en normas, sino que promueva y facilite que las y los ciudadanos se apropien de sus derechos civiles, más aún cuando el entorno social está impregnado de una cultura que tolera y fomenta posturas que niegan el reconocimiento de las mujeres como sujetos morales, es decir con derecho a tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción.

Frente a una visión estática y reduccionista de la realidad en la que la relación entre usuaria y prestador/a de servicios de salud se asume desde la perspectiva de la superioridad incuestionable del conocimiento técnico médico, se han desarrollado nuevas vertientes de pensamiento que insisten en la urgencia de articular el quehacer médico con los derechos de la y el usuario, la equidad étnica y de género para, desde el ámbito de la salud, contribuir a desmontar las desigualdades que condicionan el reparto de los bienes y accesos de los que depende la calidad de vida.⁵

Referencias Bibliográficas

1. Restrepo LC. Violencia médica. Disponible en: http://www.terapianeural.com/Articulos/Violencia_medica.htm [2008 agosto 11].
2. Lozano EM. La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías reproductivas. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2001: 328 p.
3. De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. 2ª ed. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas; 2003. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file614_2618.pdf [2010 agosto 31].
4. Castro R, Ereviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comps. Género y política en salud. México: Secretaría de Salud; 2003: 255-273.
5. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2007.
6. Camacaro Cuevas M. Voces sobre la violencia en la atención del aborto. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer enero-junio 2006; 11(26). Disponible en: <http://190.39.165.96/gsd/collect/articulos/index/assoc/HASH8010.dir/doc.pdf> [2010 agosto 31].
7. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: INSGENAR-CLADEM, 2003. Disponible en: http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc [2010 agosto 31].
8. Drane JF. Cómo ser un buen médico. Colombia: San Pablo; 1993.
9. Rostagnol S, Viera M. Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. Disponible en: http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/Rostagnol_Viera.doc [2010 agosto 31].
10. Fernández Christlieb P. La sociedad mental. Barcelona: Anthropos; 2004: 285 p.
11. Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1999: 1-35.

CÓMO ME VEO, CÓMO ME VEN y CÓMO MIDEN

MI CUERPO

ESTUDIO DE UN GRUPO DE ESCOLARES
Y SUS MADRES EN UNA COMUNIDAD DE LA COSTA DE OAXACA

A. Gabriela Romero Juárezⁱ • Sara E. Pérez-Gil Romoⁱⁱ • Claudia Paz Tovarⁱⁱⁱ

- ⁱ Las tres autoras son investigadoras del Departamento de Estudios Experimentales y Rurales, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INSZ). A. Gabriela Romero Juárez, es candidata a Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco. Correspondencia: micropolit@gmail.com
- ⁱⁱ Nutricionista y Socióloga. Doctora en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Correspondencia: seperezgil@yahoo.com.mx
- ⁱⁱⁱ Licenciada en Nutrición, Universidad de Guanajuato. Correspondencia: claupzt@gmail.com

MÉXICO
2010

Introducción^{iv}

Algunos estudios nuestros¹⁻³ arrojaron datos sobre la presencia de un anhelo de delgadez entre mujeres jóvenes, lo que dio lugar a la realización de esta investigación. Aunque el tema de la autoimagen corporal ha sido abordado por investigadoras e investigadores mexicanos en población infantil, adolescente y adulta en zonas urbanas,⁴⁻⁸ ha sido poco estudiado en escolares que viven en zonas rurales y semirurales del país.

Los **objetivos** que guiaron este análisis fueron:

1. Comparar la percepción del cuerpo de un grupo de 31 niños y niñas escolares de 9 a 12 años de edad que cursaban el quinto y sexto de primaria, en una comunidad semirural de la costa de Oaxaca, con la que tenían sus madres acerca de ellos/as.
2. Identificar diferencias de género en las percepciones.

1. Preocupación por la imagen y el peso corporal

Hay una nueva "conciencia alimentaria" que ostenta actitudes y conductas asociadas a conseguir un cuerpo socialmente deseable,⁹⁻¹⁰ la cual ha alcanzado esferas no solo en el ámbito urbano, sino también en el ámbito rural, en donde algunas mujeres han comenzado a manifestar el anhelo hacia la delgadez y a referir insatisfacción con su cuerpo. Estas situaciones suelen ser antecedentes constantes en la aparición de alguna de las prácticas alimentarias de riesgo, agravando así los problemas de nutrición y de la salud.¹⁻³

La imagen corporal es un constructo teórico, es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del mismo. En este sentido, una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal.^{10,11} La preocupación por la imagen y el peso corporal se ha extendido, es un fenómeno que puede considerarse como una parte normal en la vida de las personas, especialmente entre las mujeres, constituyendo una preocupación normativa para las mismas.

Es más frecuente observar entre la población femenina que en la masculina, una alteración de la imagen corporal, es decir, la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. El simbolismo del cuerpo, se establece a partir de las experiencias subjetivas y objetivas que vivimos en sociedad. La relevancia del cuerpo femenino, suele ser significativamente superior al masculino en todas las culturas, por lo que la presión por la estética de delgadez corporal, como ya lo mencionamos suele ser mayor en las mujeres.¹²

La infancia ha sido considerada como un momento crucial para el desarrollo adecuado de la autoimagen corporal, pues durante esta etapa de crecimiento suceden múltiples cambios físicos y psicológicos, que podrían influir en su distorsión. Para Schilder,¹³ el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo mundo tiene de sí mismo, y agrega que dicho término hace referencia a sensaciones, percepciones de sentimientos e imágenes mentales.

Para presentar el desarrollo de dos objetivos, dividimos este trabajo en cinco apartados: en el primero, abordamos algunas categorías como imagen, percepción y distorsión corporal y la perspectiva de género, que consideramos necesarias para comprender mejor cómo ven y significan su cuerpo niños y niñas en edad escolar y cómo lo ven sus madres. En un segundo apartado presentamos cifras derivadas de estudios realizados en el país sobre obesidad, anorexia y bulimia en escolares y adolescentes, con el propósito de dar un breve panorama del problema de lo que se denomina Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Lo anterior es importante, pues en los trastornos de la alimentación aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas en la delgadez que conllevan a la adquisición de prácticas alimentarias de riesgo.

Posteriormente, describimos cómo nos acercamos a los niños y niñas del estudio e insistimos en las ventajas del abordaje cualitativo en este tipo de investigaciones. En el cuarto apartado presentamos los principales hallazgos en los y las escolares y en sus madres y, finalmente, discutimos los resultados.

La familia es un núcleo social importante, a través de las relaciones entre sus integrantes, se generan los discursos que reinterpretan valores, normas, prescripciones y expectativas de comportamiento establecidas socialmente para hombres y mujeres. Dichos discursos ejercen una relación recíproca con otros relatos del entorno social, los cuales son continuamente reestructurados por los actores, configurando los roles de género que influirán en el desarrollo personal de cada sexo.

La formación de la niña y del niño como personas dentro de colectivos supone, a lo largo de los primeros años de vida, un proceso de formación cultural dentro de un contexto familiar, caracterizado por un determinado tipo de vínculo con los modelos dominantes de género. La construcción del significado corporal en la o el infante, estará mediatizado por la información que la madre, el padre y aquellas personas con las que comparte un vínculo afectivo le transmitan, fundamentándose en las costumbres y los valores alimentarios y estéticos.

Los alimentos que acostumbramos comer y sus significados son un buen ejemplo de las diferencias entre los sexos, donde los temas de autoridad y de poder son cruciales.^{3,14}

Las **prácticas alimentarias** se relacionan con creencias, valores y expectativas sobre las relaciones entre los géneros, los discursos y las prácticas de género, la provisión de los recursos, la distribución de tareas y responsabilidades, así como culpas y méritos en torno a la alimentación, mismas que son perpetuadas por las y los integrantes de la familia. La teoría y perspectiva de género, aplicadas a los temas de alimentación, advierten que el ideal de delgadez corporal tiene un papel central en la comprensión y explicación de una o varias prácticas alimentarias de riesgo.

^{iv} El trabajo que aquí se presenta forma parte de un proyecto que se lleva a cabo desde 2005 en el Departamento de Estudios Experimentales y Rurales del INSZ, titulado *Percepción del cuerpo en mujeres rurales de México*, cuya primera fase se realizó en comunidades rurales y semirurales de los estados de Oaxaca, Hidalgo y Querétaro.

Datos desagregados por sexo muestran que en las niñas la tendencia a la delgadez y la insatisfacción por el cuerpo es mayor en comparación con los niños, siendo que en los varones hay menos preocupación por el peso y menos tendencia hacia las dietas.¹⁵ Al respecto, el estudio de Merino, Pombo y Godás,¹⁶ quienes evaluaron las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en adolescentes, evidenció que la satisfacción con el cuerpo, la preocupación por la apariencia de éste, la autopercepción de obesidad y el deseo de estar más delgado/a, son mayores en las mujeres que en los hombres.

La documentada diferencia en la percepción corporal entre los sexos señala que, por un lado, las mujeres al igual que las niñas, han reportado sentirse más insatisfechas con su cuerpo y apariencia física; se autoperciben obesas y desearían estar más delgadas. Por otro lado, los hombres al igual que los niños, se autoperciben de forma más acorde con el Índice de Masa Corporal que tienen, sin embargo, desearían ser más corpulentos de lo que son.

2. Sobrepeso, Obesidad, Anorexia y Bulimia en México: Algunas Cifras

La obesidad, el sobrepeso^v y la desnutrición continúan siendo problemas de salud pública en México. De acuerdo con la **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006**,¹⁷ la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad, en población infantil de cinco a once años de edad fue de alrededor de 26% para los dos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños. El mayor incremento registrado de 1999 (Encuesta Nacional de Nutrición) a 2006, fue en la prevalencia de obesidad en los niños pasando de 5.3% a 9.4%, mientras que en las niñas pasó de 5.9% a 8.7%.

El sobrepeso aumentó progresivamente en este grupo etario, tanto en niños (de 12.9 a 21.2%) como en niñas (de 12.6 a 21.8%), y la obesidad se incrementó de 4.8 a 11.3% en los primeros y de 7 a 10.3% en las segundas. En suma, en siete años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los dos sexos aumentó un tercio y, en particular, en el rubro de obesidad en el sexo masculino.

La **Encuesta de Salud y Nutrición por entidad federativa**,¹⁸ presentó para el caso de Oaxaca, una prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad de 20% en ambos sexos y una prevalencia de sobrepeso mayor. Se estima que en esta entidad, uno de cada cinco niños/as de cinco a once años de edad presenta alguno de estos dos padecimientos y, en contraste, la prevalencia de baja talla fue de 24.3% para niños y 20.5% para niñas. Al analizar la información de las comunidades consideradas como rurales en el estado de Oaxaca, la distribución muestra que la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad es del 11.2%.

En cuanto a la población adolescente, la ENSANUT 2006 solamente menciona que uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. Los datos de esta encuesta, permiten apreciar que no hay claras tendencias de estos dos padecimientos en relación con la edad, salvo un ligero registro de mayor obesidad conforme aumenta la edad en el caso de las mujeres entre 12 y 19 años. Asimismo, al comparar los datos de la Encuesta de Nutrición de 1999 con la de 2006, se observó un incremento ligero en el sobrepeso de mujeres de 12 a 19 años de 21.6 a 23.3% y de obesidad, de 6.9 a 9.2%.

^v La **obesidad** y el **sobrepeso** se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El **Índice de Masa Corporal** o IMC —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en las personas, tanto en el nivel individual como poblacional. El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25 y, la obesidad, como un IMC igual o superior a 30.



Es importante señalar que esta situación, antes observada de manera predominante en familias con ingresos altos, ahora también se presenta en distintos niveles socioeconómicos. Tal como lo muestran los datos, el aumento fue generalizado y se dio por igual, en zonas urbanas y rurales. No debe olvidarse que la desnutrición aún existe sobre todo entre la población infantil y preescolar y, en el grupo de escolares, la prevalencia de baja talla disminuyó en el sexo masculino de 16.1% a 10.4% y en el femenino de 16.0% a 9.5% entre 1999 y 2006.

Por otra parte, la población en México no está exenta de padecer otros **Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)** como son la anorexia y bulimia, asociadas ambas con prácticas alimentarias de riesgo, particularmente el ayuno, la inducción del vómito, la práctica de ejercicio excesivo y el uso de diuréticos y laxantes, todas ellas con el fin consciente de perder peso.

Según la información de la ENSANUT 2006,¹⁷ la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente (ya que no se investigó en los y las menores de 11 años), se ha convertido en un problema social. Los resultados muestran que 18.3% de jóvenes de los dos sexos, reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado, o bien, perdieron el control para comer. El 3.2% de las y los adolescentes indicó haber practicado dietas, ayunos y exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso.

Datos derivados de la **Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil** del Distrito Federal de 1997,⁴ muestran que el 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres, presentaban actitudes y prácticas alimentarias de riesgo. Otro estudio en el que se analizaron datos de tres años, 1997, 2000 y 2003, con el propósito de identificar las tendencias de las prácticas alimentarias en estudiantes, registró un incremento generalizado de la prevalencia en la aparición de tres o más prácticas de riesgo, pasando en los hombres de 1.3% en 1997 a 3.8% en el 2003 y, en las mujeres, de 3.4% a 9.6% en el mismo periodo.

Investigaciones realizadas en diversas partes del mundo occidental,¹² ponen de manifiesto que los TCA comienzan a abarcar a todas las clases sociales, no solo de las jóvenes de los países industrializados, sino que ya se aprecia un aumento en la incidencia de estos trastornos entre la población escolar y adulta de ambos sexos.

Si hacemos a un lado los datos acerca del problema epidemiológico que representa la obesidad y nos acercamos al tema del cuerpo, en particular al ideal de belleza impuesto por los medios de comunicación, enraizados en la cultura del adelgazamiento, observamos cómo las personas valoran su aspecto físico, le prestan atención, lo que piensan sobre él, les preocupa y procuran modificarlo activamente, en otras palabras, se detecta el anhelo de poseer un cuerpo delgado. La precocidad en la asunción de valores atribuidos al cuerpo "esbelto", revela el incremento en las prácticas alimentarias de riesgo en edades más tempranas.^{7,19,20}

Toro²¹ argumenta lo absurdo de creer que la saturación social de argumentos y prácticas a favor de la pérdida de peso, pudiera dejar incólume a la infancia. Para que un/a infante venza su hambre a causa de valores estéticos-sociales, la impregnación de éstos ha de ser brutal, afirma el autor. Una vez establecida tal influencia, la ausencia de todo sentido crítico y autocrítico en el pequeño (con mayor frecuencia, la pequeña) puede constituir un problema humano y clínico de difícil solución.¹⁹ Diversas investigaciones realizadas en niños y adolescentes,^{4-7,19-20,22-25} muestran que a edades escolares la insatisfacción corporal es una realidad. Por lo tanto, la aparición de prácticas alimentarias de riesgo o de alguno de sus factores causales se presenta en edades cada vez más tempranas.

Otros estudios han demostrado la influencia que tiene el suministro verbal pro-adelgazante de los padres sobre sus hijos/as,²¹⁻²⁵ y la presión social en torno al culto al cuerpo esbelto, que ha sido más intensa en las mujeres y ha llevado a que hombres y mujeres perciban su cuerpo de diferente manera.^{5,22-26} Según Toro, percibirse como obeso/a cuando no es así, implica un problema cognitivo que solo podría ser explicado por algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales.²¹

3. Nuestro acercamiento a niñas y niños

En esta investigación, partimos de principios epistemológicos y metodológicos diferentes a los aplicados en los estudios nutricionales biomédicos, lo que significó una manera distinta de aproximación a la realidad social, en este caso, a la percepción del cuerpo.

Producto de lo anterior, con el propósito de explorar la percepción corporal se recurrió a un abordaje cualitativo y descriptivo. Fueron seleccionadas/os niñas y niños estudiantes de los dos últimos años de primaria de la escuela de Río Grande, Municipio Villa de Tututepec de Melchor Ocampo, en la región Costa del estado de Oaxaca, y se aplicaron tres instrumentos de recolección de datos:

- Un cuestionario, titulado "Mi cuerpo y mi alimentación", con preguntas abiertas dirigido a las niñas y a los niños;
- Una entrevista a todos/as los niños y las niñas que contestaron el cuestionario con el propósito de profundizar en algunos de los temas;
- Un cuestionario, igualmente con preguntas abiertas, a las madres de los niños y niñas.

Las madres fueron citadas en la escuela para informarles sobre los objetivos del estudio y explicarles en qué consistiría el mismo y, se les entregó para que firmaran, una carta de consentimiento informado. Los requisitos de inclusión, además de tener la edad requerida, entre 9 y 12 años de edad, fueron que las y los infantes al igual que sus madres aceptaran de manera voluntaria participar en el estudio. El número de niños y niñas fue de 31: 16 niñas y 15 niños, considerando que no todas las madres asistieron a la reunión y algunas no estuvieron de acuerdo con que se les entrevistara.

El trabajo de campo, desde las entrevistas con las autoridades de la escuela hasta la recolección de la información con las y los escolares, se llevó a cabo

durante el primer semestre de 2009. El cuestionario y la guía de entrevistas fueron validados previamente, y para fines de este trabajo únicamente se describen datos relacionados con el cuerpo registrado, percibido y deseado por niñas y niños, así como por sus madres.

A las y los infantes se les pesó y midió en la escuela, de manera previa a la aplicación del cuestionario y a la realización de las entrevistas con el objeto de estimar su Índice de Masa Corporal (IMC), mediante la expresión: peso (Kg), estatura (m²). Para la clasificación del IMC, se tomaron como referencia los puntos de corte establecidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁷

Estudios recientes sobre el tema de percepción de la imagen corporal, han encontrado que los materiales gráficos para conocer esta percepción han sido poco aceptados, o interpretados de diferente manera por las y los sujetos de estudio. Las figuras llegan a representar cuerpos cuyas características anatómicas, complexión, estatura, vestimenta, rasgos físicos, entre otros, no logran ser equiparables con su "realidad", por lo que al interrogar a las personas, éstas no consiguen asociar su imagen corporal con las figuras mostradas.

Cabe mencionar que en nuestra búsqueda bibliográfica no encontramos figuras anatómicas o modelos anatómicos para infantes, por lo que nos dimos a la tarea de elaborar junto con el grupo entrevistado una herramienta gráfica acorde al contexto de la población escolar seleccionada para este estudio, la cual presenta cinco figuras femeninas y cinco masculinas que van desde la delgadez severa hasta la obesidad (ver figuras 1 y 2). Para valorar la percepción de la imagen corporal, se mostraron estas figuras a cada niña y niño, quienes seleccionaron en primer lugar, el modelo o figura que en su opinión se asemejaba a su silueta y, en segundo término, aquella otra que desearía tener. Las madres hicieron lo mismo con respecto a los cuerpos de sus hijas/os.

FIGURA 1

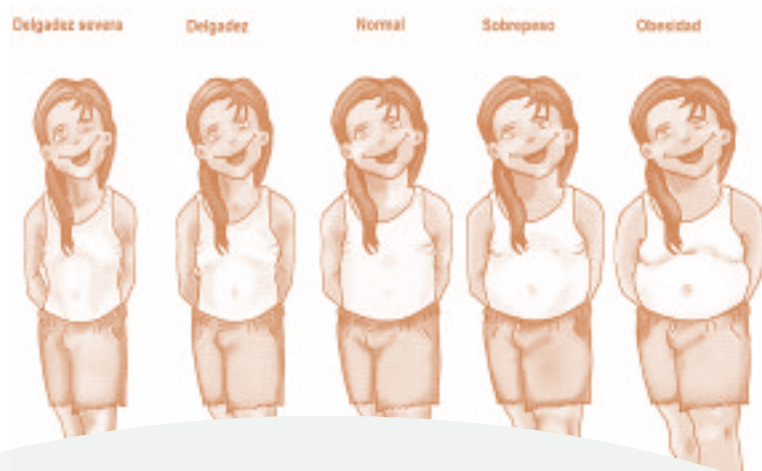
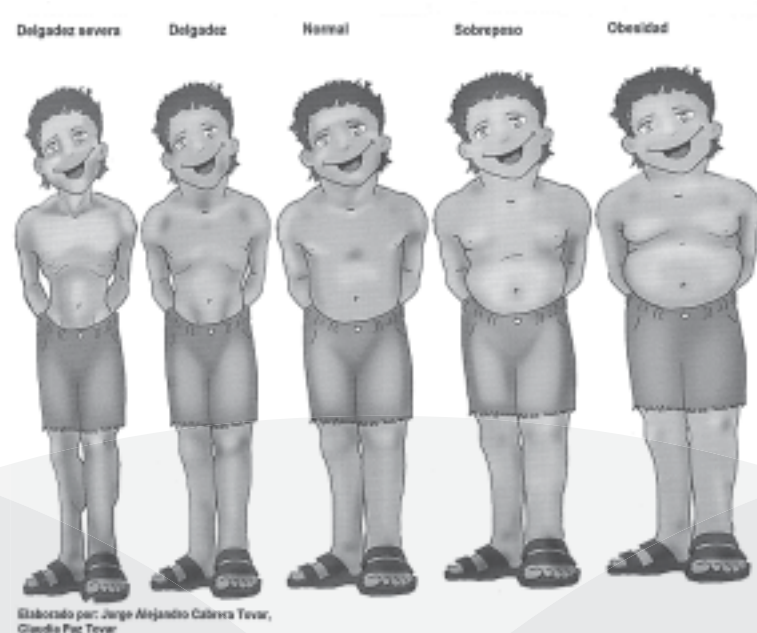


FIGURA 2



4. Lo que encontramos

Como mencionamos en la introducción, se estudiaron 31 infantes, de los cuales 16 eran del sexo femenino y 15 del masculino. En este apartado se presenta parte de la información derivada de los cuestionarios y de las entrevistas llevadas a cabo con la población de estudio, incluidos los cuestionarios aplicados a sus madres.

El rango de edad fue de 9 a 12 años y el promedio hallado fue de 9.8 años para las niñas y de 10.8 para los niños. El 51% de las madres en el momento del estudio realizaba actividades dentro del ámbito doméstico, mientras que 49% trabajaba fuera del hogar percibiendo algún tipo de salario, unas eran pequeñas comerciantes, otras empleadas y maestras. Algunas mujeres se dedicaban a la recolección del limón.

Cómo se registró y cómo percibían su cuerpo niñas y niños

Los promedios de dos de las variables antropométricas fueron similares entre los sexos: el promedio del peso en las niñas fue de 38.6 kilogramos, mientras que en los niños fue de 38.8; el promedio del IMC de las mujeres fue de 19.3 Kg/m² con un rango entre 14.9 y 26.7 y, el de los varones, de 18.6 Kg/m², con un rango que varió de 15.3 a 25.

En el cuadro 1, se aprecia que más de la mitad de infantes de los dos sexos, tienen un IMC considerado como normal, el 25% de las niñas y el 13.3% de los niños presentaron sobrepeso y en cuanto a la obesidad, ésta fue de 12.5% en las mujeres y 13.3% en los hombres. Se observa que el número de niñas con sobrepeso es mayor al de los niños, aunque el número de infantes con obesidad es el mismo.

Por lo que respecta a la imagen corporal percibida, al mostrar los modelos anatómicos, se detectó que un poco más de la mitad de nuestro grupo de estudio se percibió como normal y más mujeres con sobrepeso, no habiéndose encontrado grandes diferencias. Sin embargo, los niños se percibieron más delgados que las niñas y hubo un caso de estas últimas que se percibió con delgadez severa. Sobresale el hecho de que aun cuando existían cuatro infantes –dos niños y dos niñas– con obesidad, en ninguno coincidió el registro de su índice de masa corporal con su autopercepción.

Cuando se les solicitó elegir alguna de las figuras anatómicas “que les gustaría tener” (cuerpo deseado), 69% de las niñas y 13.4% de los niños seleccionaron las figuras con algún grado de delgadez y 31.2% de las primeras y 60% de los segundos, eligieron la figura con normalidad:

Más de la mitad de las niñas seleccionaron, como *aquel cuerpo que les gustaría tener*, uno delgado, y más de la mitad de los niños prefirieron un cuerpo normal. 20% de los niños seleccionaron el modelo anatómico con sobrepeso, mientras que ninguna niña lo hizo (cuadro 1).

CUADRO 1

IMC REGISTRADO, CUERPO PERCIBIDO Y DESEADO POR UN GRUPO DE NIÑOS Y NIÑAS DE RÍO GRANDE, OAXACA

FIGURA	IMC REGISTRADO				CUERPO PERCIBIDO				CUERPO DESEADO			
	NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS		NIÑOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Delgadez Severa	0	0	0	0	1	6.3	0	0	1	6.3	1	6.6
Delgadez	0	0	0	0	1	6.3	3	20.0	10	62.5	2	13.4
Normal	10	62.5	11	73.4	9	56.2	8	53.3	5	31.2	9	60.0
Sobrepeso	4	25.0	2	13.3	5	31.2	4	26.7	0	0	3	20.0
Obesidad	2	12.5	2	13.3	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	16	100.0	15	100.0	16	100.0	15	100.0	16	100.0	15	100.0

Fuente: Cuestionario “Mi cuerpo y Mi alimentación”. Elaboración propia.

CUADRO 2

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE EL CUERPO DE SUS HIJOS E HIJAS DE RÍO GRANDE, OAXACA

CUERPO PERCIBIDO POR LAS MADRES	NIÑAS		NIÑOS	
	N°	%	N°	%
Delgadez	2	12.5	6	40.0
Normal	9	56.2	4	26.7
Sobrepeso	4	25.0	4	26.7
Obesidad	1	6.3	1	6.6
TOTAL	16	100.0	15	100.0

Fuente: Cuestionario con preguntas abiertas a las madres. Elaboración propia.

Percepción de las madres sobre el cuerpo de su hijo o hija

Más madres de niñas que de niños manifestaron creer en la “normalidad” de su peso... una tercera parte de mujeres mostró igual preocupación por el sobrepeso o la obesidad de sus hijas e hijos

Los datos muestran que mientras 56.2% de las madres de las niñas percibieron el cuerpo de sus hijas como normal, para el caso de las madres de los niños, fue así en el 26.7%. Otro contraste es que, 40% de las madres de los varones y 12.5% de las madres de las niñas las/os percibieron con delgadez. En cambio, el mismo número de madres percibieron a sus hijos e hijas con sobrepeso u obesidad, equivalente al 31.2% y 33.2%, respectivamente (cuadro 2).

Más madres de varones que de mujeres veían delgados a sus hijos/as...

Cuando se comparó la percepción de las madres con el IMC registrado de sus infantiles (cuadro 3), con el fin de observar las posibles diferencias en su percepción del cuerpo, se encontró que:

- Un elevado porcentaje de las madres de las niñas, esto es, 87.5% y 46.6% de las madres de los niños coincidieron con el IMC registrado.
- También se observó una subestimación del tamaño corporal por parte de un mayor número de madres de niños, quienes percibieron al infante más delgado (40%), en comparación con las madres de las niñas (12.5%).

Al analizar las respuestas sobre la percepción de las madres y compararlas con la autopercepción de sus infantiles (cuadro 4), se encontró que:

- Casi la totalidad de las madres de las niñas (93.7%) y tres cuartas partes de las y los niños coincidieron (73.3%).
- El 6.3% de las madres de las primeras y el 20% de las madres de los niños subestimaron el cuerpo percibido por sus hijos.
- Únicamente el 6.7% de las madres de los niños sobreestimaron el cuerpo percibido por sus hijos varones.

Posteriormente se interrogó a las mujeres acerca del tipo de información que habían transmitido a sus hijos e hijas sobre la alimentación y el cuerpo; todas manifestaron haber platicado en alguna ocasión sobre estos temas.

Entre los motivos de haber platicado con sus hijas e hijas, destacan:

“Porque han escuchado en la televisión, el radio y en el centro de salud, que la obesidad es un problema de salud y causa muchas enfermedades” y “porque los cuerpos se ven muy feos si están gordos”.

LA MADRE EN RELACIÓN AL IMC DE SU HIJA/O	NIÑAS		NIÑOS	
	N°	%	N°	%
Coincide con el registro de IMC	14	87.5	7	46.7
Subestima (le cree por debajo del IMC)	2	12.5	6	40.0
Sobreestima (le cree por encima del IMC)	0	0.0	2	13.3
TOTAL	16	100.0	15	100.0

Fuente: Cuestionario con preguntas abiertas a las madres. Elaboración propia.

LAS MADRES EN RELACIÓN A SU HIJA/O	NIÑAS		NIÑOS	
	N°	%	N°	%
Coincide con su hija/o	15	93.7	11	73.3
Subestima (le cree por debajo de su autoimagen)	1	6.3	3	20.0
Sobreestima (le cree por encima de su autoimagen)	0	0	1	6.7
TOTAL	16	100.0	15	100.0

Fuente: Cuestionario con preguntas abiertas a las madres. Elaboración propia.

Poco más de la mitad de las madres de las niñas (56.3%) se refirieron al cuerpo como un asunto estético.

Véanse a continuación algunos de los comentarios que muestran una preocupación por lo estético:

Bueno, pienso que mi hija no debe estar gorda, porque se ve mal.

Se va a poner muy gorda, y luego le va a dar vergüenza.

Quiero que no coma cosas chatarra porque le engordan más.

... me parece que está muy delgada, y quiero que coma un poco más para que engorde un poquito.

... está un poco pasada de peso y se ve mal.

Tres mujeres (18.7%) relacionaron la alimentación con el crecimiento y desarrollo de sus hijas/os, tres más con la salud y una con el asunto del ejercicio.

Entre aquellos comentarios relacionados más con la salud y el ejercicio destacan los siguientes:

“yo creo que mi hija tiene que comer sanamente para evitar enfermedades.

...tiene que alimentarse bien y hacer ejercicio para que crezca sana.

Creo que se debe cuidar, que no debe comer muchos dulces porque comer mal le va a traer muchas enfermedades.



Fotografía: Juan Carlos Castro Ramírez, derechos del CINECSR, Secretaría de Salud.

En el caso de las madres de los niños encontramos, a diferencia de las madres de las niñas, que solo tres de ellas (20%) relacionaron el cuerpo con la estética, cinco (33.3%) con el desarrollo y crecimiento y el mismo porcentaje, con la salud.

No obstante, al igual que las madres de las niñas, no se detectó en sus respuestas una clara división entre cada uno de los rubros:

Ya le he dicho que no coma sabritas y refrescos porque es malo para su salud.

Siempre le digo a mis hijos que no coman dulces y que coman cosas que les nutran como las verduras y las semillas.

... va a tener cambios físicos como el cambio de voz, por lo que tiene que comer bien.

Siempre le digo que tiene que comer bien porque está creciendo.

...como su cuerpo va creciendo necesita comer de todo, especialmente verduras y frutas.

Cabe señalar que la mayor parte de los comentarios de las madres hacia sus hijos e hijas, fueron recomendaciones, por lo general casi todas mencionan, “un deben de” o “tienen que”, y sobresalen aquellas relacionadas con un aumento o disminución en el consumo de ciertos alimentos, en particular, las frutas y verduras que tienen una cualidad para las madres de “nutritivas y sanas”:



Fotografía: Juan Carlos Castro Ramírez, derechos del CINECSR, Secretaría de Salud.

Pues yo siempre le digo que debe de comer fruta, verduras, porque si come bien va a crecer bien sana.

Pues si come frutas, verduras y alimentos que la nutran va a estar bien de salud.

Debe de comer frutas y verduras porque le ayuda a crecer sano y fuerte.

Debe comer frutas y verduras y tomar mucha agua.

No tiene que comer grasas, no comer tanto pan, sabritas a cada rato.

Siempre le repito que no coma muchas cosas grasosas ni con mucha azúcar. Que si come golosinas se puede enfermar, que debe comer cosas sanas.

Que la grasa le hace daño y que debe comer más verduras.

Que tiene que comer frutas y verduras porque es bueno para su organismo y no comer tanta chatarra.

Finalmente, se les preguntó a las madres si pesaban con frecuencia a sus hijas e hijos, y si alguna persona les había hecho comentarios u observaciones al respecto. La mayoría de las señoras contestaron que el personal médico de los servicios de salud públicos o privados, era el que acostumbraba pesar y medir en cada consulta a sus niñas y niños, y que además les daba las recomendaciones alimentarias.

5. Algunas conclusiones preliminares

Más niños que niñas se ubicaron a sí mismos en el rubro de delgadez

Este trabajo es un primer acercamiento a un problema que no es exclusivo de mujeres jóvenes y adultas de las zonas urbanas, sino que comienza a presentarse en comunidades rurales y semirurales. Identificamos la percepción corporal de un grupo de niños y niñas que viven en una comunidad de la costa de Oaxaca, en comparación con la percepción que tienen las madres acerca de los cuerpos de sus hijas/os, y detectamos algunas de las preocupaciones de ambas partes

por el cuerpo y la alimentación y ciertas diferencias de género en su percepción. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia de la percepción subjetiva del propio cuerpo, que como mencionamos en párrafos anteriores, está influenciada por diversos factores socioculturales, entre los que sobresale el género.

El abordaje cualitativo favoreció la comprensión y explicación de los datos empíricos recabados y el uso de algunas cifras solo fue un apoyo, por lo que no deben interpretarse de forma absoluta, en todo caso podemos hablar de tendencias, algunas de ellas similares a lo que ocurre en las zonas urbanas donde, cada vez más se aprecia un anhelo de delgadez.

Respecto a la composición corporal de las y los infantes, los hallazgos coinciden con la información de la ENSANUT 2006, pues se registró un mayor número de niñas que de niños con sobrepeso, y no se detectaron casos con desnutrición. En relación con la percepción del cuerpo, la figura de normalidad fue la más elegida por ambos sexos, siguiéndole la de sobrepeso, sin embargo, más niños que niñas se ubicaron a sí mismos en el rubro de delgadez.

Al comparar el IMC registrado con la percepción, los resultados mostraron que, aunque más de la mitad de las y los infantes coincidieron, el porcentaje que subestimó su IMC fue alto.

Hubo una distorsión en la autoimagen corporal de niñas y niños que, tal como lo expresamos en apartados anteriores, suele presentarse en personas jóvenes, ya que a menor edad hay mayor rigidez y esquematismo en la imagen del cuerpo.

El anhelo de tener un cuerpo delgado se presentó en más de la mitad de las niñas y en una quinta parte de los niños.

Es necesario rescatar que el deseo por la delgadez ya no solo pertenece al sexo femenino, sino también comienza a detectarse en el masculino. Los niños, aunque no manifestaron un anhelo por el cuerpo delgado, sí dijeron desear no estar gordos.

Deseamos insistir en que la falta de información sobre el tema de la percepción corporal en escolares, fue una limitante para comparar nuestros hallazgos con los de otras investigaciones. No obstante, la satisfacción corporal detectada en el grupo de edad que estudiamos evidenció que la preocupación por el cuerpo y su apariencia, la autopercepción de la obesidad y el deseo de estar más delgada/o, fueron mayores en las niñas que en los niños, en coincidencia con lo que señalan varios autores/as para el caso de las adolescentes.^{8,10-14,22-23}

Por lo que respecta a las madres de los y las escolares, queremos llamar la atención acerca de que las primeras, a diferencia de niñas y niños, mostraron más dudas al seleccionar la figura que representara el cuerpo de sus hijas e hijos. Destacó la "normalidad" (en apego al IMC) en la percepción de las madres de las niñas y la percepción de "delgadez" en las madres de los niños. Cuando se comparó la percepción de las madres con el IMC registrado de sus hijos e hijas se encontró que la percepción de las madres de las niñas, coincidió más con el IMC, en comparación con la percepción de las madres de los niños en quienes existió una discordancia con el mismo.

Al comparar la percepción de las madres con la autopercepción de sus hijas/os, observamos que la mayoría coincidió...

Aquellas mujeres que registraron una discordancia entre su percepción y la auto-percepción del infante se debió a que, por un lado, la madre de una niña y las madres de tres niños percibieron un cuerpo más delgado, mientras que únicamente la madre de un niño percibió a su hijo más corpulento de lo que él se veía a sí mismo.

En lo que respecta al tipo de consejos sobre el cuerpo y su procedencia, la diferenciación entre los sexos fue clara:

1. Las niñas tenían más presente la información relacionada con el aspecto estético corporal transmitido por familiares y pares.
2. Los comentarios de los niños se relacionaron más con aspectos anatómicos del cuerpo, su desarrollo y crecimiento físico transmitidos por profesores/as y familiares.

Al interrogar a las madres sobre la información transmitida a sus hijas e hijos, se corroboró que:

Los mensajes dirigidos a las niñas por parte de sus madres, se asociaban principalmente al aspecto físico, en tanto que la información dirigida a los niños se relacionaba primordialmente con aspectos de salud.

Sin pretender extraer conclusiones definitivas con los datos presentados, nos atrevemos a inferir que existe una estrecha relación entre madres e hijas en términos de percepción corporal, y ésta puede deberse a la vivencia del propio cuerpo femenino, o relacionarse con los roles de género dentro de la dinámica familiar, los cuales permiten a madres e hijas compartir ideas y vivencias en torno al cuerpo. Nos parece que el tema de la percepción es crucial si pretendemos, las y los interesados en el campo de la nutrición y alimentación prevenir, hasta donde sea posible, los Trastornos del Comportamiento Alimentario y tener elementos necesarios para abordar el problema cuando se presente.

En una sociedad donde la obesidad es cada vez más el centro del discurso médico y del estético y en la que, junto a la población adulta y joven se desarrollan los infantes, es de suponer que las atribuciones al cuerpo esbelto han sido ya configuradas y aceptadas o rechazadas por estos últimos. Lo anterior nos obliga a dirigir nuestra atención a la transformación de las prácticas alimentarias en niñas y niños no solo de la costa de Oaxaca, sino de todo el país, pues estos cambios no necesariamente ofrecen ventajas nutricionales.

Una distorsión de la imagen corporal, por lo general está vinculada a la adopción de prácticas alimentarias de riesgo.

Queremos resaltar la utilidad de la herramienta gráfica diseñada específicamente para este estudio y que nos permitió conocer algunos aspectos de la percepción corporal en infantes de comunidades no urbanas. La elaboración de las figuras de manera conjunta con niñas y niños de varias comunidades de la costa oaxaqueña fue un acierto, ya que la totalidad de los y las infantes se identificaron con los modelos y, con ello, se redujo el posible sesgo metodológico de "no respuesta" recurrente que habíamos observado en otros estudios.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo brindado para la realización de este trabajo, al Dr. Alberto Ysunza y a la Mtra. Silvia Diez-Urdanivia, Director y Coordinadora del Área de Nutrición, respectivamente, del Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC) e investigadores del INNSZ.

Referencias Bibliográficas

1. Pérez Gil SE, Romero G. Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la Costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Rev Estudios Sociales* 2008; 16(32): 79 – 111.
2. Pérez Gil SE, Romero G. Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Sal Pub Mex* 2010; 52(2): 111– 118.
3. Pérez Gil SE, Romero G, Vega A. Prácticas alimentarias y percepción del cuerpo en un grupo de mujeres rurales: una aproximación a través del género. En: Muñiz E y Ravelo P, coords. *Lo personal es político. Del feminismo académico a la presencia pública*. México: Eón Sociales; 2009: 147–178.
4. Unikel C, Villatoro JA, Medina-Mora ME, Fleíz C, Alcantar EN, Hernández SA. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clín* 2000; 52: 140-147.
5. Unikel C, Saucedo T, Villatoro J, Fleíz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25(002): 49-57.
6. Unikel C, Bojórquez L, Villatoro J, Fleíz C, Medina-Mora ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clín* 2006; 58(1): 15-27.
7. Vázquez R, López X, Álvarez LG, Oliva A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. En: *Enseñanza e investigación en psicología*. Veracruz, México: Ed Univ Veracruzana 2006; 11(001): 185 – 197.
8. Gómez Pérez Mitre G, Alvarado HG, Moreno EL, Saloma GS Pineda GG. Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Rev Mex Psicología* 2001; 18(3): 313–324.
9. Contreras J. La obesidad, una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes* 2002; 5(6): 275-286.
10. Guimon L. *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós; 1999.
11. Raich RM. *Imagen corporal*. Madrid: Pirámide; 2000. Citado en Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz* 2007; 8: 171-183.
12. Gracia M. *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*. Barcelona: Col·lecció Estudis, n. 23, Generalitat de Catalunya, Departament d Acció Social i Ciutadania, Secretaria de Joventut; 2007.
13. Schilder P. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. México: Paidós; 1989.
14. Pérez-Gil SE, Díez-Urdanivia S. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Sal Pub Mex* 2007; 49(6): 445-453.
15. Adams K, Sargent RG, Thompson SH, Richter D, Corwin SJ, Rogan TJ. A study of body weight concerns and weight control practices of 4th and 7th grade adolescents. *Ethnicity & Health* 2000; 5: 79–94.
16. Merino H, Pombo MG, Gódas A. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema* 2001; 13(4): 539-545.
17. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud; 2006.
18. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Oaxaca*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud; 2007.
19. Lucero LD, Hill FA, Ferraro FR. Body dissatisfaction in young children. *Psychol* 1999; 3: 36-42.
20. Vázquez R, Álvarez G, Mancilla JM. Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental* 2000; 23(6): 18-24.
21. Toro J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia; 1997.
22. Thelen MN, Cormier JF. Desire to be thinner and weight control among and their parents *Behavior Therapy* 1995; 28: 85-99.
23. Hill A. Pre-adolescent dieting implication for eating disorders. *Int Rev Pshyc* 1993; 5: 87-100.
24. Benedito P, Botella C, Baños RM. Imagen corporal y restricción alimentarias en adolescentes. *Anal Pediatr* 2003; 58(3): 268-272.
25. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating Attitudes, Sociodemographic Factors, and Body Shape Evaluation in Adolescence. *British J Med Psychol* 1989; 62: 61-70.
26. Perpiña C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Universidad de Valencia. Anal Psicol* 1990; 6(1): 1-9.
27. National Institute of Health. *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. Evidence report*. Washington DC: US Department of Health and Human Services/WHO; 1998.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO.

AVANCES REGISTRADOS DE 2007 A 2009

Raymundo Fernández Pérez¹

Para compartir... PARA COMPARTIR...

I. Introducción

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (**PPAVFG**) nació en 2002, cuando se implementó el Programa Mujer y Salud (**PROMSA**) en la Secretaría de Salud. En la presente administración, las líneas de acción del Programa Sectorial de Salud (**PROSESA**) dan sustento al Programa de Acción Específica (**PAE**) 2007-2012, del mismo nombre.

Desde los inicios de su operación, durante los años 2002 y 2003, el **PPAVFG** ha sorteado diferentes retos importantes, entre los que destacan: Consolidar su institucionalización en los servicios de salud, y asegurar el registro sistemático de información que permita el seguimiento y la evaluación de sus avances.

En lo referente a la institucionalización, para fortalecerla es necesario cumplir entre otras, con las siguientes condiciones:

- a) El reconocimiento de la violencia familiar y de género como un problema de salud pública que debe ser atendido por las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- b) La estructuración y operación de una política pública para la prevención y atención de la violencia familiar y de género en el Sistema Nacional de Salud.
- c) La asignación presupuestal desde los diferentes niveles de gobierno, que permita la ejecución de recursos de manera eficiente, adecuada y oportuna.
- d) Que los Servicios Estatales de Salud (**SESA**) de cada entidad federativa asuman la responsabilidad de abordar el tema de la violencia familiar y de género, como un problema de salud pública, y de cumplir con las metas y compromisos establecidos desde el nivel federal para enfrentarlo, mediante el consenso, la adaptación, implementación, operación y evaluación del **PPAVFG**.

En cuanto a la información, el registro sistemático de los avances de este programa, se enfrenta a la compleja problemática que determina la violencia familiar y de género, con dimensiones que van de lo individual a lo familiar, comunitario, institucional y macrosocial.¹ En este contexto, para poder analizar y evaluar el desempeño del **PPAVFG** se ha requerido responder, por una parte, a la necesidad de registrar los daños a la salud de las personas que se encontraban en una situación de violencia familiar y/o de género y, por otra, a la carencia de un registro sistemático de las acciones realizadas por las y los prestadores de servicios salud del país.

i Subdirector de Prevención de la Violencia **CNEGSR** - Secretaría de Salud. Licenciado en Psicología, especialidad en Atención Primaria a la Salud, candidato a Mtro. en Psicología General Experimental, con énfasis en Salud, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: raymundo.fernandez@salud.gob.mx

El **PPAVFG** 2007-2012 ha puesto énfasis en el manejo de la información científica y actualizada para reconocer al comportamiento de la violencia familiar y de género como un problema de salud pública. También se ha buscado sistematizar el conocimiento sobre los avances en el cumplimiento de sus objetivos específicos y sus respectivas estrategias, líneas de acción, metas y, de manera preponderante, lograr la óptima definición de sus mecanismos de evaluación.²

En el inciso 5.1 del capítulo 5 del **PPAVFG** se define el sistema de monitoreo y seguimiento del avance de las metas establecidas, que se realiza a través del registro del número de detecciones y atenciones a casos de violencia por entidad federativa, con la utilización de un procedimiento de registro propio, que se ha estructurado como **Informe General de Avances (IGA)**, el cual es remitido mensualmente por los 32 programas estatales a partir del segundo semestre del 2007, en tanto se logra su consolidación en el sistema de información de atención de casos de violencia del Sistema Nacional de Salud.²

Este sistema permite monitorear el avance de los indicadores más sensibles a la medición del desarrollo de líneas de acción, con la finalidad de identificar y retroalimentar aquellos aspectos que deben reforzarse o corregirse, como la aplicación de herramientas para detectar mujeres de 15 años y más en situación de violencia para su atención especializada; a la vez es útil para el seguimiento estrecho del cumplimiento de las metas reportado a través de informes de

Gobierno, del Informe de Labores de la Secretaría de Salud y de informes adicionales solicitados por legisladores, otras instituciones gubernamentales e instituciones fiscalizadoras.²

Sobre la base de lo anterior, en este documento nos planteamos como objetivo:

Presentar los avances que ha tenido el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género durante el periodo 2007-2009, a través del análisis de las acciones reportadas por cada programa que se ha implementado en los 32 Servicios Estatales de Salud, con base en la medición de cinco indicadores para las tres líneas de acción sustantivas: detección, referencia y atención especializada.

Con el **PPAVFG** han sido instrumentados dos indicadores para la detección, uno para la referencia y dos más para la atención especializada, respectivamente:

- A. Cobertura de aplicación de la herramienta de detección de violencia, a mujeres de población de responsabilidad.
- B. Porcentaje de mujeres de 15 años y más, a quienes se aplicó la herramienta de detección y se encontraban en posible situación de violencia.
- C. Porcentaje de mujeres en situación de violencia severa, con atención especializada y referidas de otras unidades de salud.
- D. Cobertura de atención especializada a mujeres en situación de violencia familiar severa.
- E. Promedio de consultas por mujer atendida con tratamiento de apoyo psico-emocional.

Con el propósito de tener mecanismos de monitoreo de los avances del **PPAVFG**, con base en la información dispuesta de manera consistente por parte de los 32 programas estatales, fue implementado el **Informe General de Avances (IGA)**, a fin de permitir integrar, sistematizar y reportar de manera periódica y cuantitativa, las principales acciones.

El IGA, fuente de información de los datos incluidos en este documento, cuenta con cinco apartados:

- 1. Aplicación de la herramienta de detección a mujeres.
- 2. Atención a mujeres en servicios especializados.
- 3. Referencia de mujeres de servicios especializados.
- 4. Promoción y difusión del PPAVFG.
- 5. Capacitación otorgada a personal de los servicios de salud.

El **IGA** del año 2007 se refiere al segundo semestre, a excepción de la variable de mujeres atendidas en servicios especializados, de la cual sí se dispone información de todo el año. Para el ejercicio de ese año no se comprometieron metas con las 32 entidades federativas.

Para los años 2008 y 2009 se presenta el periodo anual íntegro, y las metas que se reportan fueron acordadas con las/os responsables estatales del PPAVFG y formalizadas en los diferentes convenios firmados por las autoridades de los Servicios Estatales de Salud y por las del nivel federal.ⁱⁱ Para cada indicador se presenta un cuadro de seguimiento donde se registran las metas comprometidas.

Adicionalmente se presenta una gráfica que refleja el comportamiento general de los programas estatales en el marco nacional y un cuadro con los resultados del indicador por cada entidad federativa. También se hace un análisis del comportamiento anual de cada indicador del PPAVFG tomando como referencia las metas alcanzadas en el nivel nacional, al año 2009.

II. Indicadores seleccionados para el reporte de avances 2007 – 2009

Detección de la Violencia Familiar y de Género

A. Cobertura de aplicación de la herramienta de detección de violencia, a mujeres de población de responsabilidad

Esta herramienta es aplicada en consultas de servicios ambulatorios, de primer contacto y hospitales por personal de los Servicios Estatales de Salud sensibilizado y capacitado en la materia. Tiene como objetivo identificar entre las usuarias de 15 años y más, a aquéllas en probable situación de violencia familiar y/o de género. Consiste en una cédula de entrevista con diez reactivos clasificados en tres secciones, para ubicar el tipo de violencia en que se podría encontrar la usuaria: psicológica, física y/o sexual.

De acuerdo a la NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (NOM 046);³ el personal de salud de todo el país debe orientarse a la identificación de las y los usuarios que se encuentran en situación de violencia familiar o sexual. Por su parte, el *Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia*

Familiar y Sexual especifica que la detección incluye los procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia, con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas.

En el PPAVFG, este indicador tiene como meta lograr al final del año 2012 una cobertura de aplicación de la herramienta de detección del 30% de las usuarias de responsabilidad que se encuentren en alguna situación de violencia familiar y/o de género en cualquiera de sus modalidades y tipos. Con la medición de este indicador se pretende conocer la magnitud de la población objetivo, mujeres de 15 años y más de responsabilidad institucional, a quienes se aplicó la herramienta de detección de violencia familiar y/o de género. La adecuada aplicación de la herramienta se vincula estrechamente con la sensibilización y capacitación alcanzadas en el personal operativo de los SESA para identificar a las usuarias en situación de violencia; así como con la definición de procedimientos, instrumentación, supervisión y seguimiento de las disposiciones de la NOM 046 y del Modelo Integrado en lo relacionado a las acciones de detección temprana.

Avances Correspondientes al Periodo 2007-2009

Durante el segundo semestre del año 2007 se registró una cobertura de 1.9% y, para el año 2009, se alcanzó el 8.0% (cuadro 1).

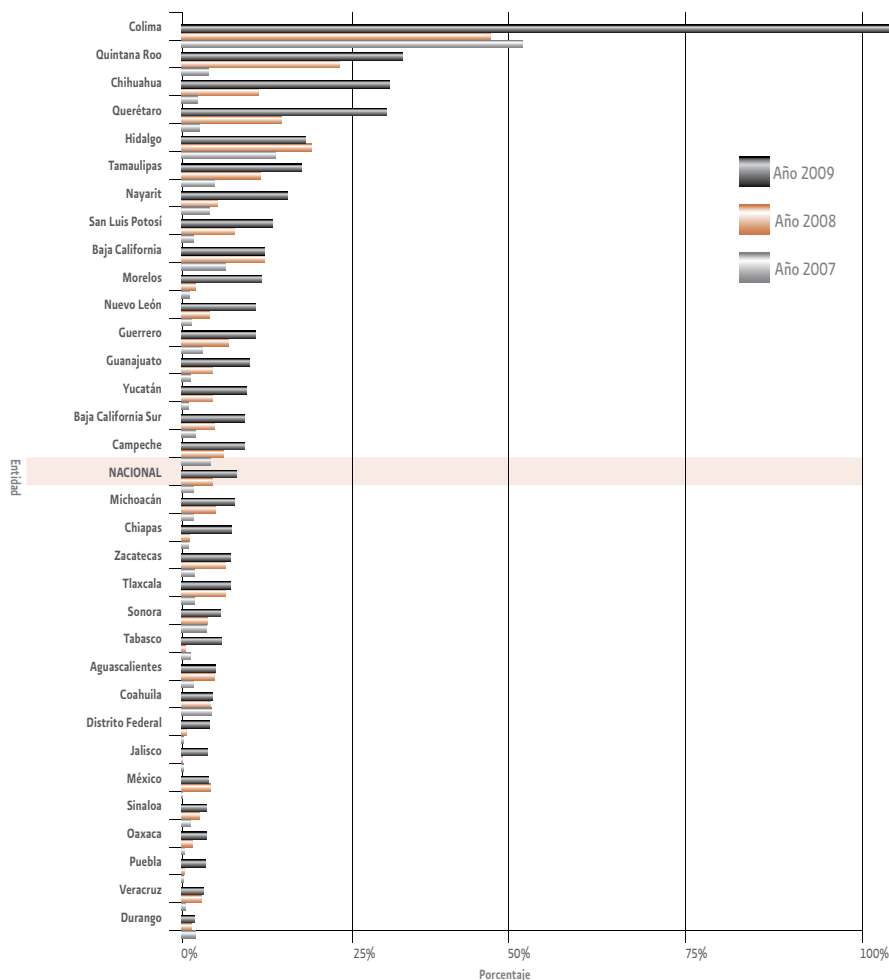
Tales datos sugieren que aunque se estén alcanzando las metas comprometidas en el nivel nacional con los 32 programas estatales, la cobertura de aplicación de la Herramienta de Detección, al cierre del 2009, se encontraba aún a 22 puntos porcentuales de la meta establecida en el PPAVFG para 2012 que es de 30%, por lo tienen que ser reforzadas las medidas para acercarse lo más posible a esta meta.

CUADRO 1 COBERTURA DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA A MUJERES. México 2007-2009						
		2007	2008		2009	
DETECCIÓN		ALCANZADA (JULIO-DICIEMBRE)	META	ALCANZADA	META	ALCANZADA
Indicador	Cobertura de aplicación de herramienta de detección	1.9%	5.1%	4.5%	7.6%	8.0%
Numerador	Mujeres de 15 años o más, unidas, de población de responsabilidad a las que se aplicó la herramienta de detección	204,551	561,387	496,839	834,402	875,250
Denominador	Cálculo de mujeres de 15 años o más de población de responsabilidad, unidas	10,862,408	11,070,540	11,070,540	10,983,714	10,983,714

Fuente: Secretaría de Salud (SSA), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).
* Este y los cuadros que siguen, derivan del Informe General de Avances (IGA) 2007-2009, cuya población de responsabilidad comprende a mujeres de 15 años y más. Para 2007, se refirió únicamente el segundo semestre del año en éste y los cuadros siguientes, a excepción del 11 y el 12, los cuales incluyen los dos semestres del año.

ⁱⁱ En 2008 dicho acuerdo se llevó a cabo a través de la firma del Convenio de Transferencia de Recursos Financieros, con autoridades del CNEGSR; en el 2009 se realizó mediante el Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE).

GRÁFICA 1



En términos generales entre el año 2007 y 2009, todas las entidades federativas presentaron un avance en la cobertura de la herramienta de detección. No obstante, al comparar las cifras del segundo semestre de 2007 sobre el desempeño de este indicador con el avance al 2009, nueve estados presentaron un avance más representativo: Colima, Quintana Roo, Chihuahua, Querétaro, Tamaulipas, Nayarit, San Luis Potosí, Morelos y Nuevo León. Llama la atención que Colima sobrepasa el 100% y que el intervalo de los logros entre estos estados es muy amplio, en tanto se observa que su cobertura va del 9 al 57% (ver cuadro 2).

Solo Durango registró un decremento en el 2008, del cual se recuperó en el 2009, en tanto que Coahuila prácticamente se mantuvo en el mismo porcentaje de 4.3% (gráfica 1).

Tomando como referencia lo alcanzado en el nivel nacional, los avances registrados en el año 2009 para cada uno de los 32 programas estatales se presentan de la siguiente forma: Como se mencionó, en cuanto a los resultados de este indicador merece atención especial el avance reportado por el estado de Colima en el 2009, porque registra una cobertura en la aplicación de la herramienta de 105% de usuarias de población de responsabilidad. Este hecho se puede explicar de varias maneras:

- a) en Colima, la herramienta de detección de violencia probablemente fue aplicada a mujeres de población de responsabilidad de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud de esa entidad;
- b) se aplicó en más de una ocasión a las mujeres usuarias de los servicios de salud;
- c) los registros remitidos son inconsistentes.

Para el resto de los programas estatales encontramos que, por arriba de la media nacional alcanzada durante el año 2009 de 8%, se encuentra prácticamente la mitad de entidades y por debajo se encuentran los otros 16 estados, con porcentajes que van desde el 1.9% hasta el 7.3%.

Al respecto se hace necesario intensificar las acciones en materia de capacitación a todo el personal de salud y, de manera específica, a personal médico de unidades operativas; así como supervisar y dar seguimiento a las acciones de detección para vigilar que se apliquen de acuerdo a la normatividad. La detección de casos de violencia es una actividad fundamental del PPAVFG que requiere ser reforzada.

CUADRO 2

ENTIDAD	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	ENTIDAD	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
Aguascalientes	1.7	4.7	4.9	Morelos	0.9	2.1	11.4
Baja California	6.2	11.8	11.5	Nayarit	3.9	5.1	15.0
Baja California Sur	1.8	4.7	9.1	Nuevo León	1.5	4.1	10.7
Campeche	4.3	6.0	8.9	Oaxaca	0.5	1.7	3.5
Coahuila	4.3	4.2	4.3	Puebla	0.4	0.4	3.4
Colima	47.5	43.1	105.5	Querétaro	2.8	14.2	28.9
Chiapas	0.9	1.1	6.9	Quintana Roo	3.8	22.5	31.2
Chihuahua	2.4	11.0	29.6	San Luis Potosí	1.6	7.7	12.7
Distrito Federal	0.2	0.7	3.9	Sinaloa	1.3	2.7	3.6
Durango	2.1	1.5	1.9	Sonora	3.6	3.8	5.7
Guanajuato	1.3	4.5	9.7	Tabasco	1.3	0.5	5.7
Guerrero	3.0	6.7	10.7	Tamaulipas	4.7	11.4	17.1
Hidalgo	13.2	18.4	17.5	Tlaxcala	1.3	2.8	6.0
Jalisco	0.2	0.1	3.8	Veracruz	0.8	2.9	3.1
México	0.2	4.2	3.7	Yucatán	0.9	4.5	9.2
Michoacán	1.9	4.9	7.3	Zacatecas	1.9	6.2	6.8
NACIONAL	1.9	4.5	8.0				

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

B. Porcentaje de mujeres de 15 años y más a quienes se aplicó la herramienta de detección y se encontraban en posible situación de violencia

Con base en la NOM-046, la detección busca identificar a las y los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta a pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar apoyo a las mujeres en situación de violencia, que permita evitar el agravamiento de su situación e iniciar el proceso de atención. Asimismo, los casos que resultan sospechosos, ofrecen indicios sobre la magnitud de este problema en términos de salud pública.

Para medir este indicador fue indispensable contar con referentes, en este caso se establecieron como tales los porcentajes reportados por la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003 y ENVIM 2006,^{4,5} consideradas como informes validados en la materia, en las cuales se encontró respectivamente que en el nivel nacional, el 21.5% y el 33.3% de las usuarias que acudían a los servicios de salud, estaban en situación de violencia con su pareja actual.

A partir de ello, para estimar la prevalencia de usuarias en situación de violencia se estableció como valor razonable de la herramienta aplicada por los programas estatales en materia del PPAVFG, un intervalo de más o menos diez puntos porcentuales con respecto a lo obtenido en la ENVIM 2006 para cada entidad federativa, o bien, en comparación con la estimación nacional promedio del 33% mencionada.

Si este indicador registrara resultados por encima de los referentes de la ENVIM 2006 en el nivel nacional o estatal, arriba del 50% por ejemplo, nos indicaría que la aplicación de la herramienta se utiliza más como un instrumento confirmatorio, que como una herramienta de identificación de posibles casos de violencia. Indicadores por debajo de las referencias mencionadas, nos hacen suponer una pérdida de efectividad y sensibilidad en la aplicación de la herramienta. El hallazgo de alguna de estas situaciones sugiere hacer énfasis en el seguimiento de la calidad con que se desarrollan las actividades involucradas.

Los valores de este indicador se vinculan con los conocimientos, habilidades y destrezas alcanzados por el personal de salud que aplica la herramienta en su capacitación; así como con los procedimientos, mecanismos y técnicas mediante las cuales se aplica la herramienta. Los avances en el nivel nacional se presentan en el cuadro 3.

De una prevalencia del 50.1% de posibles casos de mujeres afectadas por violencia familiar o sexual reportada durante el segundo semestre del año 2007, se descendió a una de 22.6% para el año 2009, cifra 10.7 puntos porcentuales menor que la reportada por la ENVIM 2006, de 33.3%. De acuerdo con los criterios antes

mencionados, en el nivel nacional, de una aplicación con tendencia a ser confirmatoria registrada en el año 2007, se pasó en 2009 a una tendencia con pérdida de sensibilidad y efectividad de los resultados obtenidos. Este comportamiento se presenta en 25 programas estatales.

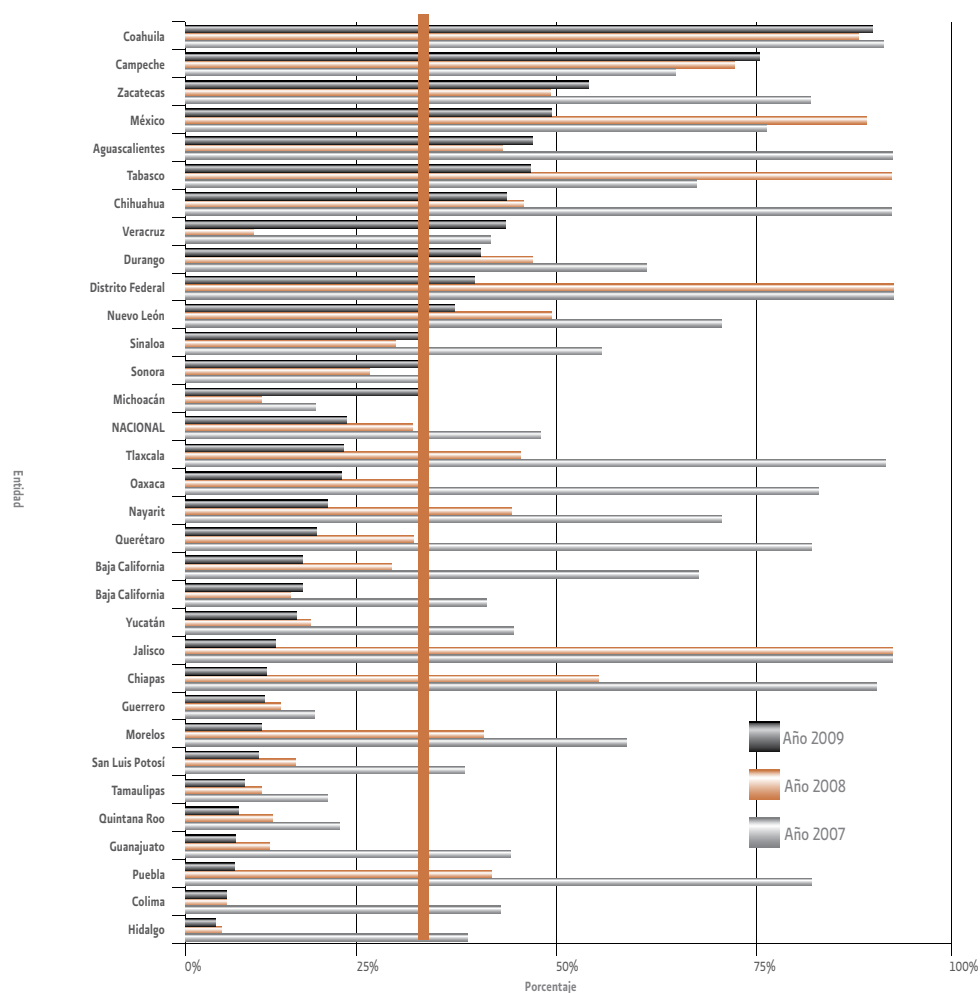
CUADRO 3
HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO, QUE RESULTÓ POSITIVA.
México 2007-2009

		2007	2008		2009	
DETECCIÓN		ALCANZADA (JULIO-DICIEMBRE)	META	ALCANZADA	META	ALCANZADA
Indicador	Mujeres que resultaron positivas a la herramienta de detección	50.1%	36.7%	31.9%	37.9%	22.6%
Numerador	Mujeres de 15 años o más, unidas y de población de responsabilidad, a quienes se aplicó tamizaje y resultaron positivas	102,427	206,152	158,368	316,459	197,874
Denominador	Mujeres de 15 años o más, unidas y de población de responsabilidad, a quienes se aplicó la herramienta de detección	204,551	561,387	496,839	834,402	875,250

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

GRÁFICA 2



Llama la atención que en Campeche, Coahuila y Zacatecas, se presentan registros de este indicador arriba del 50% y por encima de sus prevalencias de referencia de la ENVIM 2006, lo que hace suponer que su empleo no es adecuado por utilizarse como un instrumento confirmatorio. En el otro extremo, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Querétaro, Quintana Roo y Tamaulipas registran prevalencias debajo del 10%, lo que sugiere que la aplicación de la Herramienta de Detección carece de eficacia y sensibilidad.

La lejanía de este indicador con respecto de los parámetros de referencia de la ENVIM 2006, tanto nacional como de sus correspondientes estatales, así como los cambios abruptos de este indicador de un año a otro, sugiere la necesidad de poner atención en los mecanismos utilizados en la aplicación de dicha herramienta, para salvaguardar la calidad en su aplicación y en los resultados obtenidos.

Referencia de casos de Violencia Familiar y de Género

C. Porcentaje de mujeres en situación de violencia severa, con atención especializada y referidas de otras unidades de salud

Es indispensable que en todas las unidades de salud se realice la detección intencionada de casos de violencia familiar y de género, dado que con frecuencia las mujeres no demandan atención específicamente por este problema, a pesar de que la violencia propicia y genera una gran carga de enfermedad. Hasta la fecha, la mayor parte de las usuarias de los servicios especializados llegan, no por referencia de una unidad de salud de primer nivel que haya hecho la detección, sino por otras vías de canalización tales como agentes de la comunidad, alguna otra institución gubernamental, por iniciativa propia, u otro tipo de canalización.

DE VIOLENCIA A MUJERES POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 2007-2009

CUADRO 4

ENTIDAD	ENVIM 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	ENTIDAD	ENVIM 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
Aguascalientes	22.8	100.0	44.7	49.0	Morelos	28.2	62.2	42.0	10.7
Baja California	27.6	42.2	14.9	16.2	Nayarit	39.6	75.7	46.1	19.8
Baja California Sur	33.2	72.5	29.0	16.4	Nuevo León	24.9	75.7	51.5	37.9
Campeche	30.9	69.2	77.5	81.0	Oaxaca **	-	89.3	32.9	21.8
Coahuila	30.0	98.6	95.0	97.0	Puebla	23.7	88.5	43.1	6.7
Colima	34.4	44.4	5.5	5.6	Querétaro	33.1	88.3	32.0	18.4
Chiapas	32.7	97.8	58.4	11.4	Quintana Roo	39.1	21.5	12.3	7.4
Chihuahua	31.5	99.8	47.7	45.3	San Luis Potosí	26.1	39.3	15.4	10.2
Distrito Federal	33.9	100.0	100.0	40.8	Sinaloa	34.9	58.8	29.6	34.2
Durango	37.6	65.0	49.0	41.5	Sonora	34.2	33.2	25.8	33.4
Guanajuato	33.0	45.8	11.7	6.9	Tabasco	33.8	72.0	99.8	48.8
Guerrero	27.8	18.2	13.2	11.2	Tamaulipas	23.0	19.9	10.6	8.2
Hidalgo	31.2	39.6	4.9	4.6	Tlaxcala	28.0	98.9	47.3	22.1
Jalisco	35.4	100.0	100.0	12.6	Veracruz	33.7	43.2	9.4	45.1
México	45.6	82.0	96.2	51.5	Yucatán	36.2	46.3	17.5	15.7
Michoacán	35.2	18.2	10.6	33.3	Zacatecas	33.4	88.4	51.5	56.9
NACIONAL	33.3	50.1	31.9	22.6					

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

** En Oaxaca no se levantó la ENVIM 2006.

Con este indicador se evalúa la efectividad del mecanismo de detección y la referencia por parte de las unidades de salud que otorgan servicios esenciales, hacia los servicios especializados que se han instalado en los SESA para proporcionar atención a la violencia familiar y de género. Un mayor porcentaje de mujeres en situación de violencia severa, con atención especializada y referidas de otras unidades de salud, se vincula a una mejor inserción del programa dentro del funcionamiento y la operación de los SESA, gracias a la definición e implantación de un procedimiento de referencia y seguimiento de las usuarias identificadas en situación de violencia familiar o de género.

La meta al final del año 2012 relacionada con este indicador es lograr un porcentaje de referencia de unidades de salud a servicios especializados del 90%. Este avance reflejaría la adecuada implantación del PPAVFG, así como de sus mecanismos y procedimientos en la estructura de los Servicios Estatales de Salud. Los avances en el nivel nacional se presentan en el cuadro 5.

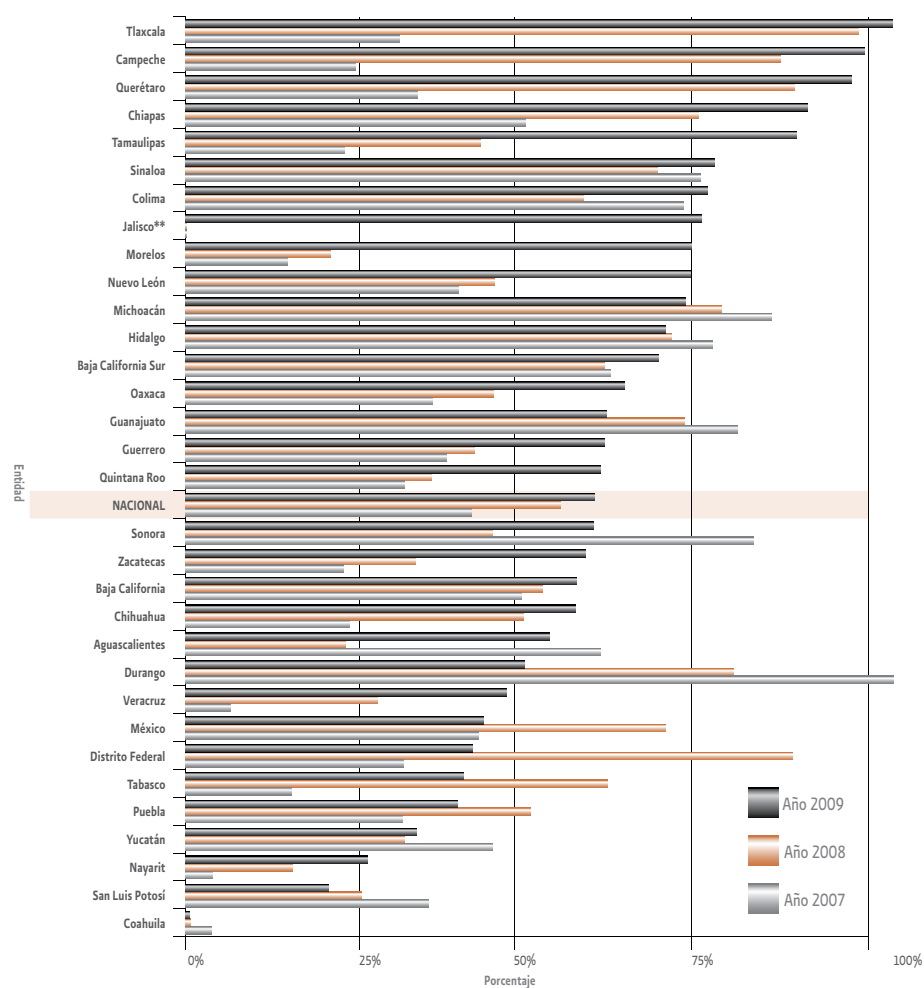
Se observa que el porcentaje de referencia de usuarias de unidades de salud a los servicios especializados de 40.5% en 2007, se incrementó a 57.8% en 2009. Aunque la tendencia registrada es creciente, esta no es suficiente para considerar que se alcanzará la meta del 90% establecida para finales del año 2012.

Entre el año 2007 y 2009 se registró tendencia al alza del porcentaje de usuarias de salud que fueron referidas a servicios especializados en 16 entidades de la República Mexicana. Llama la atención que en seis estados: Coahuila, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán y San Luis Potosí, este indicador registró una disminución constante en su desempeño. En las diez entidades restantes, el comportamiento en el periodo fue inconstante.

En la gráfica 3 y en el cuadro 6 se presentan los avances registrados en 2009 por cada uno de los 32 programas estatales tomando como referencia lo alcanzado en el nivel nacional.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

GRÁFICA 3



CUADRO 5

PORCENTAJE DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEVERA, CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y REFERIDAS DE OTRAS UNIDADES DE SALUD. MÉXICO 2007-2009

		2007	2008		2009	
REFERENCIA		ALCANZADA (JULIO- DICIEMBRE)	META	ALCANZADA	META	ALCANZADA
Indicador	Mujeres que viven en violencia severa con atención especializada, que son referidas de otras unidades de salud	40.5%	50.0%	53.1%	56.3%	57.8%
Numerador	Mujeres de 15 años o más de población de responsabilidad, unidas, que reciben atención especializada y que fueron referidas por otros servicios de salud	22,871	29,579	35,561	59,313	53,510
Denominador	Mujeres de 15 años o más que reciben atención especializada por violencia severa	56,439	59,189	66,967	107,214	92,602

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

DE VIOLENCIA A MUJERES POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 2007-2009

CUADRO 6

ENTIDAD	AÑO 2007*	AÑO 2008	AÑO 2009	ENTIDAD	AÑO 2007*	AÑO 2008	AÑO 2009
Aguascalientes	58.9	22.9	51.3	Morelos	14.4	20.7	71.7
Baja California	47.7	50.6	55.3	Nayarit	4.1	15.5	26.0
Baja California Sur	60.2	59.3	67.0	Nuevo León	38.6	43.8	71.4
Campeche	24.1	84.0	95.9	Oaxaca	35.1	43.5	62.1
Coahuila	4.1	0.5	0.4	Puebla	30.9	48.9	38.4
Colima	70.3	56.3	73.7	Querétaro	32.7	86.0	94.2
Chiapas	48.1	72.6	88.0	Quintana Roo	31.1	34.9	58.8
Chihuahua	23.4	47.9	55.1	San Luis Potosí	34.6	24.9	20.1
Distrito Federal	31.0	85.9	40.4	Sinaloa	72.9	66.8	74.9
Durango	100.0	77.3	47.9	Sonora	80.1	43.6	57.6
Guanajuato	78.3	70.6	59.7	Tabasco	14.9	59.7	39.3
Guerrero	37.0	40.9	59.3	Tamaulipas	22.5	41.9	86.2
Hidalgo	74.5	68.8	67.7	Tlaxcala	30.3	95.1	100.0
Jalisco**	-	-	73.0	Veracruz	6.8	27.2	45.5
México	41.4	67.9	42.0	Yucatán	43.6	31.0	32.8
Michoacán	82.9	75.7	70.7	Zacatecas	22.4	32.7	56.4
NACIONAL	40.5	53.1	57.8				

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

** En este y los siguientes cuadros, Jalisco no reportó cifras para el segundo semestre de 2007 aquí registrado, ni para 2008, periodo por tanto ausente en el registro de dicha entidad.



La distribución de este indicador con respecto de la media nacional es casi normal, ya que 17 programas estatales están por arriba de ella y los 15 restantes están por debajo. Dado que este indicador se relaciona con la ejecución de procedimientos y mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento de usuarias entre los diferentes niveles de servicios de salud, se interpreta que en la mitad de los programas estatales se tienen que intensificar acciones para la definición, difusión y capacitación de estos procedimientos y mecanismos.

Atención Especializada de la Violencia Familiar y de Género

D. Cobertura de atención especializada a mujeres en situación de violencia familiar severa

En el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (PAVFS) se establece que las mujeres en situación de violencia severa y todas las mujeres que han sufrido una violación, deben recibir atención médica y psicológica especializada en los servicios que se han establecido para ese fin. Generalmente estos servicios son apoyados con recursos federales a través de transferencias a las Secretarías Estatales de Salud al amparo de los convenios antes mencionados (ver nota ii). De acuerdo con los resultados de la ENVIM 2006, cerca de 12% de las mujeres de 15 años y más, usuarias de los servicios de salud entrevistadas, vivían en situaciones de violencia severa; este porcentaje varía según la entidad federativa pero es posible estimarlo a partir de la propia encuesta.

Este indicador permite evaluar el alcance de las acciones del PPAVFG en la población con mayor necesidad de atención a este problema y se vincula de manera directa con el desarrollo de infraestructura alcanzada por los SESA en cuanto a la asignación de recursos (humanos, materiales y presupuestales) y se concreta en el número de servicios especializados en funcionamiento en cada entidad. Este indicador tiene como meta al final del año 2012, lograr una cobertura de atención especializada del 20% de las mujeres de responsabilidad que pudieran encontrarse en una situación de violencia familiar severa. En términos generales, el número de servicios especializados ha ido en ascenso hasta lograr una infraestructura de 273 al cierre del año 2009 en el nivel nacional.

Este indicador es sensible al desarrollo de las otras líneas de acción como son la aplicación de la Herramienta de Detección, la prevalencia de casos sospechosos, la ejecución de los mecanismos de referencia de unidades de salud a los servicios especializados; así como de la infraestructura disponible de servicios especializados.

Los avances a nivel nacional se presentan en el cuadro 7.

CUADRO 7						
COBERTURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR SEVERA.						
México 2007-2009						
		2007	2008		2009	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ALCANZADA (JULIO- DICIEMBRE)	META	ALCANZADA	META	ALCANZADA
<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa</i>	4.3%	4.5%	4.9%	7.7%	7.0%
<i>Numerador</i>	<i>Número de mujeres de 15 años o más, usuarias de servicios especializados para la atención de violencia severa</i>	56,439	61,448	66,967	102,004	92,602
<i>Denominador</i>	<i>Cálculo de mujeres en población de responsabilidad, que requirieron atención especializada por violencia severa</i>	1,315,299	1,367,990	1,367,990	1,326,688	1,326,688

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

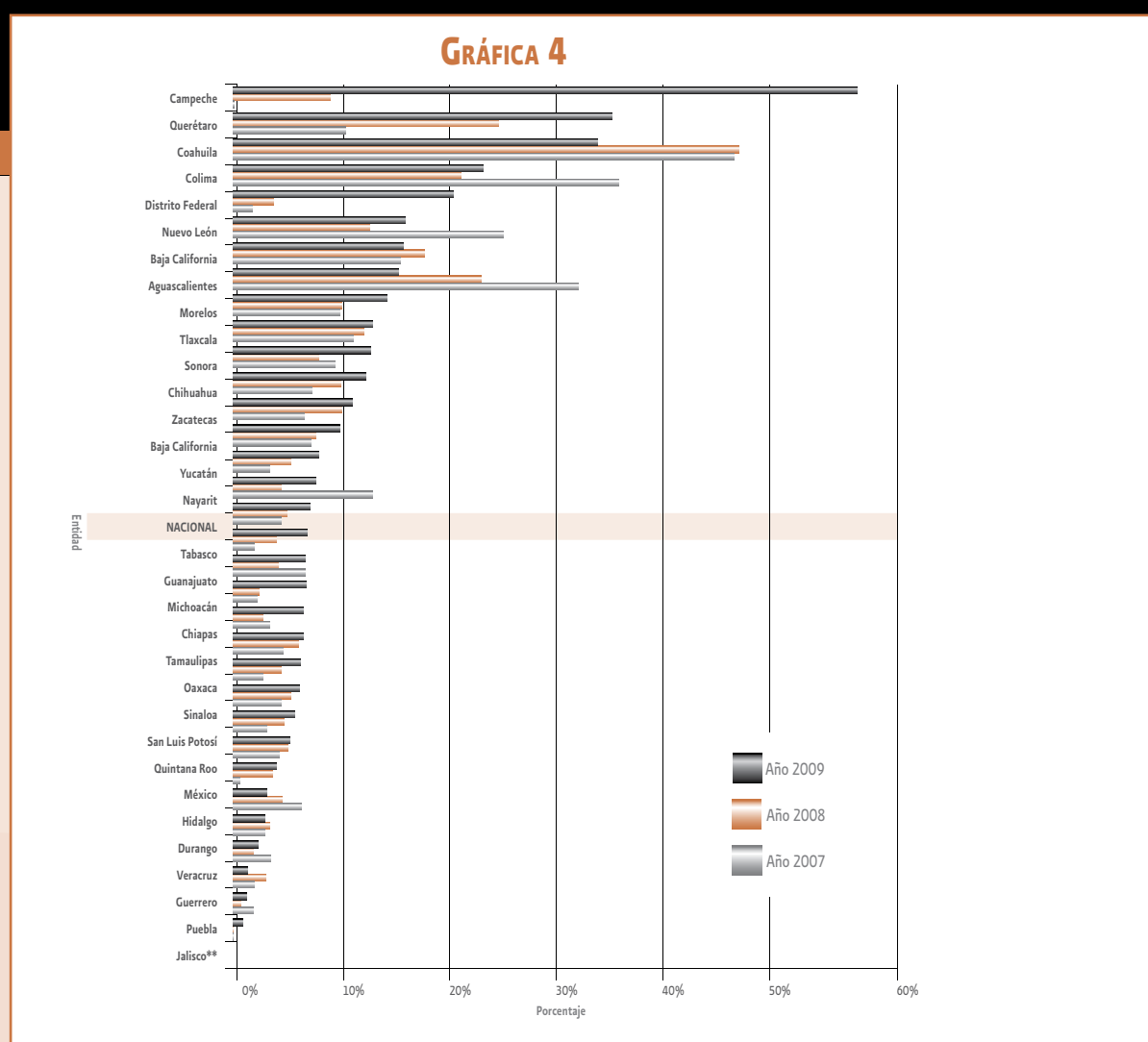
Se observa que el porcentaje de cobertura de atención especializada alcanzado en 2007 de 4.3%, se superó y para el año 2009 se obtuvo un registro del 7%. Aunque la tendencia del ritmo de incremento de esta cobertura es consistente, según se prevé, no alcanzará la meta de 20% de usuarias en situación de violencia severa con servicios especializados establecida para 2012 (cuadro 7).

En 15 entidades federativas se presentó un incremento consistente en la cobertura de atención especializada entre el año 2007 y 2009. En tres entidades federativas, Aguascalientes, Coahuila, e Hidalgo, se registró una disminución de cobertura al final del periodo.

En las 14 entidades restantes el comportamiento de la cobertura de atención especializada fue inconsistente en el periodo. Tomando como referencia lo alcanzado en el nivel nacional, los avances registrados en el año 2009 por cada uno de los 32 programas estatales se pueden apreciar de la siguiente manera (gráfica 4 y cuadro 8).

16 programas estatales se encontraban por encima de la media nacional de 7% alcanzada en el año 2009; 16 más, registraron una cobertura de atención especializada menor al promedio nacional. El intervalo que existe entre la entidad que registra la menor cobertura (0.8%, Jalisco) y la que registra la mayor (56.6%, Campeche), refleja la heterogeneidad con que ha sido proporcionada atención especializada en cada estado, lo que hace evidente la necesidad de analizar las diferentes experiencias al respecto.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN



E. Promedio de consultas por mujer atendida con tratamiento de apoyo psico-emocional

De acuerdo con la NOM-046, en todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, según el nivel de la misma. El Modelo Integrado PAVFS especifica cómo serán implementadas las acciones para garantizar la atención psicológica necesaria, con el fin de fortalecer la búsqueda de alternativas de solución en el manejo de los conflictos y problemas inherentes a la situación vivida, así como para fortalecer la autoestima y contribuir al proceso de reestructuración emocional.

La meta establecida para el año 2012 es de seis consultas promedio por usuaria de los servicios especializados. Con este indicador se estima el número de consultas otorgadas a cada usuaria que comienza a recibir apoyo psico-emocional. Se vincula estrechamente con la capacitación del personal de psicología para otorgar la atención especializada y con la accesibilidad para las usuarias de estos servicios. Si bien con la información disponible no se puede realizar una medición exacta, ésta es de gran apoyo para tener una idea del nivel de la calidad con que se otorga la atención.

DE VIOLENCIA A MUJERES POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 2007-2009

CUADRO 8

ENTIDAD	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	ENTIDAD	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
<i>Aguascalientes</i>	31.4	22.3	14.9	<i>Morelos</i>	9.7	9.9	13.9
<i>Baja California</i>	15.1	17.3	15.5	<i>Nayarit</i>	12.6	4.5	7.6
<i>Baja California Sur</i>	7.2	7.5	9.7	<i>Nuevo León</i>	24.6	12.4	15.6
<i>Campeche</i>	27.7	8.8	56.6	<i>Oaxaca</i>	2.7	4.4	6.0
<i>Coahuila</i>	45.4	45.8	33.0	<i>Puebla</i>	1.8	0.7	1.2
<i>Colima</i>	34.9	20.5	22.7	<i>Querétaro</i>	10.2	24.1	34.2
<i>Chiapas</i>	3.3	2.6	6.3	<i>Quintana Roo</i>	4.2	5.0	5.2
<i>Chihuahua</i>	7.2	9.6	11.9	<i>San Luis Potosí</i>	3.1	4.6	5.6
<i>Distrito Federal</i>	1.8	3.7	20.0	<i>Sinaloa</i>	4.3	5.2	6.0
<i>Durango</i>	2.8	3.3	2.8	<i>Sonora</i>	9.2	7.7	12.5
<i>Guanajuato</i>	6.6	4.1	6.6	<i>Tabasco</i>	1.8	4.0	6.7
<i>Guerrero</i>	1.8	3.0	1.3	<i>Tamaulipas</i>	4.6	5.9	6.2
<i>Hidalgo</i>	6.2	4.5	3.1	<i>Tlaxcala</i>	10.9	11.9	12.6
<i>Jalisco</i>	-	-	0.8	<i>Veracruz</i>	3.4	1.7	2.2
<i>México</i>	0.4	3.6	3.8	<i>Yucatán</i>	3.4	5.3	7.8
<i>Michoacán</i>	2.1	2.3	6.6	<i>Zacatecas</i>	6.5	9.9	10.8
NACIONAL	4.3	4.9	7.0				

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

Los avances en el nivel nacional se presentan en el cuadro 9.

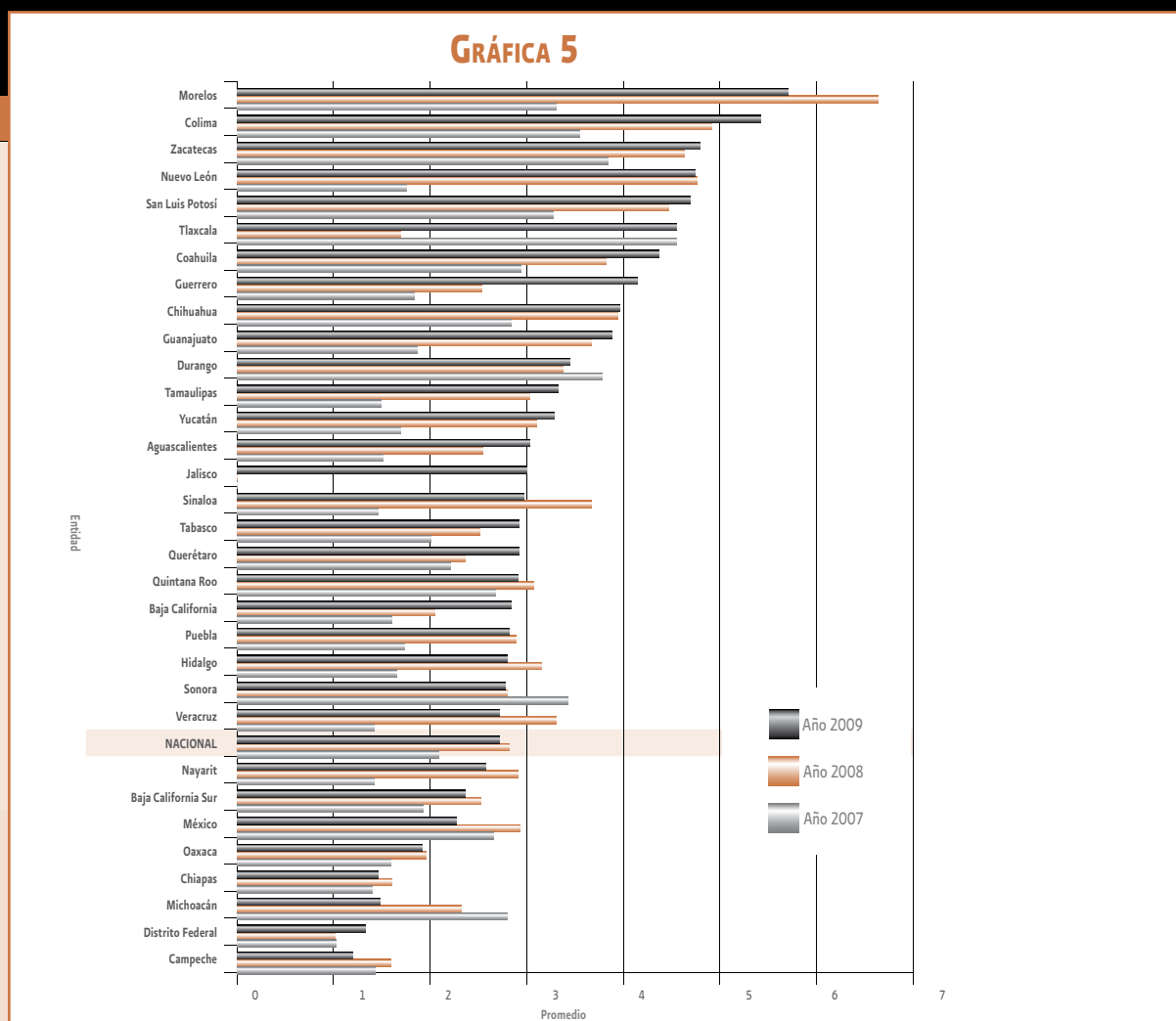
CUADRO 9

PROMEDIO DE CONSULTAS EN MUJERES ATENDIDAS, CON TRATAMIENTO DE APOYO PSICO-EMOCIONAL. México 2007-2009

		2007	2008		2009	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ALCANZADA (JULIO-DICIEMBRE)	META	ALCANZADA	META	ALCANZADA
Indicador	<i>Promedio de consultas por mujer atendida, con tratamiento de apoyo psico-emocional</i>	2.1%	4.0%	2.8%	4.4%	2.7%
Numerador	<i>Número de consultas (1ra vez y subsecuentes) que se otorgan a cada mujer en apoyo psico-emocional, en los servicios especializados para la atención de la violencia severa</i>	68,557	236,249	138,330	472,469	182,742
Denominador	<i>Mujeres registradas de consulta de apoyo psico-emocional de primera vez, que reciben atención en los servicios especializados</i>	33,030	59,771	49,572	106,302	67,987

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN



Se observa que el promedio de 2.1 consultas alcanzado en 2007 en el país, pasó a 2.7 (cuadro 10) en 2009. En ninguno de estos años ha sido alcanzada la meta comprometida en el nivel nacional, que es de cuatro y 4.4 consultas promedio para los años 2008 y 2009 respectivamente. Aunque la tendencia de los datos registrados es creciente, no se prevé lograr la meta de un promedio de seis por usuaria, en atención de los servicios especializados al final del año 2012.

En 15 entidades federativas se presentó un incremento consistente en el número de consultas promedio entre 2007 y 2009, mientras que en Michoacán y Sonora se registró una disminución importante durante el periodo. En las 15 entidades restantes el promedio de consultas fue inconsistente en el periodo analizado. Tomando como referencia el nivel nacional, los avances registrados en el año 2009 por cada uno de los 32 programas estatales se pueden apreciar de la siguiente manera (gráfica 5 y cuadro 10).

En 2009 fueron 22 estados los que registraron promedios de consulta por usuaria mayores al promedio nacional de 2.7; dos programas estatales presentaron promedios iguales a los del nivel nacional, y las ocho entidades federativas restantes registraron promedios de consultas que fluctuaron de 1.2 a 2.6 y se encontraron por debajo del promedio nacional.

No obstante, la media nacional alcanzada está lejos de la meta nacional comprometida, de lo que se deriva la necesidad de intensificar las acciones de capacitación a servicios especializados, para mejorar la adherencia a las sesiones de apoyo psico-emocional.

DE VIOLENCIA A MUJERES POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 2007-2009

CUADRO 10

ENTIDAD	AÑO 2007*	AÑO 2008	AÑO 2009	ENTIDAD	AÑO 2007*	AÑO 2008	AÑO 2009
Aguascalientes	1.5	2.5	3.0	Morelos	3.3	6.6	5.6
Baja California	1.6	2.0	2.8	Nayarit	1.4	2.9	2.6
Baja California Sur	1.9	2.5	2.3	Nuevo León	1.7	4.7	4.7
Campeche	1.4	1.6	1.2	Oaxaca	1.6	1.9	1.9
Coahuila	2.9	3.8	4.3	Puebla	1.7	2.9	2.8
Colima	3.5	4.9	5.4	Querétaro	2.2	2.3	2.9
Chiapas	1.4	1.6	1.4	Quintana Roo	2.6	3.1	2.9
Chihuahua	2.8	3.9	3.9	San Luis Potosí	3.2	4.4	4.6
Distrito Federal	1.0	1.0	1.3	Sinaloa	1.5	3.6	2.9
Durango	3.8	3.3	3.4	Sonora	3.4	2.8	2.7
Guanajuato	1.9	3.6	3.8	Tabasco	2.0	2.5	2.9
Guerrero	1.8	2.5	4.1	Tamaulipas	1.5	3.0	3.3
Hidalgo	1.6	3.1	2.8	Tlaxcala	4.5	1.7	4.5
Jalisco	-	-	3.0	Veracruz	1.4	3.3	2.7
México	2.6	2.9	2.2	Yucatán	1.7	3.1	3.3
Michoacán	2.8	2.3	1.4	Zacatecas	3.8	4.6	4.7
NACIONAL	2.1	2.8	2.7				

Fuente: SSA-CNEGSR, IGA 2007-2009.

III. Consideraciones Finales

Son importantes algunas consideraciones para profundizar en el análisis de la información presentada, así como para futuras evaluaciones, a partir del tipo y las fuentes de información disponibles.

1. El Informe General de Avances es una herramienta que permite subsanar la falta de registro sobre la operación del **PPAVFG** en los sistemas institucionales de información en salud. En el mismo nivel de importancia, se ubican la calidad con que las/os responsables estatales realizan en el proceso de registro y el seguimiento de esta información.
2. Con la finalidad de dar validez y confiabilidad a la información para el seguimiento de las acciones del **PPAVFG**, conviene reforzar y fortalecer las medidas de institucionalización de los registros, mediante las variables incorporadas en los sistemas de información oficiales, como son el Sistema de Información en Salud (SIS) y el Sistema Unico de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).
3. Es importante la definición y utilización de indicadores sensibles, confiables y prácticos que den cuenta de manera eficaz de la operación y desarrollo del **PPAVFG**, en los diferentes niveles de atención en salud. La batería de cinco indicadores seleccionados, representa una base a partir de la cual se pueden realizar propuestas para lograr una medición más eficaz. La selección de indicadores se debe adaptar a los requerimientos de seguimiento y evaluación, así como a las fuentes de información disponibles en un momento específico, por lo que pueden ser sustituidos para cubrir nuevas necesidades de dicho programa.
4. Es indispensable establecer el monitoreo sistemático de variables e indicadores en los diferentes niveles de atención (unidades del primer y segundo nivel), así como en los distintos niveles de administración en salud (operativo, jurisdiccional y estatal), con la finalidad de identificar debilidades en la realización de los diferentes procesos y acciones de mejora del **PPAVFG**, y para realizar los ajustes pertinentes. Lo anterior permitirá a las/os responsables estatales del programa planear, programar y evaluar los avances con precisión y en razón de sus necesidades específicas, así como desarrollar las acciones de planeación y programación desde los niveles locales de las unidades operativas de salud, hasta los niveles jurisdiccionales y estatales.

IV. Conclusiones

- a) Los cinco indicadores seleccionados son representativos y sensibles a la medición de las tres líneas de acción sustantivas de la operación del Programa de Acción Específico de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2007-2012: detección, referencia y atención especializada.
- b) Los indicadores de cobertura de aplicación de las herramientas de detección y de atención especializada, reflejan un avance importante en relación a lo comprometido por los SESA, sin embargo, dichos avances no alcanzan los porcentajes de las metas programadas como compromisos nacionales del **PPAVFG**, en donde se esperaba alcanzar coberturas de 30% en detección y 20% en atención especializada al final del año 2012.
- c) Los dos indicadores relacionados con la calidad de los servicios (mujeres que podían encontrarse en situación de violencia de acuerdo con la aplicación de herramienta de detección, y el promedio de consultas de apoyo psico-emocional que habían recibido en los servicios especializados) no se encontraron dentro de los parámetros de referencia ni alcanzaron las metas comprometidas, en los programas estatales en general.
- d) El porcentaje de mujeres referidas a servicios especializados por parte de unidades de salud ha alcanzado de manera general la meta comprometida; sin embargo, por las tendencias registradas en el periodo analizado, se prevé una estabilización de este indicador cercana al 60%.
- e) Unicamente en el indicador de cobertura de la aplicación de la herramienta de detección de mujeres en situación de violencia, se observó un incremento consistente. Esto nos hace suponer que las acciones implementadas para dar cumplimiento a los programas estatales han sido efectivas. En los otros cuatro indicadores no ha habido un incremento consistente en los avances registrados.

Con este análisis se sientan las bases para sistematizar y dar seguimiento a tres de las principales líneas de acción del **Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2007-2012: detección, referencia y atención especializada**. Como se ha planteado al inicio de este documento, este programa enfrenta dos retos, la institucionalización y el registro sistemático de la información generada. Todavía se requiere mayor consistencia para asegurar la permanencia de estos indicadores y que puedan ser medidos de manera confiable, a través de fuentes de información institucional como el Sistema de Información en Salud (SIS) o el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Referencias Bibliográficas

1. **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.** Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo, 2ª ed. México: Secretaría de Salud; 2009: 11 – 31.
2. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2007-2012. México; 2009: 32 – 37.
3. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención NOM-046-SSA2-2005; México; 16 de abril de 2009.
4. Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México: Secretaría de Salud; 2005: 65 – 81.
5. Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006. México: Secretaría de Salud; 2009: 35 – 59.



Fotografía: arte i diseño, derechos del CNECSR, Secretaría de Salud.

MÉXICO
2010

Renacimiento
Independencia

Centenario
Revolución



25 de Noviembre de 2010

Día Internacional por la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y Niñas

GOBIERNO
FEDERAL

SALUD

¡Di, no! Únete

para poner fin a la Violencia
contra las Mujeres



www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx



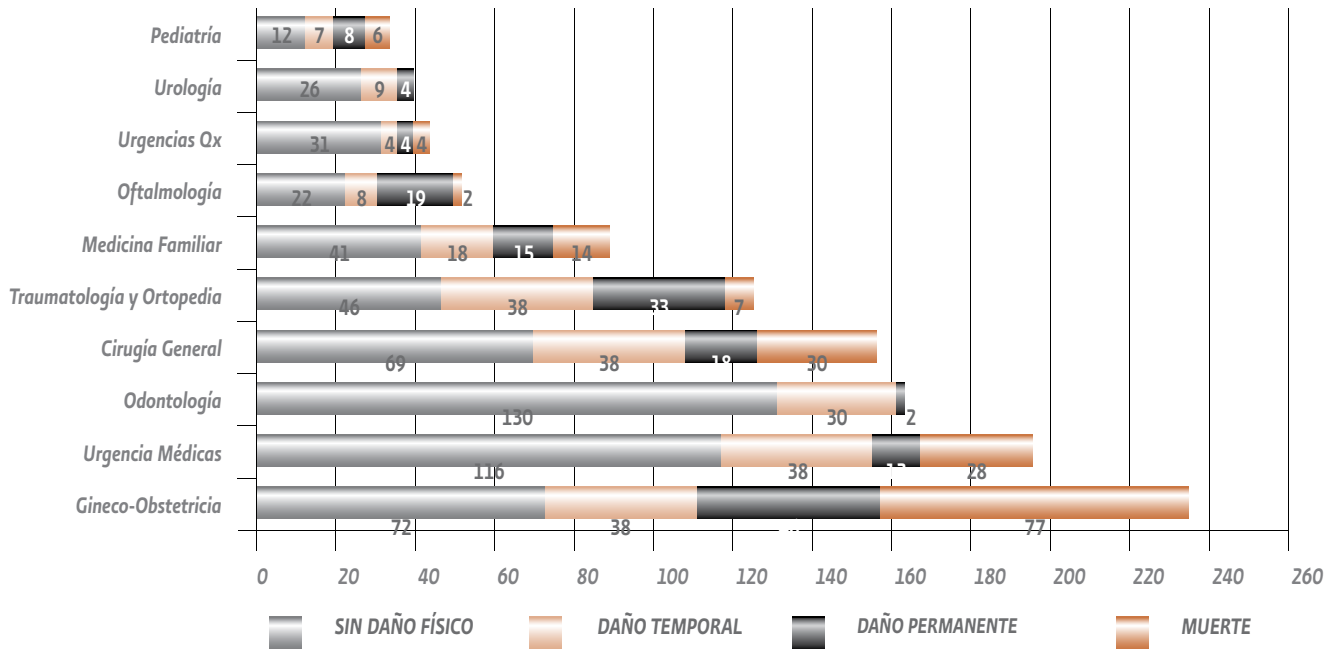
Vivir Mejor

PARA DESCIFRAR...

Violencia Institucional. Evidencia de mala práctica médica en las quejas*
de las y los usuarios del Sector Salud

* Las quejas médicas son efectuadas por pacientes que han sufrido un daño derivado de la atención recibida y, en esos casos, se trata de personas con un evento adverso, el cual se define como "incidente de la atención sanitaria que produce daño al o la paciente".

DIEZ ESPECIALIDADES CON MAYOR EVIDENCIA DE MALA PRÁCTICA MÉDICA, SEGÚN GRAVEDAD DEL DAÑO. MÉXICO 2003-2007



Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), Sistema de Estadística Institucional, Dirección General de Calidad e Informática. Conamed octubre 2003-2007. En: Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Conamed. Sal Pub Mex 2009; 51(2): 123.

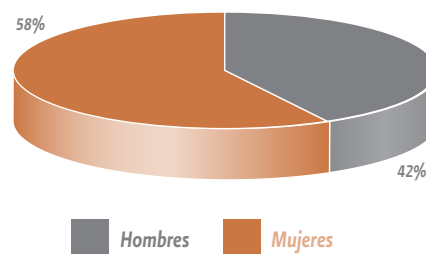
De acuerdo a los registros de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), en el periodo de octubre del 2003 a 2007, la especialidad médica que más recibió quejas por una mala práctica médica fue Ginecología y Obstetricia.

En cuanto al análisis de la gravedad del daño, en esta misma especialidad, poco más de la mitad de los casos registrados estuvieron clasificados como: daño permanente y muerte.

Las quejas predominaron en mujeres usuarias de salud. De 18,443 quejas recibidas de 1996 a 2007 por causa de haber recibido un daño derivado de una mala práctica médica:

- 10,705 correspondieron a mujeres.
- 7,738 a los varones.
- Por cada 14 quejas de mujeres hay 10 de hombres, con una razón de 1.4 mujeres por cada hombre.

QUEJAS RELACIONADAS CON LA MALA PRÁCTICA MÉDICA, SEGÚN SEXO. CONAMED 1996-2007



Fuente: Elaborado con base en Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Dirección General de Calidad e Informática, Conamed 1996-2007; México.

PORCENTAJE DE QUEJAS POR MALA PRÁCTICA MÉDICA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIO, SEGÚN SEXO. MÉXICO 1996-2007

GRUPO DE EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	% QUEJAS	% DE POBLACIÓN	% QUEJAS	% DE POBLACIÓN
0 - 04	8.6	11.6	4.7	10.7
05 -14	5.1	23.9	2.9	22.2
15 - 24	8.0	19.8	10.4	20.2
25 - 34	13.9	15.6	23.2	16.5
35 - 44	18.1	11.8	20.6	12.3
45 - 49	8.6	4.2	8.8	4.3
50 - 54	7.6	3.5	7.7	3.5
55 - 64	14.3	4.9	10.5	5.1
65 y +	15.9	4.7	11.3	5.2
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Dirección General de Calidad e Informática, CONAMED 1996-2007. SAQMED, Sistema de Estadística Institucional; México. En: Fajardo-Dolci GE, et al. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sal Pub Mex 2009; 51(2): 123.

* Las quejas médicas son indicadores negativos de la calidad de atención y, debido a ello, se relaciona como "mala" práctica médica, a quejas que pueden asociarse a factores estructurales y otras con el proceso de atención (diagnóstico, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, atención del parto y puerperio y auxiliares de diagnóstico y tratamiento). Estas estadísticas fueron significativas ($\chi^2=482.12$, $p<0.0001$).

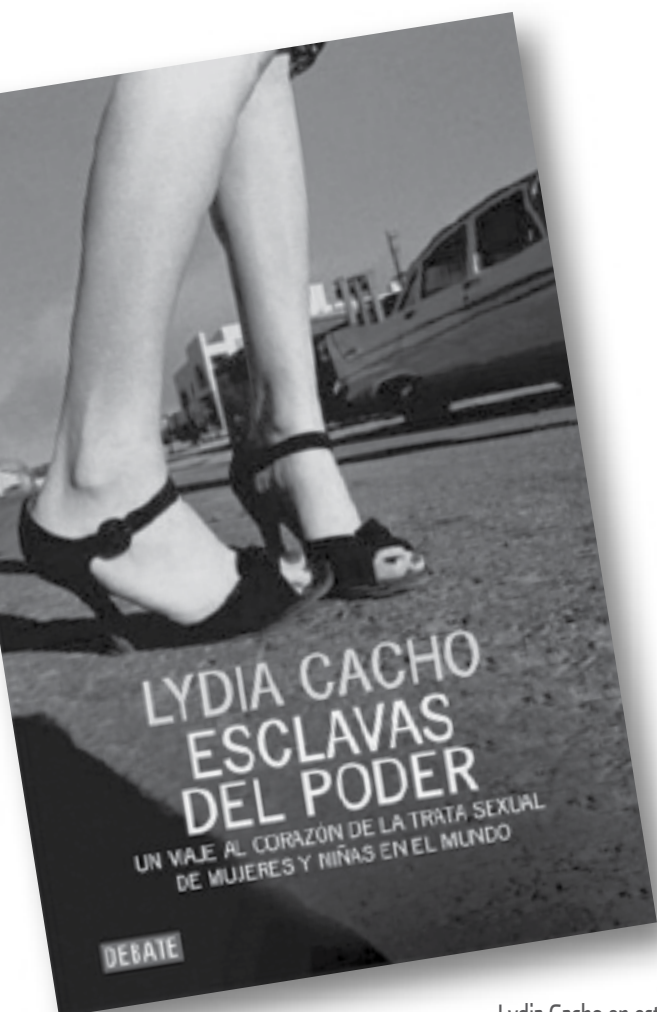
En relación a los grupos de edad:

- Hasta los 14 años predominaron las quejas por mala práctica médica en niños y adolescentes varones.
- En el grupo de 15 a 44 años, el cual podría asociarse al ciclo en que las mujeres suelen requerir atención institucional gineco-obstétrica, estas presentaron 14 por ciento más quejas por mala práctica médica que los varones en los servicios de salud.
- Asimismo, las mujeres que tenían de 25 a 34 años fueron quienes presentaron más quejas, mientras que entre los hombres, el grupo de edad de 35 a 44 años es el que hizo mayor número de quejas.
- En cambio, en adultas/os mayores de 55 años, los hombres presentaron 8.4 por ciento más quejas que las mujeres.

Reseña de libro

LYDIA CACHO:

“ESCLAVAS DEL PODER UN VIAJE AL CORAZÓN DE LA TRATA SEXUAL DE MUJERES Y NIÑAS EN EL MUNDO”



Algunos apuntes y consideraciones

Hernán José García Ramírezⁱ

Introducción

Este ensayo sobre el libro de la periodista Lydia Cacho, se enmarca en la obtención del prestigioso premio internacional *PEN/Pinter*, con el que la autora fue galardonada el 20 de octubre de 2010, por su valor mostrado en la defensa de los derechos humanos.

La pregunta que en mi opinión hemos de hacernos individualmente al acercarnos a la problemática de la trata de mujeres y niñas en México y el mundo, es ¿qué tiene que ver eso conmigo? ¿Cómo me afecta? ¿Cómo estoy implicado/a? Aparentemente se trata de una realidad lejana, o ¿no será que la alejamos para no angustiarnos, ya sea porque nos pueda tocar de manera cercana o porque, en el caso de los hombres, tenemos algún tipo de responsabilidad sobre los actos de violencia contra la integridad de la mujeres?

Al leer este libro, me encontré con un análisis profundo y extenso sobre la trata de mujeres que plantea propuestas claras para enfrentarla y posicionarse frente a ella. Presenta algunas entrevistas desgarradoras, como herramienta de análisis. Permite profundizar en la violencia sexual y en la violencia patriarcal, como base para entender otros tipos de violencia hacia las mujeres. Abre la oportunidad de propiciar la reflexión personal con respecto de la trata sexual en un contexto patriarcal deshumanizador.

Lydia Cacho en este libro, producto de una investigación de más de cinco años, analiza un fenómeno complejo que ha sido naturalizado y disfrazado en la sociedad. El documento no se queda en el pasmo ante el peso de la tragedia, sino que detalla los esfuerzos positivos realizados en todo el mundo. Analiza y cuestiona diferentes posturas al respecto y aterriza con acciones concretas que cualquiera puede seguir.

Cada año entre 600 mil y 800 mil seres humanos, son víctimas de explotación sexual comercial: 98% son mujeres y niñas (Organización Internacional del Trabajo).²

La trata de personas es una problemática mundial extrema. Es el tercer negocio más lucrativo para la delincuencia organizada a escala mundial -solo superado por el tráfico de drogas y el de armas-, ya que produce ganancias anuales de cerca de 9 mil 500 millones de dólares.

De acuerdo a cifras de la Organización de Naciones Unidas (ONU): al menos 27 millones de personas en el mundo han sido víctimas de explotación laboral, sexual o comercial en los últimos 25 años.

ⁱ Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Médico Social, coordinó dos asociaciones civiles y es autor de diversos libros. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaría de Salud. Correspondencia: educeverhg@hotmail.com

El libro rescata las voces de las víctimas, de sus victimarios y de los consumidores. Analiza las redes de trata de mujeres y niñas, y su relación con la prostitución, y describe los mecanismos por los que los tratantes se apropian de ellas, cómo se lava el dinero y la complicidad de los gobiernos. Explora la mentalidad masculina respecto a las mujeres y la sexualidad.

A través del análisis de entrevistas y experiencias concretas en ocho países: Turquía, Israel, Palestina, Japón, Camboya, Myanmar (Birmania), Argentina y México, Lydia Cacho descubrió algunas claves para entender el desarrollo y expansión de este fenómeno delictivo. De manera indirecta, relaciona sus hallazgos con lo que ocurre en Tailandia y las mafias china y rusa. En la parte final del libro, la autora se refiere a las redes, organizaciones, estrategias y personas en el mundo que se dedican a combatir el fenómeno de la trata, así como a formular propuestas para su combate en el futuro.

La trata de mujeres y niñas y sus fronteras con la prostitución y pornografía

La autora describe los diferentes mecanismos en que las redes de trata y prostitución se apropian de niñas, adolescentes y aun mujeres adultas. Desde el secuestro, la venta de niñas por las propias familias, las promociones engañosas de trabajo en la capital de éste y otros países, el papel de las guerras y los ejércitos, así como las trampas de los proxenetas. En las últimas décadas se ha fortalecido un modo en el que miles de europeos se casan con adolescentes y mujeres de países del tercer mundo, y las tienen en una situación de esclavitud doméstica y sexual, permitida por las leyes. Los grupos de pedófilos que emigran a estos países, debido a que las leyes son menos severas que en sus países de origen, también van en aumento.

A través de sus viajes e investigaciones, Lydia se percató de que las fronteras entre la trata y la prostitución se diluyen en los mecanismos de su ejercicio: la mayoría de las niñas y mujeres víctimas de la trata termina en las redes de prostitución y pornografía, siendo común que niñas y prostitutas adultas convivan en los mismos espacios. El producto final es el mismo, la pérdida de sí mismas, transformándose en un producto comercial para el goce de los hombres.

En el libro se dice cómo la trata de mujeres y niñas es permitida e impulsada gracias a una cultura patriarcal en la que la mujer se cosifica y se transforma en objeto sexual de consumo. Este elemento es reforzado por diversas religiones. Se expropia a las mujeres la capacidad de tomar decisiones y se viola flagrantemente su derecho a la libertad. Las mujeres y niñas víctimas de la trata reciben un entrenamiento en el que se les condiciona y se les naturaliza su situación, como si eso fuera lo común. Las hipersexualizan en su relación con los hombres y en general. También es común que las vuelvan adictas.

La trata sexual fomenta, recrea y fortalece una cultura de normalización de la esclavitud y prostitución.

En una cultura regida por los valores misóginos y patriarcales, el cuerpo femenino es visto como un objeto que puede ser comprado, vendido, utilizado y desechado o sustituido. Las mujeres son educadas para someterse a ciertas reglas y los hombres son instruidos para reproducirlas sin cuestionarlas. Es la misma cultura patriarcal la que está detrás de la trata de mujeres, pornografía, prostitución, violencia sexual y los feminicidios. La trata de personas aumenta por la creciente demanda de seres humanos, producida por el deterioro de las relaciones interpersonales.

A veces la misma familia propicia la prostitución de manera directa o indirecta, cuando las chicas buscan un escape de la violencia doméstica. Las aliadas de los tratantes y proxenetas son la pobreza y la cultura de la normalización de la prostitución, de la violencia sexual contra mujeres y niñas. El poder de los tratantes se sostiene al eliminar toda posibilidad de que las víctimas potenciales tengan opciones de vida dignas y libres.

En muchas ocasiones se da una participación activa y creciente de mujeres en las redes de tratantes como reclutadoras y entrenadoras: mujeres que anteriormente fueron víctimas, reproduciendo el modelo "víctima - victimaria".

Se dice que esa violencia ha sido normalizada a través de la historia, comprendiéndola como resultado de algo establecido por la naturaleza –o por Dios-. Una mayoría de hombres quiere tener sexo con las mujeres disponibles y, en muchas ocasiones, por vías de dominación y poder, pero que no lo hagan así con su madre, hermanas e hijas, lo que implica una contradicción de valores. Las culpas recaen en las mujeres, como pecadoras y las que reciben los castigos, a veces brutales, de la sociedad.

Reseña de libro LYDIA CACHO:

"ESCLAVAS DEL PODER UN VIAJE AL CORAZÓN DE LA TRATA SEXUAL DE MUJERES Y NIÑAS EN EL MUNDO"

Los clientes de la trata y el comercio sexual, en general, están en sus hogares con sus esposas e hijas/os, en sus empresas respetables y en las iglesias dando o recibiendo misa. Trabajan en juzgados, escuelas, universidades, hospitales, como programadores, están en todas partes.

En el discurso de los clientes del comercio sexual se evidencia la práctica de la sexualidad para reafirmar su poder.

En una sociedad en donde algunos varones van perdiendo poder debido a los mecanismos de explotación económica, ideológica y, en ocasiones, por los avances del feminismo en los derechos de las mujeres, como respuesta, ejercen más violencia en el comercio sexual, la familia y la sociedad en general. La sexualidad y la violencia hacia las mujeres deben de ser comprendidas como un sistema de poder. La prostitución limita seriamente la posibilidad de crear relaciones con equidad, respeto y honestidad entre hombres y mujeres en todos los aspectos de la vida.

En la sociedad se educa a hombres y niños para creer que las mujeres y niñas son objetos sexuales para su utilización, en lugar de seres humanos iguales a ellos. Lydia concluye que la mayoría de los hombres son esclavos de una cultura de la masculinidad que no ha sido cuestionada por ellos mismos, ni tampoco por quienes detentan el poder en instituciones diversas, para impulsar transformaciones culturales. Es penoso que los líderes religiosos, en lo general, se encuentren "ciegos" ante esta problemática y continúen con la emisión de normas morales que favorecen la obediencia, el sometimiento, desprecio y control del cuerpo de las mujeres.

Directores, guionistas, productores de cine, televisión y comerciales; editores de revistas impresas, electrónicas y la prensa escrita, perpetúan en mayor o menor medida los valores del machismo y la violencia sexual, ya sea de manera sutil o evidente. Inclusive la propia academia y las instituciones de salud, en términos generales, no han sido capaces de revisar sus valores patriarcales, sus reivindicaciones de roles y conductas de género.

Para poder hacer algo de peso respecto a la prostitución y la trata, es esencial reconocer el papel de los clientes. Ellos tienen que asumir la responsabilidad de sus actos. En general prefieren pagar por sexo, antes que invertir en una relación interpersonal.

Es indispensable que los hombres descubran nuevas formas de convivencia en las que pornografía, violencia y sexismo no sean la guía de su vida erótica ni de su relación con las mujeres y los hombres.

Son pocos los hombres que trabajan contra la violencia hacia las mujeres y la trata, tampoco hay muchos que se pronuncien sobre la inminente necesidad de transformar la masculinidad, volverla más humanizada y menos cosificada y cosificadora.

La industria sexual

Lydia Cacho enfatiza que el crimen organizado que compra y vende esclavas sexuales no está conformado por grupos aislados, perdidos y escondidos bajo la tierra, sino que son miembros activos de una industria, y deben estudiarse como tales. Hay que buscar entre abogados, dueños de bares, salas de masaje, cantinas y restaurantes, así como investigar a los dueños de productoras de pornografía, empresarios de casinos y propietarios de maquiladoras y hoteles. Como otras industrias, la esclavitud se potenció gracias a la liberalización económica global. La explotación sexual es la máxima expresión de la industria de la esclavitud, toma sus principios del modo de producción capitalista que procura la consecución de un beneficio aumentando los ingresos y disminuyendo los gastos. Con sus estrategias logran que mujeres y niñas trabajen gratuitamente durante los primeros años, con lo que las ganancias se potencian y los costos se amortizan con rapidez.

Cuanto más se legitima y populariza la pornografía, más se normaliza la violencia contra las mujeres y la sociedad es menos sensible a la explotación sexual.

Las redes criminales se mueven como leopardos, mientras los operadores contra el crimen organizado, como elefantes viejos y pesados. Las redes de trata carecen de burocracia, principios y son amorales. Tienen reglas operativas claras y códigos.



Placer, negocio y corrupción... la esclavitud humana en aumento.

La autora profundiza en los mecanismos de la globalización, el mercado y el lavado de dinero con respecto a los negocios de la explotación sexual y la trata de mujeres. **La explotación sexual no es un asunto de placer, sino de dinero y de poder.** La globalización ha permitido la creación de un mercado para el cual hay una oferta y una demanda inagotables. Bajo el mismo principio del negocio de las drogas, la esclavitud humana aumenta y quizá seguirá creciendo, por el simple hecho de que hay comunidades enteras y países que dependen del turismo sexual, de la trata y del sexo comercial.

El paralelismo de la trata de mujeres, niñas y niños para fines sexuales, con el negocio del narcotráfico, va más allá de que los tratantes utilicen las rutas de los narcos y de que éstos hayan incursionado en el negocio de la pornografía, la prostitución y la trata. La principal similitud reside en el tipo de economía local que promueven. Ambas se sostienen con el abastecimiento del producto que genera el consumo, los clientes que dan estabilidad al mercado, los intermediarios que lo popularizan y expanden, así como los bancos y empresas privadas dispuestas a lavar ese dinero para convertirlo en parte del flujo económico legal.

El lavado de dinero se da por medio del sistema financiero y por canales no financieros mediante operaciones en efectivo, con la intención de que no sean detectadas. En muchos países, afectar a los negocios de la trata y prostitución es abrir la caja de Pandora que puede revelar nombres de empresarios, actores y políticos poderosos. Las mafias de la trata tienen más poder que nunca: el número de tratantes arrestados y sentenciados es el más bajo de entre todos los delitos existentes. Estas mafias se han actualizado con los últimos elementos de la cultura empresarial, así como con el conocimiento al detalle del marco legal nacional e internacional que les afecta. Conocen a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan contra la trata y tienen estrategias para contenerlas. Los tratantes están al día en el uso de nuevas tecnologías y siempre van un paso adelante de las autoridades.

Las mafias de tratantes en varios países y regiones han entendido que ellos no hacen solo negocio, sino política social deshumanizante, humillante y violenta, pero política al fin y al cabo. La autora señala como preocupante que las autoridades sigan sin estudiar adecuadamente las mafias de la trata y su relación con el narcotráfico.

La cultura del padrote

Millones de personas consideran que la prostitución es el oficio más antiguo del mundo; a consideración de Lydia Cacho, lo es el de proxeneta, padrote, chulo o tratante. El apelativo de padrote implica una suerte de padre alternativo que “educa y protege” a las mujeres y niñas en situación de prostitución. Tomando como referencia el caso de Tlaxcala, detalla algunos estudios sobre la filosofía del tratante, anclada en los valores machistas patriarcales, donde se señalan las formas de convertirse en padrote por apadrinamiento y tradición familiar, recibiendo conocimientos acerca de la prostitución y estrategias para conseguir e iniciar a mujeres en ella y, sobre todo, mecanismos de poder sobre el cuerpo femenino.

Los proxenetas han desarrollado mecanismos de enamoramiento y de engaño que provienen de prácticas culturales tradicionales.

Algunas de estas estrategias de reclutamiento de las mujeres para el trabajo sexual, por parte de proxenetas, crean una disciplina del cuerpo en la que la dominación patriarcal se vuelve parte natural y consustancial. Cuando los proxenetas buscan “mercancía” para el trabajo sexual, esta “somatización” y apropiación de la dominación ya ha ocurrido, tratándose de un proceso en el que participan hombres y mujeres, muertos y vivos, que han configurado históricamente las concepciones del ser “hombre” y el “ser mujer”. Este hábito interiorizado e incorporado en las creencias de los individuos y en su vida cotidiana, es el terreno sobre el cual actúan los proxenetas.

Una vez que las enamoran, las convencen de iniciarse en la prostitución para mejorar su economía, posteriormente las convencen de que es la mejor manera de trabajar y, finalmente, las dejan enganchadas en ese negocio bajo mecanismos de sometimiento, rompimiento de su autoestima, control y naturalización de esa práctica, donde ellos reciben una parte importante de las ganancias. Y así lo hacen con múltiples mujeres de manera secuencial y a la vez.

Una explicación cultural de lo que sucede en México y Tlaxcala es que en algunas comunidades y regiones rurales e indígenas, los proxenetas han aprovechado y adaptado las prácticas culturales tradicionales de poder sobre el cuerpo femenino, como el robo, pago y compra de la novia, para el trabajo sexual promovido como un oficio y una forma de vida.

Reseña de libro LYDIA CACHO:

**“ESCLAVAS DEL PODER
UN VIAJE AL CORAZÓN DE LA TRATA SEXUAL
DE MUJERES Y NIÑAS EN EL MUNDO”**

El ejército, las guerras y la trata...

Es común la existencia de burdeles aprobados por el ejército en países que invaden con el argumento de terapia y relajación para los soldados: con mujeres extrañas para ellos, ligadas al país que invaden, lo que facilita su cosificación y maltrato .

Lydia Cacho también revisa la vinculación que los ejércitos y las guerras tienen con el negocio de la trata de mujeres. Es común que mujeres de los países ocupados, sean violadas por los soldados como un trofeo de guerra y esclavizadas para la trata. En muchas ocasiones los burdeles especiales para soldados son empresas independientes de contratistas que, como buitres, viven alrededor de los ejércitos para llevar a cabo el trabajo sucio.

Esto produce un tráfico de mujeres para los soldados. Por eso ahora se cuestiona el papel del ejército en la lucha contra la trata, si ellos mismos son perpetradores y clientes. El problema es que de regreso a sus países, esos soldados y exsoldados son quienes más visitan los prostíbulos. Luego de la guerra, siguen eligiendo ir con mujeres en condiciones de vulnerabilidad, donde ellos mandan y controlan la situación al pagar por su obediencia y sumisión.

Luego del retiro del ejército invasor, las mujeres arrebatadas de sus hogares y explotadas sexualmente no pueden volver a sus casas, porque desde la cultura local, ya han quedado manchadas. En algunos lugares los hombres preferían asesinar a sus mujeres antes de que los enemigos las mancillaran. Quedan el resto de su vida como parias, no les queda otra opción que continuar con la prostitución siendo aceptadas únicamente por sus pares, otras en las mismas condiciones. Después, muchas de ellas incursionan y escalan en el negocio de la prostitución, única salida para obtener un mejor nivel de vida, convirtiéndose también en victimarias.

Respuestas sociales contra la trata

Después de este viaje entre mafias, a la autora le queda claro que solo el poder de la sociedad y de las organizaciones civiles podrá impulsar un giro cultural, desde abajo, desde las raíces. Reconoce que los tratantes son seres humanos de espíritu pequeño, con nuestro miedo como su mayor poder, mientras que el nuestro es la capacidad para combatirlos y eliminarlos de nuestras calles, no con policías, sino "matándolos de inanición".

Una nueva revolución masculina es imperativa.

Una nueva generación de hombres, no guerreros, no armados, no amenazantes con castigos celestiales, no violentos, sino poseedores de una sólida idea de equidad y progreso. El poder masculino tiene que reinventarse antes de que las mafias y la sociedad global irresponsablemente desinteresada logren convencer a todas las niñas de que ser esclava sexual es la única o la mejor vía para comer, tener bienes y servicios; antes de que otra generación crea que comprar esclavas es algo progresista y moderno.

Es necesario investigar cómo es la percepción cultural de la sexualidad y la violencia en cada región, así como advertir, en cada caso, cómo la globalización y la asimilación de valores religiosos y culturales afectan la vivencia de la sexualidad en personas de todas las edades. Los millones de clientes han dado una pauta importantísima; responden a la sexualización con estereotipos racistas, y deben ser estudiados con detenimiento al igual que los proxenetas, pues son los responsables de grandes flujos migratorios predominantemente turísticos a países con débiles sistemas de justicia, donde están "las mujeres amorosas y sumisas".

Las vivencias de explotación y discriminación de manos de clientes, tratantes, policías y sociedad en general, han influido en que algunas mujeres que han logrado escapar de la esclavitud sexual, se hayan convertido en fuertes y exitosas activistas y abolicionistas. Lydia describe cómo en todo el mundo existe un sinnúmero de organizaciones dedicadas a rescatar y rehabilitar a las víctimas de la trata. Algunas de estas organizaciones cuentan con apoyo institucional de sus países o de instituciones internacionales, aunque en muchas ocasiones tienen que trabajar a contracorriente y bajo amenazas.



Termina Lydia con la descripción de algunas acciones concretas que se pueden realizar en el nivel institucional y personal. Propone incorporar códigos de ética y procedimientos en empresas e instituciones, para no consumir el comercio sexual y para favorecer la educación de sus empleadas/os.

Plantea también el desarrollo de proyectos para educar a los niños en una masculinidad no violenta, así como el apoyo personal e institucional a refugios para víctimas de la trata.

Subraya que es necesario que quienes definen las políticas en las diversas instituciones y áreas públicas y privadas, discutan abiertamente el funcionamiento de las diferentes expresiones de violencia patriarcal en su institución. Si esta discusión no se realiza o se niega, esta violencia seguirá aumentando. Es fundamental el posicionamiento personal ante esta situación como una tarea pendiente, con la pregunta: ¿yo qué puedo hacer? Lydia nos invita a participar en esta transformación social, porque en el mundo hay millones de personas sin opciones para hacerlo.

¿Liberalizar la prostitución o abolirla?

Lydia Cacho refiere una discusión entre intelectuales que justifican la prostitución como ejercicio de la libertad y como una alternativa de trabajo y solución de la problemática económica y, grupos abolicionistas que contraargumentan, con base en la esencia filosófica del concepto de libertad y en la capacidad real de las mujeres para tomar decisiones en un contexto cultural de sometimiento y desigualdad profunda. Explica que muchas de las mujeres que ahora ejercen la prostitución, ingresaron a ella entre los 15 y los 21 años bajo engaños, amenazas y coacción. Al inicio adquieren deudas por el traslado y hospedaje, y se pasan su vida pagándolas con su trabajo y adquiriendo nuevas deudas, viviendo una esclavitud disfrazada de "libertad".

Las redes de trata se modernizaron desde inicios del siglo XXI, respondiendo a las estrategias en su contra, retomando los discursos de académicos y feministas que defienden el trabajo sexual como la liberación real de la sexualidad femenina en la economía capitalista. Ya no hay que drogarlas, golpearlas ni mantenerlas profundamente aterrorizadas, solo hay que fortalecer la cultura del sexismo, maquillada de sofisticación y riqueza aparente. Las víctimas de la prostitución y trata se educan en un sistema de premios y castigos, se someten a la normalización de la explotación sexual a través de la exposición sistemática a la pornografía, las convencen de que ellas eligen lo que están haciendo, y les recuerdan constantemente que su vida no tiene valor y que la perderían si rompen las reglas del juego.

Mientras la gente siga defendiendo la prostitución como un tema de filosofía liberal, sin desentrañar el fenómeno de la trata, los dueños de las esclavas seguirán ganando millones anualmente. Lydia Cacho señala la existencia de casos documentados de redes de prostitución y trata con la cara pública de la defensa de los derechos de las prostitutas. Las mafias intentan convencernos de que somos libres al consumir la industria sexual y de que las mujeres son libres porque pueden elegir ser esclavas de sus clientes. Discursos que a decir de Lydia, han comprado algunas izquierdas y feministas postmodernas, mientras que la derecha, bajo el crucifijo o la sotana goza del control de las mujeres y la prostitución más refinada.

Enseñanzas del libro "Esclavas del Poder"

El trabajo documental del Lydia Cacho ayuda a entender la violencia contra las mujeres como una violencia estructural, de manera que muchos de los mecanismos culturales que sostienen la trata, se encuentran también presentes en las otras formas de violencia contra las mujeres.

No quiero dejar de invitar al lector o lectora a conocer el libro completo de Lydia Cacho; "Esclavas del Poder. Un viaje al corazón de la trata sexual de mujeres y niñas en el mundo."¹ Es momento de replantear nuestros valores, cuestionar nuestra formación patriarcal y caminar hacia la construcción de una sociedad más humana.

Reseña de libro LYDIA CACHO:

"ESCLAVAS DEL PODER UN VIAJE AL CORAZÓN DE LA TRATA SEXUAL DE MUJERES Y NIÑAS EN EL MUNDO"

Referencias Bibliográficas

1. Cacho Lydia. Esclavas del Poder. Un viaje al corazón de la trata sexual de mujeres y niñas en el mundo. México: ed. Grijalbo; 2010.
2. Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos, Organización Internacional para las Migraciones, Instituto Nacional de Migración, Instituto Nacional de las Mujeres, coeds. La trata de personas. Aspectos básicos. México; 2006.

- 1. Curso Aplicado sobre Intervención Psicológica de Violencia de Género 2010**
Granada, España, 11-12 de noviembre
Organiza: Instituto Superior de Psicología Clínica y de la Salud
www.ispcs.es/index.php?option=com_content&view=article&id=309:violencia-de-genero&catid=65:portada
- 2. II Congreso Internacional de Acción Socioeducativa: Mujeres, Salud y Drogodependencias en el Medio Penitenciario 2010**
Granada, España, 1º-3 de diciembre
Organiza: Universidad de Granada
www.ods-ciberesp.es/details/327-ii-congreso-internacional-de-accion-socioeducativa.html
- 3. 4º Congreso Mundial Sobre Salud Mental de la Mujer 2011**
Madrid, España, 16-19 de Marzo
Organiza: Women Mental Health
www2.kenes.com/IAWMH_ES/PROGRAMACIENTIFICO/Pages/Programa.aspx
- 4. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades 2011**
Montevideo, Uruguay, 19-21 de Mayo
Organiza: Universidad de la Republica de Uruguay MYSU (Mujer y Salud en Uruguay)
www.coloquiomasculinidades.org/Tematicas
- 5. Curso de Verano 2011 Mujer y Salud: Perspectivas Clínicas y Sociales sobre Salud Sexual y Reproductiva en Puerto Rico**
Organiza: Universidad de Puerto Rico, 5-15 de Julio
www.saludpromujer.md.rcm.upr.edu/index.php?option=com_content&view=article&id=320:curso-de-verano-2011&catid=23:curso-mujer-y-salud&Itemid=247
- 6. Congreso Mundial Mundos de Mujeres 2011 (MM2011)**
Ottawa, Canadá, 3-7 de Julio
Organiza: SinGÉNEROdeDUDAS.COM
www.singenerodedudas.com/tirnamban/1332/congreso-mundial-mundos-de-mujeres-2011
- 7. Madrid 2011: la construcción de la (des)igualdad sexual. VIII Conferencia Internacional de la Asociación Internacional para el Estudio de la Sexualidad, la Cultura y la Sociedad (IASSCS):**
"Nombrar y definir: la construcción de la (des)igualdad sexual".
Madrid, España, 6-9 de Julio
Coorganizan: Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid - Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid - Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de Perú
www.iasscs.org/2011conference

Información para colaboraciones de autoras y autores

El objetivo de **Género y Salud en Cifras** es promover y difundir resultados de investigación científica, estudios, ensayos, reseñas, noticias, e información estadística, con perspectiva de género, sobre temas vinculados a la salud de la población y la prevención de la morbi-mortalidad en México. Creada como una publicación de divulgación, apela a un lenguaje sencillo, explicativo, ejemplificativo e incluyente (no sexista). Está dirigida a tomadores/as de decisión, a personal que labora en el campo de la salud y a interesadas/os en la temática.

Todo trabajo recibido es objeto de: una revisión técnica, dos dictaminaciones especializadas y la aprobación por parte del Comité Editorial, previa corrección del documento por parte de la o el autor en las distintas fases de edición, para poder ser publicado. Las normas para los trabajos a publicar son:

1. El texto tendrá extensión mínima de 1 000 palabras y máxima de 5 000, más bibliografía y anexos, en su caso.
2. En un segundo archivo, se enviará una ficha curricular que resuma en una cuartilla como máximo, la formación y trayectoria profesional, incluida la actividad presente y/o la institución en que labora o estudia, así como su autorización o negativa para incluir su correo electrónico en los créditos de su autoría.
3. Incluirá una breve introducción, en que se explicita el propósito y la estructura de contenidos del trabajo, así como su vinculación con la salud y el género.
4. Se usará lenguaje incluyente, no sexista. Se evitará cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias, usando términos neutros y/o con la inclusión de ambos géneros, por ejemplo: personal médico, la médica o el médico; personal de enfermería, trabajo social o de terapia; la o el enfermero; personas adultas mayores, población joven, niñez, o niñas y niños; la población usuaria, o las y los usuarios de salud indígenas, de escasos recursos socioeconómicos, y/o con preferencias sexuales diferentes.
5. Se entregará en archivo electrónico, escrito en párrafos a doble espacio, con fuente tipo Arial de 12 puntos para el texto principal, y para las notas y aclaraciones con Arial de 10 puntos. Las páginas deberán numerarse.
6. Las notas a pie de página servirán para precisar el contenido del texto principal o para aclarar el sentido de la discusión. No deberán exceder los seis renglones. La llamada de estas notas se hará con números romanos o letra superíndice (o "volada").
7. Las referencias bibliográficas se marcarán con números arábigos superíndice en el texto, y su especificación se hará al final del documento con fuente Arial 10 puntos. En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el mismo número que se le asignó la primera vez en el documento y enumerar las páginas correspondientes.

Las referencias bibliográficas se titularán como tales al final del documento y se escribirán de acuerdo con los lineamientos de Vancouver de la siguiente manera:

Artículos publicados en revistas

Autor/es/as. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Ejemplo: Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994 Oct 8; 309(6959): 911-8.

Libros

Autor/es/as. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Casa Editora; año.

Ejemplos: Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.
Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª ed. México: Limusa; 1999.

Nota: No es necesario consignar la primera edición; a partir de la segunda, se escribe en números arábigos y abreviatura: 2ª ed. o 2nd ed., de acuerdo a la lengua del documento citado, a continuación del título del libro. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, se debe citar a continuación del año, precedido de punto y coma, y seguido de dos puntos, se indica la primera y la última página del capítulo consultado, separadas por un guión.

De compiladores/as o editores/as

López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comps. Género y política en salud. México, DF: Grupo Fogra; 2003.

Capítulo de libro

Figuroa JG. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos. En: García B, coord. Mujer, Género y Población en México. México: El Colegio de México: Sociedad Mexicana de Demografía; 1999: 61-101.

Página Web

8. Disponible en: [http://www.nombre de la página, día de consulta \[año mes día\].](http://www.nombre de la página, día de consulta [año mes día].)
<http://www.salud.gob.mx> [2010 agosto 25].
9. Los artículos y ensayos podrán incorporar cuadros o figuras. El llamado de éstos se hará dentro del texto y se incorporarán al final del mismo en páginas separadas como anexos; atenderán el siguiente criterio, como se ejemplifica:

“En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

“Si se compara la mortalidad por homicidios en cada una de las entidades federativas, se observa que la variación en términos absolutos y relativos va disminuyendo, acercándose la brecha entre las entidades extremas. En los cuadros 1 y 2 se presenta la tasa estandarizada por edad de homicidios en mujeres y hombres; en las primeras, el riesgo de morir es mayor en el Estado de México; en cambio, en los hombres el riesgo mayor de morir por un homicidio está en Guerrero y en Oaxaca.”

Insertar cuadros 1 y 2

10. Las figuras pueden ser gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas, entre otros. Las gráficas se entregarán como anexos en su archivo original, es decir, con la tabla numérica con la que se creó la gráfica (la hoja de cálculo de Excel y la gráfica correspondiente).
11. La redacción de los artículos o ensayos deberá ser clara, libre de jerga y sin tecnicismos innecesarios.
12. Se sugiere el empleo de subtítulos para lograr una mejor comprensión de cada apartado del documento.
13. Cuando la o el autor haga autorreferencia, preferentemente lo hará en tercera persona del singular, y de manera homogénea a lo largo del texto.
14. También se sugiere el uso de incisos cuando se quiera enumerar, referir a clasificaciones, o a distintos aspectos a comprender respecto a un tema.
15. Una vez aceptado su trabajo, la o el autor recibirá la notificación de que ha sido aprobado y está pendiente de publicación.

Envío de colaboraciones a:

cecilia.robledo@salud.gob.mx

gysenc@gmail.com

MÉXICO 2010

MÉXICO
2010

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx

GÉNERO Y SALUD
EN CIFRAS



www.bicentenario.gob.mx