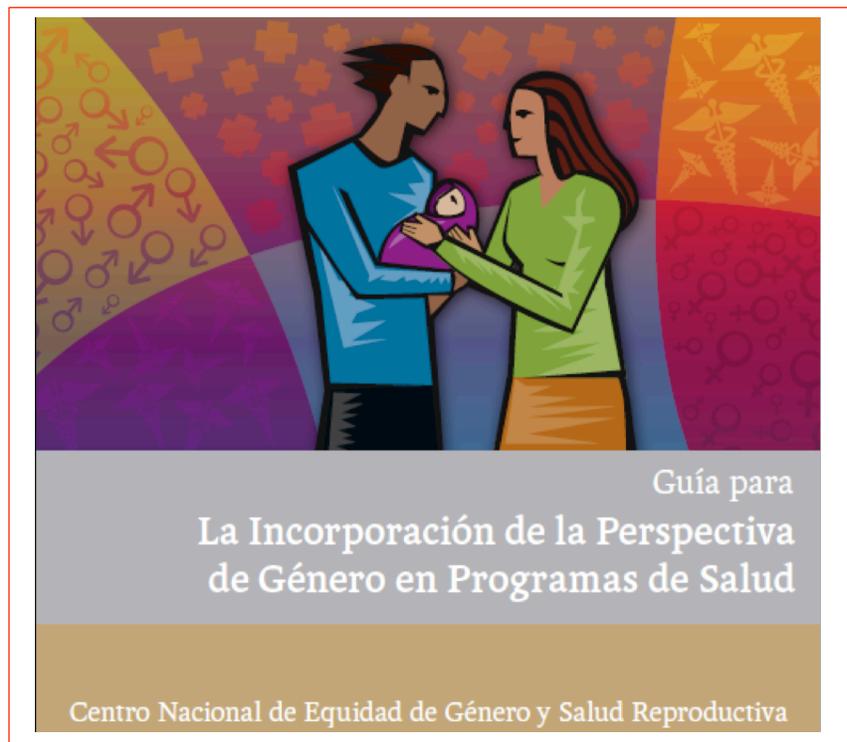




# **Informe Final de la “Investigación sobre las acciones de atención con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica”**

## **Tercer Producto**

13/12/2013  
Mtra. Silvia María Loggia  
Investigadora



## ÍNDICE

### Introducción

#### **1. Revisión de las políticas y programas de algunos padecimientos crónicos degenerativos.**

- 1.1. Situación en México
- 1.2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes Mellitus
  - 1.2.1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
  - 1.2.2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular
  - 1.2.3. Epidemiología y análisis multidisciplinario: áreas de oportunidad para la integración del enfoque de género
  - 1.2.4. Padecimientos crónicos degenerativos y enfoque de género
  - 1.2.5. A modo de reflexión
  - 1.2.6. Recomendaciones

#### **2. Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes y la Salud materna**

- 2.1. Adolescentes
- 2.2. Salud Materna
- 2.3. Recomendaciones

#### **3. Presentación de los resultados del Proyecto de Intervención**

- 3.1. Antecedentes
- 3.2. Presentación de los resultados por entidad federativa**
  - 3.2.1. Nuevo León**
    - 3.2.2. Características sociodemográficas
    - 3.2.3. Motivo de la consulta
    - 3.2.4. Percepción de la satisfacción de las usuarias(os) con respecto al tiempo de espera
    - 3.2.5. Conocimiento sobre sus derechos, discriminación y mecanismos de ejercicios de sus derechos
    - 3.2.6. Programas Prioritarios
      - 3.2.6.1. Servicios Amigables
      - 3.2.6.2. Servicios de atención a la salud materna
      - 3.2.6.3. Servicios de atención al sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión
        - 3.2.6.3.1. Sobrepeso y Obesidad
        - 3.2.6.3.2. Diabetes
        - 3.2.6.3.3. Hipertensión
- 3.3. Tlaxcala**
  - 3.3.1. Características sociodemográficas

- 3.3.2. Motivo de la consulta
- 3.3.3. Percepción de la satisfacción de las usuarias(os) con respecto al tiempo de espera
- 3.3.4. Conocimiento sobre sus derechos, discriminación y mecanismos de ejercicios de sus derechos
- 3.3.5. Programas Prioritarios
  - 3.3.5.1. Servicios Amigables
  - 3.3.5.2. Servicios de atención a la salud materna
  - 3.3.5.3. Servicios de atención al sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión
    - 3.3.5.3.1. Sobrepeso y Obesidad
    - 3.3.5.3.2. Diabetes
    - 3.3.5.3.3. Hipertensión

#### **3.4. Tabasco**

- 3.4.1. Características sociodemográficas
- 3.4.2. Motivo de la consulta
- 3.4.3. Percepción de la satisfacción de las usuarias(os) con respecto al tiempo de espera
- 3.4.4. Conocimiento sobre sus derechos, discriminación y mecanismos de ejercicios de sus derechos
- 3.4.5. Programas Prioritarios
  - 3.4.5.1. Servicios Amigables
  - 3.4.5.2. Servicios de atención a la salud materna
  - 3.4.5.3. Servicios de atención al sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión
    - 3.4.5.3.1. Sobrepeso y Obesidad
    - 3.4.5.3.2. Diabetes
    - 3.4.5.3.3. Hipertensión

#### **4. Centro de Entretenimiento Infantil: Estrategia generada con el proyecto de intervención**

## **2. Ruta crítica de acción para mejorar la operación de los servicios estatales de salud**

**Anexo 1.** Fase de Intervención en las entidades federativas: reuniones de sensibilización. Insumos.

**Anexo 2.** Fase de Intervención en las entidades federativas: Elaboración y aplicación de los Instrumentos Pre y Post.

**Anexo 3.** Fase de Intervención en las entidades federativas: Visitas de seguimiento.

**Anexo 4. Instructivo Final:** Encuesta de Satisfacción de las Usuarias y Usuarios de los Servicios de Salud.

## INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Intervención (EI) es un conjunto de acciones que buscan impactar en temas específicos (programas), con el desarrollo de capacidades, particularmente considerando el potencial físico y humano disponible. Esta propuesta privilegia la incorporación de la perspectiva de género en cuatro programas estratégicos que son sumamente relevantes para mejorar las condiciones de salud de la población.

El hecho de trabajar con padecimientos crónicos degenerativos (diabetes e hipertensión), salud materna y salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes no es fortuito, fueron escogidos no solamente porque representan importantes problemas de salud pública, sino porque estos cuatro programas prioritarios tienen denominadores comunes en las complejidades que representan para hombres y mujeres la toma de decisiones adecuadas y asertivas que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida.

Los padecimientos crónicos degenerativos significan transformaciones difíciles pero no imposibles en los hábitos y estilos de vida. Cambiar la alimentación, realizar ejercicio físico, adhesión al tratamiento, implican modificar prácticas y construcciones sociales; el autocuidado de la salud, el evitar que un padecimiento crónico avance rápidamente, hacerse responsable cada individuo de mejorar su respuesta ante la enfermedad. Por su parte, la muerte materna está vinculada a importantes inequidades de género y a la flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres; las y los adolescentes enfrentan un entorno diverso en relación al ejercicio de la sexualidad y, el embarazo adolescente, es una expresión de las limitaciones que presentan en cuanto al acceso a información, a métodos anticonceptivos y a los servicios de salud.

La construcción sociocultural de los roles y estereotipos de género al responder a comportamientos sociales, son posibles de modificar, si los seres humanos contribuimos al desarrollo y bienestar de la sociedad. La incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud significa considerar las diferentes etapas del curso de vida de las personas y de las necesidades diversas que enfrentan hombres y mujeres en el cuidado de la salud. La salud es un derecho de todas las personas y como tal, cuando las y los ciudadanos ejercen ese derecho, hacen uso de los servicios de salud y confían en que el personal responsable en otorgarlo, cumpla con las funciones de restablecer las condiciones de salud o de mejorar la calidad de vida.

Las instituciones de salud y el personal de salud no está exento de contradicciones, de reproducir algunas prácticas que pueden aumentar las brechas o inequidades de género. Entre ellas, la discriminación, el maltrato, la negación de un servicio son claras violaciones al derecho humano a la salud. Por lo tanto, el desarrollo de acciones de atención con perspectiva de igualdad de género significa un cambio en el paradigma de la atención en la relación entre el personal de salud y las(os) usuarias(os).

El cambio de paradigma se traduce particularmente en cambio de actitudes. Una Institución de salud debe cumplir con políticas, reglas y procedimientos, con una estructura jerárquica. El ofrecer un servicio, no constituye un favor hacia las personas sino la respuesta a un derecho humano fundamental y como tal, las y los prestadores de servicios, como funcionarios públicos deben garantizar la prestación del mismo en las mejores condiciones de calidad y calidez, con eficiencia y eficacia. Las acciones de atención con perspectiva de género en salud, es una respuesta de la Secretaría de Salud, cómo órgano rector en este tema de propiciar este cambio de paradigma para cumplir con ciertos aspectos fundamentales que se vinculan por un lado con las relaciones entre prestadores de servicios y usuarias(os) y por el otro la reducción de brechas de género en salud.

En el mediano plazo, la incorporación de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud contribuye a conducir un cambio real en las desigualdades, en las relaciones entre hombres y mujeres, así como también en las actitudes de las personas e instituciones involucradas; a generar procesos sostenibles por medio de la construcción de capacidades, liderazgos, distribución equitativa de oportunidades y beneficios para mujeres y hombres; demuestra la capacidad de respuesta de las instituciones de salud a las necesidades específicas e intereses identificados tanto para hombres como para mujeres; tiene un efecto multiplicador en la capacitación de actores clave en otros contextos sobre la incorporación del enfoque de género en salud; contribuye de forma directa o indirecta a incorporar la perspectiva de igualdad de género en la promoción, prevención, así como también en el tratamiento y resolución de conflictos; y, a la promoción del reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural como una estrategia para alcanzar la equidad en salud. El fortalecimiento de estas acciones modifican cualitativamente las condiciones de calidad y calidez de los servicios de salud y garantizan la continuidad de las y los usuarias(os) en los mismos, contribuyendo con ello a mejorar las condiciones de salud de la población y a elevar los niveles de satisfacción en la prestación de los servicios.

Desde 2001, a través del Programa Mujer y Salud, y de 2007 a 2012 con el Programa de Igualdad de Género en Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha emitido estrategias sustantivas para contribuir a desarrollar diversos instrumentos que permitan la implementación de programas de salud desde una perspectiva de género. Varias son las iniciativas que se han elaborado desde la rectoría en el tema y se han publicado a partir de guías técnicas dirigidas a personal de salud, así como documentos bibliográficos de referencia. Por ejemplo: Guía de Trastornos Alimentarios; Guía Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones; Guía Mujeres y Hombres ante las adicciones; Guía Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud; Guía de Salud Sexual y Reproductiva de mujeres con VIH; Presupuestos sensibles al género: Conceptos y Elementos básicos; Compilación "Una mirada de género en la investigación"; Manual de Apoyo para conducir talleres de sensibilización, etcétera. Adicionalmente a este proceso, se integró un(a) responsable de género –aunque no es exclusivo de este programa- e implementó un proceso de

capacitación de continua en las entidades federativas. También ha desarrollado trabajos específicos con algunos programas de salud; en 2008, la incorporación de la perspectiva de igualdad de género en programas de salud fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud con el premio internacional a las Mejores prácticas en género, etnia y salud<sup>1</sup>.

En 2010 el CNEGSR publicó y distribuyó a los Servicios Estatales de Salud y las Direcciones Generales del ámbito federal, a cargo de los diferentes programas prioritarios de salud, la Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. Todo lo anterior ha sido parte del esfuerzo para que tanto las autoridades federales y estatales como los operadores de los programas en los servicios de salud incorporen los avances de la investigación y evidencia científica en la aplicación de la perspectiva de género a los programas. No obstante, esta labor se ha dado de manera desigual en los servicios de salud del territorio nacional, no ha habido una sistematización, y tampoco se han elaborado indicadores de seguimiento y resultado. Este estudio desarrolló una estrategia de intervención para pilotear acciones con perspectiva de género en la atención a la población en unidades de salud de tres entidades federativas, así como generar los instrumentos y las herramientas para contribuir con la incorporación efectiva de esta perspectiva en los programas de salud en Nuevo León, Tabasco y Tlaxcala.

A continuación se presentan los resultados del proyecto de intervención de manera sistematizada que contempla la siguiente estructura. **En el apartado uno, se presenta una revisión de las políticas y programas de algunos de los padecimientos crónicos degenerativos**, con el objetivo de emitir recomendaciones y reforzar la integración del enfoque de género que contribuyan a reducir las desigualdades de género en las acciones dirigidas a la prevención y atención de los cuatro programas considerados en la estrategia de intervención. **En el apartado dos**, se realiza un análisis de los programas de atención a la **Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes y, la Salud Materna** con el objetivo de identificar los retos que enfrentan desde el punto de vista conceptual y desde la operación de los servicios estatales de salud. **En el apartado 3 se presentan de los resultados del Proyecto de Intervención** para exponer algunos de los hallazgos exploratorios encontrados en torno a los cuatro programas prioritarios en los estados de Nuevo León, Tlaxcala y Tabasco. En el **apartado cuatro**, se exponen las evidencias encontradas de la aplicación del **Centro de Entretenimiento Infantil** en un segundo nivel de atención. Finalmente en el **apartado cinco** se presenta la ruta crítica a seguir para contribuir con la **incorporación de la perspectiva de género** en los programas de salud seleccionados.

Adicionalmente se integran a este informe final los anexos 1, 2, 3 y 4 que contemplan cada una de las etapas del proyecto de intervención y el diseño de un instrumento de monitoreo y seguimiento para aplicación en las entidades federativas.

---

1 Zolezzi Aurora del Río, Yuriria A. Rodríguez Martínez, Cecilia Robledo Vera e Irma Blas Rodríguez, 2008. Incorporación de la Perspectiva de Género en los Programas Prioritarios de Salud: El Caso de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México Secretaría de Salud, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

## **1.1. Revisión de las políticas y programas de algunos padecimientos crónicos degenerativos.**

### **1.1. Situación en México**

En sólo cuatro décadas el perfil epidemiológico de México ha cambiado; en el pasado, los principales problemas eran la desnutrición y enfermedades infecciosas, mientras que hoy en día la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición son los principales problemas salud. México ha documentado uno de los incrementos más acelerados a nivel mundial en la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) y sus comorbilidades.

Actualmente, las enfermedades crónico-degenerativas tienen un impacto relevante en las condiciones de salud de la población mexicana. La información epidemiológica en la población adulta mexicana de 20 a 69 años, identifica a más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo, factores de riesgo todos para la enfermedad cardiovascular (SS, 2008)<sup>2</sup>.

Este proceso es el resultado del avance de la transición epidemiológica y demográfica en el país. Sin embargo, aún hoy, en algunas entidades federativas conviven patrones de enfermedad transmisibles y no transmisibles, característico de los países en desarrollo como México. En el pasado reciente, estos padecimientos no figuraban en la lista de las primeras causas de muerte; en la actualidad se encuentran posicionadas entre las primeras. México empezó a prepararse en la década de los noventa, cuando se aprueban las primeras normas oficiales mexicanas para la detección y atención de las enfermedades crónico-degenerativas.

En las administraciones 2001-2006 y 2007-2012 se publicaron por primera vez los programas específicos de acción que contienen un conjunto de intervenciones tanto clínicas (atención por personal de salud) como de auto-cuidado. En el auto-cuidado se plantea la participación no sólo del individuo sino también de su núcleo familiar y comunitario.

Como era de esperarse, estas políticas no contienen la mirada desde el enfoque género, porque además la evidencia científica al respecto comenzó a dar resultados prácticamente en la última década; particularmente, se plantearon algunas acciones específicas para mujeres, como por ejemplo aquellas que están enfocadas a la atención durante el embarazo y las campañas para el mejoramiento de una vida más saludable.

---

<sup>2</sup> SS, 2008. Programa de Acción Específico, 2007-2012. Riesgo Cardiovascular. México. SS.

Adicionalmente, como parte del enfoque tradicional, estas políticas manejan un pseudo planteamiento “neutro”, debido a que la mayoría de los estudios epidemiológicos fueron diseñados con muestras predominantemente masculinas, esto significa, que la mayoría de las políticas públicas fueron extrapoladas para ambos sexos. Se abordan de manera general el tipo de alimentos que debe ingerir así como su valor nutricional, también se le motiva a modificar su estilo de vida, como por ejemplo a realizar actividad física.

Estos programas no cuentan con una perspectiva de género que garantice la atención y participación específica de mujeres y hombres, ni considere los roles y estereotipos de género, así como las necesidades de hombres y mujeres. No obstante las acciones recomendadas bajo esta perspectiva promovieron un mayor cuidado a la prevención de los padecimientos crónico-degenerativos en los hogares.

De acuerdo a estudios internacionales, México es el país con mayor cantidad de publicidad de comida “chatarra” en horario infantil (Conde Rodríguez, 2008)<sup>3</sup>. Un niño puede llegar a recibir entre 12 mil y 20 mil impactos anuales, sobre anuncios de bebidas y alimentos de los cuales 80% se refieren a alimentos con pobre contenido nutricional”. No existe una normativa que reduzca o regule el número de publicidad sobre alimentos no nutritivos.

En 2009 la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados rechazó una propuesta para modificar la Ley General de Salud que limitaba la publicidad de “comida chatarra” en televisión por considerar que las responsables de la obesidad infantil eran las madres, debido a que ellas son las que proporcionan diariamente los alimentos a sus hijos(as).

Se desechó otra propuesta que planteaba la obligación a los fabricantes de “comida chatarra” a incluir en las etiquetas de sus productos la leyenda “el abuso en el consumo de este producto puede provocar obesidad” (Méndez, 2009)<sup>4</sup>. Esta posición de los legisladores muestra una concepción arcaica y machista de la familia donde las mujeres están asignadas por costumbre social a hacerse cargo de la educación de las y los hijos, eximiendo a los hombres de esta responsabilidad. Educar a los legisladores, hombres y mujeres, es clave para poder avanzar hacia la construcción de una sociedad moderna sin discriminaciones de género.

Existe un predominio de productos con bajo contenido nutricional en las escuelas, lugares de trabajo y espacios públicos. La ausencia de bebederos de agua potable en centros escolares y espacios públicos y la falta de acceso a información para el consumidor en el etiquetado de los productos, son factores claves sobre los que la Secretaría de Salud se ha pronunciado en favor de trabajar. Trabajar en la inclusión de mayor número de horas de ejercicio en las escuelas, la disponibilidad de productos más saludables en las tiendas o

---

<sup>3</sup> Citado por Cecilia Matarazzo. Capítulo III. Sobrepeso y Obesidad. Comisión Nacional de Derechos Humanos e Instituto Nacional de Salud Pública.

<sup>4</sup> Citado por Cecilia Matarazzo. Capítulo III. Sobrepeso y Obesidad. Comisión Nacional de Derechos Humanos e Instituto Nacional de Salud Pública.

cooperativas escolares, o el cambio de los desayunos escolares en diferentes entidades federativas.

Considerando la percepción de inseguridad de la ciudadanía y alto índice de hechos delictivos, el énfasis en el ejercicio tendría que ser acompañado de la promoción de espacios seguros y gratuitos para la realización de actividad física. Las mujeres cuentan con menos horas a la semana para realizar actividades recreativas, dato que aparece en la Encuesta de Uso del Tiempo 2002 (INEGI, 2005). Esto plantea una diferencia entre hombres y mujeres, ya que las dobles jornadas de trabajo, no permite a las mujeres disponer de tiempo para realizar ejercicio fuera de su hogar, si se considera el costo de los lugares para realizar actividades o las distancias a los lugares gratuitos tomando en cuenta los costos de transporte o las condiciones de seguridad entre otros factores que las colocan en mayor desventaja respecto a los hombres.

Se brinda apoyo a las y los pacientes a través de los grupos de ayuda mutua de las unidades de salud, los cuales promueven la práctica cotidiana de actividad física y la adopción de hábitos de alimentación saludable. Los grupos están conformados por personas con sobrepeso, obesidad, diabetes o hipertensión que se reúnen periódicamente a fin de compartir experiencias que les faciliten el control metabólico de sus enfermedades. Las reuniones son atendidas por personal médico que proveen información sobre alimentación adecuada. Quienes mayormente acuden a estos grupos son mujeres que disponen de tiempo y apertura a este tipo de actividades; por lo tanto, para el caso de los hombres el acceso a información tendría que realizarse por otras vías.

Algunos de los programas asistenciales en materia de nutrición que existen en el país, están fomentando el aumento de peso debido al tipo de alimentos que proveen o ponen a la venta. Ejemplo de ello es la leche fortificada que se suministra por medio del Programa de Abasto Social de Leche (LICONSA), la que, por ser alta en grasa no contribuye a una política de prevención de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, esto empieza a cambiar hacia la producción y distribución de leche semi-descremada a las(os) beneficiarias(os) del programa desde 2008.

Otro caso, se han documentado en las tiendas del Programa de Abasto Rural, como las sopas instantáneas altas en sodio u otros alimentos que se venden a muy bajo costo pero que son altos en energía y bajo valor nutritivo (INMUJERES e INSP, 2008). Un último ejemplo, son los desayunos escolares, que a inicios del año 2008 modificaron sus componentes en todo el país excepto en los municipios con alto índice de marginación debido a que se identificó que si bien se estaba combatiendo la desnutrición en niñas y niños, se generaba sobrepeso en la misma población.

En las evaluaciones realizadas sobre el impacto en el estado nutricional de la población beneficiaria del Programa Oportunidades se destaca que se ha producido un aumento de peso en las mujeres, afectando en especial a aquellas que ya tenían obesidad o sobrepeso al momento de ingresar al programa. Los investigadores han recomendado reemplazar

dicho complemento durante el embarazo y el período de lactancia por aquellos que no aportan calorías ni azúcar. Las autoridades del programa han aceptado realizar el cambio para el año en curso.

Considerando el aumento de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en sectores de bajos recursos, los autores sugieren utilizar los programas de nutrición como una vía para la prevención de la obesidad y el sobrepeso proveyendo mayor información sobre alimentos saludables. No considera las situaciones específicas de los hombres y las mujeres con relación al uso de los servicios para diagnóstico y/o para adhesión al tratamiento y además no se enuncian qué medidas preventivas se realizarán para promover hábitos saludables de alimentación o la actividad física en unos y otras. Tampoco se consideran las características alimentarias de las diferentes regiones del país, la situación socioeconómica que condiciona o limita el acceso de la población con nivel económico bajo, en contexto urbano y semiurbano a determinados grupos de alimentos como verduras y frutas.

En el último quinquenio<sup>5</sup> se han venido reforzando algunas de las acciones antes citadas. Se estableció la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud que incluye el paquete de servicios preventivos y de promoción de la salud a personas y familias garantizado por todas las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud. Se abordan los determinantes de la carga de enfermedad a través de un modelo socio-ecológico.

En 2008 se crea la Oficina Nacional para el Control del Tabaco, como parte de las estrategias para reducir los factores de riesgo, asociados. Se crea la nueva Ley General para el Control del Tabaco (2008), el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco (2009), la eliminación de promociones y la restricción de publicidad al tabaco.

Se elabora la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad que tiene diez objetivos prioritarios:

1. Fomentar la actividad física
2. Aumentar la disponibilidad de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta.
5. Etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Lactancia materna exclusiva
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos

---

<sup>5</sup> Hernández Ávila, Mauricio, 2010. Avances en la Aplicación de la Atención Focalizada en las Enfermedades Crónicas. Presentación realizada para la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

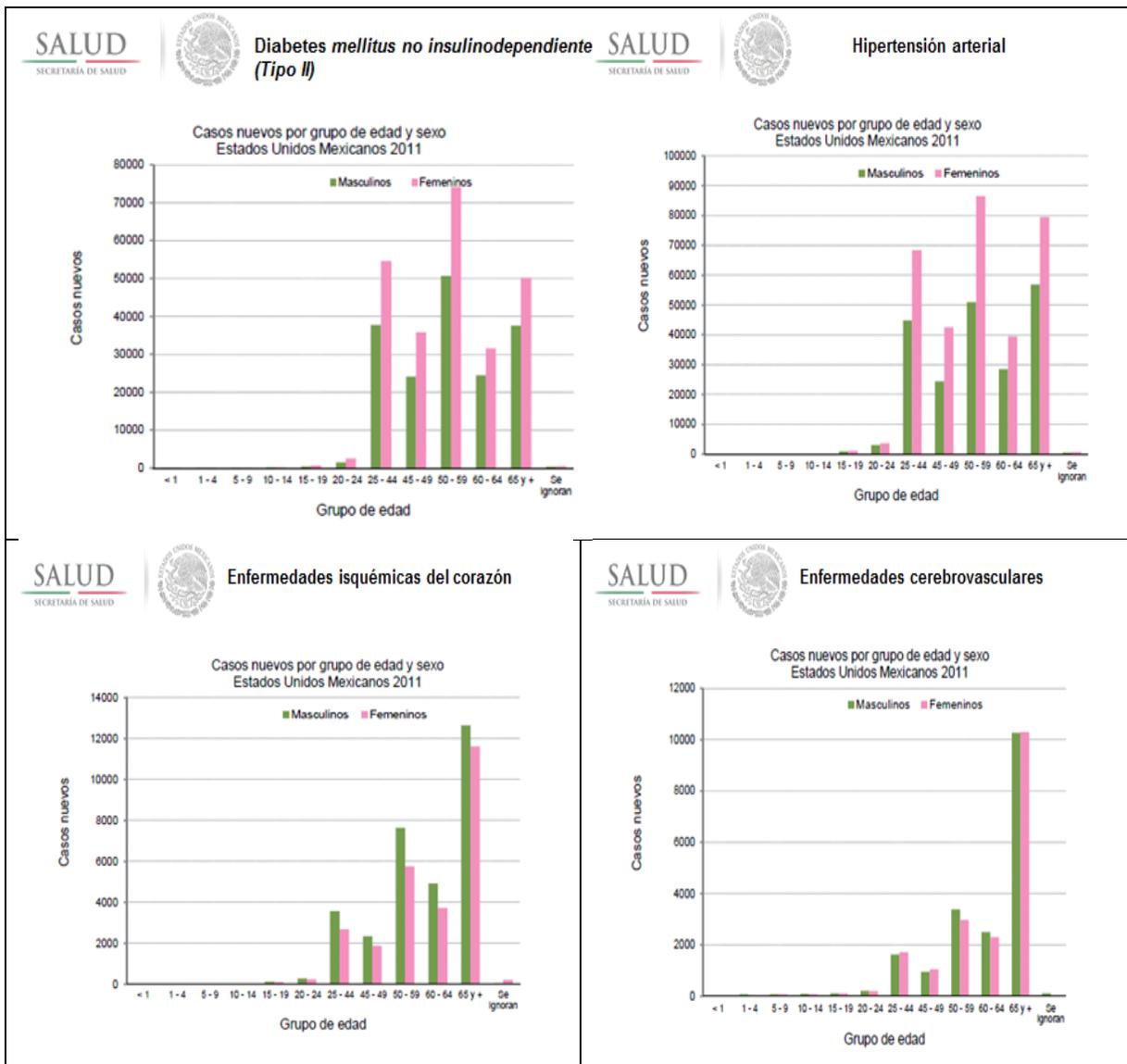
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans.
9. Control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos.
10. Disminuir el consumo diario de sodio

Se establecen intervenciones sectoriales e intersectoriales tales como el mejoramiento del contenido nutricional de los desayunos escolares, el Código de auto-regulación de la publicidad dirigida al público infantil en alimentos y bebidas, los lineamientos para el expendio de alimentos y bebidas en escuelas de educación básica, así como el fortalecimiento de la cobertura de detección y la prestación de los servicios de salud. No obstante, continúa estando ausente la perspectiva de género.

Como en el resto del mundo, la diabetes tipo II es más frecuente en México y su tendencia se ha mantenido ascendente. La información por sexo evidencia que es un padecimiento que afecta particularmente a las mujeres. En el caso de la hipertensión arterial se ha incrementado en México, así lo indican la tasa de incidencia y los nuevos casos ocurridos en el país cada año. Particularmente, el análisis de los nuevos casos por sexo para 2011, identifica a las mujeres como el grupo más vulnerable. Entre los 25 y 44 años y, a partir de los 50 años, que se complica por el efecto de la menopausia, donde este indicador prácticamente se duplica. Con respecto a las enfermedades isquémicas del corazón, aunque afecta mayormente a los hombres, las brechas realmente son muy reducidas entre hombres y mujeres y, se requiere especial atención a partir de los 50 años y de los 65 años y más. Adicionalmente, estos datos rompen con el estereotipo de que es una enfermedad de hombres. En el caso de las enfermedades cerebrovasculares, asociadas principalmente con la hipertensión arterial, muestran que prácticamente las diferencias por sexo desaparecen, y que son más frecuentes a partir de los 50 años y, particularmente de los 65 años y más de edad<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Gráficas obtenidas de SUIVE/DGE/SALUD/Información Epidemiológica de Morbilidad, Anuario 2011. Versión Ejecutiva.



A continuación se analizan los programas de acción desarrollados en el último sexenio.

## 1.2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes Mellitus

El Programa de Acción destaca el impacto de la DM en México, siendo identificada como el primer lugar en número de defunciones por año; asimismo, las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. En el año 2000, la DM se constituyó en la primera causa de muerte en mujeres, en los hombres fue la segunda causa después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado con bastante frecuencia a la diabetes. En 2006, la diabetes representó 13.8% de todas las muertes ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años.

Este documento enfatiza que aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento. Señala como factores de riesgo a los estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficiente y el sedentarismo, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, en estos determinantes de la salud no se hace referencia las inequidades o desigualdades de género presentes en la población, lo que limita el desarrollo de intervenciones integrales en los hábitos y patrones de consumo de la población.

Asimismo, se introducen en el tratamiento medicamentos innovadores que pueden retrasar la aparición de la enfermedad; no obstante, el impacto de estos medicamentos requiere de protocolos de investigación diferenciados para hombres y mujeres, que permitan analizar los resultados basados en la evidencia científica por sexo, en cohortes con seguimiento en el tiempo. Cabe señalar que el diagnóstico del problema aunque presenta información desglosada por sexo, no se realiza ningún tipo de interpretación de la misma. En general en todo el documento, la diabetes se aborda para la población general, se presentan algunas diferencias regionales y por tipo de complicaciones presentadas que no permiten ir más allá del análisis epidemiológico convencional.

Por otra parte, las estrategias y líneas de acción fortalecen la atención de la diabetes, sin embargo, el componente de promoción y prevención está escasamente desarrollado, así como los planteamientos que integren el trabajo la articulación entre el sector salud y el trabajo comunitario. El análisis de género por lo tanto se presenta como un área de oportunidad para generar estrategias innovadoras en la formación de promotores comunitarios sensibles al género que permitan trabajar de manera integral con mujeres y hombres en la modificación de hábitos alimenticios, consumo de agua y actividad física; la evidencia presentada en este documento ofrece argumentos para identificar conjuntamente con la población los cambios culturales necesarios para que las estrategias de intervención tengan efecto en la reducción de la diabetes. El desarrollo de estudios pilotos en estados con alta incidencia puede indudablemente generar la evidencia necesaria para incidir en la población.

Asimismo, en el ámbito de la atención médica, el impacto de la DM en mujeres que se encuentran en posibilidades de embarazarse requiere de una articulación interinstitucional entre el área de salud materna y de padecimientos crónicos degenerativos, ya que se requiere el desarrollo de consejería especializada en el tema de diabetes pregestacional y gestacional.

La investigación es un área subestimada en el Programa de Acción que debe articularse con los Institutos Nacionales de Salud y hacer un esfuerzo por articular el enfoque de género en los estudios epidemiológicos con protocolos que ofrezcan elementos para analizar impactos en indicadores pero también de información cualitativa relevante que permita visibilizar la problemática diferencial entre hombres y mujeres.

### 1.2.1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Por el tipo de documento, la Norma Oficial no es el instrumento adecuado para integrar los determinantes de género en la prevención, tratamiento y control de la diabetes y, aunque se incorpora en el glosario de términos la definición de género, a lo largo del documento se encuentra ausente tal perspectiva y aunque se hace referencia a algunos elementos en el apartado 11.2 tratamiento y control, 11.5 de manejo farmacológico y 11.6 de educación para pacientes y familiares, realmente no implica que las y los prestadores de servicios, se encuentren sensibilizados en el tema, por lo que lo expuesto en la Norma, raramente se aplicaría.

Algunos Elementos de Género en la Norma Oficial
11.2.1 En las personas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, de primera intención se recomienda la intervención no farmacológica (dieta y ejercicio). Nutrición: Reducir la sobre-ingesta calórica, principalmente la ingesta de carbohidratos refinados y de grasas saturadas. El objetivo es lograr la reducción de al menos un 5 a 10% del peso corporal. Consultar Manejo Nutricional de la diabetes mellitus tipo 2 y Obesidad. Ejercicio: Se recomienda ejercicio aeróbico mínimo 30 minutos al día durante 5 veces a la semana. El tipo e intensidad del ejercicio debe adaptarse a la edad y condiciones físicas de cada paciente. Consultar Ejercicio en Diabetes mellitus y Obesidad. También es importante considerar las actividades y roles que tradicionalmente realizan tanto hombres como mujeres para sugerir acciones concretas en el cuidado de su salud. El cambio de estilo de vida es por tiempo indefinido.
11.5.2.1 Es necesario que el personal médico y el equipo de salud en el cual se apoya estén sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que tienen tanto hombres como mujeres, derivadas del género, para adaptar las medidas de carácter no farmacológico, con el fin de favorecer el control de la enfermedad y retraso de complicaciones.
11.6.1 La mayor parte del cuidado de la diabetes depende de la persona con este padecimiento. Para lograr el control necesita ser educado en su autocuidado; la educación terapéutica es parte integral del tratamiento, debe proveerse desde el diagnóstico del padecimiento y luego, de manera continua, a lo largo del ciclo vital conforme aparezcan nuevos tratamientos o complicaciones.

Lo que se sugiere es que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en coordinación con la Dirección General Adjunta de Enfermedades Crónicas, elaboren un documento técnico donde se expongan las principales evidencias encontradas en las diversas investigaciones que exponen los argumentos que se deben considerar desde los determinantes del género para mejorar el impacto de las estrategias dirigidas a prevenir los padecimientos crónico degenerativos. Se sugiere plantear un solo documento que integren las aportaciones del género en el análisis de las obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, etc..

Esta norma se integrará en breve a proceso de actualización y por lo tanto se podría aprovechar ese espacio para que se integre como obligatoria la consulta de este

documento, que adicionalmente aplicaría a otras normas oficiales (sobrepeso-obesidad, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias).

Asimismo, requiere considerarse que en los procesos de capacitación de los prestadores de servicios, promotores comunitarios y coordinadores de los grupos de ayuda mutua, sean integrados en un proceso gradual y progresivo de capacitación, implementado por las responsables de género de la entidad. Se propone aprovechar el espacio de la capacitación en género, así como una estrategia de capacitación exclusiva para los padecimientos crónicos degenerativos.

### **1.2.2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular**

A pesar de que en el programa de acción se destaca el hecho de que las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la segunda causa de muerte en el país, tanto en mujeres como en hombres, a lo largo del documento el enfoque de género está ausente y más bien se destaca como un factor de riesgo importante la edad. A pesar de introducir algunos datos interesantes por sexo, estos no se señalan en el programa de acción.

Las estrategias, al igual que en el caso de la diabetes mellitus son de índole general e incluso se destaca un contenido de prevención dirigido hacia los hombres. Por ello, es importante, comenzar a analizar las aportaciones del enfoque de género en este ámbito, debido a que es el padecimiento más estudiado desde esta perspectiva como se verá más adelante.

Particularmente, la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, no tiene ninguna referencia en relación al enfoque de género, solamente se refiere a algunas especificaciones técnicas en cuanto a la dieta y el consumo de alcohol en mujeres y hombres.

Esta misma observación aplica a la NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, la NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad y para Norma oficial 043 que aborda la promoción y educación en materia de salud alimentaria.

Estos elementos son contundentes para iniciar acciones que contemplen la integración efectiva de la perspectiva de género para incidir en los cambios de actitudes y comportamientos que impactan sobre las condiciones y estilos de vida de la población. A continuación se presentan algunos resultados de investigación que darán luces sobre las acciones que se deberán contemplar en las estrategias desarrolladas por el Sistema Nacional de Salud, si realmente se busca desacelerar el ritmo de crecimiento de los padecimientos crónicos degenerativos no transmisibles en el país.

### **1.3. Epidemiología y análisis multidisciplinario: áreas de oportunidad para la integración del enfoque de género**

En este apartado se realiza una revisión de la literatura que han abordado algunos de los temas vinculados a los programas prioritarios desde una perspectiva de género, con el objetivo de presentar elementos que puedan ser considerados en el desarrollo programático y normativo, aprovechando la oportunidad del cambio de administración, así como, la elaboración de los programas de acción específicos.

Asimismo, pretende dejar planteadas diferentes recomendaciones que podrían ser integradas en estrategias de acción de manera coordinada con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Cabe señalar que los padecimientos crónicos degenerativos (diabetes e hipertensión), al ser abordados más desde una perspectiva epidemiológica, identifican áreas prioritarias para el desarrollo de estrategias; sin embargo, podrían ser poco efectivas al dejar de lado determinantes sociales y/o culturales, como lo son los relacionados al enfoque de género. La bibliografía revisada no agota la evidencia desarrollada en algunos países; no obstante, pretende mostrar algunos de los resultados encontrados.

#### **1.3.1. Padecimientos crónicos degenerativos y enfoque de género**

La investigación en salud pública ha documentado que uno de los factores relevantes para prevenir la diabetes como la hipertensión es combatir tanto el sobrepeso como la obesidad; tan solo con reducir alrededor del 10 por ciento del peso se logra retrasar con frecuencia la aparición de estas enfermedades. El otro aspecto importante, es la activación física. En otras palabras, el cambio de hábitos en la alimentación y la activación física constituyen desde la Organización Mundial de la Salud dos componentes trascendentales para impactar en la prevención de la diabetes y la hipertensión pero también de la dislipidemia, infarto al miocardio, o la combinación de varios de estos padecimientos conocidos como el síndrome metabólico que afecta en mayor proporción a las mujeres.

Cabe señalar que desde el enfoque de género se podrán detectar dos aspectos, en primer lugar, la incidencia o prevalencia por sexo y las argumentaciones que podrían explicar a las mismas. Por lo tanto, un primer elemento a considerar desde los estudios epidemiológicos son las diferencias por sexo. Así, por ejemplo, en el caso de la obesidad y el sobrepeso, en México, se presenta una mayor incidencia en las mujeres, aunque en ambos sexos, este indicador representa un problema de salud pública. Si bien se ha documentado que la obesidad en las mujeres se vincula a la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato

socioeconómico bajo y la baja escolaridad, estas explicaciones no aportan argumentos suficientes para comprender el acelerado crecimiento en el país.

Un estudio cualitativo desde el enfoque de género realizado en Tabasco, identifica algunos aspectos importantes. Por el ejemplo, el concepto de “gordura”, es reflejo de buena salud y de bienestar y de ser o estar feliz y contento. Este hallazgo se inscribe en la historia del pueblo chontal caracterizada por la pobreza, la negación de la existencia de su cultura y el deterioro de los recursos naturales agravado por la explotación de petróleo en la zona. Esta lógica no permea entre las poblaciones indígenas tradicionalmente subalimentadas y preocupadas por la alimentación, quienes aún ven a la delgadez como signo de enfermedad y de un cuerpo débil incapaz de enfrentar los embates del medio ambiente como lo muestran las narrativas de los informantes<sup>7</sup>.

La autora también señala que el significado del cuerpo gordo como sinónimo de estar bien, también fue reportado por Castro (1995) en su investigación con una población rural de Morelos, donde sus informantes percibían a la salud en términos positivos, básicamente como estar gordo y contento. Como lo señalan Ulijaszek, y Lofink, (2006), los cuerpos más grandes de las mujeres son vistos como más atractivos e indican condiciones tales como salud, fertilidad, belleza, riqueza y poder.

Otro hallazgo es la creencia entre las mujeres adultas que, una vez que se casan es “normal que engorden”, relacionado este aumento de peso con la cantidad de hijos que se tenga, es decir a mayor número de hijos o embarazos, más aumento de peso. En este sentido, la investigación de Valeggia et. al (2010), reporta que entre mujeres indígenas Toba y Wichí de Argentina, el efecto de la edad sobre el IMC puede reflejar la asociación entre la paridad y la ganancia de peso, ya que altas tasas de sobrepeso y obesidad se encontraron entre las mujeres indígenas de su estudio.

Las mujeres consideraron que el “susto” que les provoca la violencia a consecuencia del alcoholismo de sus parejas, es la responsable de que enfermen de diabetes mellitus, y como efecto de ésta, empiecen a perder peso. En esta lógica, la pérdida de peso es vista como signo de enfermedad, lo que a su vez refuerza la representación del cuerpo con sobrepeso como bueno y saludable, y a la pérdida de peso como no deseable.

Sánchez Cruz *et.al.* (2012) exponen que la construcción social de los roles masculino y femenino de esta etnia, ubica a las mujeres en la casa y a cargo del trabajo doméstico, y la crianza de los hijos. Los hombres por el contrario, son ubicados como proveedores y son

---

<sup>7</sup>Cruz-Sánchez, Marcelina, Tuñón-Pablos, Esperanza, Villaseñor-Farías, Martha, Álvarez-Gordillo, Guadalupe del Carmen y Ronald Nigh-Nielsen, 2012. “Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México” en Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 9, número 2.

los que salen a trabajar, dentro o fuera de la comunidad. Este rasgo cultural se extiende más allá de las condiciones del hogar, hacia los espacios destinados al esparcimiento (los campos de fútbol, las canchas de basquetbol y volibol). A ellos acceden sólo los hombres, mientras que las niñas, las adolescentes y aún las mujeres adultas, realizan actividades como tejer guano, visitar a sus familiares o ver televisión. De aquí que interpretemos estos hallazgos como que las mujeres de esta etnia enfrentan restricciones para la libertad de movimientos, que sean responsabilizadas del trabajo doméstico y de la generación de capacidades humanas, por ser quienes atienden la crianza, alimentación, educación y salud de los hijos y de la familia. En consecuencia se considera que estos datos apoyan la observación de que las mujeres de esta etnia enfrentan desigualdades sociales y de género. Estos resultados coinciden con los reportados por Pérez y Vázquez, (2009) en su estudio sobre familia, trabajo doméstico y libertad de movimiento en mujeres chontales de Nacajuca, donde encontraron que tanto la libertad de movimiento de las mujeres como su confinamiento al ámbito de la casa, así como la incapacidad de negociar con sus parejas la realización del trabajo doméstico, son desigualdades de género que enfrentan las mujeres de esta etnia.

Otro hallazgo que emerge del análisis de este estudio, es el cambio que desde hace cuatro o cinco décadas se observa en la composición de la dieta de este pueblo. Como lo señalan los discursos de las personas adultas mayores, ésta era a base de pescado o aves criadas en los patios, no se consumían alimentos ni bebidas procesadas, y carne de aves de granja o de engorda. Varios aspectos se señalan para la modificación en la composición dieta: la migración diaria desde la comunidad y hacia las zonas urbanas que se han convertido en fuentes de empleo remunerado, el debilitamiento de los recursos naturales, acceso a alimentos procesados dentro y fuera de su comunidad, la estrategia de desarrollo social de otorgar desayunos escolares así como la ayuda externa durante las constantes inundaciones.

En varios estudios y reflexiones realizadas por Sara Elena Pérez Gil Romo *et. al.* (2007, 2009)<sup>8</sup>, evidencian que el enfoque de género integra elementos a considerar en la elaboración de políticas públicas en torno al sobrepeso y la obesidad. Así destacan que desde el punto de vista biológico, existen diferencias en los requerimientos de energía y de nutrimentos entre hombres y mujeres; está claro que, en general y haciendo a un lado

---

<sup>8</sup> Pérez Gil Romo, Sara Elena y Silvia Díez-Urdanivia, 2007. "Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género" en Salud Pública de México, vol.49, no.6; Deyanira González de León, Miriam Bertrán, Addis Abeba Salinas, Pilar Torre, Fernando Mora, Sara Elena Pérez-Gili, 2009. "La epidemia de obesidad y las mujeres" en Género y Salud en Cifras, Vol. 7, N°1 y, Pérez Gil Romo, Sara Elena. Obesidad y Género. Tour Académico Herdez Nutre.

aquellos casos de mujeres que tienen una gran actividad física o que se encuentran en los periodos de embarazo y de lactancia, durante los cuales se requiere aumentar el consumo de energía y de algunos nutrimentos, los hombres necesitan comer más. Adentrarse en las prácticas, hábitos, costumbres alimentarias y significados de los alimentos y del acto de comer de las familias, implica un abordaje teórico-metodológico diferente al que se lleva a cabo en el campo de la nutrición. La comida y sus significados son un buen ejemplo de las diferencias (igualdades e inequidades) entre ambos sexos, donde los temas de autoridad y poder son cruciales.

En el caso de la obesidad se ha documentado que la pertenencia a un determinado sector social juega un papel crucial en los recursos con los que cuentan las mujeres para evitarla. Las construcciones culturales en torno a la feminidad y la posición que ocupan las mujeres en la sociedad y en las familias influyen en sus prácticas de alimentación y pueden incidir sobre el desequilibrio energético que provoca la obesidad. Ejemplo de ello es que las mujeres suelen tener un contacto permanente con los alimentos, ya que la decisión de lo que se va a comer, hasta la distribución de la comida al interior de las familias siguen siendo en la mayoría de las sociedades actividades femeninas. La selección de los alimentos dentro del hogar tiene más que ver con los gustos y hábitos de alimentación de sus familias más que con el valor nutricional de la comida.

También se hace referencia a que en las mujeres pobres, la obesidad no sólo está relacionada con la falta de acceso a alimentos o con el desconocimiento de su valor nutritivo. En general, la mayoría sabe que comer pero sus patrones de consumo alimentarios obedecen a lo que en realidad pueden comprar como alimentos procesados, baratos de alta densidad energética y con escaso valor nutricional. Adicionalmente, el desequilibrio en la dieta de las mujeres pobres y su mayor propensión a la obesidad se vincula con la desvalorización social de las mujeres, con la percepción que tienen de sí mismas y con el rol genérico femenino de dar y cuidar a los otros, por lo que es común que al interior de muchas familias los mejores alimentos se reserven para los hombres y los hijos.

Desde el análisis de género, otro aspecto a considerar es el hábito de hacer ejercicio, que es menos frecuente en las mujeres que entre los hombres debido a las normas sociales fuertemente arraigadas desde la infancia. Los patrones de actividad física en las mujeres varían de acuerdo a su posición socioeconómica y las cargas laborales excesivas propician tensiones emocionales y depresivas, desgaste físico y una mala alimentación que redundan en las condiciones de obesidad.

En la mayoría de los estudios epidemiológicos la categoría género está ausente y, aunque el sobrepeso y la obesidad es considerada una problemática de las mujeres, la investigación solamente ha integrado el punto de vista biológico o psicológico. Aunque estos avances han sido relevantes, las políticas públicas emanadas continúan siendo

demasiado generales, sin profundizar en ciertos determinantes que podrían tener un mayor impacto para el conjunto de la población<sup>9</sup>.

En el tema de la **diabetes** comienzan a elaborarse algunos estudios que enfatizan el comportamiento de esta enfermedad en las mujeres, debido a que tanto en México como en el ámbito mundial, la morbilidad está afectando a este grupo de la población. En 2009 la Revista Internacional Diabetes Voice<sup>10</sup> publicó un número especial dedicado a la diabetes en las mujeres.

Cristina Torres Parodi y Alberto Barceló (2009)<sup>11</sup> señalan que la discriminación de género y las relaciones de explotación alteran gravemente la capacidad de las mujeres latinoamericanas, afrocaribeñas e indígenas, para prevenir la diabetes tipo 2 o controlar su afección, impidiendo con ello la prevención de complicaciones diabéticas incapacitantes y potencialmente letales. Los datos procedentes de México demuestran que, a pesar de la similar prevalencia de diabetes entre ambos sexos, más mujeres que varones mueren de la enfermedad, similar a las pruebas procedentes de clínicas externas del norte de la India. Las mujeres soportan la mayor parte de la carga de muerte y discapacidad. En México, en 2000, la diabetes se había convertido en la principal causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los varones. Las razones que se encuentran tras este desequilibrio parecen estar relacionadas con la discriminación por género y las relaciones implicadas en los roles tradicionales de género. Los resultados de las investigaciones cualitativas en América Latina han demostrado diferencias notables en el impacto de la diabetes en la vida de las mujeres al compararlas con la de los varones.

Las mujeres tienen menos probabilidades que los varones de seguir su plan de control diabético. Con frecuencia las mujeres con diabetes presentan dificultades para afrontar su afección y cumplir con su rol dentro de la familia. Cuidan a otras personas (familiares de más edad, niños o pareja) a costa de abandonar el control de su vida, descuidando su dieta y su medicación. Muchas mujeres con diabetes no siguen las recomendaciones del profesional de la salud porque los roles de género tradicionalmente aceptados asocian la dieta y la actividad física a la belleza que a las condiciones de salud. En su esfuerzo por cumplir con las múltiples tareas domésticas, el bienestar de la mujer suele quedar a la zaga dentro de la lista de prioridades.

---

<sup>9</sup> Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad, 2008. "La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión" en Salud Pública de México / vol. 50, no. 6. Artículo Especial y; Barquera Cervera, Simón, Campos-Nonato, Ismael, Rojas, Rosalba y Juan Rivera, 2010. "Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención". Gaceta Médica de México. 146:397-407. Simposio.

<sup>10</sup> Henrichs, Helmut R., 2009. "La impactante variedad desde una perspectiva de género" en Diabetes Voice, Volumen 54. Número especial.

<sup>11</sup> Cristina Torres Parodi, Alberto Barceló, 2009. "Social injustice and unmet needs: women and diabetes in the Americas", en Diabetes Voice, Volumen 54. Número especial.

La creciente epidemia de diabetes favorecida por la obesidad está haciendo emerger a la diabetes “pregestacional” y gestacional dentro de la lista de las principales causas de embarazo de alto riesgo en muchos países. Seyda Ozcan y Nevin Sahin (2009)<sup>12</sup> destacan la necesidad de asesoramiento durante la preconcepción para evitar malformaciones fetales y complicaciones hiperglucémicas. Se deben sumar esfuerzos para poner al alcance de todas las mujeres estos conocimientos y oportunidades de prevención. Adicionalmente, Anna Norhammar (2009)<sup>13</sup>, expone que las mujeres con diabetes pierden la protección cardiovascular que beneficiaba a las mujeres sin la afección antes de la menopausia. Su artículo destaca la pesada carga de factores de riesgo de las mujeres con diabetes, y considera que se deben comenzar a desarrollar investigaciones para tratar los problemas cardiovasculares y de origen diabético.

En diferentes estudios se ha detectado que las mujeres diabéticas tardan cuatro veces más tiempo que los hombres en acudir a los servicios de salud y que una vez diagnosticados, los hombres realizan sus controles de forma más regular. Esta información refuerza la hipótesis de que en el ámbito familiar se prioriza el cuidado de la salud de los hombres, pero no el cuidado de la salud de las mujeres (Del Río, 2008).

Estudios realizados por Eva Stekkinger<sup>14</sup> en Holanda identificó que el síndrome metabólico entre embarazos predispone a las mujeres a sufrir de preeclampsia recurrente. La prevalencia en los embarazos posteriores fue del 45 por ciento en las participantes con síndrome metabólico entre los embarazos, versus el 17 por ciento de las mujeres sin síndrome metabólico. La dislipemia y la resistencia a la insulina, dos trastornos del síndrome metabólico, son más comunes en los embarazos alterados con los efectos de la preeclampsia y a menudo se mantienen después de la gestación. La disfunción endotelial es un signo temprano del síndrome metabólico y de la preeclampsia. El equipo estudió a 480 mujeres con preeclampsia en un embarazo previo y obtuvo información de la evolución de embarazos posteriores de 197 participantes; 20 por ciento tenía síndrome metabólico y 45% de este subgrupo desarrollaron preeclampsia en el siguiente embarazo, comparado con el 17% sin el síndrome. Por cada trastorno del síndrome metabólico, crecía el riesgo de padecer preeclampsia recurrente: de 11.8% en las mujeres con un trastorno al 43.9% en las mujeres con tres o más. La alta prevalencia del síndrome metabólico después de la preeclampsia, las secuelas y las intervenciones con probada efectividad para reducir estos riesgos refuerzan la importancia de la investigación del síndrome metabólico en todas las mujeres con preeclampsia para poder estimar el riesgo y modificarlo individualmente. Se requieren fortalecer las acciones de prevención en las

---

<sup>12</sup> Ozcan Seyda, Nevin Sahin, 2009. “Reproductive health in women with diabetes - the need for pre-conception care and education”, en *Diabetes Voice*, Volúmen 54. Número especial.

<sup>13</sup> Norhammar, Anna, 2009.” A gender perspective of diabetes and cardiovascular disease - the need for deeper understanding”, en *Diabetes Voice*, Volúmen 54. Número especial.

<sup>14</sup> Stekkinger, Eva. “Síndrome metabólico amplía riesgo de preeclampsia recurrente” en <http://vidayestilo.terra.es/salud/embarazo/sindrome-metabolico-amplia-riesgo-de-preeclampsia-recurrente,5a2c7ad5050ad310VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>. Recuperado el 20 de diciembre de 2013.

jóvenes con síndrome metabólico, debido a que aumenta el riesgo de padecer complicaciones en el embarazo y, constituye una motivación para que modifiquen sus estilos de vida y los riesgos posteriores de padecer enfermedad cardíaca y diabetes.

Considerando a hombres y mujeres con o sin diabetes (diagnosticados tempranamente o tarde), en Canadá se realizó un estudio para comparar el riesgo de mortalidad por cualquier causa (enfermedad cardiovascular (ECV), infarto agudo al miocardio (IAM), ataque al corazón). Los investigadores<sup>15</sup> realizaron un estudio de cohortes retrospectivo de base poblacional de 73,783 personas mayores de 25 años en Terranova y Labrador, Canadá (15,152 con diabetes; 9517 con diagnósticos tardíos). El estudio concluyó que las mujeres diabéticas tienen mayor riesgo de mortalidad en comparación con los hombres diabéticos. Además, la ECV impactará más a las mujeres que a los hombres, cuando el diagnóstico se realiza a una edad más avanzada. Los investigadores argumentan que deben considerarse estrategias de atención diferentes para hombres y mujeres, además de los casos con diagnóstico temprano o tardío.

En el caso de los **padecimientos cardiovasculares**, ha habido importantes aportaciones desde el enfoque de género en algunos países como España y Argentina, particularmente en el proceso de atención médica.

En España, se documenta que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres<sup>16</sup>; pese a esta información, se la sigue considerando “una enfermedad de hombres”. En los últimos años, debido a una mayor sensibilidad y preocupación por parte de los profesionales y sociedades científicas como la Sociedad Europea de Cardiología, la American Heart Association, ha promovido campañas de difusión a nivel profesional y social, para cambiar la actitud frente a este grave problema sanitario. La publicación de Guías específicas de prevención de la enfermedad cardiovascular en la mujer supone un gran avance en el reconocimiento de esta entidad.

La mayor parte de la evidencia en la que se basa la práctica médica actual se ha obtenido a partir de estudios con una mayor representación masculina. Hasta hace pocos años tanto los registros promovidos por Instituciones científicas como los ensayos clínicos de intervención han incluido una mínima proporción de mujeres. Las estrategias terapéuticas indiscutibles como la administración de estatinas en prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica se derivan de ensayos clínicos en que la participación de mujeres no alcanzaba el 20%, o que la mayor parte de la información de la enfermedad cardiovascular en la mujer proviene de registros donde las mujeres suponen menos del 30% de la población analizada. Resulta imprescindible la investigación dirigida a las

---

<sup>15</sup> Roche, Madonna M.y Peizhong Peter Wang, 2013. “Sex Differences in All-Cause and Cardiovascular Mortality, Hospitalization for Individuals With and Without Diabetes, and Patients With Diabetes Diagnosed Early and Late” en Diabetes Care, Junio, Vol. 36, n°9.

<sup>16</sup> Sociedad Española de Cardiología. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. Informe realizado para el Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.

mujeres, ya sea con una amplia inclusión en los estudios o con la elaboración de algunos protocolos realizados exclusivamente en la población femenina.

Hurtado-Martínez et al<sup>17</sup>, describen los resultados de un registro realizado en Murcia sobre las posibles diferencias de sexo en relación con el tratamiento con angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria en 838 pacientes con IAM con elevación del segmento ST12. El interés de este trabajo reside en investigar si la mayor mortalidad de las mujeres con IAM podría modificarse con el uso de la ACTP primaria. En este artículo, las mujeres tratadas con ACTP primaria presentan una mayor mortalidad que los varones, pero en el análisis multivariable no aparecen los factores de riesgo como elementos determinantes, a excepción del factor “protector” del hábito tabáquico entre los varones. Este efecto “protector”, sin embargo, no debe considerarse como tal, puesto que esta menor mortalidad se relaciona directamente con la menor edad de los pacientes fumadores y no con el tabaco, cuyos efectos protrombóticos y vasoconstrictores coronarios han sido elocuentemente objetivados. El trabajo también revela que las mujeres presentan mayor edad y mayor incidencia de hipertensión arterial y diabetes que los varones, así como una tendencia hacia un mayor número de vasos afectados. No obstante, cuando se corrigen por estas variables, la razón de momios, apunta hacia una mayor mortalidad relacionada con el sexo femenino, aunque las causas no sean claramente aparentes. Sin embargo, la mayor edad de las mujeres explicaría en parte su mayor mortalidad y también condicionaría un menor éxito de la ACTP primaria, especialmente en las > 65 años.

Marianela Barros et.al.<sup>18</sup>, evidencian que a pesar de existir un riesgo clínico similar en mujeres y hombres, las primeras recibieron menos intervenciones durante la fase hospitalaria. Estos resultados llaman a una alerta e intervenciones ajustadas al riesgo para el sexo femenino.

En este mismo sentido, Rosa María Argüeso (2012)<sup>19</sup> reporta que la población femenina no debe considerarse de forma indiscriminada como de bajo riesgo cardiovascular (RCV) pues las enfermedades del aparato circulatorio son su principal causa de muerte; además, hay sobremortalidad femenina de origen cardiovascular como consecuencia de una mayor tasa de muerte por ictus e insuficiencia cardíaca respecto a varones. Obesidad abdominal, hipercolesterolemia e hipertensión arterial son los factores de riesgo más prevalentes aunque diabetes, hipertensión, colesterol HDL bajo e hipertrigliceridemia (en ayunas o posprandial) son las que condicionan un mayor riesgo de ECV en las mujeres. Aun así, son

---

<sup>17</sup> Hurtado-Martínez J, Pinar-Bermúdez E, Teruel-Carrillo F, Gimeno-Blanes JR, Lacunza-Ruiz J, Valdesuso R, et al, 2006. “Mortalidad a corto y largo plazo en mujeres con infarto de miocardio tratado con angioplastia primaria”. Revista Española de Cardiología, 2006; 59:1113-22.

<sup>18</sup> Marianela Barros, Leandro Fusaro Casellas, Natalia Coria, Ernesto A. Duronto, Edgardo Beck, Gerardo E. Bozovich, 2013. “Las mujeres con síndromes coronarios agudos reciben menos intervenciones en la fase aguda que los hombres en una población argentina” en Revista Argentina de Cardiología, 81:299-300.

<sup>19</sup> Argüeso Armesto, Rosa Mª y José Luis Díaz Díaz, 2012. “Prevención cardiovascular en la mujer”. Galicia Clínica; 73 (3): 109-116.

pocas las escalas de valoración de RCV y las guías de práctica clínica que recogen tales matices. No se debería disminuir la atención respecto a la prevención de la enfermedad cardiovascular en la mujer pues el control terapéutico de sus factores de riesgo resulta en beneficios similares a los observados en varones.

En Argentina<sup>20</sup>, Tajer et.al., también ha documentado aportaciones a este respecto. A través de la revisión de la literatura expone que se han referido evidencias de sesgos que colocan a las mujeres en desventaja, en lo relativo al componente prestación de servicios en enfermedades cardiovasculares y en lo relativo a la toma de decisiones médicas, en las siguientes situaciones:

- Detección temprana de enfermedades cardiacas, siendo más probable que acontezca en hombres que en mujeres.
- Acceso a cateterización de los enfermos cardiacos que suele ser seis veces más probable en el caso de varones que en el de las mujeres.
- Entre las personas hospitalizadas por enfermedades cardiovasculares, las mujeres reciben menos análisis con fines diagnósticos y menos tratamientos farmacológicos.
- En lo concerniente al vínculo medico/a-paciente, se ha comprobado el comportamiento diferencial según el sexo del/a profesional y del/a paciente. Siendo que las médicas hacen visitas más largas, realizan más preguntas y reciben más información tanto de los pacientes varones como de las pacientes mujeres.

Se ha encontrado que la pertenencia al sexo femenino se relaciona a una mayor mortalidad independiente de la edad. De lo relevado se desprende que los/as médicos/as en Argentina están siendo más conservadores/as (intervienen menos para iguales cuadros) en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas con mujeres y más intervencionistas (intervienen más para iguales cuadros) con los pacientes varones. Se ha evidenciado la utilización menos frecuente en mujeres de cinecoronariografía, trombolíticos y angioplastias para el mismo cuadro.

Todo lo cual lleva a sugerir la importancia de investigar con mayor profundidad las razones de esta conducta médica y la posibilidad de que pudiera existir una relación entre la menor intervención en mujeres (con medicamentos y procedimientos de gran eficacia en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías isquémicas) y la mayor mortalidad de las mismas a todas las edades.

---

<sup>20</sup> Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Idigoras N, Attardo C "Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares- 2da parte" En XI Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires., ISSN 0329-5885, pag 271-282, 2003.

Tajer D Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Idigoras N, Soler V "Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares" En X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, ISSN 0329-5885, 215-222, 2002.

Con respecto a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas observaron que a pesar de que la enfermedad coronaria sea más prevalente en varones, la misma patología en mujeres tiene un modo de presentación más inespecífico e incide en el comportamiento médico. Una hipótesis es que se tiende a adoptar una conducta única en relación a los síntomas coronarios y estos son en referencia a como se presentan en los varones, desestimando la especificidad de las mujeres para la misma enfermedad, diferencia que tiende a transformarse en inequidades en la calidad de atención.

Se detectó que la “naturalización” del rol de los pacientes varones como proveedores familiares presentes tanto en el “imaginario médico”, como en los pacientes, determina que las conductas médicas focalicen sus esfuerzos en propiciar la pronta recuperación en los varones para que puedan reinsertarse rápidamente al trabajo. Esta naturalización invisibiliza el menor permiso que tienen los varones para jugar su “rol de enfermos”, generando mayores riesgos diferenciales fruto de la presión social para los mismos.

La presentación inespecífica de los síntomas coronarios suelen crear subregistro de esta patología en las mujeres. Tanto médicos como médicas señalan que las pacientes mujeres generalmente son más quejas y eso dificulta el interrogatorio médico. Los(as) médicos(as) detectan dificultad en las mujeres para realizar consultas precoces, debido a que no se perciben como un grupo de riesgo y suelen estar más entrenadas para detectar y consultar por enfermedades del aparato reproductivo. Estos sesgos médicos sumado al modo de consulta referido de las mujeres redundan en un diagnóstico más tardío de la problemática coronaria en las mismas. Lo anterior evidencia la necesidad de capacitación en conocimientos sobre género y subjetividad ligados al proceso salud-enfermedad-atención en las(os) profesionales que pudieran colaborar con generar mejores grados de equidad de género en la calidad de atención.

En pacientes hipertensos se ha comenzado a estudiar desde el enfoque de género, las condiciones de autocuidado de hombres y mujeres (Ofman, Pereyra y Stefani, 2013)<sup>21</sup>. Los resultados de la investigación apoyan la hipótesis que la actividad física es una práctica saludable predominantemente masculina, mientras que la consulta médica y la alimentación sana son pautas de autocuidado especialmente femeninas. A partir de las conceptualizaciones sobre los modelos de femineidad y masculinidad, se podrían justificar los hallazgos obtenidos, en base a su referencia sobre la esfera de lo público y la esfera de lo privado. Los resultados indicarían que los varones, de acuerdo al mandato de rol como proveedores de sostén económico de la familia, obtuvieron mayores logros en las dimensiones del autocuidado más enfocadas a la autopromoción y el poder personal, mientras que las mujeres, de acuerdo al mandato de rol como proveedoras de cuidados y sostén emocional del grupo familiar, presentan mejores índices de autocuidado en aquellas dimensiones que, si bien son funcionales al bienestar personal, se relacionan,

---

<sup>21</sup> S. D. Ofman, C. I. Pereyra y D. Stefani, 2013. “Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género” en Boletín de Psicología, No. 108, Julio, 91-106.

más que las otras, con valores comunales. Lo principal a destacar es que las condiciones de vida de varones y mujeres impactan diferencialmente en los aspectos cotidianos y en las maneras de cuidar la salud.

Hacer visible estas diferencias significa reconocer que existen “vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir”. Contar con datos desagregados por sexo posibilita contribuir a una planificación en salud que tome en cuenta los determinantes de género. En concordancia con ello, algunos estudios empíricos coinciden en afirmar que el planeamiento en prevención primaria y secundaria debería realizarse considerando el sector de la población del cual se trate, siendo el género una de las categorías a tener en cuenta para realizar estrategias diferenciales.

Tanto el tratamiento farmacológico como el higiénico-dietético deberían prescribirse teniendo en cuenta las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes tratados, sus grados de conocimiento sobre la enfermedad, las posibilidades económicas, y las circunstancias vitales y laborales. Además, las pautas terapéuticas tendientes a intervenir sobre el estilo de vida en relación a la salud deberían orientarse, especialmente, a los grupos sociodemográficos que presentan perfiles psicosociales más vulnerables. La Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, destaca que un paso fundamental para lograr la adherencia a las indicaciones médicas, es conseguir que los pacientes estén motivados. Para ello es necesario que los profesionales de la salud conozcan las creencias y experiencias previas que éstos han tenido.

Particularmente, algunos autores han comenzado a mostrar evidencias sobre como la hipertensión constituye el principal factor de riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas (Taddei, 2010)<sup>22</sup>. Aunque el endurecimiento arterial progresivo relacionado con la edad está presente en ambos sexos, los datos clínicos sugieren que este proceso podría acelerarse en las mujeres después de la menopausia. En mujeres posmenopáusicas se observa un marcado aumento en la presión arterial en diversas poblaciones. Esto conduce a un aumento progresivo en la incidencia y la prevalencia de la hipertensión y consecuentemente a un aumento importante del riesgo cardiovascular. Por tanto, el inicio de la menopausia se debe considerar un momento clave después del cual una mujer se encuentra en un riesgo cardiovascular más alto, no sólo debido al proceso de envejecimiento, sino probablemente como consecuencia de la caída de las concentraciones de estrógenos. Por esto es fundamental implementar todos los abordajes terapéuticos disponibles para controlar de forma adecuada, no sólo la presión arterial, sino también el perfil lipídico y el peso corporal. Los datos disponibles no apoyan la elección de alguna clase de antihipertensivo en particular durante la menopausia, sino

---

<sup>22</sup> Taddei, S, 2010. “La presión arterial en el envejecimiento y la menopausia” en Revista del climaterio 2010; 13(74):79-84.

que resaltan la reducción de la presión arterial como el principal objetivo para reducir el riesgo cardiovascular. Aunado a esto, no se recomienda el reemplazo de las decrecientes concentraciones de estrógenos naturales con hormonas exógenas, lo cual podría ser perjudicial. Las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal deben, por tanto, llevar una vigilancia cuidadosa de los factores de riesgo cardiovascular.

En este mismo sentido, Lomelí, Catalina, et.al. (2008)<sup>23</sup>, señalan que la enfermedad cardiovascular es causa de morbilidad y mortalidad en la mujer sobre todo cuando alcanza la menopausia. Los mecanismos fisiopatológicos y neurohormonales varían con respecto al hombre lo cual ha dado lugar a pensar que los estrógenos juegan un papel cardioprotector. Sin embargo, los factores de riesgo asociados como obesidad, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y sedentarismo están en aumento exponencial. En México la distribución poblacional establece que 60% de las mujeres con hipertensión arterial sistémica tienen menos de 54 años, por lo que el factor de riesgo cardiovascular es el más común. Sin embargo, después de la menopausia la mortalidad cardiovascular es mayor en la mujer que en el hombre. Se ha considerado que los cambios de la presión arterial con el uso de tratamiento hormonal durante la menopausia son modestos y no tienen aún una indicación precisa. En 2001 la Asociación Americana del Corazón recomendó que el tratamiento de reemplazo hormonal no debe utilizarse como prevención en la enfermedad cardiovascular.

Los signos y síntomas clínicos como la presencia de dolor torácico, son menos específicos en las mujeres. El infarto miocárdico en la mujer presenta mayor mortalidad, debido, entre otras cosas, a la mayor frecuencia del infarto asintomático, el reinfarto, la insuficiencia cardíaca y otras enfermedades asociadas (Martínez PG, 2008), influyendo también la falta de protocolos correspondientes en los servicios de urgencias, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento con las consecuencias adversas (Ministry of Health Malaysia, 2008).

Los estudios sobre cardiopatía isquémica, se enfocaron inicialmente a los hombres y se extrapolaron a las mujeres. Al excluirlas, se obtuvieron poblaciones más homogéneas, pero perfiló la creencia de que la cardiopatía isquémica, ocurría casi exclusivamente en varones. Si en los hombres los síntomas de un ataque cardíaco son opresión en el pecho y dolor en el brazo izquierdo, en las mujeres con frecuencia son náuseas y dolor en el bajo vientre. Los ataques cardíacos son más graves y complicados en mujeres, cuando estas se quejan de estos síntomas no suelen ser sometidas a las pruebas habituales para comprobar si han sufrido un infarto, lo cual aumenta la mortalidad.

La presentación diferencial de las enfermedades en ambos sexos tiende a permanecer invisible, debido a que existe una insuficiente presencia de mujeres en los ensayos

---

<sup>23</sup> Catalina Lomelí, Martín Rosas, Celso Mendoza-González, José Antonio Lorenzo, Gustavo Pastelín, Arturo Méndez, Sergio Mario Ferez, Fause Attie, 2008. "Hipertensión arterial sistémica en la mujer" en Archivos de Cardiología de México, Vol. 78 Supl. 2/Abril-Junio:S2, 98-103.

clínicos. Se trata de un sesgo de género en la investigación que ha estudiado la enfermedad sólo bajo el patrón masculino. El estereotipo de género considera que esta enfermedad es de hombres y que las quejas y dolores de las mujeres son malestares menos graves. Esto contribuye a posibles retrasos en el diagnóstico, o diagnósticos erróneos en los IAM de las mujeres.

Se ha encontrado que se realiza menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las mujeres. Se produce un sesgo de género que conduce a inequidad en la atención. Se ha evidenciado una demora en recibir tratamiento, porque las mujeres llegan más tarde que los hombres a los servicios de salud, lo cual es determinante para la supervivencia tras un IAM. La mayor letalidad de la IAM en las mujeres es una desigualdad de género (injusta, evitable y debida a factores sociales de género), a la que están contribuyendo la invisibilidad de la morbilidad diferencial por sexos, el sesgo de género en la investigación, en la atención y la inequidad de género en la prestación de servicios, todo ello influido por los estereotipos sociales de género.

Para reducir la mayor letalidad en las mujeres, y tras aplicar el enfoque de género en el análisis del problema, habría que promover estrategias de cambio de los factores de género detectados.

El mayor tiempo de llegada de las mujeres al hospital se ha evidenciado que es porque las mujeres están influidas por el estereotipo de que el infarto es una enfermedad masculina, por lo que puede no interpretar sus propios síntomas como cardíacos, interviene un factor psicosocial: por el rol tradicional de género, “las mujeres se preocupan en primer lugar de cuidar de la salud de su familia y en último la suya”, atendiendo primero esas tareas de cuidado, aún con los síntomas presentes y decidiéndose a acudir después al hospital.

Para mejorar este indicador disminuyendo la letalidad en las mujeres, habría que intervenir para cambiar el estereotipo social de género sobre el IAM que lo interpreta como enfermedad sólo masculina, y además, habría que tender a modificar las actitudes de las mujeres sujetas al rol tradicional de género.

### **1.3.2. A modo de reflexión**

Con estos resultados se pueden emitir algunas consideraciones importantes. En primer lugar que los estudios epidemiológicos deben priorizar la inclusión del género como un determinante de la salud. Mientras eso no suceda muchas de las intervenciones desarrolladas no tendrán el impacto esperado debido a que no consideran aspectos socioculturales profundamente arraigados en la población. Esto implica transformar los protocolos de investigación, que usualmente no consideran el suficiente tamaño muestral para ambos sexos. El análisis ha evidenciado estos resultados en los padecimientos cardiovasculares y las inequidades de género presentes en la atención médica. En el caso de la diabetes, los datos son contundentes en la sobrecarga que existe para las mujeres y

un tema emergente, es el riesgo de la diabetes pregestacional y gestacional, que implicará en el presente inmediato desarrollar intervenciones de consejería durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. La información al respecto indica que la muerte materna por causas indirectas en México se está incrementando aceleradamente, lo que evidencia el poco tratamiento que se les da a las mujeres con enfermedades prevalentes y que aún se encuentran en proceso de considerar tener más hijos(as).

Un aspecto sumamente importante mostrado en esta revisión es el sobrepeso y la obesidad y como los determinantes de género tienen un impacto en la modificación de prácticas y hábitos alimentarios. Las inequidades de género hacen patentes que las estrategias deben considerar en tema de la activación física y los patrones alimenticios, la concepción de gordura y delgadez.

Aunque las investigaciones, programas y normatividad abordan la problemática de manera neutra, en la práctica existe una división sexual del trabajo, en donde la mujer debe atender los asuntos del hogar, que incluye la proveeduría de alimentos; sin embargo, las acciones deben ser integrales hacia todos los miembros del hogar, para reafirmar que tipo de alimentos son los adecuados de acuerdo al proceso de crecimiento, peso, estatura y edad. Pero esto implica integrar en los aspectos de promoción y preventivos los obstáculos de género que presenta la situación particular de las mujeres, dado su mayor incidencia y los aspectos específicos que se deben reforzar con los hombres en la edad adulta. En el caso de la población infantil la activación física debe procurar incluir las mismas actividades para hombres y mujeres, eliminando las inequidades de género y transformando los roles de género tradicionalmente asignados.

Estas evidencias indican que las intervenciones deben hacer fuertes llamados a la sociedad en general. Mientras la libertad de movimiento sea un obstáculo para las mujeres, la activación no tendrá el impacto esperado. Mientras las dietas no sean construidas con los productos locales, la alimentación seguirá siendo desequilibrada. Mientras no se aborden estas inequidades de género, que requieren trabajar con hombres y con mujeres, con los roles de género, con el involucramiento solidario de todos los integrantes de la familia en la selección de los alimentos y con responsabilidades compartidas en la construcción de los hábitos alimenticios de las familias. Estos son algunos de los aspectos a desarrollar en el presente inmediato y de manera interdisciplinaria para incidir en la reducción de los crecientes padecimientos crónicos degenerativos en hombres y mujeres.

### **1.3.3. Recomendaciones**

- Proceso de Consejería Alimentaria en el Primer Nivel de Atención no solo desde el punto de vista nutricional sino también de género.
- Se requiere articular un fuerte trabajo comunitario dirigido a toda la población, particularmente a las familias y los obstáculos presentes en hombres y mujeres en la construcción social del género.

- El mensaje debe ser claro, la responsabilidad de la alimentación es parte integral de todos los miembros de la familia, es decir, el mensaje no debe recaer única y exclusivamente sobre la mujer.
- El cambio de hábitos alimenticios no es solamente entregar una dieta alimentaria, debe existir un proceso motivacional que demuestre los beneficios en la salud de la población.
- Las dietas alimentarias se deben desarrollar localmente y conforme a los ingresos de la población. En este aspecto debe haber un fuerte trabajo desde las Jurisdicciones Sanitarias, su rol no es solamente supervisar o gestionar, sino articular un fuerte trabajo de salud pública de acuerdo a las diferentes problemáticas de salud, un trabajo articulado con las unidades médicas y el personal comunitario, para realmente poder incidir en las condiciones de salud de la población.
- Analizar la concepción y el significado del cuerpo y peso con un abordaje diferencial considerando a hombres y a mujeres.
- Campañas de comunicación probadas que sean verdaderamente efectivas.
- La activación física no se desarrolla de la misma manera en todos los integrantes de la familia, existen determinantes de género que controlan la libertad de movimiento de las mujeres, por eso, se requiere trabajar con hombres y mujeres en la comunidad. El tiempo libre también es definido por el rol que se ha construido para hombres y mujeres en la sociedad y, en muchas comunidades es mal visto que las mujeres estén fuera del hogar, además de que se les asigna la función de que tiene que ver por el bienestar de otros. Si no se involucra a la sociedad en su conjunto (hombres y mujeres), difícilmente se podrán modificar hábitos y prácticas, en las condiciones de activación física.
- Se ha reforzado el papel de cuidadora en el ámbito femenino (pareja, hija, hermana, madre); sin embargo, se requiere fortalecer la solidaridad familiar en todos los miembros de la familia.
- La mujer, esposa, madre, hija, en torno al papel de la alimentación, genera alimentos que tienen que ver con la satisfacción, gustos de los integrantes de la familia y no de acuerdo a valores alimentarios nutricional, por ello, se debe trabajar en la responsabilidad conjunta de la generación de alimentos y la decisión del consumo de acuerdo a una dieta balanceada.
- También se debe cambiar la percepción de que una dieta significa no comer o solo comer verduras, más bien, que puede comer de todo a lo largo del día, considerando los valores nutricionales.
- Se debe desmotivar el consumo de alimentos vinculados a frituras (comida chatarra) y de bebidas azucaradas. Alimentación que es más cara y dañina a la salud.
- Por lo tanto, cuando se elabora un plan de alimentación hipocalórico es esencial considerar la inclusión de alimentos que no sólo estén disponibles localmente a precios accesibles, sino también que su sabor y apariencia resulten atractivos para que faciliten el cumplimiento del tratamiento. Cuando las personas tienen que

comprar alimentos especiales, de alto costo y no habituales para adherir a la dieta, es muy poco probable que ésta conduzca a cambios conductuales duraderos.

- Reconociendo las dificultades para seguir una dieta restringida en energía en una sociedad que privilegia la oferta de alimentos procesados de alta densidad energética, a precios accesibles para la mayor parte de la población, la tendencia actual al incremento del peso corporal no puede ser revertida sólo a través de recomendaciones para reducir la ingesta, debiendo también incrementarse el gasto energético; sin embargo, es claro que los niveles de actividad física sólo podrán aumentar si se ofrecen las condiciones ambientales que faciliten la adopción de buenos hábitos desde edades tempranas.
- La educación en nutrición, con el refuerzo de condiciones ambientales favorables, constituye la base de los cambios de conducta necesarios para adaptarse a un nuevo estilo de vida que permita controlar la obesidad. Para que esta educación sea efectiva, debe basarse en combinaciones de modelos y teorías centrados en la motivación y considerar la etapa del cambio en la que se encuentra cada individuo para buscar, conjuntamente con él, los elementos de refuerzo y premio que le permitirán alcanzar los resultados esperados y mantenerlos en el tiempo.

## **2. Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes y la Salud materna**

En el caso de los programas prioritarios vinculados a la salud materna y salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, es importante mencionar que se encuentran identificadas previamente por la propia historia del concepto de salud reproductiva y del enfoque de derechos humanos, por lo que las áreas de oportunidad identificadas ya han sido mencionadas en la literatura desarrolladas en México, aunque no necesariamente se han integrado en las prácticas de intervención médica y en la promoción a la salud desde el ámbito comunitario.

La perspectiva de la salud reproductiva como proceso multidimensional que integra tanto los aspectos vinculados a los procesos reproductivos a lo largo del ciclo vital de las personas, como la dimensión del ejercicio pleno de los derechos relativos a la sexualidad y la reproducción en tanto derechos humanos, permite complejizar la mirada sobre el diseño e implementación de políticas de salud.

La incorporación del enfoque de género a las políticas de salud (y particularmente de salud reproductiva) implica una intencionalidad y sensibilidad política tendiente a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción y sus efectos concretos en la vida de las personas. Permite visualizar e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y varones en relación con su estado de salud, con el acceso y uso de los servicios, y con su participación en el desarrollo de la salud.

A partir de las recomendaciones de la CIPD (ONU 1994), México hizo importantes esfuerzos para incluir programas de salud sexual y reproductiva orientados a reducir la fecundidad adolescente, prevenir embarazos no planificados e incrementar los

conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad. Sin embargo, aún se carece de una política integral en la materia y predominan los programas y acciones aisladas y vulnerables a fluctuaciones presupuestarias.

La carencia de una política integral en salud sexual y reproductiva, afecta el cumplimiento de los compromisos que México asumió ante los diferentes instrumentos internacionales, tanto vinculantes como no vinculantes. Dadas las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud, educación y comunicación, se requiere que el Estado promueva mejoras estructurales para ampliar su disponibilidad y mejorar su oportunidad y calidad.

Los determinantes del embarazo adolescente están vinculados a factores estructurales, sociales, económicos y culturales, los cuales van mucho más allá del ámbito de influencia del sector salud. Asimismo, el impacto del embarazo en las adolescentes trasciende el ámbito de la salud con resultados negativos para su escolarización, su inserción social y laboral, que además afectan su potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía. Por lo tanto, se considera al embarazo adolescente como un problema social complejo, que debe abordarse desde la óptica de los derechos humanos, y cuya respuesta debe ser interinstitucional.

La adolescencia puede estar marcada por una buena salud, por circunstancias familiares estables, fácil acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento, educación y educación sexual. Sin embargo, para una mayoría, este período puede ser de alta vulnerabilidad debido a la pobreza, las exclusiones, la necesidad de asumir roles adultos, la estigmatización de la sexualidad, el desconocimiento de las y los adolescentes como sujetos de derecho, especialmente de los derechos sexuales y reproductivos.

La situación socioeconómica de las y los adolescentes, condiciona el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y, entre los factores que más inciden es la pobreza. Ser madre y padre adolescente suele iniciar, sin distinciones sociales, una cadena de condiciones de vulnerabilidad: abandono escolar, inserción laboral prematura y con escasa preparación, responsabilidades económicas, posibles riesgos para la madre y el producto, sumado a la pérdida de vivencias propias de la adolescencia.

La educación de la sexualidad y los programas de salud reproductiva constituyen pilares esenciales y estratégicos para favorecer comportamientos reproductivos más saludables que contribuyan a un mayor desarrollo de los individuos en las diferentes etapas de su vida. El embarazo en la adolescencia constituye un reflejo de las inequidades sociales, de género y justicia. Adicionalmente, en algunos contextos culturales, existen normas sociales que intervienen como factores contribuyentes a la ocurrencia del embarazo en la edad adolescente, sin existir el concepto de adolescencia como tal.

La construcción social de género que ha permeado en México, posiciona a la maternidad como una condición más frecuente entre las adolescentes, que la paternidad de los varones. Algunos adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de

haber sido padres. Las mujeres suelen enfrentar un papel pasivo en la toma de decisiones y en su autonomía que afecta la negociación del uso del condón –femenino y masculino–, el momento en el cual toman la decisión para el ejercicio de su sexualidad.

Los comportamientos sexuales de las y los adolescentes, indican que inician tempranamente el ejercicio de su sexualidad, sin contar con la información adecuada y oportuna, conocen los métodos anticonceptivos, han abordado de manera desarticulada el tema de la sexualidad, pero en la práctica, el uso de métodos anticonceptivos es insuficiente y el conocimiento de la forma de uso es superficial. Cabe señalar que no todos los embarazos culminan con un nacimiento, en algunos casos, este evento puede terminar en una muerte materna, mientras que en otros, se recurre a la interrupción del embarazo en condiciones poco seguras para muchas mujeres.

El abordaje de la sexualidad, se ha construido como un tema censurado; por lo tanto, la sexualidad es reducida al sexo y el sexo a coito. La educación sexual, ha sido hecha desde una base negativa, basada en miedos, riesgos y tabúes y, en la mayoría de las familias, se ha socializado a través del silencio, lo cual hace que la información sea aún insuficiente o de mala calidad, fragmentada y en muchas ocasiones errónea. Adicionalmente, existe una educación por imitación diferenciada para hombres y para mujeres, derivados de los roles tradicionales de género. Alrededor de la sexualidad se han creado tabúes con un discurso poco claro y a veces contradictorio entre algunas instituciones como la familia y la escuela, las redes de pares y la influencia de los medios masivos de comunicación.

Algunas evaluaciones desarrolladas en el contexto internacional, han demostrado que los programas eficaces de educación sexual, logran<sup>24</sup>:

- Aumentar los conocimientos.
- Mejorar la comunicación padres/madres - hijos e hijas.
- Ayudar a retrasar el inicio de las relaciones sexuales en los y las jóvenes.
- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones.
- No fomentar en los y las jóvenes el inicio de las relaciones sexuales y la frecuencia de las mismas.

La prevención del embarazo en la adolescencia requiere ser abordado de manera integral desde diferentes ámbitos. El sistema nacional de salud, requiere de un modelo preventivo y servicios adecuados a la atención de las y los adolescentes. El sector educativo debe modernizar los contenidos curriculares de los libros de textos gratuitos y la formación continua de docentes preparados para la impartición de temas vinculados a la sexualidad y salud reproductiva, así como incidir en la reducción de la deserción escolar por factores asociados a la pobreza y el embarazo en la adolescencia. Otras instancias, tienen un papel relevante en la reducción de las desigualdades de género, particularmente en las

---

<sup>24</sup>Kirby, Douglas. (2007), Organización Panamericana de la Salud. Washington.

adolescentes, que les permitan tener un mayor acceso a recursos, bienes y servicios. Asimismo, el modelo tradicional de masculinidad, expone a los adolescentes a comportamientos que incrementan la probabilidad de un embarazo, porque deben demostrar su experiencia de vida, con una iniciación sexual temprana y varias parejas sexuales que refuercen su hombría y virilidad.

## **2.1. Adolescentes**

En México, los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes se encuentran plenamente reconocidos y protegidos por acuerdos internacionales de derechos humanos, entre los que se destacan la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); la Convención sobre los Derechos del Niño (1990); la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y su seguimiento (Beijing+5+10+15); el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), y su seguimiento (Cairo+5 y Cairo+10+15), y la Cumbre Mundial de 2005 (ODM) y en 2008, el Acuerdo Ministerial Prevenir con Educación.

Al signar México estos acuerdos, el Estado asume la obligación de garantizar y proveer servicios de salud sexual y reproductiva que sean accesibles y amigables para la juventud, así como proveer información para satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Particularmente, los acuerdos tomados en la Conferencia Internacionales de Población y Desarrollo (CIPD, 1994) realizada en El Cairo y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), superan la visión proteccionista y paternalista de los menores de edad y recomiendan a los gobiernos asegurar la accesibilidad de información y servicios para adolescentes y jóvenes, así como la participación directa de éstos últimos en el diseño, ejecución y evaluación de sus programas. Estas plataformas fueron relevantes para responder a la necesidad de garantizar la calidad de los servicios, promover la equidad de género e introducir una concepción de la sexualidad y la reproducción como campo de los derechos humanos.

En México, las y los adolescentes cuentan con un marco jurídico y normativo que garantiza que no importando su edad y sexo, el acceso a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre cuándo y cuántos hijos tener. Adicionalmente, el derecho a salud es un derecho humano básico.

La Ley General de Población establece que la Secretaría de Gobernación tiene la atribución de que tanto las instancias de planeación demográfica, como de salud y

educación desarrollen políticas y programas que permitan la planeación familiar; en otras palabras, deben proveer la orientación, información y servicios tanto de salud como educativos que garanticen el ejercicio del artículo 4 constitucional.

En concordancia con estos instrumentos, la Ley General de Salud reconoce a la planificación familiar como parte de los servicios básicos de salud e incluye información y orientación educativa para las y los adolescentes antes de los 20 años de edad y se complementa con la ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Por su parte, la Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, permite a este segmento de la población tomar sus propias decisiones, más allá de las consideraciones de las personas adultas.

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar de observancia y aplicación para el territorio nacional, garantiza que las y los prestadores de servicios otorguen la información, educación, consejería, orientación y métodos anticonceptivos, libres de cualquier prejuicio o estigma a la población adolescente.

Finalmente, la Ley General de Educación consolida una educación laica, lo cual significa que la información debe sustentarse en los avances de la evidencia científica y la Secretaría de Educación Pública contribuirá con el desarrollo de actitudes y capacidades para el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana.

En el cuadro 1, se especifican los instrumentos y artículos que sustentan el marco jurídico legal para las y los adolescentes que contribuyen a garantizarla promoción de relaciones sexuales placenteras, seguras y responsables y que garantizan el marco de la atención primaria a la salud desde un enfoque preventivo, al reducir los embarazos no planeados y la práctica de abortos inseguros. Adicionalmente, en el marco de la disponibilidad de la metodología anticonceptiva, los condones masculino y femenino pueden impedir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH Sida. Con estos elementos, también se posibilita que las y los adolescentes estén mejor preparados para planificar su proyecto de vida y alcanzar un mayor desarrollo humano en condiciones para enfrentar la realidad socioeconómica actual.

<b>Cuadro 1. Marco Jurídico-Normativo Nacional</b>	
<b>La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>Artículo 1</b> En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de junio de 2011).

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretaran de conformidad con esta constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de junio de 2011).

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de junio de 2011).

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de junio de 2011).

Este documento superior en su jerarquía jurídica protege por igual a hombres y mujeres, y contiene garantías individuales, sociales y principios básicos, incluyendo el derecho de cada persona a la protección de su salud. En México, el individuo, por el solo hecho de ser persona, tiene derechos que la propia Constitución reconoce y protege. Los derechos consignados y su protección pertenecen a todos los individuos, sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia.

### **Artículo 3**

Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El estado –federación, estados, distrito federal y municipios–, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; esta y la media superior serán obligatorias. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 9 de febrero de 2012)

La educación que imparta el estado tenderá a desarrollar armónicamente, todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de junio de 2011).

El estado garantizará la calidad en la educación obligatoria de manera que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos. (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 26 de febrero de 2013)

i. Garantizada por el artículo 24 la libertad de creencias, dicha educación será laica y, por tanto, se mantendrá por completo ajena a cualquier doctrina religiosa; (Reformada mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 05 de marzo de 1993)

ii. El criterio que orientará a esa educación se basará en los resultados del progreso científico, luchara contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios. (Reformada mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 05 de marzo de 1993), además:

a) Será democrático, considerando a la democracia no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo; (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 05 de marzo de 1993).

	<p>b) Sera nacional, en cuanto -sin hostilidades ni exclusivismos- atenderá a la comprensión de nuestros problemas, al aprovechamiento de nuestros recursos, a la defensa de nuestra independencia política, al aseguramiento de nuestra independencia económica y a la continuidad y acrecentamiento de nuestra cultura; (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 05 de marzo de 1993. se adecuan los incisos en el decreto publicado en el diario oficial de la federación de 26 de febrero de 2013).</p> <p>c) Contribuirá a la mejor convivencia humana, a fin de fortalecer el aprecio y respeto por la diversidad cultural, la dignidad de la persona, la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos, y (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 9 de febrero de 2012. se adecuan los incisos en el decreto publicado en el diario oficial de la federación de 26 de febrero de 2013).</p> <p>d) Será de calidad, con base en el mejoramiento constante y el máximo logro académico de los educandos; (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 26 de febrero de 2013).</p> <p><b>Artículo 4</b></p> <p>El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 31 de diciembre de 1974).</p> <p>Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 31 de diciembre de 1974).</p> <p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta constitución. (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 03 de febrero de 1983).</p> <p>En todas las decisiones y actuaciones del estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 12 de octubre de 2011).</p> <p>El estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 07 de abril de 2000. fe de errata publicada en el diario oficial de la federación el 12 de abril de 2000)</p>
<p><b>La Ley General de Población</b></p>	<p>En el <b>Artículo 3º</b>, párrafo segundo de esta Ley se indica que: “La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre (sic) y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país”.</p>
<p><b>La Ley General de Salud</b></p>	<p>Esta Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud descrito en el artículo 4º Constitucional. Las disposiciones de dicha Ley son aplicables en toda la República y son de orden público e interés social.</p>

	<p>El Artículo 27º de la Ley General de Salud reconoce que la planificación familiar es parte de los servicios básicos de salud y expresión del ejercicio del derecho a la protección de la salud del individuo y de la sociedad en general.</p> <p>El Artículo 67º, indica que: "la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes e información a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años de edad y la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser proporcionada de manera oportuna, eficaz y completa a la pareja."</p>
<b>La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM)</b>	<p>Todas las personas, incluyendo las y los adolescentes, tienen el derecho de solicitar y recibir la información y educación, la consejería, los servicios y los métodos anticonceptivos que requieran de parte del personal de salud en México.</p> <p>La NOM señala que los servicios de planificación familiar, su promoción y difusión, información y educación, consejería, selección, prescripción y aplicación de todos los métodos anticonceptivos deben ofrecerse, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de estos servicios, a todas las personas en edad reproductiva, incluyendo a las y los adolescentes.</p>
<b>La Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes</b>	<p>Esta Ley señala, en su <b>artículo 4</b>, párrafo segundo, que: "los derechos de los adultos no serán tomados como pretexto para obstruir el ejercicio pleno de los derechos de los y las niñas." A su vez, prevé un especial compromiso de las instancias de gobierno respecto de los y las niñas en posición vulnerable. El mismo ordenamiento considera que un niño o niña víctima de violencia ha sido colocado o colocada en una situación vulnerable.</p> <p><b>Artículo 28.</b> Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:</p> <p>...</p> <p>H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos."</p>
<b>La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación</b>	<p><b>Artículo 4</b></p> <p>Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.</p> <p><b>Artículo 9</b></p> <p>Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades.</p> <p>A efecto de lo anterior, se consideran como conductas discriminatorias:</p> <p>I. Impedir el acceso a la educación pública o privada, así como a becas e incentivos para la permanencia en los centros educativos, en los términos de las disposiciones aplicables;</p> <p>II. Establecer contenidos, métodos o instrumentos pedagógicos en que se asignen papeles contrarios a la igualdad o que difundan una condición de subordinación;</p> <p>V. Limitar el acceso a los programas de capacitación y de formación profesional;</p> <p>VI. Negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;</p> <p>VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;</p> <p>XI. Impedir el acceso a la procuración e impartición de justicia;</p>

	XII. Impedir que se les escuche en todo procedimiento judicial o administrativo en que se vean involucrados, incluyendo a las niñas y los niños en los casos que la ley así lo disponga, así como negar la asistencia de intérpretes en procedimientos administrativos o judiciales, de conformidad con las normas aplicables; XIV. Impedir la libre elección de cónyuge o pareja;
<b>La Ley General de Educación</b>	<b>Artículo 5</b> La educación que el Estado imparta será laica y, por lo tanto, se mantendrá por completo ajena a cualquier doctrina religiosa. <b>Artículo 7</b> La educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios tendrá, además de los fines establecidos en el segundo párrafo del artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los siguientes: X. Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias; Fracción reformada DOF 15-07-2008, 28-01-2011
<b>Plan de Estudios 2011- Principio pedagógico</b>	1.9. Incorporar temas de relevancia social (Estos temas favorecen aprendizajes relacionados con valores y actitudes sin dejar de lado conocimientos y habilidades y se refieren a la atención a la diversidad, la equidad de género, la educación para la salud, la educación sexual, la educación ambiental para la sustentabilidad, la educación financiera, la educación del consumidor, la prevención de la violencia escolar –bullying–, la educación para la paz y los derechos humanos, la educación vial y la educación en valores y ciudadanía..
<b>Acuerdo 592. Articulación de la Educación Básica. Campo Formativo: Desarrollo personal y para la convivencia</b>	Las condiciones para establecer relaciones interpersonales armónicas y constructivas serán, en todo caso, la autoestima, la autorregulación y la autonomía migrando de una visión heterónoma a la autonomía en la toma de decisiones del conocimiento y cuidado del cuerpo que hacen otros, al cuidado del cuerpo por uno mismo.
Fuente: Deborah L. Billings, Coordinadora de Investigación y Evaluación. En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. México: Ipas México, S/F; y, <a href="http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf">http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf</a> . Ley General de Educación.	

El marco normativo que regula la prestación de los servicios de salud es un tema relevante, debido a que como se mencionará más adelante parece ser una barrera en la atención dirigida hacia las y los adolescentes en las entidades federativas, sobre todo por su desconocimiento y por temor a represalias por parte de las y los padres y madres de familia. Una recomendación en este sentido, es que las áreas jurídicas de los servicios de salud de las entidades federativas deben emprender una estrategia de sensibilización en coordinación con los responsables de los servicios amigables para fortalecer las capacidades de las y los prestadores de servicios de los centros de salud donde se encuentran instalados los módulos y/o consultorios.

## 2.2. Salud Materna

Toda muerte materna es el reflejo de un largo camino de inequidades, las deficiencias del sistema de salud y la falta de visibilidad de la mujer como individuo determinante en la construcción social. Los factores culturales, la discriminación e inequidad de género mantienen a las mujeres fuera de los mecanismos de poder, conceden poca o nula importancia al cuidado de su salud y las conducen, fatalmente, a perder sus vidas durante los procesos reproductivos. Adicionalmente, atrás de una muerte materna, existe una historia de incumplimiento y violaciones a sus derechos humanos, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos.

En la geografía nacional, el mapa de las muertes maternas coincide con el de la pobreza rural y urbano-marginal. Históricamente, se ha considerado a la muerte materna como un indicador de insuficiencia en la cobertura y la calidad de los servicios de salud materna y reproductiva en el país. Su estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población, permiten evaluar los progresos alcanzados en la lucha contra la desigualdad y la pobreza.

Un grupo de especial relevancia en materia de salud materna son las adolescentes, donde se concentran casi 15 por ciento de las muertes maternas del país. La información más reciente identifica que entre 2000 y 2010, 27 entidades federativas del país, presentan un incremento de las mujeres adolescentes menores de 20 años, que han tenido un hijo nacido vivo. Una proporción importante de estos embarazos adolescentes no son planificados y están relacionados con la falta de información adecuada sobre la sexualidad y el cuidado del cuerpo y la dificultad en el acceso a la diversidad de métodos anticonceptivos adecuados<sup>25</sup>. Por su parte, la información sobre egresos hospitalarios entre las adolescentes de 10 a 19 años, identifica que 83 por ciento del total de las hospitalizaciones corresponden a causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y aborto<sup>26</sup>.

En México, el porcentaje de partos que se atiende a nivel institucional es muy alto debido a la creciente medicalización de este evento reproductivo en el país y como reflejo de una política en salud materna que impulsa cada vez más el parto hospitalario. De acuerdo con la ENADID, 94.7 por ciento de los últimos partos entre 2005 y 2009, fue atendido por médicos, mientras que sólo 3.2 por ciento por parteras<sup>27</sup>, personal que en México actualmente no es considerado como “calificado”. Sin embargo, según la ENSADEMI-2008, muestra como en contextos indígenas entre 25 y 75 por ciento de los partos fueron

---

25 INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos; Censo de Población y Vivienda 2010.

Tabulados del cuestionario básico en: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2012.

26 [http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/numeralia\\_2011\\_morbi\\_mortalidad\\_materna\\_en\\_adolescentes\\_1990-2008\\_y\\_2009\\_2\\_1..pdf](http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/numeralia_2011_morbi_mortalidad_materna_en_adolescentes_1990-2008_y_2009_2_1..pdf). “Numeralia sobre Morbi-Mortalidad Materna en adolescentes México 1990-2009”.

27 En la ENADID no se hace la diferenciación entre parteras profesionales (que en el país son todavía poquísimas a nivel numérico) y parteras empíricas o tradicionales.

atendidos principalmente por parteras. Por ejemplo, en Chiapas, las mujeres se atienden más con parteras y en sus hogares y, el nacimiento de su último hijo ocurrió en casa, mientras una de cada dos se atendió en hospitales y menos de 10 por ciento en centros de salud de primer nivel. Estos contrastes son parte de la diversidad cultural y étnica que presente México a lo largo del territorio nacional e implica la inclusión de estrategias que incluyan el componente intercultural en el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio<sup>28</sup>.

Las causas médicas constituyen el resultado final de la muerte materna; sin embargo, hay factores que condicionan la ocurrencia de estas muertes, tales como el tratamiento deficiente de las complicaciones del embarazo, la falta de calidad del cuidado prenatal, la insuficiencia de personal capacitado y de abastecimientos básicos, y la inaccesibilidad a los servicios de atención al embarazo, parto y post parto, factores que involucran al primer nivel de atención. La deficiente calidad de la atención en los servicios de salud materna y el insuficiente acceso de algunos sectores de mujeres a los servicios de salud, originan importantes magnitudes de muertes relacionadas con el embarazo, que muestran mayor incidencia en las áreas rurales, indígenas y zonas urbano marginadas de las ciudades del país.

La situación de la salud materna en México, obliga a repensar algunos aspectos relevantes vinculados con la atención a la salud materna y otros programas relacionados que tienen un impacto en la condiciones de salud de las mujeres.

Con décadas de programas específicos en la atención materna, México ha logrado influir en la creación de una cultura de atención institucional del embarazo y el parto; también ha incrementado la cobertura a través del Programa Embarazo Saludable que ha aumentado el número de mujeres afiliadas al Seguro Popular. Sin embargo, la ampliación de la cobertura no asegura buenos resultados, si la calidad de la atención es deficiente. La calidad en la atención es un derecho humano fundamental y un componente esencial para la mejora de la salud materna y la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas. Es frecuente que tanto en el primer como segundo nivel de atención, se identifique una baja utilización de intervenciones basadas en evidencia científica, una medicalización excesiva y una atención deshumanizada de la salud materna, como se constata en la práctica de cesáreas injustificadas y en el maltrato que padecen muchas mujeres durante el proceso de atención obstétrica y que comprenden ocultamiento o distorsión de la información, gritos, amenazas, insultos, humillaciones y agresiones a su integridad física<sup>29</sup>.

Para que mejore la calidad deben ocurrir cambios a nivel institucional, en el marco de adecuadas políticas nacionales. Brindar una atención de calidad requiere adecuada infraestructura, insumos, recursos humanos, presupuesto, un sistema financiero y de

---

<sup>28</sup> Sesia Paola, 2012. Interculturalidad y Salud Materna. Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

<sup>29</sup> Villanueva-Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Revista CONAMED 2010; 15(3):147-51

referencia efectivo, mecanismos para participación de usuarias(os) y recursos humanos motivados, capacitados y sensibilizados.

La posibilidad de recibir una atención materna integral y de calidad se enfrenta a una serie de dificultades provocadas por las características generales del sistema nacional de salud que se traducen en elementos específicos al interior de las organizaciones de salud, entre los que se pueden señalar los siguientes:

- Fragmentación del sector salud
- Escasa coordinación inter-niveles
- Segmentación departamental y especialización de tareas
- Variación en la ejecución de procesos repetitivos
- Ineficiencias
- Instituciones poco centradas en sus usuarias como sujetos de derechos

Sin embargo, a pesar de la complejidad organizativa, la ciudadanía requiere y, cada vez con mayor frecuencia exige, una mejor atención en salud materna en términos de accesibilidad, efectividad, seguridad e información.

Para ello, se requiere que además del enfoque estratégico que ha permitido identificar en forma general los obstáculos que perjudican el buen funcionamiento del sistema de salud y proponer soluciones generales de largo plazo, se ofrezca a los profesionales el conocimiento que les permita discernir aquellas intervenciones que han demostrado en forma evidente su utilidad, de aquellas que se han identificado como ineficaces o incluso peligrosas.

En México, desde hace algunas décadas, la estructura de causas de morbilidad y mortalidad materna, con las variaciones propias de los diferentes contextos, es bien conocida. De la misma manera, como lo son las intervenciones diseñadas para la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento para cada una de las causas relacionadas con la mortalidad materna.

Las intervenciones existen y la mayoría de ellas son altamente costo-efectivas, el problema está en la implementación de la estrategia: incompleta, deficiente o interrumpida prematuramente. Existen intervenciones únicas que son eficaces para reducir la letalidad de algunas causas específicas, como en el caso de la administración de sulfato de magnesio en mujeres con preeclampsia grave; también las hay con un impacto que abarca todas las causas como la anticoncepción/planificación familiar. Sin embargo, los mayores impactos se observan en los paquetes de intervenciones con efectividad individual demostrada, pero que actúan sinérgicamente sobre cada uno de los factores que conducen a una muerte materna, como en el caso de los servicios de cuidados obstétricos esenciales atendidos por personal calificado en un entorno apropiado y ubicados en la proximidad de las comunidades. Sin duda, los paquetes de intervenciones más efectivos son los que proveen un cuidado continuo que inicia en la infancia y

adolescencia y se extienden a través del embarazo, parto o aborto, hasta el período posterior a este. En este sentido, es necesario revalorar la utilidad del control prenatal, oportuno y de calidad, como una herramienta crucial para un embarazo saludable, generar adherencia de la usuaria por la utilización de los servicios de parto y adicionalmente decidirse por el uso de un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico lo que permitirá ampliar el período intergenésico o restringir la posibilidad de nuevos embarazos, condiciones que disminuyen el riesgo de complicaciones obstétricas o de mortalidad materna<sup>30</sup>.

En este recorrido por las diferentes intervenciones propuestas para reducir la mortalidad materna, destacan, por su gran potencial para influir en el resultado final, cuatro elementos concatenados: la participación comunitaria, la garantía del acceso universal, la calidad de los servicios y el sistema de referencia. Si alguno de los elementos no es debidamente atendido, el resultado no será el esperado. De nada sirve contar con personal calificado si no cuenta con los recursos básicos para poder realizar sus funciones; de nada sirve contar con establecimientos para la atención obstétrica si no cuentan con personal calificado las 24 horas del día los 7 días de la semana; de nada sirve contar con el establecimiento dotado de personal calificado y los recursos básicos si la unidad de atención obstétrica se encuentra alejada de la comunidad; de nada sirve contar con unidades de atención obstétrica básica debidamente equipadas, con recursos suficientes y personal calificado las 24 horas de los 7 días de la semana, si estas no funcionan en forma coordinada con los establecimientos resolutivos para la atención de las emergencias obstétricas<sup>31</sup>.

Para que una estrategia integral de reducción de la mortalidad materna pueda generar los resultados e impactos buscados se requiere de una participación intersectorial activa y del mayor nivel de decisión, lo que permitirá mejorar las condiciones laborales y el tipo de contratación del personal, principalmente del periférico; impulsar una política equitativa para el desarrollo de los recursos humanos en salud; y mejorar el uso racional en la asignación de los recursos públicos de modo que responda a las necesidades locales identificadas, sean suficientes para atenderlas y se utilicen en forma eficiente y transparente.

Finalmente, gradualmente habrá que buscar la integración del enfoque de derechos humanos en la salud materna, que incluye no solo la entrega de servicios para satisfacer las necesidades básicas de las mujeres, sino la entrega de obligaciones jurídicamente vinculantes para garantizar los derechos fundamentales. Esto implica adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, incluida la violencia basada en el género, el matrimonio forzado y precoz y, otras prácticas nocivas.

---

<sup>30</sup> Villanueva-Egan, Luis Alberto y Raffaella Schiavon-Ermani (2013). "Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna" en Revista CONAMED, vol. 18, número 1, enero-marzo 2013.

<sup>31</sup> Op.Cit., 2013.

Este cambio de paradigma implica dejar de ver a las mujeres como simples receptoras pasivas de tratamiento médico, para transformarse en agentes activos con el derecho a participar en las decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos. Abordar la mortalidad y morbilidad materna como cuestión de derechos humanos significa la adopción de medidas para garantizar la totalidad de los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva. Este cambio afecta a los sistemas nacionales de salud, es decir, dejan de ser un aparato de administrativo de intervenciones e insumos básicos para transformarse en un sistema justo y efectivo de la salud.

### **2.2.1. Recomendación progresiva y gradual**

- Para que los impactos en las condiciones de atención a la salud materna garanticen una mayor efectividad requiere superar el modelo de atención centrado en el enfoque materno infantil hacia un modelo centrado en el enfoque de la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de género, que se sustente sobre la promoción, la educación, la prevención y la participación comunitaria. Adicionalmente, para que este proceso funcione se debe integrar el enfoque del curso de vida, es decir, que considere a la mujer no como mujer-madre sino como sujeto integral a lo largo del ciclo de vida y como sujeto de derechos, que promueva su empoderamiento y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.
- Promover un proceso de sensibilización y capacitación dirigidas al personal técnico, en el campo de la salud sexual y reproductiva, tendientes a superar una visión biomédica centrada en la noción de riesgo. El currículo de la capacitación debe focalizar las dimensiones psico-sociales y culturales de la sexualidad y la reproducción, y su abordaje desde los servicios de salud.

## **3. Presentación de los resultados del proyecto de intervención**

Las evidencias sustentadas en los dos apartados anteriores generan los argumentos suficientes para establecer una articulación coordinada con los diferentes programas de salud abordados. Implica establecer una ruta crítica de trabajo progresiva para los siguientes seis años que coyunturalmente es oportuno como resultado del cambio de administración y la vigencia de nuevos programas específicos de acción. No es tarea sencilla, sin embargo, se requiere de un proceso de sensibilización en distintos ámbitos y niveles. Desde el abordaje conceptual hasta la delimitación de nuevas rutas de investigación. Los elementos sugeridos en la presente revisión ofrecen un proceso de actualización para dirigir y transversalizar la perspectiva de género en los cuatro programas de salud abordado.

A continuación se presenta un análisis de los resultados del proceso de intervención de la Guía para la incorporación de la perspectiva de género en salud, pero ahora desde la visión operativa en los servicios estatales de salud de Nuevo León, Tlaxcala y Tabasco.

### 3.1. Antecedentes

El objetivo de este estudio fue contar con información descriptiva de las usuarias de los servicios de salud donde se desarrolló el piloteo de acciones con perspectiva de género, en términos de su percepción sobre la calidad de la atención en los cuatro programas prioritarios ya mencionados. El análisis principal se realiza considerando como variable central al sexo, dado que permite arrojar algunos diferenciales en torno a la prestación de los servicios de salud.

Con respecto a la muestra, recordemos que no es probabilística ni aleatoria, por lo tanto los resultados no se pueden generalizar para el conjunto de los servicios estatales de salud de Nuevo León, Tlaxcala y Tabasco; no obstante, ofrecen una aproximación a las condiciones previas, antes de la implementación del piloteo de acciones con perspectiva de género en programas prioritarios y a su impacto en el proceso de post-intervención. En las tres entidades federativas, la muestra fue levantada en tres unidades de salud, correspondientes a un servicio amigable, a un hospital y a un servicio especializado para la atención del sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión.

Dado que lo que se buscaba eran diferenciales por sexo de usuarias y usuarios de los servicios, probablemente se presenten sesgos en la edad, nivel de escolaridad o condición de hablantes de lengua indígena, ya que los servicios de salud seleccionados, se ubicaron principalmente en la capital del estado o municipios cercanos.

Cabe señalar que no todos los prestadores de servicios que laboran en las unidades de salud seleccionadas participaron en el proceso de sensibilización, vinculados más al proceso de la convocatoria ya que los servicios no tampoco podían suspender sus labores. Este aspecto sin duda impacta en los resultados arrojados por el piloteo de acciones.

Finalmente, la presentación de los resultados conserva la estructura con la que se diseñó el cuestionario y dando respuesta a las condiciones de atención de los cuatro programas prioritarios. La información se presentará por estado realizando un análisis comparativo de los instrumentos aplicados en la fase pre y post intervención.

Para todas(os) las usuarios(as) se presentarán las características sociodemográficas, así como su percepción de la calidad de la atención, conocimientos sobre derechos humanos y discriminación.

Posteriormente, se presenta la información de acuerdo a los cuatro programas prioritarios:

- a) Adolescentes mujeres y hombres de 10 a 19 años
- b) Mujeres embarazadas en edad fértil
- c) Mujeres y hombres con sobrepeso y/o obesidad, diabetes e hipertensión no importando su edad

El procesamiento de la información se realizó en el programa estadístico SPSS y los tabulados se sistematizaron considerando grandes bloques temáticos. Para hacer más dinámico el análisis solo se presentan las respuestas positivas a los reactivos de los instrumentos.

## **3.2. Presentación de los resultados por entidad federativa**

### **3.2.1. Nuevo León**

#### **3.2.2. Características sociodemográficas**

Como se puede observar en el cuadro 3.2.1, las características de la muestra durante la fase pre intervención, estuvo concentrada en la población adolescente de 10 a 19 años, con un peso proporcional entre hombres y mujeres (52.0% vs 51.0%), mientras que en la fase post, estuvieron menos representadas las mujeres (38.8% vs 49.0%) en este grupo de edad. En el grupo de edad de 20 a 59 años, hay una mayor representación de mujeres en la fase pre (34.5% vs 24.0%) y en la fase post, ésta es mayor, ya representan 53.1% del total de la muestra. La mayor participación femenina en edad fértil, está principalmente vinculado con la atención del embarazo, incluso en la población adolescente, tendencia que es muy característica de los servicios de salud.

Nuevo León, no constituye una entidad federativa con concentración de población indígena; no obstante, la población hablante de lengua indígena captada, probablemente son parte del flujo migratorio de la población indígena en el país, que para la fase pre, representó el 2.0% de la muestra tanto en hombres como en mujeres, mientras que durante la fase post, se captó a una mayor cantidad de hombres (4.1%).

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de la población puede escribir un recado. La mayoría de la población que asistió a los servicios de salud posee secundaria completa, aunque existe un sesgo hacia una mayor escolaridad femenina.

Con respecto al estado civil, es importante señalar que la mayoría de las mujeres que asistieron a los servicios de salud se encuentran en unión libre, tanto en la fase pre como en la post (37.4% vs 51.9%) y curiosamente alrededor del 50% de los hombres se declaran solteros, mientras que una baja proporción se declara en unión libre (alrededor del 8%). Poco más de uno de cada 4 en ambas etapas, tanto en hombres como mujeres se encuentran casados.

<b>Cuadro 3.2.1. Características Sociodemográfica de la población entrevistada en unidades de salud seleccionadas de los cuatro programas prioritarios en Nuevo León, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo de Edad</b>						
10-19 años	52.0%	51.0%	51.7%	38.8%	49.0%	41.1%
20-59 años	34.5%	24.0%	31.0%	53.1%	38.8%	49.8%
60 años y más	13.5%	25.0%	17.3%	8.1%	12.2%	9.1%
<b>Entiende alguna lengua indígena</b>	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	4.1%	2.9%
<b>Puede escribir un recado</b>	98.0%	97.0%	97.7%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Nivel Escolaridad</b>						
Sin escolaridad	1.5%	5.0%	2.7%	3.8%	2.0%	3.3%
Primaria incompleta	13.0%	29.0%	18.3%	5.0%		8.6%
Primaria completa	13.0%	12.0%	12.7%	13.1%	12.2%	12.9%
Secundaria incompleta	12.5%	13.0%	12.7%	15.6%	12.2%	14.8%
Secundaria completa	39.5%	20.0%	33.0%	42.5%	30.6%	39.7%
Preparatoria incompleta	6.5%	10.0%	7.7%	6.9%	12.2%	8.1%
Preparatoria completa	5.0%	3.0%	4.3%	6.3%	8.2%	6.7%
Licenciatura incompleta	3.5%		2.3%	1.3%		1.0%
Licenciatura completa	0.5%	4.0%	1.7%	1.3%		1.0%
Otra	5.0%	4.0%	4.7%	4.4%	2.0%	3.8%
<b>Estado Civil Actual</b>						
Vive en unión libre	37.4%	8.0%	27.5%	51.9%	8.2%	41.5%
Casado/a	23.7%	31.0%	26.2%	20.9%	26.5%	22.2%
Sep/Viu/Div	10.1%	7.0%	9.1%	4.4%	8.2%	5.3%
Soltero	28.3%	54.0%	36.9%	22.8%	57.1%	30.9%
No responde	0.5%		0.3%			
<b>N</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>300</b>	<b>160</b>	<b>49</b>	<b>209</b>
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.						

### 3.2.3. Motivo de la consulta

Como se observa en el cuadro 3.3. 2(a) en las mujeres, alrededor del 50% de las consultas se concentran en la atención del embarazo, parto y puerperio, mientras que en los hombres en la atención de la diabetes e hipertensión (28%) y consultas diversas, más inespecíficas (33%).

Si se analiza por grupo de edad (cuadro 3.2.2.b), el motivo de la consulta se vincula principalmente con el proceso reproductivo, poco más de 50% para la población adolescentes de 15 a 19 años y alrededor de tres cuartas partes entre los 20 y 39 años; en otras palabras, el contacto de las mujeres con los servicios de salud tiene que ver con la atención y el seguimiento de su futuro hija(o) y no con una atención personal referida a alguna situación de salud. Mientras que en los hombres, acuden por algún padecimiento particular o cuestiones inespecíficas que aún no han sido diagnosticadas.

**Cuadro 3.2.2.a. Distribución porcentual de las usuarias(os) de los servicios según el motivo de la última consulta según sexo en Nuevo León, 2013**

Motivo Consulta	Mujer	Hombre	Total
Calentura, diarrea y dolor de estómago	2.5%	14.0%	6.4%
Chequeo de salud	7.1%	8.0%	7.4%
Consultas diversas	18.8%	33.0%	23.6%
Control del embarazo, parto y puerperio	48.7%	0.0%	32.7%
Diabetes	11.7%	15.0%	12.8%
Dolor de alguna parte del cuerpo	0.5%	2.0%	1.0%
Hipertensión	2.5%	13.0%	5.7%
Infección por diferentes motivos	4.6%	5.0%	4.7%
Otro	2.5%	5.0%	3.4%
Pláticas	1.0%	5.0%	2.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

**Cuadro 3.2.2.b. Distribución porcentual de las usuarias(os) de los servicios según el motivo de la última consulta según edad en Nuevo León, 2013**

Motivo Consulta	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	Total
Calentura, diarrea y dolor de estómago	15.7%	10.7%									7.7%
Chequeo de salud	13.7%	6.8%					25.0%	25.0%			7.3%
Consultas diversas	39.2%	16.5%	11.8%		10.0%		12.5%	25.0%	43.8%	54.5%	22.8%
Control del embarazo, parto y puerperio	2.0%	52.4%	88.2%	100.0%	70.0%	66.7%	12.5%				39.4%
Diabetes	2.0%	1.0%			10.0%	11.1%	50.0%	25.0%	43.8%	27.3%	8.1%
Dolor de alguna parte del cuerpo	3.9%	1.0%									1.2%
Hipertensión					10.0%	22.2%		12.5%	6.3%	9.1%	2.4%
Infección por diferentes motivos	13.7%	6.8%									5.7%
Otro	2.0%	1.9%						12.5%	6.3%	9.1%	2.4%
Pláticas	7.8%	2.9%									2.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

### **3.2.4. Percepción de la satisfacción de las usuarias(os) con respecto al tiempo de espera**

Como se observa en el cuadro 3.2.3, uno de los primeros aspectos a destacar es que Nuevo León mejoraron los tiempos de espera entre la fase de pre-intervención y post-intervención, esto quiere decir, que mientras la espera de 5 a 30 minutos, que se considera el tiempo adecuado, para la población general, se incrementó de 25% a 45%. Este mismo comportamiento se registra también tanto para las usuarias como los usuarios; no obstante, es importante señalar, que los hombres esperan menos tiempo para ser atendidos; mientras 47% de las mujeres son atendidas en la primera hora de espera en la fase pre, en la fase post este dato asciende al 77%. En el caso de los hombres este mismo indicador pasa de 57% a 87%. Si este proceso, se analiza a través del tiempo promedio de espera, en el caso de las mujeres se reduce de 97 a 61 minutos, mientras que en los hombres de 71 a 37 minutos. Este es un aspecto muy positivo porque mejora la satisfacción de las y los usuarios de los servicios. Por ejemplo las mujeres satisfechas y muy satisfechas se incrementan de 55% a 72%, mientras que en los hombres de 81% a 88%.

Existe un área de oportunidad para continuar mejorando los tiempos de espera, principalmente en la atención de las mujeres. Sería importante analizar por qué los hombres esperan menos tiempo que las mujeres. Este proceso podría ser explicado conceptualmente por la persistencia de la visibilización de los roles tradicionales de género, donde el hombre es visto como productivo y la mujer vista desde ese rol más pasivo y paciente para ser atendida, habrá que profundizar en este aspecto. Este aspecto no ha sido investigado en México considerando los diferenciales por sexo y las construcciones de género involucradas en este proceso.

Como se observa en el cuadro 3.2.4, con respecto al trato recibido durante la última consulta, se puede señalar que tanto hombres como mujeres perciben un buen trato, excepto un indicador, todas las respuestas se encuentran por arriba del 90.0%. Esto refleja que la atención recibida fue adecuada, porque se refirieron por su nombre, le inspiró confianza, el tiempo para atenderla(o) fue adecuado, le explico el tratamiento, le contestó claramente todas las preguntas, le explicó su situación general de salud, la atención fue personalizada y de respeto y el lenguaje utilizado fue fácil de entender.

Con respecto a la calidad de la información sobre su estado de salud, las mujeres usuarias quedaron muy satisfechas y satisfechas en el 90% de los casos durante la fase pre, incrementándose a 96% durante la etapa post, mientras que en el caso de los hombres pasó de 94% a 96%.

Tanto en hombres como en mujeres, se presentó un mejoramiento en las condiciones de atención en la fase post-intervención. No obstante, con base en la percepción de la población usuaria, se mantiene una mejor calidad de la atención en los hombres con respecto a las mujeres.

<b>Cuadro 3.2.3. Distribución porcentual del tiempo de espera, duración de la consulta y percepción de la satisfacción de usuarias(os) de los servicios según sexo, en Nuevo León, 2013</b>							
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>			
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	
<b>Tiempo de espera</b>							
De 5 a 30 '	24%	28%	25%	37%	69%	45%	
De 31 a 60 '	23%	29%	25%	40%	18%	35%	
De 61 a 120 '	32%	30%	31%	15%	10%	14%	
De 121 a 180 '	18%	12%	16%	8%	2%	6%	
4 horas o más	4%	1%	3%	0%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Duración de la Consulta</b>							
De 1 a 6 '	5%	3%	5%	1%	2%	1%	
10'	9%	11%	10%	8%	17%	10%	
15'	24%	29%	26%	25%	25%	25%	
De 20 a 30'	57%	54%	56%	62%	48%	59%	
De 31 a 60'	4%	3%	3%	3%	8%	4%	
Más de 1 hora				1%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Percepción de satisfacción con respecto a tiempo de espera</b>							
Muy satisfecha	3%	3%	3%	4%	8%	5%	
Satisfecha	52%	78%	60%	68%	80%	70%	
Regularmente satisfecha	30%	14%	24%	24%	12%	21%	
Insatisfecha	12%	4%	9%	5%		4%	
Muy insatisfecha	3%		2%	0%	0%	0%	
No responde	1%	1%	1%	0%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Promedio total de tiempo de espera en minutos</b>							
	97.1	78.3	90.8	61.8	37.9	56.2	
<b>Promedio total de duración de la consulta en minutos</b>							
	20.5	19.2	20.1	20.7	20.3	20.6	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.							

<b>Cuadro 3.2. 4. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según Calidad de la atención en la última consulta por sexo, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
Se refirió por su nombre	89%	95%	91%	90%	96%	91%
La llamó de otra manera	17%	18%	17%	16%	10%	15%
Le inspiró confianza	93%	94%	94%	95%	100%	96%
Considera que destinó suficiente tiempo para atenderla/o.	90%	95%	92%	96%	96%	96%
Explico el tratamiento	94%	100%	96%	98%	96%	98%
Le contestó claramente todas las preguntas que usted hizo durante la consulta.	93%	94%	93%	98%	98%	98%
Le preguntó su opinión sobre el tratamiento.	71%	69%	70%	90%	94%	91%
Considera que la atención que le brindó fue personalizada y de respeto.	96%	98%	97%	99%	100%	100%
Le explicó su situación general de salud.	91%	96%	93%	98%	98%	98%
El lenguaje utilizado por la persona que le atendió fue fácil de entender.	95%	99%	96%	99%	100%	99%
Considera que la atención que recibió fue adecuada	97%	98%	97%	99%	98%	99%
<b>Como se sintió con la información que le dieron de su condición de salud</b>						
Muy satisfecha	12%	2%	8%	4%	17%	7%
Satisfecho	78%	92%	83%	92%	79%	89%
Regularmente satisfecha/o	6%	4%	5%	4%	4%	4%
Insatisfecho	4%	2%	3%			
Muy insatisfecho	1%	0%	0%			
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.						

### **3.2.5. Conocimiento sobre los derechos humanos, discriminación y mecanismos para ejercerlos**

Los derechos humanos son derechos que tienen todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Aunque cada vez son más visibles en la opinión pública, en los medios masivos, no todas las personas los conocen. En este apartado, pretende ser un

acercamiento al conocimiento que tienen las(os) usuarias(os) sobre los derechos humanos en general y los vinculados particularmente a la atención a la salud. En términos generales, poco menos del 50% de la población usuaria de los servicios conoce o sabe qué es un derecho humano.

Una primera aproximación es que si los derechos humanos no se conocen, no se puede ejercer ciudadanía y exigir ciertas condiciones en la prestación de los servicios de salud. Como se observa en el cuadro 3.2.5, un primer resultado es que el análisis comparativo entre la fase de pre y post intervención es que se observa un incremento en el conocimiento de lo que es un derecho humano para ambos sexos.

Cuando se analizan específicamente, cuáles son los derechos humanos en la atención a la salud, este conocimiento es aún mucho menor, poco más de una tercera parte durante la fase de pre-intervención, aunque se presenta un incremento durante la fase de post-intervención; es decir, 1 de cada 2 usuarias(os) de los servicios de salud reconoce cuáles son sus derechos en la atención a la salud.

<b>Cuadro 3.2.5. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento de los derechos humanos por sexo, en Nuevo León, 2013</b>						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Usted sabe qué es un Derecho Humano</b>	46%	37%	43%	49%	57%	51%
<b>Conoce cuáles son sus DH como usuaria de un Servicio de Salud</b>	38%	34%	37%	46%	49%	46%
<b>Conocimiento sobre los derechos en los servicios de salud</b>						
A recibir una atención segura y de calidad	71%	61%	68%	42%	46%	43%
A recibir un trato digno, humano y amable por parte de los/as servidores/as de la salud	66%	51%	62%	34%	46%	37%
A ser atendido/a oportunamente	62%	47%	57%	37%	40%	38%
A recibir atención en sitios tranquilos, limpios e higiénicos y en condiciones de privacidad	32%	10%	25%	24%	33%	26%
A la privacidad y al manejo adecuado y confidencial de mi historia clínica	26%	3%	19%	22%	38%	26%
A recibir información clara y comprensible sobre mi enfermedad, procedimientos, tratamientos, riesgos y costos del servicio prestado	27%	7%	21%	22%	38%	26%
A que se respete mi voluntad para realizar o no procedimientos y tratamientos (consentimiento informado y/o disentimiento)	22%	5%	17%	19%	29%	22%
A ser escuchado/a: obtener respuesta oportuna a mis quejas, reclamos, sugerencias y reconocimientos relacionados con el proceso de atención.	35%	17%	30%	21%	40%	25%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.						

Cabe señalar que en México, la información sobre la atención médica que se le brinda al paciente está legislada en diferentes instrumentos de normatividad jurídica. Sin embargo,

a más de una década de la modificación en la Ley General de Salud -reformada en 2001-, estos continúan siendo poco accesibles a la población a pesar de que existan carteles en los servicios de salud donde se estipulan los derechos que tienen los pacientes para mejorar la calidad de la atención médica y fomentar el respeto a sus necesidades e intereses.

Adicionalmente, la información presentada entre ambas etapas de la intervención, no es consistente, o también podría reflejar que no son promocionados desde los servicios de salud. Los derechos más conocidos son los referidos a recibir un trato digno, oportuno y una atención segura y de calidad. Sin embargo, derechos como a recibir información clara y comprensible, a la privacidad, a espacios adecuados, a que se respete la voluntad del paciente y a ser escuchados, son muy poco conocidos.

Es importante profundizar sobre este tema y analizar de qué manera afecta a las condiciones de equidad en la atención, sobre todo, en las relaciones que se establecen entre los prestadores y la población usuaria de los servicios de salud. Cabría preguntarse si existen estrategias para la difusión de los derechos del paciente “denominados así por los servicios de salud” y cómo estos pueden exigirlos.

Por el contrario, como se observa en el cuadro 3.2.6, el tema de discriminación es más reconocido por la población usuaria de los servicios de salud, poco más del 80% expresa saber que es la discriminación y, las mujeres, son las que perciben haber vivido mayores situaciones discriminación en los servicios de salud vinculadas principalmente al maltrato por los prestadores de servicios y también al rechazo de la atención por ser menor de edad.

<b>Cuadro 3.2.6. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento sobre discriminación y si enfrentado alguna situación de discriminación por sexo en Nuevo León, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
Usted sabe qué es la discriminación	86.0%	93.0%	88.3%	85.6%	89.8%	86.6%
Se ha sentido discriminado en los servicios de salud	4.5%	2.0%	3.7%	1.3%		1.0%
<b>Qué le sucedió</b>						
Indiferencia de las personas		50.0%	12.5%			
Maltrato	66.7%	50.0%	62.5%	50.0%		50.0%
Por ser menor de edad				50.0%		50.0%
Otro	33.3%		25.0%			
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.						

Estos elementos son sugerentes para abordar la transversalización de la perspectiva de género en los programas de salud; es decir, independientemente del problema de salud, las y los usuarias(os) de los servicios necesitan conocer sus derechos para poder exigirlos y

cuáles son los mecanismos para hacerlos efectivos. Estos elementos mejorarían las condiciones de equidad en el proceso de atención a la salud.

Una queja constituye un reclamo realizado por un usuario(a) a un establecimiento de salud, en el caso de que un trabajador, empleado o autoridad del establecimiento haya vulnerado el derecho a la salud. En la mayoría de los establecimientos de salud no existen órganos de control por lo que el buzón de quejas, se considera como un mecanismo para mejorar la calidad de la atención ¿pero constituye un mecanismo de exigibilidad de los derechos?, habrá que profundizar en este aspecto.

Conforme a los resultados presentados en el cuadro 3.2.7, la respuesta más factible es que no. Alrededor del 50% de la población usuaria sabe que existe un buzón de quejas, pero prácticamente nadie lo utiliza. En principio, solo una de cada dos personas usuarias de los servicios de salud sabe que existe el buzón, cuando este conocimiento debería ser universal para todas las personas.

Un hecho a señalar es que el enfoque de derechos humanos no está integrado a los servicios de salud. Si los prestadores de servicios tienen conocimiento, tiene más que ver con una protección a su defensa más que como una garantía de protección a las y los usuarios(as) de los servicios de salud. Por lo tanto, la promoción de los derechos implica un proceso de gestión que se debe realizar para mejorar la calidad de la atención a la salud.

<b>Cuadro 3.2.7. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento del buzón de quejas por sexo, en Nuevo León, 2013</b>							
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>			
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	
Sabe que existe un buzón de quejas	50.0%	44.0%	48.0%	60.6%	61.2%	60.8%	
Lo ha utilizado	1.6%	2.1%	1.8%	1.3%		1.0%	

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

En términos de diferenciales por sexo, se requieren fortalecer las condiciones de equidad en la atención a la salud de las mujeres, debido a que consistentemente se observaron menores niveles de satisfacción tanto en los tiempos de espera, como en la calidad de la información proporcionada y menores niveles de conocimientos en materia de derechos humanos, en otras palabras, existe un trato diferenciado en la atención por sexo, en detrimento de las mujeres y, recordemos que la mayoría de ellas acudieron a consulta para la atención y seguimiento de su embarazo.

El sistema nacional de salud debe prepararse para cumplir con el enfoque de derechos humanos. No solo se trata de que los prestadores de servicios estén sensibilizados, sino también con las insuficiencias que presentan actualmente los mismos, como la carencia de personal, la falta de medicamentos o la ausencia de espacios adecuados. Los servicios de salud deben garantizar el derecho a la salud.

Este es un proceso de transformación que se podría mejorar de manera gradual, empezando con acciones costo-efectivas, como la sensibilización al personal de salud; está documentado que un cambio de actitud tiene un impacto cualitativamente importante en la percepción de la calidad de la atención. Adicionalmente se debe iniciar con un proceso de promoción de los derechos de las y los usuarios y los mecanismos para que estos se hagan efectivos.

### 3.2.6. Programas Prioritarios

#### 3.2.6.1. Servicios Amigables

Como se observa en el cuadro 3.2.8, el motivo más frecuente de la consulta en las mujeres adolescentes está vinculado a la atención del embarazo (60%), mientras que en los varones tiene que ver con otras situaciones de salud.

Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>En los últimos 12 meses has acudido alguna vez a la unidad de salud</b>	97%	98%	97%	100%	96%	99%
<b>Motivo de la consulta</b>						
Dolor de cabeza	19%	47%	28%	19%	38%	24%
Alergias	9%	23%	14%	13%		
Dolor abdominal	24%	49%	32%	31%	33%	31%
Infecciones TS	4%		3%	5%		3%
Trastornos alimenticios	2%	2%	2%	2%	8%	3%
Embarazo	60%		40%	68%		50%
Información sobre sexualidad	4%	13%	7%	24%	25%	24%
Depresión	1%		1%	8%	2%	
Otro	45%	63%	52%	17%	55%	27%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

Como se observa en el cuadro 3.2.9, en la mayoría de los casos, las y los adolescentes acudieron acompañados a los servicios de salud (92%vs 94%), situación muy similar presentada en la etapa post-intervención. En ambos sexos, fueron acompañados

principalmente por la madre. En Nuevo León, llama la atención que en los varones el acompañamiento por parte de la madre es elevado, misma tendencia que se repite en la etapa post-intervención. Otro aspecto a mencionar es que en ambos sexos muy pocos acuden para recibir información sobre sexualidad y, en general acuden por alguna otra situación de salud.

Según no la normatividad vigente, las y los adolescentes, pueden o no acudir acompañados a los servicios de salud; sin embargo, según los resultados de este instrumento, los adolescentes declararon que para recibir información o atenderse en la consulta, solicitan la presencia de la madre, padre o tutor. En la etapa pre-intervención, esta exigencia es mayor en el caso de las mujeres, aunque en la etapa post-intervención, este comportamiento lo enfrentan uno de cada dos adolescentes.

<b>Cuadro 3.2.9. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según quién lo acompañó a la consulta por sexo, en Nuevo León, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Alguien te acompañó a la consulta</b>	92%	94%	93%	90%	96%	92%
<b>Quién te acompañó</b>						
Madre o tutora	69%	86%	75%	69%	100%	78%
Padre o tutor	5%	10%	7%	3%		2%
Amigo/a	1%		1%			
Otro familiar	8%	2%	6%	11%		8%
Pareja	11%	2%	8%	11%		8%
No responde	5%		3%	5%		3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Quedaste satisfecha(o)</b>	93%	100%	95%	90%	100%	93%
<b>Para recibir información o atenderte en la consulta te solicitaron necesariamente el que tu padre, madre o tutor/a estuviera presente</b>						
	49%	39%	46%	53%	52%	53%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

En cuanto a los temas que les han platicado los prestadores de servicios cuando han acudido a una consulta en la etapa de pre-intervención ha sido sobre métodos anticonceptivos (71%) en ambos sexos.

Cabe señalar que se presentan importantes diferenciales por sexo según el tema abordado. En la mayoría de los casos los varones adolescentes reciben una mayor información sobre todos los temas abordados (cuadro 3.2.10 (a)).

Las mujeres casi no reciben información sobre el funcionamiento del cuerpo, la eyaculación, el noviazgo, la violencia de pareja, en el noviazgo, la trata de personas, sobre género y las condiciones en que el aborto permitido en México; alrededor de 1 de cada cuatro mujeres tuvieron acceso a esa información, mientras que en el caso de los varones adolescentes esta diferencia se incrementa a uno de cada tres. Los temas más abordados en las mujeres son la menstruación, la sexualidad, las ITS y los embarazos no deseados, situación similar se presenta para la información obtenida por los adolescentes.

Quienes juegan un papel activo entre los prestadores de servicios que ofrecen mayor información son las(os) médicas y enfermeras, mientras que el promotor de salud, presenta el menor papel activo en el otorgamiento de la información a las y los adolescentes.

**Cuadro 3.2.10.a. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según los temas de que le han hablado y quién le habló sobre esos temas en Nuevo León, 2013**

Pre										
	Mujer	Hombre	Total	Quién te habló sobre este tema						
Las ocasiones en que has acudido, te han hablado sobre:				Enfermería	Trabajo social	Médico/a	Psicólogo/a	Promotor/a de salud	No sabe	Total
El funcionamiento del cuerpo	21%	63%	35%	30%	3%	33%	8%	11%	14%	100%
Menstruación	48%	31%	42%	34%	1%	32%	9%	13%	10%	100%
La eyaculación	16%	63%	31%	35%		26%	9%	14%	16%	100%
El noviazgo	20%	49%	30%	26%	2%	17%	15%	24%	17%	100%
Sexualidad	46%	69%	53%	29%	1%	32%	7%	22%	9%	100%
Embarazos no deseados	32%	51%	38%	24%	2%	35%	11%	17%	11%	100%
Métodos anticonceptivos	71%	71%	71%	35%	2%	44%	5%	13%	1%	100%
Infecciones TS y sida	48%	67%	54%	31%	2%	38%	6%	14%	8%	100%
Violencia de pareja	24%	33%	27%	21%	4%	21%	19%	17%	17%	100%
Violencia en el noviazgo	22%	33%	26%	15%	4%	17%	20%	24%	20%	100%
Trata de personas	15%	20%	16%	20%	3%	17%	20%	17%	23%	100%
Sobre género	17%	35%	23%	13%	3%	13%	23%	26%	23%	100%
Aborto permitido en México en casos especiales	17%	39%	24%	28%	0%	26%	13%	11%	22%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.

Como se observa en el cuadro 3.2.10.b, en la etapa de post-intervención, se puede mencionar que se incrementó de manera importante la información proporcionada tanto a mujeres como a hombres adolescentes y se reducen los diferenciales de información proporcionada hacia las mujeres adolescentes. Tanto el médico como la enfermera continúan siendo los prestadores de servicios que más proporcionan información. En términos generales hubo un mejoramiento de las condiciones de la información proporcionada.

<b>Cuadro 3.2.10.b. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según los temas de que le han hablado y quién le habló sobre esos temas en Nuevo León, 2013</b>											
<b>Post</b>											
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Quién te habló sobre este tema</b>							
<b>Las ocasiones en que has acudido, te han hablado sobre:</b>				<b>Enfermería</b>	<b>Trabajo social</b>	<b>Médico/a</b>	<b>Psicólogo/a</b>	<b>Promotor/a de salud</b>	<b>No sabe</b>	<b>No Responde</b>	<b>Total</b>
El funcionamiento del cuerpo	42%	54%	45%	21%		19%	7%	4%	31%	19%	100%
Menstruación	55%	38%	50%	15%	1%	9%	5%	5%	41%	25%	100%
La eyaculación	27%	29%	28%	15%	1%	9%	5%	5%	41%	25%	100%
El noviazgo	42%	67%	49%	27%		12%	13%	1%	30%	16%	100%
Sexualidad	45%	79%	55%	27%	1%	20%	10%	2%	26%	15%	100%
Embarazos no deseados	40%	58%	45%	21%	1%	18%	7%	1%	34%	17%	100%
Métodos anticonceptivos	68%	75%	70%	31%	1%	35%	5%	0%	14%	13%	100%
Infecciones TS y sida	58%	67%	60%	28%	1%	29%	4%	1%	21%	16%	100%
Violencia de pareja	42%	58%	47%	22%		16%	11%	1%	30%	20%	100%
Violencia en el noviazgo	44%	54%	47%	21%		17%	10%	2%	31%	19%	100%
Trata de personas	32%	33%	33%	14%	1%	11%	9%	2%	38%	25%	100%
Sobre género	39%	46%	41%	20%	1%	13%	11%	1%	35%	19%	100%
Aborto permitido en México en casos especiales	31%	39%	33%	15%		12%	7%	2%	38%	25%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

Con respecto al conocimiento sobre ITS y VIH Sida (cuadro 3.2.11) tres de cada cuatro adolescentes declara que sabe cómo prevenirse y la percepción del conocimiento mejora en la etapa de post-intervención. La respuesta más adecuada en este sentido es a través del uso de condones que se encuentra mejor posicionada entre los adolescentes varones tanto en la fase pre como post. No obstante, la abstinencia es reconocida como una forma de prevenirlas, segundo lugar para las mujeres y tercero para los hombres, percepción que se incrementa para las mujeres en la etapa de post-intervención. Esta metodología de prevención es adecuada mientras no se tiene una vida sexual activa. Sin embargo, las y los adolescentes deben contar con toda la información para tomar las decisiones más adecuadas con respecto al ejercicio de su sexualidad.

<b>Cuadro 3.2.11. Porcentaje de adolescentes según conocimiento de ITS y VIH Sida por sexo, en Nuevo León, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Sabes cómo prevenirte de las infecciones de TS</b>	76%	80%	78%	84%	83%	84%
<b>Qué medidas son las más efectivas para prevenir las ITS y VIH Sida</b>						
Usar condones	64%	71%	66%	53.3%	73.7%	58.2%
Tener una pareja a la vez.	22%	12%	19%	8%	5%	8%
No tener relaciones sexuales con trabajadoras/es sexuales o con desconocidas/os.	18%	2%	13%	8%	5%	8%
No realizarse transfusiones sanguíneas.	4%	5%	4%	2%	5%	3%
Reducir el número de parejas sexuales.	9%	5%	7%	3%	5%	4%
No tener relaciones sexuales (abstinencia).	19%	12%	17%	27%	11%	23%
Otra	2%		2%	4%		3%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.						

Algunas de las conclusiones que se pueden obtener en relación a la atención que las y los adolescentes reciben en los servicios amigables son:

- Si las y los adolescentes deciden ir acompañados a los servicios de salud es una decisión que debe ser tomada por ellos, para permitir la entera libertad de contar con un espacio donde se sienta libre, en confianza y con la privacidad necesaria para abordar el tema preventivo o de salud que requiera en cualquier momento y oportunidad.
- Los servicios se denominaron amigables para hacerlos más cercanos a sus necesidades y eliminar las barreras institucionales de acceso, como la señalada de tener que estar acompañado por una persona adulta. La idea es que puedan asistir con quien ellos tomen la decisión y que se sientan lo más cómodos posibles para

solventar todas sus dudas, principalmente las vinculadas a los temas de sexualidad. Esto actualmente no se cumple.

- Con respecto a los temas abordados para mejorar con oportunidad la información referente a su salud sexual y reproductiva enfrenta un fuerte sesgo de género, principalmente porque las y los prestadores de servicios deben reducir sus prejuicios y/o estereotipos en cuanto a la información que se le debe otorgar a hombres y a mujeres adolescentes, ambos deben recibir la misma información no importando si es hombre o mujer. En este sentido, se recomienda establecer una estrategia de sensibilización para mejorar el acceso a información oportuna para ambos sexos en igualdad de condiciones.
- Asimismo, se debe considerar integrar un currículo homogéneo para el proceso de formación de los de los prestadores de servicios que ofrecen atención en un servicio amigable. Los temas de sexualidad y embarazo no deseado son poco abordados, incluso se ofrece muy poca información sobre género, lo cual indica que se encuentran poco sensibilizados en el tema.
- Si el embarazo adolescente constituye un tema de relevancia en la entidad, por lo tanto, los adolescentes deben conocer todo lo relacionado con los cambios que enfrenta su cuerpo durante esta etapa y tanto hombres como mujeres deben saber que les sucede a los hombres y a las mujeres, de manera integral y desde un enfoque de género.
- Dado que la mayoría de las estrategias que se implementan en los servicios amigables son preventivas, es necesario fortalecer esquemas de capacitación continuas en su modalidad de cursos presenciales o virtuales, que puedan funcionar como costo-efectivas para los servicios estatales de salud, que sean probadas y con eficiencia comprobada.
- Los prestadores de servicios deben contar con materiales de formación que también permitan mejorar su conocimiento sobre las problemáticas que enfrenta actualmente la población adolescente.
- Los centros de salud deben contar con materiales de promoción para adolescentes que permitan a estos tener un mayor conocimiento sobre los diferentes temas relevantes durante esta etapa de sus vidas y que aseguran en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Un aspecto positivo que se identificó es que las condiciones generales de la información otorgada, mejoró en la etapa de post-intervención, en otras palabras, los procesos de sensibilización si producen cambios cualitativos en los prestadores de servicios que mejoran las condiciones de atención conforme al marco normativo vigente en el país. Sin embargo, este proceso debe ser progresivo y gradual, que les permita a los servicios estatales de salud adecuarse a las diferentes necesidades locales.

### **3.2.6.2. Servicios de atención a la salud materna**

Conforme a la Norma Oficial de Salud 007 para la atención del embarazo, parto y puerperio, se encuentra normado que el personal de salud promueva al menos seis

revisiones para la embarazada de bajo riesgo. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre.

De las mujeres embarazadas que participaron en la encuesta, todas asistieron a partir de la 13 semana de embarazo, es decir, comienzan a asistir en el segundo trimestre, es decir, que no se cumple con los lineamientos de cursar su primera revisión antes de las 12 semanas. En general, la mayoría de las mujeres comienzan a ir con más frecuencia en el tercer trimestre de gestación, como se puede observar en el cuadro 3.2.12. Una de las conclusiones es que no se cumple estrictamente con los lineamientos de acuerdo a la semana de embarazo y número de revisiones.

Cuadro 3.2.12. Distribución porcentual de usuarias embarazadas según semanas de embarazo y número de revisiones prenatales en Nuevo León, 2013								
	Pre				Post			
	Número de revisiones prenatales				Número de revisiones prenatales			
Semanas de embarazo	1 a 4	5	6 o más	Total	1 a 4	5	6 o más	Total
13 a 24 Semanas	14%	6%		9%	13%		7%	11%
25 a 36 Semanas	58%	56%	36%	53%	42%	25%	53%	45%
37 a 42 Semanas	28%	39%	64%	38%	45%	75%	40%	45%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

Las actividades a realizar durante la atención prenatal, requiere de la elaboración de historia clínica, la detección de factores de riesgo, la identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica, la interpretación y valoración de los estudios de laboratorio tales como biometría hemática, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo, examen general de orina y la prueba de ELISA para VIH-SIDA, la prescripción de vitaminas, la aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico, orientación-consejería en planificación familiar, así como información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.

Con base en la normatividad vigente, todas las mujeres que cursen por la revisión prenatal deberán haber cumplido con los lineamientos mencionados. Cabe señalar que alrededor del 100% de las mujeres embarazadas les tomaron la presión y las pesaron y estas acciones fueron realizadas tanto en la etapa pre como post. Sin embargo, el resto de las acciones recomendadas no cumplen con los criterios normativos. Por ejemplo, es rutinario que durante las revisiones prenatales se le hable a la mujer sobre planificación familiar o que se le ofrezca un método anticonceptivo y, esta práctica solo se hizo con 3 de cada 4 mujeres embarazadas, indicadores que mejoran muy poco en la etapa post.

El ofrecimiento de la prueba de sífilis solo se le realizó a una de cada dos mujeres embarazadas pero mejora sensiblemente durante la fase post (51% vs 89%). En el caso del

ofrecimiento la prueba de VIH el indicador se incrementa de 85% a 92% entre la fase pre a post. Cabe señalar que la evidencia científica recomienda la realización de la prueba para frenar la transmisión al producto. Se encuentra ampliamente documentada y constituyen estrategias costo-efectivas a largo plazo para el sistema nacional de salud.

Solo a tres de cada cuatro mujeres le aplicaron la vacuna contra el tétanos y le recomendaron la lactancia cuando su hijo naciera.

Las actividades de promoción y educación están pobremente desarrolladas y aunque estos indicadores mejoran en la etapa de post-intervención, continúa siendo muy débil, lo cual requiere del fortalecimiento de estas acciones, de contar con materiales adecuados y el personal necesario para hacerlo.

<b>Cuadro 3.2.13. Porcentaje de usuarias embarazadas según las acciones que le realizaron durante las revisiones prenatales en Nuevo León, 2013</b>		
<b>Durante las revisiones de su embarazo</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
Le tomaron la presión.	100	98%
La pesaron.	99	99%
Le aplicaron una vacuna contra el tétanos.	72.4	70%
Le recomendaron que tomara vitaminas.	89.8	93%
Le recomendaron la lactancia para cuando su hijo/a naciera.	71.4	75%
Le dijeron que regresara a otra revisión.	95.9	100%
Le hablaron sobre planificación familiar.	61.2	70%
El personal de salud le informó sobre cómo cuidar su embarazo.	83.7	90%
Le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara.	77.6	68%
Le ofrecieron hacerse la prueba de VIH.	84.7	92%
Le ofrecieron hacerse la prueba de sífilis.	51	89%
Le sugirieron venir con su pareja a todas sus consultas	26.5	32%
Le hablaron de la corresponsabilidad de la pareja en el cuidado del embarazo.	39.8	58%
Le proporcionaron información o algún material con recomendaciones para el involucramiento de su pareja en el cuidado del embarazo.	17.3	13%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.		

Como se observa en el cuadro 3.2.14, no todas las mujeres recibieron información sobre qué hacer o donde ir en caso de una emergencia obstétrica, tarea que sumamente

importante para enfrentar los procesos de demora que pueden conducir a una condición incapacitante de por vida o la muerte materna. No obstante, este indicador se incrementó de 78.6% a 93.3%; sin embargo, todas las mujeres deberían saber qué hacer cuando se presenta una emergencia y, sobre todo, porque la mayoría de las mujeres tuvieron algún tipo de complicación que podría conducir a un evento riesgoso. Poco más de 1 de cada cuatro mujeres tuvieron que ser canalizadas a un servicio de atención especializado debido a la presencia de complicaciones durante el embarazo.

<b>Cuadro 3.2.14. Porcentaje de usuarias embarazadas según si tuvo alguna complicación durante el embarazo en Nuevo León, 2013</b>		
	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>Le explicaron que hacer o dónde ir en caso de emergencia</b>	78.6	93.3
<b>Durante las revisiones de su embarazo ha tenido alguna complicación</b>		
Sangrado vaginal	13.3	5.8
Hinchazón de piernas y/o cara	55.1	7.8
Presión alta	10.2	11.7
Presión baja	32.7	9.7
Frecuentes dolores de cabeza	37.8	12.6
Azúcar en la sangre	4.1	6.8
Infección en los riñones	8.2	1
Diagnóstico de diabetes	1	3.9
Depresión	6.1	2.9
Otro	3.1	20.6
<b>La canalizaron a un servicio especializado para su atención</b>	34.8	28.2
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.		

Una fuerte recomendación que se realiza en relación a los servicios de atención materna, en vísperas a que la norma oficial 007 será actualizada, es garantizar una partida presupuestal para desarrollar un proceso de actualización de todo el personal que presta sus servicios en el primer nivel de atención. Los indicadores reportados por las mujeres indican que se requiere mejorar el conocimiento de la NOM, pero además existen importantes áreas de oportunidad en materia de educación y comunicación que se deberá profundizar para mejorar su desempeño. Particularmente, la promoción y/o trabajo comunitario es insuficiente para mejorar la corresponsabilidad de la familia en el cuidado del embarazo, parto y puerperio.

### **3.2.6.3. Servicios de atención al sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión**

#### **3.2.6.3.1. Sobrepeso y Obesidad**

Actualmente el sobrepeso y la obesidad constituyen condiciones de riesgo relevantes para adquirir otros padecimientos como la diabetes e hipertensión, por eso en este apartado se analiza las condiciones de atención a este problema de salud pública que puede conducir a padecimientos crónicos degenerativos altamente costosos e incapacitantes en el mediano y largo plazos.

Las usuarias(os) fueron entrevistadas(o) en unidades de especialidades médicas, por lo tanto, es población expuesta a alguno de estos padecimientos. Cabe señalar que por limitaciones de tiempo, no se contó con información post-intervención para el caso del sobrepeso y obesidad, por lo que la información presentada se realizará sobre la fase de pre-intervención.

Las UNEMES al ser un servicio médico especializado, se caracteriza por tener una atención más personalizada y de seguimiento de los casos que son canalizados desde el primer nivel de atención a estas unidades. Esto se refleja en la información declarada por las y los usuarias(os), ya que 100% de la población contó con la información sobre sobrepeso y obesidad, le informaron sobre los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso, aunque 66.7% de las mujeres declaró que se le explicó su diagnóstico y tratamiento respecto del 100% reportado de los hombres, incluso, a los varones se le fue proporcionado datos de contacto telefónico para dudas, mientras que a las mujeres no.

Una de cada tres mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud, y aunque en una proporción muy baja, algunas usuarias se sintieron subestimadas o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del profesional de la salud. Probablemente, exista un trato diferenciado, derivado de los roles tradicionales de género que también se refleja en una atención más efectiva hacia el sexo masculino, ya que 100% de los hombres recibieron tratamiento, mientras que las mujeres no y principalmente debido al desconocimiento sobre este servicio de atención y porque desconocía que hubiera tratamiento para atender el sobrepeso y la obesidad.

Mientras que las mujeres requieren realizar un plan de alimentación y actividad física, en los hombres es uno u otro. En el caso de las mujeres ellas son las responsables de la preparación de sus alimentos, los hombres declaran que ellos son responsables o se los prepara otra persona. Cabe señalar que la mayoría de las y los usuarios declaran no realizar actividad física para mejorar su condición de salud.

<b>Cuadro 3.2.15. Porcentaje de usuarias (os) con sobrepeso y obesidad según diversas características de la atención en Nuevo León, 2013</b>				
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	
<b>Le han informado qué es el sobrepeso y la obesidad</b>	100	100	100	
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>Algún/a médico/a o enfermero/a le ha dicho que tiene sobrepeso u obesidad</b>	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>				
Amable y respetuoso/a.	100.0%	100.0%	100.0%	<b>No se levantó información para usuarias(os) con sobrepeso y obesidad en la fase post</b>
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas		50%	13%	
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	66.7%	100.0%	75.0%	
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	83.3%	100.0%	87.5%	
Burlón/a y sarcástico/a.	0	0	0	
Agresivo/a y regañón/a.	0	0	0	
Alarante respecto a mi condición de salud (me asustó)	33.3%	50.0%	37.5%	
Me subestimó (me trató como ignorante).	16.7%		12.5%	
Me culpabilizó de mi condición	16.7%		12.5%	
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	0	0	0	
<b>Ha recibido tratamiento</b>	66.7%	100.0%	75.0%	
<b>Cuál es el motivo de no llevar un tratamiento</b>				
No sabía dónde atenderme	33.3		33.3	
No sabía que existía tratamiento para el sobrepeso y la obesidad	66.7%		66.7%	
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>				
Sólo llevar un plan de alimentación	60.0%		42.9%	
Sólo hacer ejercicio o actividad física		50.0%	14.3%	
Ambos	40.0%	50.0%	42.9%	
<b>Quién prepara los alimentos de su plan de alimentación</b>				
Yo (mujer)	100.0%		71.4%	
Yo (hombre)		50.0%	14.3%	
Mi madre		50.0%	14.3%	
<b>El/la médico/a le indicó específicamente que usted preparara sus alimentos</b>				
Usted (mujer)	100	0	71.4	
Usted (hombre)	0	50	14.3	
Su madre	0	50	14.3	
<b>Cuánto tiempo de ejercicio realiza al día</b>				
No dedica tiempo	83.3%		62.5%	
De 15 a 30 min.	16.7%	100.0%	37.5%	
N	6	2	8	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.				

### **3.2.6.3.2. Diabetes**

En el caso de la atención a la diabetes, la población usuaria declara que prácticamente 100% recibió información sobre este padecimiento, le indicaron los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso, se le explicó su diagnóstico y tratamiento al 100% de los hombres y mujeres y a uno de cada dos usuarios les fueron proporcionados sus datos de contacto telefónico para dudas, indicador que se incrementa a tres de cada cuatro en la etapa de post-intervención.

Un porcentaje muy reducido de mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud, se sintieron subestimadas o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del profesional de la salud; si este aspecto se reduce a cero, la calidad de la atención proporcionadas en las UNEMES es excelente.

Prácticamente 100% de la población usuaria con diabetes, recibió tratamiento y le recomendaron un plan de alimentación y activación física. La mayoría recibió tratamiento médico, además de recomendarle medicina alternativa. Estos indicadores se mantienen en casi 100% para ambos sexos en la etapa de pos-intervención.

Mientras que en los hombres la mayor frecuencia de visita a la unidad es de cuatro veces, en las mujeres es de 9 a 12 veces, aunque en la etapa de post-intervención tanto hombres como mujeres asisten a consulta de 5 a 8 veces.

Es importante mencionar que la mayoría de las y los usuarias(os) con diabetes ha tenido complicaciones de salud. En el caso de las mujeres sufren ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies (52%), le ha disminuido la visión (48%), presentan depresión (30%) y han presentado úlceras en las piernas (20%). En el caso de los hombres presentan una mayor frecuencia de disminución de la visión (79%), sufren ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies (68%) y padecen depresión (32%). En la etapa de post-intervención mantienen los mismos padecimientos para ambos sexos pero en una proporción menor.

<b>Cuadro 3.2.16. Porcentaje de usuarias (os) con diabetes según diversas características de la atención en Nuevo León, 2013</b>						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Le han informado qué es la DM</b>	95%	96%	95%	100%	100%	100%
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	100%	96%	98%	100%	100%	100%
<b>Algún/a médico/a o enfermero/a le ha dicho que tiene DM</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	98%	96%	97%	100%	100%	100%
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	68%	56%	63%	81%	76%	79%
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	98%	100%	99%	100%	100%	100%
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	100%	92%	97%	95%	100%	98%
Burlón/a y sarcástico/a.	3%	0%	2%	0%	0%	0%
Agresivo/a y regañón/a.	8%	4%	6%	0%	0%	0%
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	8%	0%	5%	5%		2%
Me subestimó (me trató como ignorante).	3%	0%	2%	5%		2%
Me culpabilizó de mi condición	15%	4%	11%	5%		2%
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	8%	0%	5%	5%	5%	5%
<b>Ha recibido tratamiento</b>	98%	92%	95%	100%	100%	100%
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	97%	100%	98%	100%	100%	100%
Sólo hacer ejercicio o actividad física	85%	83%	84%	100%	100%	100%
Homeopatía (chochos).	13%	8%	11%	5%	5%	5%
Herbolaria.	11%	12%	11%	10%	5%	7%
Medicina alternativa (tradicional).	26%	40%	32%	24%	24%	24%
Medicina clínica (pastillas, insulina, ambas)	100%	96%	98%	86%	90%	88%
Otra	33%	0%	25%			
<b>Cuántas veces acudió a la clínica</b>						
1 a 4	34%	38%	36%	30%	25%	28%
5 a 8	24%	33%	27%	45%	50%	48%
9 a 12	42%	29%	37%	25%	25%	25%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Debido a la diabetes ha tenido algunas complicaciones</b>						
Ulceras en piernas o pies que tardan en sanar más de 4 semanas	20%	16%	18%	0%	5%	3%
Le han amputado alguna parte del cuerpo.	7%	16%	10%	0%	10%	5%
Le ha disminuido su visión.	48%	79%	60%	37%	24%	30%
Ha sufrido daño en la retina.	3%	21%	10%	11%	14%	13%
Ha perdido la vista.	0%	16%	6%	11%	10%	10%
Le han hecho diálisis.	3%	11%	6%		5%	3%
Ha sufrido algún infarto	13%	21%	16%		5%	3%
Ha sufrido coma diabético	17%	11%	14%		5%	3%
Sufre ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies	52%	68%	58%	21%	14%	18%
Estado de ánimo decaído (depresión)	30%	32%	31%	21%	14%	18%
Falta de deseo sexual	23%	6%	17%	12%	5%	8%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.						

### 3.2.6.3.3. Hipertensión

Por limitaciones de tiempo, no se contó con información post-intervención para el caso de la Hipertensión Arterial, por lo que la información presentada se realizará sobre la fase de pre-intervención.

En el caso de la atención a la hipertensión, la población usuaria declara que prácticamente 100% recibió información sobre este padecimiento, le indicaron los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

<b>Cuadro 3.2.17. Porcentaje de usuarias (os) con hipertensión según diversas características de la atención en Nuevo León, 2013</b>					
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>	
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>		
<b>Le han informado qué es la HP</b>	94%	100%	97%		
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	94%	100%	97%		
<b>Algún/a médico/a o enfermero/ale ha dicho que tiene HP</b>	100%	100%	98%		
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>					
Amable y respetuoso/a.	100%	100%	100%	<b>No se levantó información para usuarias(os) con hipertensión en la fase post</b>	
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	69%	40%	56%		
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	97%	100%	98%		
Me explicó causas y consecuencias de la HP	88%	92%	90%		
Burlón/a y sarcástico/a.		4%	2%		
Agresivo/a y regañón/a.	3%	4%	3%		
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	13%	4%	9%		
Me subestimó (me trató como ignorante).	6%		3%		
Me culpabilizó de mi condición	3%	8%	5%		
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	3%		2%		
<b>Ha recibido tratamiento</b>	97%	96%	96%		
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>					
Sólo llevar un plan de alimentación	90%	81%	86%		
Sólo hacer ejercicio o actividad física	87%	73%	81%		
Homeopatía (chochos).	10%	8%	9%		
Comer poca sal	90%	88%	89%		
Dejar de fumar	19%	73%	44%		
No tomar bebidas alcohólicas	23%	58%	39%		
Herbolaria	6%	8%	7%		
Medicina Alternativa	35%	27%	32%		
Medicina Clínica	100%	100%	100%		
Otra	17%	0%	9%		

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

El trato es percibido como amable y respetuoso, se le explicó su diagnóstico y tratamiento al 100% de los hombres y mujeres y a uno de cada dos usuarios les fueron proporcionados sus datos de contacto telefónico para dudas.

Un porcentaje muy reducido de mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud, se sintieron subestimadas o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del profesional de la salud; si este aspecto se reduce a cero, la calidad de la atención proporcionadas en las UNEMES es excelente.

Prácticamente 100% de la población usuaria con hipertensión, recibió tratamiento y le recomendaron un plan de alimentación y activación física. La mayoría recibió tratamiento médico, además de recomendarle medicina alternativa. Los hombres adicionalmente revieron la recomendación de dejar de fumar y no consumir bebidas alcohólicas.

### **3.3. Tlaxcala**

#### **3.3.1. Características sociodemográficas**

Como se puede observar en el cuadro 3.3.1, las características de la muestra durante la fase pre intervención, estuvo concentrada en el grupo de edad de 20 a 59 años, con una mayor representación de mujeres en la fase pre y post (57.1% vs 66.4%). La mayor participación femenina en edad fértil, está principalmente vinculada con la atención del embarazo, incluso en la población adolescente, tendencia que es muy característica de los servicios de salud. En la población adolescente de 10 a 19 años, hubo una mayor representación masculina tanto en la etapa de pre y post intervención (50% y 42.1%).

En Tlaxcala, 2.6% de las personas mayores de 5 años, es hablante de alguna lengua indígena, ocupa el lugar número 17 de acuerdo a este indicador y, el grupo lingüístico más importante es el Náhuatl. Las usuarias a los servicios de salud captadas en la muestra en la fase pre representan 4.4% mientras que en los hombres es de casi el doble (7.0%), mientras que en la fase post se captó una menor proporción de 0.7% para las mujeres y 1.8% en los hombres.

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de la población puede escribir un recado. La mayoría de la población que asistió a los servicios de salud posee secundaria completa, aunque existe un sesgo hacia una mayor escolaridad femenina.

Con respecto al estado civil, es importante señalar que la mayoría de las mujeres que asistieron a los servicios de salud se encuentran en unión libre, tanto en la fase pre como en la post (36.2% vs 32.1%) y curiosamente alrededor del 50% de los hombres se declaran solteros, mientras que una baja proporción se declara en unión libre (6.3% vs 15.3%). Poco más de uno de cada 4 en ambas etapas, tanto en hombres como mujeres se encuentran casados.

<b>Cuadro 3.3.1. Características Sociodemográfica de la población entrevistada en unidades de salud seleccionadas de los cuatro programas prioritarios en Tlaxcala, 2013</b>							
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>			
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	
<b>Grupo de Edad</b>							
10-19 años	37.1%	50.0%	41.3%	28.7%	42.1%	32.5%	
20-59 años	57.1%	32.0%	48.9%	66.4%	45.6%	60.5%	
Más de 60 años	5.9%	18.0%	9.8%	4.9%	12.3%	7.0%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>Entiende alguna lengua indígena</b>	4.4%	7.0%	5.2%	0.7%	1.8%	1.0%	
<b>Puede escribir un recado</b>	95.6%	93.0%	94.8%	95.8%	94.7%	95.5%	
<b>Nivel Escolaridad</b>							
sin escolaridad	3.9%	3.0%	3.6%	2.9%	5.3%	3.6%	
Primaria incompleta	8.8%	6.0%	7.9%	5.8%	8.8%	6.6%	
Primaria completa	18.1%	19.0%	18.4%	13.7%	5.3%	11.2%	
Secundaria incompleta	10.8%	29.0%	16.8%	16.5%	38.6%	23.0%	
Secundaria completa	27.9%	20.0%	25.3%	41.7%	28.1%	37.8%	
Preparatoria incompleta	14.7%	10.0%	13.2%	7.9%	8.8%	8.2%	
Preparatoria completa	12.3%	4.0%	9.5%	8.6%	1.8%	6.6%	
Licenciatura incompleta	1.5%	3.0%	2.0%	0.7%		0.5%	
Licenciatura completa	1.0%	6.0%	2.6%	2.2%	3.5%	2.6%	
Otra	1.0%		0.7%				
<b>Estado Civil Actual</b>							
Vive en unión libre	36.2%	6.3%	26.5%	32.1%	15.2%	27.1%	
Casado/a	29.1%	38.9%	32.3%	30.3%	37.0%	32.3%	
Sep/Viu/Div	9.5%	2.1%	7.1%	10.1%	4.3%	8.4%	
Soltero	25.1%	52.6%	34.0%	27.5%	41.3%	31.6%	
N	204	100	304	143	57	200	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.							

### 3.3.2. Motivo de la consulta

Como se observa en el cuadro 3.3.2(a), en Tlaxcala, una de cada cuatro mujeres, asisten a la consulta para la atención del embarazo, parto y puerperio, mientras que en los hombres se aglutinan en consultas diversas, más inespecíficas (45.4%).

Si se analiza por grupo de edad (cuadro 3.3.2.b), el motivo de la consulta en la población adolescentes de 10 a 19 años, se vincula a la atención de consultas diversas, mientras que entre los 20 y 29 años, acuden para la revisión de su embarazo (alrededor del 50%). Mientras que una de cada dos personas de 45 a 49 años, fueron a la consulta para la atención de la diabetes, pero principalmente, la población usuaria acude para la realización de un chequeo de salud y la atención a consultas diversas.

**Cuadro 3.3.2. a. Distribución porcentual de las usuarias(os) de los servicios según el motivo de la última consulta según sexo en Tlaxcala, 2013**

Motivo Consulta	Mujer	Hombre	Total
Calentura, diarrea y dolor de estómago	1.5%	3.1%	2.0%
Chequeo de salud	28.1%	18.6%	25.0%
Consultas diversas	23.6%	45.4%	30.7%
Control del embarazo, parto y puerperio	22.1%		14.9%
Diabetes	6.0%	16.5%	9.5%
Dolor de alguna parte del cuerpo	0.5%	2.1%	1.0%
Hipertensión	3.0%	4.1%	3.4%
Infección por diferentes motivos	0.5%		0.3%
Otro	14.1%	10.3%	12.8%
Pláticas	0.5%		0.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

**Cuadro 3.3.2.b. Distribución porcentual de las usuarias(os) de los servicios según el motivo de la última consulta según edad en Tlaxcala, 2013**

Motivo Consulta	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 y más	Total
Calentura, diarrea y dolor de estómago	6.7%	2.7%	3.8%									2.3%
Chequeo de salud	44.4%	21.9%	19.2%	20.0%	25.0%	26.7%	20.0%	12.5%	5.6%	23.5%		24.1%
Consultas diversas	42.2%	43.8%	26.9%	23.3%	31.3%	20.0%	30.0%	6.3%	27.8%	23.5%		32.3%
Control del embarazo parto y puerperio		15.1%	46.2%	46.7%	31.3%	13.3%						16.5%
Diabetes				3.3%		13.3%	20.0%	56.3%	22.2%	11.8%		7.5%
Dolor de alguna parte del cuerpo	2.2%	1.4%								5.9%		1.1%
Hipertensión		1.4%				13.3%			5.6%	17.6%		2.6%
Infección por diferentes motivos		1.4%										0.4%
Otro	4.4%	11.0%	3.8%	6.7%	12.5%	13.3%	30.0%	25.0%	38.9%	17.6%		12.8%
Pláticas		1.4%										0.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

### **3.3.3. Percepción de la satisfacción de las usuarias(os) con respecto al tiempo de espera**

Como se observa en el cuadro 3.3.3, uno de los aspectos a destacar en Tlaxcala es que 8 de cada 10 hombres y mujeres son atendidos en los primeros 30 minutos de espera en los servicios de salud, indicador que se reduce sensiblemente en la etapa de post-intervención para las mujeres (75%), mientras que en los hombres asciende a 96%; es importante señalar, que los hombres esperan menos tiempo para ser atendidos. Si este proceso, se analiza a través del tiempo promedio de espera entre la etapa pre y post, en el caso de las mujeres se mantiene alrededor de los 30 minutos, mientras que en los hombres se reduce de 25 a 16 minutos. Cabe señalar que Tlaxcala presenta un buen comportamiento de este indicador ya que la mayoría de la población es atendida en los primeros 30 minutos de llegada al servicio de salud. Podría mencionarse que Tlaxcala al ser un estado pequeño, los tiempos de traslado de la población se reducen y podría ofrecer alguna explicación sobre este comportamiento.

Un aspecto a destacar es que los hombres esperan menos tiempo que las mujeres. Este proceso podría ser explicado conceptualmente por la persistencia de la visibilización de los roles tradicionales de género, donde el hombre es visto como productivo y la mujer vista desde ese rol más pasivo y paciente para ser atendida, habrá que profundizar en futuras investigaciones sobre los diferenciales que se presentan en los tiempos de espera por sexo.

Como se observa en el cuadro 3.3.4, con respecto al trato recibido durante la última consulta, se puede señalar que tanto hombres como mujeres perciben un buen trato, lo que muestra que la atención que recibió fue adecuada porque se refirieron por su nombre, le inspiró confianza, el tiempo para atenderla(o) fue adecuado, le explicó el tratamiento, le contestó claramente todas las preguntas, le explicó su situación general de salud, la atención fue personalizada y de respeto y el lenguaje utilizado fue fácil de entender.

En Tlaxcala, los resultados obtenidos entre la fase de pre-post intervención no muestran un impacto positivo, debido a que la mayoría de los casos más bien se observa un retroceso en cada uno de los indicadores, es decir, que la intervención no produjo ningún cambio en las condiciones de trato hacia las y los usuarias(os) de los servicios de salud. En ambas etapas, cabe señalar que se presenta una brecha diferencial del trato en la consulta a favor de los hombres.

Por ejemplo en el indicador de satisfacción, uno de cada cuatro hombres quedó muy satisfecho, mientras que en las mujeres, este indicador solo es de 13%, aunque en ambos sexos, la agrupación de los indicadores de muy satisfecha(o) y satisfecha(o), es de 83% en la fase de pre-intervención y se mantiene prácticamente en los mismos niveles en la fase post.

<b>Cuadro 3.3.3. Distribución porcentual del tiempo de espera, duración de la consulta y percepción de la satisfacción de usuarias(os) de los servicios según sexo en Tlaxcala, 2013</b>							
Características	Pre			Post			
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	
<b>Tiempo de espera</b>							
De 5 a 30 '	80%	81%	80%	75%	96%	81%	
De 31 a 60 '	11%	13%	11%	12%	2%	9%	
De 61 a 120 '	5%	5%	5%	11%	2%	8%	
De 121 a 180 '	4%	1%	3%	2%		1%	
4 horas o más	1%	1%	1%				
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Duración de la Consulta</b>							
De 1 a 6 '	7%	1%	5%	5%		3%	
10'	6%	11%	7%	12%	6%	10%	
15'	19%	18%	19%	20%	11%	17%	
De 20 a 30'	56%	55%	56%	49%	66%	54%	
De 31 a 60'	12%	16%	13%	14%	15%	14%	
Más de 1 hora	1%		0%	1%	2%	1%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Percepción de satisfacción con respecto a tiempo de espera</b>							
Muy satisfecha	12%	16%	13%	9%	8%	9%	
Satisfecha	50%	59%	53%	38%	60%	45%	
Regularmente satisfecha	26%	22%	24%	36%	25%	33%	
Insatisfecha	8%	1%	5%	16%	4%	13%	
Muy insatisfecha	5%	2%	4%	1%	2%	1%	
No responde	1%		0%	0%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Promedio total de tiempo de espera en minutos</b>							
	31.61	25.63	29.67	32.77	16.33	27.81	
<b>Promedio total de duración de la consulta en minutos</b>							
	24.77	26.32	25.27	24.59	29.68	26.19	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.							

<b>Cuadro 3.3.4. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según Calidad de la atención en la última consulta por sexo en Tlaxcala, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
Se refirió por su nombre	80%	88%	82%	71%	85%	75%
La llamó de otra manera	14%	74%	12%	31%	15%	26%
Le inspiro confianza	90%	91%	90%	88%	85%	87%
Considera que destinó suficiente tiempo para atenderla/o.	88%	83%	86%	88%	81%	86%
Explico el tratamiento	91%	94%	92%	90%	92%	91%
Le contestó claramente todas las preguntas que usted hizo durante la consulta.	93%	97%	94%	90%	92%	91%
Le preguntó su opinión sobre los tratamientos.	66%	74%	69%	67%	79%	71%
Considera que la atención que le brindó fue personalizada y de respeto.	94%	99%	96%	95%	98%	96%
Le explicó su situación general de salud.	89%	93%	91%	87%	91%	89%
El lenguaje utilizado por la persona que le atendió fue fácil de entender.	94%	97%	95%	89%	92%	90%
Considera que la atención que recibió fue adecuada	90%	94%	91%	94%	96%	94%
<b>Como se sintió con la información que le dieron de su condición de salud</b>						
Muy satisfecha	13.5%	28.1%	18.2%	17%	30%	21%
Satisfecho	69.5%	55.2%	64.9%	64%	62%	63%
Regularmente satisfecha/o	14.5%	13.5%	14.2%	16%	9%	13%
Insatisfecho	0.5%	2.1%	1.0%	3%		2%
Muy insatisfecho	2.0%	1.0%	1.7%	1%		1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100%	100%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.						

### **3.3.4. Conocimiento sobre sus derechos, discriminación y mecanismos de ejercicios de sus derechos**

Poco más del 50% de la población usuaria de los servicios conoce o sabe qué es un derecho humano; si los derechos humanos no se conocen, no se puede ejercer ciudadanía y exigir ciertas condiciones con las cuales se debe ofrecer un servicio de salud. Como se observa en el cuadro 3.3.5, no existe una consistencia de la información para ambos sexos entre la fase de pre-intervención y post-intervención, mientras que en las mujeres el conocimiento de lo que es un derecho humano se reduce de 64% a 50%, en los hombres de 67% a 60%.

Cuando se analiza específicamente, cuáles son los derechos humanos en la atención a la salud, este conocimiento es aún mucho menor, alrededor de 1 de cada 2 usuarias(os) de los servicios de salud reconoce cuáles son sus derechos en la atención a la salud tanto en la fase de pre y post intervención.

<b>Cuadro 3.3.5. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento de los derechos humanos por sexo en Tlaxcala, 2013</b>						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Usted sabe qué es un Derecho Humano	64%	67%	65%	50%	60%	53%
Conoce cuáles son sus DH como usuaria de un Servicio de Salud	46%	47%	46%	43%	51%	45%
<b>Conocimiento sobre los derechos en los servicios de salud</b>						
A recibir una atención segura y de calidad	76%	90%	80%	73%	91%	79%
A recibir un trato digno, humano y amable por parte de los/as servidores/as de la salud	64%	78%	68%	63%	63%	63%
A ser atendido/a oportunamente	50%	49%	49%	46%	57%	49%
A recibir atención en sitios tranquilos, limpios e higiénicos y en condiciones de privacidad	48%	47%	48%	39%	57%	45%
A la privacidad y al manejo adecuado y confidencial de mi historia clínica	43%	35%	41%	41%	70%	51%
A recibir información clara y comprensible sobre mi enfermedad, procedimientos, tratamientos, riesgos y costos del servicio prestado	46%	39%	44%	44%	63%	51%
A que se respete mi voluntad para realizar o no procedimientos y tratamientos (consentimiento informado y/o disenso)	51%	33%	46%	28%	63%	40%
A ser escuchado/a: obtener respuesta oportuna a mis quejas, reclamos, sugerencias y reconocimientos relacionados con el proceso de atención.	50%	44%	49%	33%	67%	44%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

Cabe señalar que en México, la información sobre la atención médica que se le brinda al paciente está legislada en diferentes instrumentos de normatividad jurídica. Sin embargo, a más de una década de la modificación en la Ley General de Salud -reformada en 2001-, estos continúan siendo poco accesibles a la población a pesar de que existan carteles en los servicios de salud donde se estipulan los derechos que tienen los pacientes para mejorar la calidad de la atención médica y fomentar el respeto a sus necesidades e intereses.

Los derechos más conocidos son los referidos a recibir una atención segura y de calidad y un trato digno. Sin embargo, derechos como a recibir información clara y comprensible, a la privacidad, a espacios adecuados, a que se respete la voluntad del paciente y a ser escuchados son menos conocidos.

Es importante profundizar sobre este tema y analizar de qué manera afecta a las condiciones de equidad en la atención, sobre todo en las relaciones que se establecen entre los prestadores y la población usuaria de los servicios de salud. Cabría preguntarse si existen estrategias para la difusión de los derechos del paciente “denominados así por los servicios de salud” y cómo estos pueden exigirlos.

Por el contrario, el tema de discriminación es más reconocido por la población usuaria de los servicios de salud, poco más del 90%, expresa saber que es la discriminación. Las mujeres, son las que perciben haber vivido mayores situaciones discriminación en los servicios de salud vinculadas principalmente al rechazo en la atención por ser menor de edad, a la indiferencia de las personas y al maltrato por los prestadores de servicios.

Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Usted sabe qué es la discriminación</b>	93.0%	90.6%	92.2%	91.9%	85.4%	89.9%
<b>Se ha sentido discriminado en los servicios de salud</b>	13.6%	13.7%	13.6%	8.9%	2.2%	7.0%
<b>Qué le sucedió</b>						
Indiferencia de las personas	32.3%	23.1%	29.5%	40.0%		33.3%
Maltrato	12.9%	23.1%	15.9%	10.0%		8.3%
Por ser menor de edad	35.5%	38.5%	36.4%	30.0%	100.0%	41.7%
Otro	19.4%	15.4%	18.2%	20.0%		16.7%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

Estos elementos son sugerentes para al abordar la transversalización de la perspectiva de género en los programas de salud, es decir, independientemente del problema de salud, las y los usuarias(os) de los servicios necesitan conocer sus derechos para poder exigirlos y cuáles son los mecanismos para hacerlos efectivos. Estos elementos mejorarían las condiciones de equidad en el proceso de atención a la salud.

Una queja constituye un reclamo realizado por un usuario(a) a un establecimiento de salud, en el caso de que un trabajador, empleado o autoridad del establecimiento haya vulnerado el derecho a la salud. En la mayoría de los establecimientos de salud no existen órganos de control por lo que el buzón de quejas, se considera como un mecanismo para mejorar la calidad de la atención ¿pero constituye un mecanismo de exigibilidad de los derechos?, habría que profundizar en este aspecto.

Conforme a los resultados presentados en el cuadro 3.3.7, la respuesta más factible es que no. Alrededor del 70% de la población usuaria sabe que existe un buzón de quejas, pero prácticamente nadie lo utiliza. Tres de cada cuatro personas usuarias de los servicios de salud sabe que existe el buzón; no obstante, este conocimiento debería ser universal para todas las personas.

Un hecho a señalar es que el enfoque de derechos humanos no está integrado a los servicios de salud. Si los prestadores de servicios tienen conocimiento, tiene más que ver con una protección a su defensa más que como una garantía de protección a las y los usuarios(as) de los servicios de salud. Por lo tanto, la promoción de los derechos implica un proceso de gestión que se debe realizar para mejorar la calidad de la atención a la salud.

En términos de diferenciales por sexo, se requieren fortalecer las condiciones de equidad en la atención a la salud de las mujeres, debido a que consistentemente se observaron menores niveles de satisfacción tanto en los tiempos de espera, como en la calidad de la información proporcionada y menores niveles de conocimientos en materia de derechos humanos, en otras palabras, existe un trato diferenciado en la atención por sexo, en detrimento de las mujeres y, recordemos que la mayoría de ellas acudieron a consulta para la atención y seguimiento de su embarazo.

El sistema nacional de salud debe prepararse para cumplir con el enfoque de derechos humanos. No solo se trata de que los prestadores de servicios estén sensibilizados, sino también con las insuficiencias que presentan actualmente los mismos, como la carencia de personal, la falta de medicamentos o la ausencia de espacios adecuados. Los servicios de salud deben garantizar el derecho a la salud.

Este es un proceso de transformación que se podría mejorar de manera gradual, empezando con acciones costo-efectivas, como la sensibilización al personal de salud; está documentado que un cambio de actitud tiene un impacto cualitativamente importante en la percepción de la calidad de la atención. Adicionalmente se debe iniciar con un proceso de promoción de los derechos de las y los usuarios y los mecanismos para que estos se hagan efectivos.

Cuadro 3.3.7. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento del buzón de quejas por sexo en Tlaxcala, 2013							
Características	Pre			Post			
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	
Sabe que existe un buzón de quejas	68%	67%	67%	57%	61%	59%	
Lo ha utilizado	2%	4%	3%	4%	8%	5%	

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

### 3.3.5. Programas Prioritarios

#### 3.3.5.1. Servicios Amigables

Como se observa en el cuadro 3.3.8, el motivo más frecuente de la consulta en las mujeres adolescentes está vinculado a la atención del embarazo (42%), mientras que en los varones tiene que ver con otras situaciones de salud (55%). Cabe señalar que en Tlaxcala casi uno de cada cuatro adolescentes para ambos sexos, acudieron para solicitar información sobre sexualidad en la fase de pre-intervención mientras que en la etapa de post-intervención, se vincula con la atención a ITS tanto para hombres como mujeres.

Cuadro 3.3.8. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta en los últimos 12 meses y motivo de la consulta por sexo en Tlaxcala, 2013							
Características	Pre			Post			
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	
En los últimos 12 meses has acudido alguna vez a la unidad de salud	96%	93%	95%	95%	92%	94%	
<b>Motivo de la consulta</b>							
Dolor de cabeza	17%	24%	20%	28%	57%	40%	
Alergias	7%	10%	8%	23%	15%	20%	
Dolor abdominal	21%	7%	16%	18%		11%	
Infecciones TS	2%		2%	100%	100%	100%	
Trastornos alimenticios	4%		2%	3%		2%	
Embarazo	42%		25%	44%		28%	
Información sobre sexualidad	21%	22%	21%	3%	5%	4%	
Depresión		3%	1%	3%	5%	4%	
Otro	52%	55%	53%	48%	37%	44%	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.							

En la mayoría de los casos, las y los adolescentes acudieron acompañados a los servicios de salud (88% vs 82%), situación muy similar presentada en la etapa post-intervención. En ambos sexos, fueron acompañados principalmente por la madre; misma tendencia que se repite en la etapa post-intervención.

Cuadro 3.3.9. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según quién lo acompañó a la consulta por sexo en Tlaxcala, 2013							
Características	Pre			Post			
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	
Alguien te acompañó a la consulta	88%	82%	86%	84%	80%	83%	
<b>Quién te acompañó</b>							
Madre o tutora	75%	85%	79%	82%	85%	83%	
Padre o tutor	5%	8%	6%	8%	15%	10%	
Amigo/a		3%	1%	3%		2%	
Otro familiar	6%	5%	6%	8%		5%	
Pareja	14%		9%				
No responde	0%	0%	0%				
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Quedaste satisfecho(o)	90%	93%	91%	90%	91%	90%	
<b>Para recibir información o atenderte en la consulta te solicitaron necesariamente el que tu padre, madre o tutor/a estuviera presente</b>							
	39%	61%	48%	53%	63%	56%	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.							

Según no la normatividad vigente, las y los adolescentes, pueden o no acudir acompañados a los servicios de salud; sin embargo, según los resultados de este instrumento, los adolescentes declararon que para recibir información o atenderse en la consulta, solicitan la presencia de la madre, padre o tutor. En la etapa pre-intervención, esta exigencia es mayor en el caso de los hombres, aunque en la etapa post-intervención, este comportamiento lo enfrentan poco más de uno de cada dos adolescentes.

Como se observa en el cuadro 3.3.10, en la etapa de pre-intervención el otorgamiento de información sobre métodos anticonceptivos es el más frecuente, 61% y 59% respectivamente para mujeres y hombres adolescentes. En las mujeres, los temas más abordados son la sexualidad, la menstruación, las ITS y los embarazos no deseados, mientras que en los varones adolescentes son el funcionamiento del cuerpo, la sexualidad y las ITS.

Las mujeres reciben menos información sobre el funcionamiento del cuerpo, la eyaculación, el noviazgo, la violencia de pareja, en el noviazgo, la trata de personas, sobre género y el aborto permitido en México; alrededor de una de cada tres mujeres tuvieron acceso a esa información, mientras que en el caso de los varones se presenta una tendencia similar. En la mayoría de los casos los varones adolescentes reciben una mayor información sobre los temas abordados (cuadro 3.3.10 (a)). Los prestadores de servicios que ofrecen mayor información son las(os) médicas y enfermeras, mientras que el promotor de salud es el que presenta el menor papel activo en el otorgamiento de la información a las y los adolescentes.

<b>Cuadro 3.3.10.a. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según los temas de que le han hablado y quién le habló sobre esos temas en Tlaxcala, 2013</b>										
<b>Pre</b>										
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Quién te habló sobre este tema</b>						
<b>Las ocasiones en que has acudido, te han hablado sobre:</b>				<b>Enfermera</b>	<b>Trabajo social</b>	<b>Medico/a</b>	<b>Psicólogo/a</b>	<b>Promotor/a de salud</b>	<b>No sabe</b>	<b>Total</b>
El funcionamiento del cuerpo	44%	59%	50%	53%	2%	40%		3%	2%	100%
Menstruación	54%	33%	45%	0%	37%	6%	52%	4%	2%	100%
La eyaculación	28%	37%	32%	30%	5%	57%	0%	8%	0%	100%
El noviazgo	44%	50%	46%	39%	11%	31%	13%	6%	0%	100%
Sexualidad	55%	59%	56%	38%	6%	48%	2%	6%		100%
Embarazos no deseados	51%	48%	50%	29%	5%	55%	3%	3%	3%	100%
Métodos anticonceptivos	61%	59%	60%	29%	7%	54%	3%	6%	1%	100%
Infecciones TS y sida	54%	59%	56%	32%	5%	53%	2%	6%	3%	100%
Violencia de pareja	46%	48%	47%	39%	9%	31%	15%	6%	0%	100%
Violencia en el noviazgo	48%	48%	48%	35%	4%	37%	12%	9%	4%	100%
Trata de personas	30%	35%	32%	38%	22%	22%	8%	8%	3%	100%
Sobre género	34%	37%	35%	36%	12%	40%	2%	10%		100%
Aborto permitido en México en casos especiales	31%	24%	28%	20%	6%	57%	3%	9%	6%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.

En la etapa de post-intervención, disminuyó la información proporcionada tanto a mujeres como a hombres adolescentes y se incrementan los diferenciales de información proporcionada a favor de los hombres adolescentes. Tanto el médico como la enfermera continúan siendo los prestadores de servicios que más proporcionan información. En términos generales no hubo mejoramiento de las condiciones de la información proporcionada durante esta etapa.

<b>Cuadro 3.3.10.b. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según los temas de que le han hablado y quién le habló sobre esos temas en Tlaxcala, 2013</b>										
<b>Post</b>										
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Quién te habló sobre este tema</b>						
<b>Las ocasiones en que has acudido, te han hablado sobre:</b>				<b>Enfermería</b>	<b>Trabajo social</b>	<b>Médico/a</b>	<b>Psicólogo/a</b>	<b>No sabe</b>	<b>No Responde</b>	<b>Total</b>
El funcionamiento del cuerpo	39%	79%	54%	28%	3%	69%				100%
Menstruación	54%	25%	43%	20%	13%	60%	3%	3%		100%
La eyaculación	12%	17%	14%	6%	6%	50%	6%	6%	25%	100%
El noviazgo	34%	50%	40%	14%	21%	38%	17%	10%		100%
Sexualidad	46%	75%	57%	16%	8%	58%	16%	3%		100%
Embarazos no deseados	37%	58%	45%	17%	13%	47%	17%	7%		100%
Métodos anticonceptivos	56%	63%	58%	26%	8%	58%	3%	5%		100%
Infecciones TS y sida	44%	58%	49%	24%	18%	53%		6%		100%
Violencia de pareja	32%	38%	34%	8%	24%	32%	28%	4%	4%	1%
Violencia en el noviazgo	29%	38%	32%	5%	24%	38%	29%	5%		100%
Trata de personas	27%	43%	33%	13%	26%	35%	26%			100%
Sobre género	34%	52%	41%	11%	21%	39%	18%	7%	4%	100%
Aborto permitido en México en casos especiales	20%	9%	16%	19%	6%	38%	6%	19%	13%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.

Con respecto al conocimiento sobre ITS y VIH Sida (cuadro 3.3.11) poco más de tres de cada cuatro adolescentes declara que sabe cómo prevenirse y la percepción del conocimiento mejora en la etapa de post-intervención. La respuesta más adecuada en este sentido, es a través del uso de condones que se encuentra mejor posicionada entre los adolescentes varones tanto en la fase pre como post. No obstante, la abstinencia es reconocida como una forma de prevenirlas, segundo lugar para las mujeres y tercero para los hombres, percepción que se incrementa para las mujeres en la etapa de post-intervención.

<b>Cuadro 3.3.11. Porcentaje de adolescentes según conocimiento de ITS y VIH Sida por sexo en Tlaxcala, 2013</b>						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Sabes cómo prevenirte de las infecciones de TS</b>	85%	93%	88%	95%	96%	95%
<b>Qué medidas son las más efectivas para prevenir las ITS y VIH Sida</b>						
Usar condones	56%	51%	54%	74%	61%	69%
Tener una pareja a la vez.	15%	7%	12%	3%		2%
No tener relaciones sexuales con trabajadoras/es sexuales o con desconocidas/os.	9%	14%	11%	3%	9%	5%
No realizarse transfusiones sanguíneas.	5%	7%	6%	11%	9%	10%
Reducir el número de parejas sexuales.	5%		3%	5%		3%
No tener relaciones sexuales (abstinencia).	24%	28%	26%	21%	22%	21%
Otra	2%		1%	6%		3%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.						

Algunas de las recomendaciones que se pueden obtener en relación a la atención que las y los adolescentes reciben en los servicios amigables son:

- Si las y los adolescentes deciden ir acompañados a los servicios de salud es una decisión que debe ser tomada por ellos, para permitir la entera libertad de contar con un espacio donde se sienta libre, en confianza y con la privacidad necesaria para abordar el tema preventivo o de salud que requiera en cualquier momento y oportunidad.
- Los servicios se denominaron amigables para hacerlos más cercanos a sus necesidades y eliminar las barreras institucionales de acceso, como la señalada de tener que estar acompañado por una persona adulta. La idea es que puedan asistir con quien ellos tomen la decisión y que se sientan lo más cómodos posibles para solventar todas sus dudas, principalmente las vinculadas a los temas de sexualidad e información preventiva relacionadas con estas temas. Esto actualmente no se cumple.
- Con respecto a los temas abordados para mejorar con oportunidad la información referente a su salud sexual y reproductiva enfrenta un fuerte sesgo de género, principalmente porque las y los prestadores de servicios deben reducir sus prejuicios y/o estereotipos en cuanto a la información que se le debe otorgar a hombres y a mujeres adolescentes, ambos deben recibir la misma información no importando si es hombre o mujer. En este sentido, se recomienda establecer una estrategia de sensibilización para mejorar el acceso a información oportuna para ambos sexos en igualdad de condiciones.
- Asimismo, se debe considerar integrar un currículo homogéneo para el proceso de formación de los de los prestadores de servicios que ofrecen atención en un servicio amigable. Los temas de sexualidad y embarazo no deseado son poco abordados, incluso se ofrece muy poca información sobre género, lo cual indica que se encuentran poco sensibilizados en el tema.

- Si el embarazo adolescente constituye un tema de relevancia en la entidad, por lo tanto, las y los adolescentes deben conocer todo lo relacionado con los cambios que enfrenta su cuerpo durante esta etapa y tanto hombres como mujeres deben saber que les sucede a los hombres y a las mujeres, de manera integral y desde un enfoque de género.
- Dado que la mayoría de las estrategias que se implementan en los servicios amigables son preventivas, es necesario fortalecer esquemas de capacitación continuas en su modalidad de cursos presenciales o virtuales, que puedan funcionar como costo-efectivas para los servicios estatales de salud, que sean probadas y con eficiencia comprobada.
- Los prestadores de servicios deben contar con materiales de formación que también permitan mejorar su conocimiento sobre las problemáticas que enfrenta actualmente la población adolescente.
- Los centros de salud deben contar con materiales de promoción para adolescentes que permitan a estos tener un mayor conocimiento sobre los diferentes temas relevantes durante esta etapa de sus vidas y que aseguran en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Un aspecto positivo que se identificó es que las condiciones generales de la información otorgada, mejoró en la etapa de post-intervención, en otras palabras, los procesos de sensibilización si producen cambios cualitativos en los prestadores de servicios que mejoran las condiciones de atención conforme al marco normativo vigente en el país. Sin embargo, este proceso debe ser progresivo y gradual, que les permita a los servicios estatales de salud adecuarse a las diferentes necesidades locales.

### **3.3.5.2. Servicios de atención a la salud materna**

Conforme a la Norma Oficial de Salud 007 para la atención del embarazo, parto y puerperio, se encuentra normado que el personal de salud promueva al menos seis revisiones para la embarazada de bajo riesgo. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre.

De las mujeres embarazadas que participaron en la encuesta, todas asistieron a partir de la 13 semana de embarazo, es decir, comienzan a asistir en el segundo trimestre, es decir, que no se cumple con los procedimientos de la norma de tener su primera revisión antes de los 12 meses. La mayoría de las mujeres comienzan a ir con más frecuencia en el tercer trimestre de gestación, como se puede observar en el cuadro 12. Una de las conclusiones es que no se cumple estrictamente con los lineamientos de acuerdo a la semana de embarazo y número de revisiones.

Cuadro 3.3.12. Distribución porcentual de usuarias embarazadas según semanas de embarazo y número de revisiones prenatales en Tlaxcala, 2013								
Semanas de embarazo	Pre				Post			
	Número de revisiones prenatales				Número de revisiones prenatales			
	1 a 4	5	6 o más	Total	1 a 4	5	6 o más	Total
13 a 24 Semanas	15%	0%	18%	17%	38%			21%
25 a 36 Semanas	62%	0%	73%	67%	62%	100%	56%	63%
37 a 42 Semanas	23%	0%	9%	17%			44%	17%
Total	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

Las actividades a realizar durante la atención prenatal, requiere de la elaboración de la historia clínica, la detección de factores de riesgo, la identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica, la interpretación y valoración de los estudios de laboratorio tales como biometría hemática, glucemia, VDRL, grupo sanguínea, examen general de orina y la prueba de ELISA para VIH-SIDA, la prescripción de vitaminas, la aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico, orientación-consejería en planificación familiar, así como información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.

Con base en la normatividad vigente actual todas las mujeres que cursen por la revisión prenatal deberán haber cumplido con los lineamientos mencionados. Cabe señalar que alrededor del 100% de las mujeres embarazadas les tomaron la presión, las pesaron y les dijeron que regresaran a la siguiente revisión, estas acciones fueron realizadas tanto en la etapa pre como post. Sin embargo, el resto de las acciones recomendadas no cumplen con los criterios normativos.

Por ejemplo, es rutinario que durante las revisiones prenatales se le hable a la mujer sobre planificación familiar o que se le ofrezca un método anticonceptivo y esta práctica solo se hizo con 1 de cada 2 mujeres embarazadas, aunque estos indicadores mejoraron sensiblemente en la etapa post.

El ofrecimiento de la prueba de sífilis solo se le realizó en poco menos de una de cada dos mujeres embarazadas y se mejora durante la fase post (40.7% vs 46%). En el caso del ofrecimiento la prueba de VIH el indicador mejora de 74.1% a 92% por ciento entre la fase pre a post. Cabe señalar que la evidencia científica para frenar la transmisión al producto está ampliamente documentada y constituyen adicionalmente estrategias costo-efectivas a largo plazo para el sistema nacional de salud.

Solo a una de cada dos mujeres le aplicaron la vacuna contra el tétanos y a 3 de cada cuatro le recomendaron la lactancia cuando su hijo naciera.

Las actividades de promoción y educación están pobremente desarrolladas y estos indicadores no mejoran en la etapa de post-intervención, continúa siendo muy débil, lo

cual requiere del fortalecimiento de estas acciones, de contar con materiales adecuados y el personal necesario para hacerlo.

<b>Cuadro 3.3.13. Porcentaje de usuarias embarazadas según las acciones que le realizaron durante las revisiones prenatales en Tlaxcala, 2013</b>		
	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>Durante las revisiones de su embarazo</b>		
Le tomaron la presión.	92.6	100%
La pesaron.	96.3	96%
Le aplicaron una vacuna contra el tétanos.	44.4	88%
Le recomendaron que tomara vitaminas.	85.2	96%
Le recomendaron la lactancia para cuando su hijo/a naciera.	74.1	83%
Le dijeron que regresara a otra revisión.	96.3	88%
Le hablaron sobre planificación familiar.	48.1	67%
El personal de salud le informó sobre cómo cuidar su embarazo.	81.5	79%
Le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara.	48.1	54%
Le ofrecieron hacerse la prueba de VIH.	74.1	92%
Le ofrecieron hacerse la prueba de sífilis.	40.7	46%
Le sugirieron venir con su pareja a todas sus consultas	22.2	17%
Le hablaron de la corresponsabilidad de la pareja en el cuidado del embarazo.	33.3	30%
Le proporcionaron información o algún material con recomendaciones para el involucramiento de su pareja en el cuidado del embarazo.	22.2	30%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.		

Como se observa en el cuadro 3.3.14, no todas las mujeres recibieron información sobre qué hacer o donde ir en caso de una emergencia obstétrica, tarea que es sumamente importante para no enfrentar los procesos de demora que pueden conducir a una enfermedad incapacitante de por vida o la muerte materna. No obstante, este indicador se redujo de 88.9% a 87%; sin embargo, todas las mujeres deberían saber qué hacer cuando se presenta una emergencia, sobre todo, porque la mayoría de las mujeres enfrentan algún tipo de complicación que pueden conducir a un evento riesgoso. Poco más de 1 de cada cuatro mujeres tuvieron que ser canalizadas a un servicio de atención especializado debido a la presentación de complicaciones durante el embarazo en la etapa post-intervención.

<b>Cuadro 3.3.14. Porcentaje de usuarias embarazadas según si tuvo alguna complicación durante el embarazo en Tlaxcala, 2013</b>		
	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>Le explicaron que hacer o dónde ir en caso de emergencia</b>	88.9	87
<b>Durante las revisiones de su embarazo ha tenido alguna complicación</b>		
Sangrado vaginal	25.9	12.5
Hinchazón de piernas y/o cara	18.5	4.2
Presión alta	18.5	12.5
Presión baja	22.2	17.4
Frecuentes dolores de cabeza	33.3	16.7
Azúcar en la sangre	3.7	
Infección en los riñones	18.5	16.7
Diagnóstico de diabetes	96.3	
Depresión	11.1	8.3
Otro	14.8	
<b>La canalizaron a un servicio especializado para su atención</b>		20.8
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.		

Una fuerte recomendación que se realiza en relación a los servicios de atención materna, en vísperas a que la norma oficial 007 será actualizada es garantizar una partida presupuestal para desarrollar un proceso de capacitación de todo el personal que presta sus servicios en el primer nivel de atención. Los indicadores reportados por las mujeres indican que se requiere mejorar el conocimiento de la NOM, pero además existen importantes áreas de oportunidad en materia de educación y comunicación que se deberá profundizar para mejorar su desempeño.

### **3.3.5.3. Servicios de atención al sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión**

#### **3.3.5.3.1. Sobrepeso y Obesidad**

Actualmente el sobrepeso y la obesidad constituyen condiciones de riesgo relevantes para adquirir otros padecimientos como la diabetes e hipertensión, por eso en este apartado se analiza las condiciones de atención a este problema de salud pública que pueden conducir a padecimientos crónicos degenerativos altamente costosos e incapacitantes en el largo plazo.

Las usuarias(os) fueron entrevistadas(o) en unidades de especialidades médicas, por lo tanto, es población expuesta a alguno de estos padecimientos. Cabe señalar que por limitaciones de tiempo, no se contó con información post-intervención para el caso del sobrepeso y obesidad, por lo que la información presentada se realizará sobre la fase de pre-intervención.

Las UNEMES al ser un servicio médico especializado, se caracteriza por tener una atención más personalizada y de seguimiento de los casos que son canalizados a estas unidades. Esto se refleja en la información declarada por las y los usuarias(os), ya que 100% de la población contó con la información sobre sobrepeso y obesidad, le informaron sobre los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso y les fue explicado su tratamiento en 100% de los casos tanto para hombres como mujeres. Tanto a mujeres como hombres les proporcionaron datos de contacto telefónico para dudas (76%vs90%).

Algunas mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del profesional de la salud. Tanto hombres como mujeres recibieron tratamiento para mejorar su estado de salud.

En ambos sexos les recomendaron realizar un plan de alimentación y actividad física. En el caso de las mujeres ellas tienen una mayor carga para la preparación de los alimentos sean las pacientes o no. Cabe señalar que la mayoría de las y los usuarios declaran realizar actividad física para mejorar su condición de salud.

<b>Cuadro 3.3.15. Porcentaje de usuarias (os) con sobrepeso y obesidad según diversas características de la atención en Tlaxcala, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Le han informado qué es el sobrepeso y la obesidad</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100%	100%
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100%	100%
<b>Algún/a médico/a o enfermero/ale ha dicho que tiene sobrepeso u obesidad</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	76%	90%	81%	57%	75%	64%
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	95%	100%	97%	100.0%	100.0%	100.0%
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	100%	100%	100%	100%	75%	91%
Burlón/a y sarcástico/a.		10%	3%	0	0	0
Agresivo/a y regañón/a.		10%	3%	0	0	0
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)		10%	3%	0	0	0
Me subestimó (me trató como ignorante).	0%	0%	0%	0%	0%	0
Me culpabilizó de mi condición	5%		3%	14%		9%
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	5%	10%	7%	4%		9%
<b>Ha recibido tratamiento</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Cuál es el motivo de no llevar un tratamiento</b>						
No sabía dónde atenderme	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Es caro y no tengo dinero	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
La unidad de salud queda lejos.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Fui a la unidad de salud, pero no me atendieron	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Falta de confianza en los/as servidores/as	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Maltrato	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
No lo necesito	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
No tengo tiempo	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
No sabía que existía tratamiento para el sobrepeso y la obesidad	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	10%		6%		25%	9%
Sólo hacer ejercicio o actividad física						
Ambos	90%	100%	94%	100%	75%	91%
<b>Quién prepara los alimentos de su plan de alimentación</b>						
Yo (mujer)	90%		61%	100%		64%
Yo (hombre)		10%	3%		75%	27%
Mi madre	10%	20%	13%			
Mi esposo		20%	6%			
Mi esposa		40%	13%		25%	9%
Otra		10%	3%			
<b>El/la médico/a le indicó específicamente que usted preparara sus alimentos</b>						
Usted (mujer)	100%		68%	100%		64%
Usted (hombre)		40%	13%		100%	36%
Su madre		20%	6%			
Su esposo		10%	3%			
Su esposa		30%	10%			
<b>Cuánto tiempo de ejercicio realiza al día</b>						
No dedica tiempo	24%	20%	23%			
De 15 a 30 min.	24%	30%	26%	100%	75%	90%
De 30 a 45 min.	24%	30%	26%			
De 45 a 60 min.	19%	20%	19%		25%	10%
Más de 60 min.	10%		6%			
N	21	10	31			
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.						

### 3.3.5.3.2. Diabetes

En el caso de la atención a la diabetes, la población usuaria declara que prácticamente 100% recibió información sobre este padecimiento, le indicaron los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso, se le explicó su diagnóstico y tratamiento al 100% de los hombres y mujeres y a uno de cada dos usuarios les fueron proporcionados sus datos de contacto telefónico para dudas, indicador que se incrementa a tres de cada cuatro en la etapa de post-intervención.

Un porcentaje muy reducido de mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud, se sintieron subestimadas o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del

profesional de la salud; si este aspecto se reduce a cero, la calidad de la atención proporcionadas en las UNEMES es excelente.

Prácticamente 100% de la población usuaria con diabetes, recibió tratamiento y le recomendaron un plan de alimentación y activación física. La mayoría recibió tratamiento médico, además de recomendarle medicina alternativa. Estos indicadores se mantienen en casi 100% para ambos sexos en la etapa de pos-intervención.

Tanto en los hombres como en las mujeres la mayor frecuencia de visita a la unidad es de 9 a 12 veces, aunque en la etapa de post-intervención asisten a consulta de 5 a 8 veces.

Es importante mencionar que la mayoría de las y los usuarias(os) con diabetes ha tenido complicaciones de salud. En ambos sexos las complicaciones más frecuentes son la disminución de la visión o daño en la retina, comportamiento similar en la etapa de post-intervención.

<b>Cuadro 3.3.16. Porcentaje de usuarias (os) con diabetes según diversas características de la atención en Tlaxcala, 2013</b>						
<b>Características</b>	<b>Pre</b>			<b>Post</b>		
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Le han informado qué es la DM</b>	98%	98%	98%	95%	100%	97%
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	98%	98%	98%	95%	100%	97%
<b>Algún/a médico/a o enfermero/a le ha dicho que tiene DM</b>	100%	100%	100%	95%	100%	97%
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	96%	98%	97%	90%	100%	95%
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	94%	98%	96%	80%	65%	73%
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	94%	98%	96%	90%	94%	92%
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	98%	93%	96%	85%	94%	89%
Burlón/a y sarcástico/a.	4%		2%	6%	3%	
Agresivo/a y regañón/a.	6%		3%	10%		5%
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	12%	9%	11%	5%	6%	5%
Me subestimó (me trató como ignorante).	2%	2%	2%	5%	6%	5%
Me culpabilizó de mi condición	10%	2%	7%	10%		5%
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	4%	2%	3%	5%		3%
<b>Ha recibido tratamiento</b>				100%	100%	100%
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sólo hacer ejercicio o actividad física	94%	98%	96%	90%	88%	89%
Homeopatía (chochos).	10%		5%	0%	0%	0%
Herbolaria.	10%		5%	0%	6%	3%
Medicina alternativa (tradicional).	22%	2%	13%	5%		3%
Medicina clínica (pastillas, insulina, ambas)	94%	98%	96%	100%	94%	97%
Otra						
<b>Cuántas veces acudió a la clínica</b>	18%	28%	22%			
1 a 4	13%	10%	12%	16%	25%	20%
5 a 8	69%	63%	66%	47%	44%	46%
9 a 12	100%	100%	100%	37%	31%	34%
Total	34%	23%	28%	100%	100%	100%
<b>Debido a la diabetes ha tenido algunas complicaciones</b>						
Ulceras en piernas o pies que tardan en sanar más de 4 semanas		9%	3%	0%	0%	0%
Le han amputado alguna parte del cuerpo.	5%		3%	0%	0%	0%
Le ha disminuido su visión.	67%	75%	70%	75%	86%	80%
Ha sufrido daño en la retina.	14%	33%	21%	57%	14%	36%
Ha perdido la vista.	10%	8%	9%	14%		7%
Le han hecho diálisis.	10%	8%	9%	0%	0%	0%
Ha sufrido algún infarto	5%	8%	6%	14%		7%
Ha sufrido coma diabético	100%	100%	100%	0%	0%	0%
Sufre ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies	33%	50%	39%	43%	14%	29%
Estado de ánimo decaído (depresión)	67%	50%	61%	57%	43%	50%
Falta de deseo sexual	29%	33%	30%	14%	14%	14%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

### 3.3.5.3.3. Hipertensión

En el caso de la atención a la hipertensión, la población usuaria declara que prácticamente 100% recibió información sobre este padecimiento, le indicaron los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso, se le explicó su diagnóstico y tratamiento al 100% de los hombres y mujeres y a uno de cada dos usuarios les fueron proporcionados sus datos de contacto telefónico para dudas.

Prácticamente 100% de la población usuaria con hipertensión, recibió tratamiento y le recomendaron un plan de alimentación y activación física. La mayoría recibió tratamiento médico, además de recomendarle medicina alternativa. Los hombres adicionalmente revieron la recomendación de dejar de fumar y no consumir bebidas alcohólicas.

Cuadro 3.3.17. Porcentaje de usuarias (os) con hipertensión según diversas características de la atención en Tlaxcala, 2013						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Le han informado qué es la HP	89.7%	100.0%	94.8%	92.3%	100.0%	96.3%
Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle	89.7%	100.0%	94.8%	92.3%	92.9%	92.6%
Algún/a médico/a o enfermero/ale ha dicho que tiene HP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	73.1%	89.7%	81.8%	76.9%	46.2%	61.5%
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Me explicó causas y consecuencias del HP	7.7%	0.0%	3.6%	100.0%	100.0%	100.0%
Burlón/a y sarcástico/a.	3.8%		1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Agresivo/a y regañón/a.	3.8%		1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Me subestimó (me trató como ignorante).	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Me culpabilizó de mi condición	3.8%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%		3.8%
<b>Ha recibido tratamiento</b>	96.2%	96.6%	96.4%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	96.2%	96.6%	96.4%	100.0%	100.0%	100.0%
Sólo hacer ejercicio o actividad física	96.2%	96.6%	96.4%	92.3%	92.9%	92.6%
Homeopatía (chochos).	19.2%	3.4%	10.9%	15.4%		7.4%
Comer poca sal	100.0%	100.0%	100.0%	76.9%	92.9%	85.2%
Dejar de fumar	94.1%	96.6%	95.7%	84.6%	92.9%	88.9%

No tomar bebidas alcohólicas	94.4%	96.6%	95.7%	84.6%	92.9%	88.9%
Herbolaria	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	14.3%	7.4%
Medicina Alternativa	23.1%	3.4%	12.7%	7.7%		3.7%
Medicina Clínica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Otra	50.0%		25.0%			

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

### 3.4. Tabasco

#### 3.4.1. Características sociodemográficas

Como se puede observar en el cuadro 3.4.1, las características de la muestra durante la fase pre intervención, estuvo concentrada en la población de 20 a 59 años, con una mayor representación de mujeres en la fase pre y post (55.8% vs 72.8%). La mayor participación femenina en edad fértil, está principalmente vinculada con la atención del embarazo, incluso en la población adolescente, tendencia que es muy característica de los servicios de salud. En la población adolescente de 10 a 19 años, hubo una mayor representación femenina tanto en la etapa de pre y post intervención (37.7% y 19.6%).

En Tabasco, 3.0% de las personas mayores de 5 años, es hablante de alguna lengua indígena, ocupa el lugar número 15 de acuerdo a este indicador y, el grupo lingüístico más importante es el Chontal. Sin embargo, la población usuaria de los servicios de salud captada en la muestra no registró ser hablante de lengua indígena tanto en la fase pre como en la post.

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de la población puede escribir un recado. La mayoría de la población que asistió a los servicios de salud posee secundaria completa, aunque existe un sesgo hacia una mayor escolaridad femenina.

Con respecto al estado civil, es importante señalar que la mayoría de las mujeres que asistieron a los servicios de salud se encuentran en unión libre, tanto en la fase pre como en la post (26.9% vs 41.2%) y curiosamente alrededor del 45% de los hombres se declaran solteros en la fase pre, mientras uno de cada dos declara estar casado en la etapa post-intervención.

Cuadro 3.4.1. Características Sociodemográfica de la población entrevistada en unidades de salud seleccionadas de los cuatro programas prioritarios en Tabasco, 2013							
Características	Pre			Post			
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	
<b>Grupo de Edad</b>							
10-19 años	37.7%	50.0%	41.8%	19.6%	16.7%	18.9%	
20-59 años	55.8%	26.0%	45.8%	72.8%	60.0%	69.7%	
Más de 60 años	6.5%	24.0%	12.4%	7.6%	23.3%	11.5%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>Entiende alguna lengua indígena</b>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
<b>Puede escribir un recado</b>	99.5%	92.0%	97.0%	95.6%	82.8%	92.4%	
<b>Nivel Escolaridad</b>							
sin escolaridad	3.0%	7.1%	4.4%	3.4%	3.4%	3.4%	
Primaria incompleta	7.1%	15.2%	9.8%	4.5%	6.9%	5.1%	
Primaria completa	14.1%	20.2%	16.2%	4.5%	24.1%	9.4%	
Secundaria incompleta	7.1%	13.1%	9.1%	9.1%	17.2%	11.1%	
Secundaria completa	33.3%	7.1%	24.6%	19.3%	6.9%	16.2%	
Preparatoria incompleta	17.2%	24.2%	19.5%	12.5%	17.2%	13.7%	
Preparatoria completa	12.6%	11.1%	12.1%	25.0%	6.9%	20.5%	
Licenciatura incompleta	1.0%	1.0%	1.0%	9.1%	6.9%	8.5%	
Licenciatura completa	4.0%	1.0%	3.0%	10.2%	10.3%	10.3%	
Otra	0.5%		0.3%	2.3%		1.7%	
<b>Estado Civil Actual</b>							
Vive en unión libre	26.9%	6.5%	20.3%	41.2%	23.3%	36.5%	
Casado/a	33.0%	28.0%	31.4%	40.0%	53.3%	43.5%	
Sep/Viu/Div	6.1%	14.0%	8.6%	8.2%	6.7%	7.8%	
Soltero	26.4%	45.2%	32.4%	10.6%	16.7%	12.2%	
No responde	7.6%	6.5%	7.2%				
N	198	99	297	92	30	122	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.							

#### 2.4.1. Motivo de la consulta

El motivo de la consulta no fue captado en el estado de Tabasco en ninguna de las dos fases.

#### 2.4.2. Percepción de la satisfacción de las usuarias(os) con respecto al tiempo de espera

Como se observa en el cuadro 3.4.3, uno de los aspectos a destacar en Tabasco es mientras en la fase de pre-intervención 3 de cada 4 usuarias(os) de los servicios de salud son atendidos en los primeros 30 minutos, este indicador se reduce en la etapa de post-intervención a solo 1 de cada 2, tanto para hombres como para las mujeres. En otras palabras, casi el 90% de la población es atendida en la primera hora de espera en la etapa de post-intervención.

Si este proceso, se analiza a través del tiempo promedio de espera entre la etapa pre y post, en el caso de las mujeres se incrementa de 35 a 41 minutos, mientras que en los hombres se mantiene en 38 minutos.

Un aspecto a destacar es que los hombres esperan menos tiempo que las mujeres. Este proceso podría ser explicado conceptualmente por la persistencia de la visibilización de los roles tradicionales de género, donde el hombre es visto como productivo y la mujer vista desde ese rol más pasivo y paciente para ser atendida, habrá que profundizar en futuras investigaciones sobre los diferenciales que se presentan en los tiempos de espera por sexo.

<b>Cuadro 3.4.3. Distribución porcentual del tiempo de espera, duración de la consulta y percepción de la satisfacción de usuarias(os) de los servicios según sexo en Tabasco, 2013</b>							
Características	Pre			Post			
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	
<b>Tiempo de espera</b>							
De 5 a 30 '	73%	74%	73%	44.8%	56.7%	47.9%	
De 31 a 60 '	19%	18%	19%	48.3%	36.7%	45.3%	
De 61 a 120 '	6%	4%	5%	5.7%	6.7%	6.0%	
De 121 a 180 '	2%	3%	2%	1.1%		0.9%	
4 horas o más	1%	1%	1%				
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Duración de la Consulta</b>							
De 1 a 6 '	3%	4%	3%	5.9%	6.7%	6.1%	
10'	2%	7%	3%	22.4%	26.7%	23.5%	
15'	4%	11%	6%	28.2%	36.7%	30.4%	
De 20 a 30'	81%	68%	77%	43.5%	30.0%	40.0%	
De 31 a 60'	9%	9%	9%	0.0%	0.0%	0.0%	
Más de 1 hora	2%		1%	0%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>Percepción de satisfacción con respecto a tiempo de espera</b>							
Muy satisfecha	48%	35%	43%	32.2%	60.0%	39.3%	
Satisfecha	23%	23%	23%	17.2%	20.0%	17.9%	
Regularmente satisfecha	7%	15%	9%	14.9%	3.3%	12.0%	
Insatisfecha	9%	12%	10%	35.6%	16.7%	30.8%	
Muy insatisfecha	13%	9%	11%	0.0%	0.0%	0.0%	
No responde	2%	6%	3%	0%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>Promedio total de tiempo de espera en minutos</b>							
	35.39	38.58	36.45	41.84	38.00	40.85	
<b>Promedio total de duración de la consulta en minutos</b>							
	28.03	24.83	26.97	16.01	14.50	15.62	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.							

Como se observa en el cuadro 3.4.4, con respecto al trato recibido durante la última consulta, se puede señalar que tanto hombres como mujeres perciben un buen trato, lo que muestra que la atención que recibió fue adecuada porque se refirieron por su nombre, le inspiró confianza, el tiempo para atenderla(o) fue adecuado, le explicó el tratamiento, le contestó claramente todas las preguntas, le explicó su situación general de salud, la atención fue personalizada y de respeto y el lenguaje utilizado fue fácil de entender.

Con respecto al grado de satisfacción con la información que le dieron sobre su condición de salud, se puede señalar que la población usuaria declara niveles elevados de satisfacción de alrededor del 90% durante la fase pre y se incrementa a casi 100% durante la etapa de post-intervención, considerando las categorías de satisfecho y muy satisfecho.

Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Se refirió por su nombre	74%	83%	77%	73%	97%	79%
La llamó de otra manera	66%	12%	83%	10%		8%
Le inspiró confianza	97%	91%	95%	100%	100%	100%
Considera que destinó suficiente tiempo para atenderla/o.	93%	88%	92%	98%	100%	98%
Explico el tratamiento	96%	94%	95%	99%	100%	99%
Le contestó claramente todas las preguntas que usted hizo durante la consulta.	96%	87%	94%	99%	100%	99%
Le preguntó su opinión sobre los tratamientos.	86%	76%	83%	95%	100%	97%
Considera que la atención que le brindó fue personalizada y de respeto.	97%	98%	98%	98%	100%	98%
Le explicó su situación general de salud.	95%	90%	94%	95%	100%	97%
El lenguaje utilizado por la persona que le atendió fue fácil de entender.	96%	91%	96%	98%	100%	98%
Considera que la atención que recibió fue adecuada	96%	96%	96%	99%	100%	99%
<b>Como se sintió con la información que le dieron de su condición de salud</b>						
Muy satisfecha	74.5%	60.6%	70.1%	67%	76%	70%
Satisfecho	15.0%	25.5%	18.4%	31%	24%	30%
Regularmente satisfecha/o	6.5%	7.4%	6.8%	1%		1%
Insatisfecho	1.5%	2.1%	1.7%			
Muy insatisfecho	2.0%	1.1%	1.7%			
Total	1.0%	1.0%	1.0%	100%	100%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

### **2.4.3. Conocimiento sobre sus derechos, discriminación y mecanismos de ejercicios de sus derechos**

En términos generales, poco menos del 50% de la población usuaria de los servicios conoce o sabe qué es un derecho humano; entonces una primera aproximación es que si los derechos humanos no se conocen, no se puede ejercer ciudadanía y exigir ciertas

condiciones con las cuales se debe ofrecer un servicio de salud. Como se observa en el cuadro 5, un primer resultado es que el análisis comparativo entre la fase de pre-intervención y post-intervención se presenta un incremento del conocimiento para ambos sexos, en las mujeres asciende de 42% a 53% y en los hombres de 40% a 53%.

Cuando se analiza específicamente, cuáles son los derechos humanos en la atención a la salud, alrededor de 1 de cada 2 usuarias(os) reconoce cuáles son sus derechos, pero particularmente se presenta un mayor conocimiento entre la etapa de pre y post intervención.

Los derechos más conocidos son los referidos a recibir una atención segura y de calidad y un trato digno, así como a recibir información clara y comprensible, a la privacidad, a espacios adecuados, a que se respete la voluntad del paciente y a ser escuchados son menos conocidos.

<b>Cuadro 3.4.5. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento de los derechos humanos por sexo en Tabasco, 2013</b>						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Usted sabe qué es un Derecho Humano</b>	41.9%	40.4%	41.4%	53.9%	53.3%	53.8%
<b>Conoce cuáles son sus DH como usuaria de un Servicio de Salud</b>	43.4%	26.5%	37.8%	48.8%	46.7%	48.2%
<b>Conocimiento sobre los derechos en los servicios de salud</b>						
A recibir una atención segura y de calidad	57.8%	47%	55%	83.3%	85.7%	83.9%
A recibir un trato digno, humano y amable por parte de los/as servidores/as de la salud	57.1%	39.4%	52.4%	71.4%	42.9%	64.3%
A ser atendido/a oportunamente	55.6%	40.6%	51.6%	76.2%	64.3%	73.2%
A recibir atención en sitios tranquilos, limpios e higiénicos y en condiciones de privacidad	58.2%	42.4%	54.0%	66.7%	71.4%	67.9%
A la privacidad y al manejo adecuado y confidencial de mi historia clínica	53.8%	37.5%	49.6%	71.4%	85.7%	75.0%
A recibir información clara y comprensible sobre mi enfermedad, procedimientos, tratamientos, riesgos y costos del servicio prestado	51.6%	43.8%	49.6%	69.0%	85.7%	73.2%
A que se respete mi voluntad para realizar o no procedimientos y tratamientos (consentimiento informado y/o disentimiento)	56.7%	43.8%	53.3%	54.8%	57.1%	55.4%
A ser escuchado/a: obtener respuesta oportuna a mis quejas, reclamos, sugerencias y reconocimientos relacionados con el proceso de atención.	53.3%	40.6%	50.0%	64.3%	71.4%	66.1%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.						

El conocimiento sobre los derechos humanos, constituye una importante área de oportunidad. Es importante profundizar sobre este tema y analizar de qué manera afecta a las condiciones de equidad en la atención, sobre todo en las relaciones que se establecen entre los prestadores y la población usuaria de los servicios de salud. Cabría

preguntarse si existen estrategias para la difusión de los derechos del paciente “denominados así por los servicios de salud” y cuáles son los mecanismos a través de los cuáles pueden exigirlos.

Por el contrario, tema de discriminación es más reconocido por la población usuaria de los servicios de salud, alrededor del 70% de las mujeres y 60% de los hombres, expresan saber que es la discriminación y, en ambos sexos, perciben haber enfrentado situaciones discriminación en los servicios de salud vinculadas principalmente por el rechazo en la atención por ser menor de edad, al maltrato y la indiferencia presentada por los prestadores de servicios.

<b>Cuadro 3.4.6. Porcentaje de usuarias(os) de los servicios según conocimiento sobre discriminación y si enfrentado alguna situación de discriminación por sexo en Tabasco, 2013</b>						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Usted sabe qué es la discriminación</b>	71.9%	60.6%	68.1%	86.4%	93.3%	88.1%
<b>Se ha sentido discriminado en los servicios de salud</b>	5.3%	7.7%	6.0%	<b>No hay datos</b>		
<b>Qué le sucedió</b>						
Indiferencia de las personas	11.1%		7.1%	<b>No hay datos</b>		
Maltrato	22.2%	40.0%	28.6%			
Por ser menor de edad	55.6%	60.0%	57.1%			
Otro	11.1%		7.1%			
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.						

Estos elementos son sugerentes para al abordar la transversalización de la perspectiva de género en los programas de salud, es decir, independientemente del problema de salud, las y los usuarias(os) de los servicios necesitan conocer sus derechos para poder exigirlos y cuáles son los mecanismos para hacerlos efectivos. Estos elementos mejorarían las condiciones de equidad en el proceso de atención a la salud.

Una queja constituye un reclamo realizado por un usuario(a) a un establecimiento de salud, en el caso de que un trabajador, empleado o autoridad del establecimiento haya vulnerado el derecho a la salud. En la mayoría de los establecimientos de salud no existen órganos de control por lo que el buzón de quejas, se considera como un mecanismo para mejorar la calidad de la atención ¿pero constituye un mecanismo de exigibilidad de los derechos?.

Conforme a los resultados presentados en el cuadro 3.4.7, la respuesta más factible es que no. Alrededor del 70% de las mujeres y 50% de los hombres sabe que existe un buzón de quejas, pero prácticamente nadie lo utiliza. Este conocimiento debería ser universal para todas las personas. Un hecho a señalar, es que el enfoque de derecho humanos no

está integrado a los servicios de salud y, si los prestadores de servicios los conocen tiene que ver más con una protección a su defensa, más que como una garantía de protección a las y los usuarios(as) de los servicios de salud. Por lo tanto, cuánto más se dé a conocer, esto implicará un proceso de gestión más complejo en la atención a la salud, para lo cual el sistema de salud aún no está preparado, que no solo está relacionada con la falta de preparación en esta materia de los prestadores de servicios, sino con las insuficiencias que presentan actualmente los mismos, como la falta personal o de medicamento o la ausencia de espacios adecuados. Sin embargo, este es un proceso de transformación que se podría mejorar de manera gradual, empezando con acciones costo-efectivas, como la sensibilización al personal de salud; está documentado que un cambio de actitud tiene un impacto cualitativamente importante en la percepción de la calidad de la atención. Adicionalmente se debe iniciar con un proceso de promoción de los derechos de las y los usuarios y los mecanismos para que estos se hagan efectivos.

Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Sabe que existe un buzón de quejas	76%	54%	69%	93%	100%	95%
Lo ha utilizado	3.2%	6.9%	4.2%	5%		4%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

#### **2.4.4. Programas Prioritarios**

##### **2.4.4.1. Servicios Amigables**

Como se observa en el cuadro 8, en Tabasco, el motivo más frecuente de la consulta en adolescentes de ambos sexos, lo constituyen las ITS y los dolores de cabeza y, sólo 4.2% están relacionados con la atención a embarazos. Cabe señalar que en Tabasco, las y los adolescentes casi no acuden a solicitar información sobre sexualidad.

En la mayoría de los casos, las y los adolescentes acudieron acompañados a los servicios de salud (87.5% vs 85.4). En ambos sexos, fueron acompañados principalmente por la madre.

Según no la normatividad vigente, las y los adolescentes, pueden o no acudir acompañados a los servicios de salud; sin embargo, según los resultados de este instrumento, los adolescentes declararon que para recibir información o atenderse en la consulta, exigen la presencia de la madre, padre o tutor. En la etapa pre-intervención, esta exigencia es mayor en el caso de los hombres.

Cuadro 3.4.8. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta en los últimos 12 meses y motivo de la consulta por sexo en Tabasco, 2013						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
En los últimos 12 meses has acudido alguna vez a la unidad de salud	89.8%	95.7%	92.6%			
<b>Motivo de la consulta</b>						
Dolor de cabeza	87.8%	69.6%	78.9%	<b>Como no hubo adolescentes que se atendieran en los últimos 12 meses, no aplica esta sección del cuestionario</b>		
Alergias	4.2%	11.4%	7.6%			
Dolor abdominal	12.2%	9.1%	10.8%			
Infecciones TS	100.0%	100.0%	100.0%			
Trastornos alimenticios	22.4%	18.2%	20.4%			
Embarazo	4.2%		2.3%			
Información sobre sexualidad	6.3%	11.4%	8.7%			
Depresión	0.0%	0.0%	0.0%			
Otro	82.8%	45.8%	66.0%			

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

Cuadro 3.4.9. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según quién lo acompañó a la consulta por sexo en Tabasco, 2013						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Alguien te acompañó a la consulta	87.5%	85.4%	86.5%	<b>Como no hubo adolescentes que se atendieran en los últimos 12 meses, no aplica esta sección del cuestionario</b>		
Quién te acompañó						
Madre o tutora	93.9%	82.2%	88.3%			
Padre o tutor	4.1%	6.7%	5.3%			
Amigo/a		4.4%	2.1%			
Otro familiar		4.4%	2.1%			
Pareja	0.0%	0.0%	0.0%			
No responde	2.0%	2.2%	2.1%			
Total	100.0%	100.0%	100.0%			
Quedaste satisfecha(o)	98.1%	91.7%	95.0%			
<b>Para recibir información o atenderte en la consulta te solicitaron necesariamente el que tu padre, madre o tutor/a estuviera presente</b>						
	58.8%	61.7%	60.2%			

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

En cuanto a los temas que les han platicado los prestadores de servicios cuando han acudido a una consulta, ha sido sobre métodos anticonceptivos, 61% y 59% respectivamente para mujeres y hombres adolescentes.

Los temas más abordados en las mujeres son la sexualidad, la menstruación, las ITS y los embarazos no deseados, mientras que en los varones adolescentes son el funcionamiento del cuerpo, la sexualidad y las ITS.

Las mujeres reciben menos información sobre el funcionamiento del cuerpo, la eyaculación, el noviazgo, la violencia de pareja, en el noviazgo, la trata de personas, sobre género y el aborto permitido en México; alrededor de una de cada tres mujeres tuvieron acceso a esa información, mientras que en el caso de los varones se presenta una tendencia similar.

Cabe señalar que en la mayoría de los casos los varones adolescentes reciben una mayor información sobre los temas abordados en el cuadro 10 (a).

Quienes juegan un papel activo entre los prestadores de servicios que ofrecen mayor información son las(os) médicas y enfermeras, mientras que el promotor de salud es el que presenta el menor papel activo en el otorgamiento de la información a las y los adolescentes.

Cuadro 3.4.10.a. Porcentaje de adolescentes que acudieron a consulta según los temas de que le han hablado y quién le habló sobre esos temas en Tabasco, 2013											
Pre											
	Mujer	Hombre	Total	Quién te habló sobre este tema							
Las ocasiones en que has acudido, te han hablado sobre:				Enfermería	Trabajo social	Médico/a	Psicólogo/a	Promotor/a de salud	No sabe	No responde	Total
El funcionamiento del cuerpo	58.3%	72.0%	65.3%	31.8%	7.6%	33.3%	3.0%	22.7%	1.5%	0.0%	100.0%
Menstruación	68.8%	18.2%	44.6%	19.6%	8.7%	39.1%	6.5%	13.0%	8.7%	4.3%	100.0%
La eyaculación	25.0%	28.6%	26.8%	23.5%	11.8%	26.5%	11.8%	11.8%	5.9%	8.8%	100.0%
El noviazgo	73.5%	72.3%	72.9%	21.4%	7.1%	25.7%	15.7%	18.6%	1.4%	10.0%	100.0%
Sexualidad	87.5%	81.6%	84.5%	21.0%	6.2%	33.3%	12.3%	17.3%	3.7%	6.2%	100.0%
Embarazos no deseados	93.8%	40.0%	67.7%	21.9%	7.8%	43.8%	9.4%	10.9%	3.1%	3.1%	100.0%
Métodos anticonceptivos	91.5%	81.6%	86.5%	23.8%	4.8%	47.6%	6.0%	14.3%	3.6%	0.0%	100.0%
Infecciones TS y sida	85.7%	71.4%	78.6%	21.6%	5.4%	48.6%	6.8%	14.9%	0.0%	2.7%	100.0%
Violencia de pareja	66.7%	73.5%	70.1%	20%	8.7%	24.6%	14.5%	24.6%	0.0%	7.2%	100.0%
Violencia en el noviazgo	64.6%	69.4%	67.0%	22.7%	3.0%	25.8%	15.2%	24.2%	1.5%	7.6%	100.0%
Trata de personas	29.8%	25.5%	27.7%	25.8%	12.9%	12.9%	3.2%	16.1%	12.9%	16.1%	100.0%
Sobre género	43.8%	43.8%	43.8%	25.6%	14.0%	14.0%	7.0%	23.3%	9.3%	7.0%	100.0%
Aborto permitido en México en casos especiales	29.8%	26.1%	28.0%	33.3%	3.0%	21.2%	6.1%	9.1%	15.2%	12.1%	100.0%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarías y usuarios de los Servicios.

Con respecto al conocimiento sobre ITS y VIH Sida (cuadro 3.4.11) poco más de tres de cada cuatro adolescentes declara que sabe cómo prevenirse y la percepción del conocimiento mejora en la etapa de post-intervención. La respuesta más adecuada en este sentido es a través del uso de condones que se encuentra mejor posicionada entre los adolescentes varones tanto en la fase pre como post. No obstante, la abstinencia es reconocida como una forma de prevenir las, segundo lugar para las mujeres y tercero para los hombres, percepción que se incrementa para las mujeres en la etapa de post-intervención.

Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Sabes como prevenirte de las infecciones de ITS						
	86.3 %	91.7%	88.9 %			
Qué medidas son las más efectivas para prevenir las ITS y VIH Sida				<b>Como no hubo adolescentes que se atendieran en los últimos 12 meses, no aplica esta sección del cuestionario</b>		
Usar condones	79.1 %	84.4%	81.8 %			
Tener una pareja a la vez.	28.6 %	62.2%	46.0 %			
No tener relaciones sexuales con trabajadoras/es sexuales o con desconocidas/os.	41.5 %	42.2%	41.9 %			
No realizarse transfusiones sanguíneas.	21.4 %	24.4%	23.0 %			
Reducir el número de parejas sexuales.	23.8 %	31.1%	27.6 %			
No tener relaciones sexuales (abstinencia).	19.0 %	15.9%	17.4 %			
Otra		50.0%	18.2 %			

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.

Algunas de las conclusiones que se pueden obtener en relación a la atención que las y los adolescentes reciben en los servicios amigables son:

- Si las y los adolescentes deciden ir acompañados a los servicios de salud es una decisión que debe ser tomada por ellos, para permitir la entera libertad de contar con un espacio donde se sienta libre, en confianza y con la privacidad necesaria para abordar el tema preventivo o de salud que requiera en cualquier momento y oportunidad.
- Los servicios se denominaron amigables para hacerlos más cercanos a sus necesidades y eliminar las barreras institucionales de acceso, como la señalada de tener que estar acompañado por una persona adulta. La idea es que puedan asistir con quien ellos tomen la decisión y que se sientan lo más cómodos posibles para solventar todas sus dudas, principalmente las vinculadas a los temas de sexualidad

e información preventiva relacionadas con estas temas. Esto actualmente no se cumple.

- Con respecto a los temas abordados para mejorar con oportunidad la información referente a su salud sexual y reproductiva enfrenta un fuerte sesgo de género, principalmente porque las y los prestadores de servicios deben reducir sus prejuicios y/o estereotipos en cuanto a la información que se le debe otorgar a hombres y a mujeres adolescentes, ambos deben recibir la misma información no importando si es hombre o mujer. En este sentido, se recomienda establecer una estrategia de sensibilización para mejorar el acceso a información oportuna para ambos sexos en igualdad de condiciones.
- Asimismo, se debe considerar integrar un currículo homogéneo para el proceso de formación de los de los prestadores de servicios que ofrecen atención en un servicio amigable. Los temas de sexualidad y embarazo no deseado son poco abordados, incluso se ofrece muy poca información sobre género, lo cual indica que se encuentran poco sensibilizados en el tema.
- Si el embarazo adolescente constituye un tema de relevancia en la entidad, por lo tanto, las y los adolescentes deben conocer todo lo relacionado con los cambios que enfrenta su cuerpo durante esta etapa y tanto hombres como mujeres deben saber que les sucede a los hombres y a las mujeres, de manera integral y desde un enfoque de género.
- Dado que la mayoría de las estrategias que se implementan en los servicios amigables son preventivas, es necesario fortalecer esquemas de capacitación continuas en su modalidad de cursos presenciales o virtuales, que puedan funcionar como costo-efectivas para los servicios estatales de salud, que sean probadas y con eficiencia comprobada.
- Los prestadores de servicios deben contar con materiales de formación que también permitan mejorar su conocimiento sobre las problemáticas que enfrenta actualmente la población adolescente.
- Los centros de salud deben contar con materiales de promoción para adolescentes que permitan a estos tener un mayor conocimiento sobre los diferentes temas relevantes durante esta etapa de sus vidas y que aseguran en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Un aspecto positivo que se identificó es que las condiciones generales de la información otorgada, mejoró en la etapa de post-intervención, en otras palabras, los procesos de sensibilización si producen cambios cualitativos en los prestadores de servicios que mejoran las condiciones de atención conforme al marco normativo vigente en el país. Sin embargo, este proceso debe ser progresivo y gradual, que les permita a los servicios estatales de salud adecuarse a las diferentes necesidades locales.

#### **2.4.4.2. Servicios de atención a la salud materna**

Conforme a la Norma Oficial de Salud 007 para la atención del embarazo, parto y puerperio, se encuentra normado que el personal de salud promueva al menos seis

revisiones para la embarazada de bajo riesgo. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre.

De las mujeres embarazadas que participaron en la encuesta, todas asistieron a partir de la 13 semana de embarazo, es decir, comienzan a asistir en el segundo trimestre, es decir, que no se cumple con los procedimientos de la norma de tener su primera revisión antes de los 12 meses. En general, la mayoría de las mujeres comienzan a ir con más frecuencia en el tercer trimestre de gestación, como se puede observar en el cuadro 12. Una de las conclusiones es que no se cumple estrictamente con los lineamientos de acuerdo a la semana de embarazo y número de revisiones.

3.4.12. Distribución porcentual de usuarias embarazadas según semanas de embarazo y número de revisiones prenatales en Tabasco, 2013								
	Pre				Post			
	Número de revisiones prenatales				Número de revisiones prenatales			
Semanas de embarazo	1 a 4	5	6 o más	Total	1 a 4	5	6 o más	Total
13 a 24 Semanas	50.0%	25.0%	10.3%	32.0%	57%	17%		33%
25 a 36 Semanas	48.0%	50.0%	66.7%	55.7%	39%	83%	94%	63%
37 a 42 Semanas	2.0%	25.0%	23.1%	12.4%	4%		6%	4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.

Las actividades a realizar durante la atención prenatal, requiere de la elaboración de la historia clínica, la detección de factores de riesgo, la identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica, la interpretación y valoración de los estudios de laboratorio tales como biometría hemática, glucemia, VDRL, grupo sanguínea, examen general de orina y la prueba de ELISA para VIH-SIDA, la prescripción de vitaminas, la aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico, orientación-consejería en planificación familiar, así como información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.

Con base en la normatividad vigente actual todas las mujeres que cursen por la revisión prenatal deberán haber cumplido con los lineamientos mencionados. Cabe señalar que alrededor del 100% de las mujeres embarazadas les tomaron la presión, las pesaron y les dijeron que regresaran a la siguiente revisión, estas acciones fueron realizadas tanto en la etapa pre como post. Sin embargo, el resto de las acciones recomendadas no cumplen con los criterios normativos.

Por ejemplo, es rutinario que durante las revisiones prenatales se le hable a la mujer sobre planificación familiar o que se le ofrezca un método anticonceptivo y esta práctica solo se hizo con 1 de cada 2 mujeres embarazadas, aunque estos indicadores mejoraron sensiblemente en la etapa post.

El ofrecimiento de la prueba de sífilis solo se le realizó en poco menos de una de cada dos mujeres embarazadas y se mejora durante la fase post (40.7% vs 46%). En el caso del ofrecimiento la prueba de VIH el indicador mejora de 74.1% a 92% por ciento entre la fase pre a post. Cabe señalar que la evidencia científica para frenar la transmisión al producto está ampliamente documentada y constituyen adicionalmente estrategias costo-efectivas a largo plazo para el sistema nacional de salud.

Solo a una de cada dos mujeres le aplicaron la vacuna contra el tétanos y a 3 de cada cuatro le recomendaron la lactancia cuando su hijo naciera.

Las actividades de promoción y educación están pobremente desarrolladas y estos indicadores no mejoran en la etapa de post-intervención, continúa siendo muy débil, lo cual requiere del fortalecimiento de estas acciones, de contar con materiales adecuados y el personal necesario para hacerlo.

<b>3.4.13. Porcentaje de usuarias embarazadas según las acciones que le realizaron durante las revisiones prenatales en Tabasco, 2013</b>		
	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>Durante las revisiones de su embarazo</b>		
Le tomaron la presión.	100	100.0%
La pesaron.	99	100.0%
Le aplicaron una vacuna contra el tétanos.	97	96.2%
Le recomendaron que tomara vitaminas.	99	98.1%
Le recomendaron la lactancia para cuando su hijo/a naciera.	96	67.9%
Le dijeron que regresara a otra revisión.	88.1	98.1%
Le hablaron sobre planificación familiar.	84.2	45.3%
El personal de salud le informó sobre cómo cuidar su embarazo.	97	77.4%
Le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara.	79.2	43.4%
Le ofrecieron hacerse la prueba de VIH.	94.1	83.0%
Le ofrecieron hacerse la prueba de sífilis.	96	5.7%
Le sugirieron venir con su pareja a todas sus consultas	87.1	35.8%
Le hablaron de la corresponsabilidad de la pareja en el cuidado del embarazo.	83.2	18.9%
Le proporcionaron información o algún material con recomendaciones para el involucramiento de su pareja en el cuidado del embarazo.	67.3	15.1%
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.		

Como se observa en el cuadro 3.4.14, no todas las mujeres recibieron información sobre qué hacer o donde ir en caso de una emergencia obstétrica, tarea que es sumamente importante para no enfrentar los procesos de demora que pueden conducir a una enfermedad incapacitante de por vida o la muerte materna. No obstante, este indicador se redujo de 88.9% a 87%; sin embargo, todas las mujeres deberían saber qué hacer cuando se presenta una emergencia y, sobre todo, porque como se observa en el cuadro, la mayoría de las mujeres enfrentan algún tipo de complicación que pueden conducir a un evento riesgoso. Poco más de 1 de cada cuatro mujeres tuvieron que ser canalizadas a un servicio de atención especializado debido a la presentación de complicaciones durante el embarazo en la etapa post-intervención.

<b>3.4.14. Porcentaje de usuarias embarazadas según si tuvo alguna complicación durante el embarazo en Tabasco, 2013</b>		
	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>Le explicaron que hacer o dónde ir en caso de emergencia</b>	96	89.6
<b>Durante las revisiones de su embarazo ha tenido alguna complicación</b>		
Sangrado vaginal	5.9	4.5
Hinchazón de piernas y/o cara	1	9.1
Presión alta	7.9	15.6
Presión baja	1	9.1
Frecuentes dolores de cabeza	12.9	9.1
Azúcar en la sangre	1	100
Infección en los riñones	6.9	24.4
Diagnóstico de diabetes	1	
Depresión	3	
Otro	4	
<b>La canalizaron a un servicio especializado para su atención</b>		32.5
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.		

Una fuerte recomendación que se realiza en relación a los servicios de atención materna, en vísperas a que la norma oficial 007 será actualizada es garantizar una partida presupuestal para desarrollar un proceso de capacitación de todo el personal que presta sus servicios en el primer nivel de atención. Los indicadores reportados por las mujeres indican que se requiere mejorar el conocimiento de la NOM, pero además existen importantes áreas de oportunidad en materia de educación y comunicación que se deberá profundizar para mejorar su desempeño.

### **2.4.4.3. Servicios de atención al sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión**

#### **2.4.4.3.1. Sobrepeso y Obesidad**

Actualmente el sobrepeso y la obesidad constituyen condiciones de riesgo relevantes para adquirir otros padecimientos como la diabetes e hipertensión, por eso en este apartado se analiza las condiciones de atención a este problema de salud pública que pueden conducir a padecimientos crónicos degenerativos altamente costosos y incapacitantes en el largo plazo.

Las usuarias(os) fueron entrevistadas(o) en unidades de especialidades médicas, por lo tanto, es población expuesta a alguno de estos padecimientos. Cabe señalar que por limitaciones de tiempo, no se contó con información post-intervención para el caso del sobrepeso y obesidad, por lo que la información presentada se realizará sobre la fase de pre-intervención.

Las UNEMES al ser un servicio médico especializado, se caracteriza por tener una atención más personalizada y de seguimiento de los casos que son canalizados a estas unidades. Esto se refleja en la información declarada por las y los usuarias(os), ya que 100% de la población contó con la información sobre sobrepeso y obesidad, le informaron sobre los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso y les fue explicado su tratamiento en 100% de los casos tanto para hombres como mujeres. Tanto a mujeres como hombres les proporcionaron datos de contacto telefónico para dudas (70%vs90%).

Una de cada tres mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud, y aunque en una proporción muy baja, algunas usuarias se sintieron subestimadas o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del profesional de la salud. Probablemente, exista un trato diferenciado, derivado de los roles tradicionales de género que también se refleja en una atención más efectiva hacia el sexo masculino, ya que 100% de los hombres recibieron tratamiento, mientras que las mujeres no y principalmente debido al desconocimiento sobre este servicio de atención y de que hubiera tratamiento para atender el sobrepeso y la obesidad.

Mientras que las mujeres requieren realizar un plan de alimentación y actividad física, en los hombres es uno u otro. En el caso de las mujeres ellas son las responsables de la preparación de sus alimentos, los hombres declaran que ellos son responsables o se las prepara otra persona. Cabe señalar que la mayoría de las y los usuarios declaran no realizar actividad física para mejorar su condición de salud.

Es importante mencionar que la muestra de población recolectada para este padecimiento, consideramos que no es suficiente para realizar interpretaciones.

**3.4.15. Porcentaje de usuarias (os) con sobrepeso y obesidad según diversas características de la atención en Tabasco, 2013**

Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Le han informado qué es el sobrepeso y la obesidad</b>	93.8%	100.0%	94.4%			
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	94.1%	100.0%	94.7%			
<b>Algún/a médico/a o enfermero/ale ha dicho que tiene sobrepeso u obesidad</b>	100.0%	100.0%	100.0%			
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	94.1%	100.0%	94.4%			
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	20.0%	100.0%	25.0%			
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	88.2%	100.0%	88.9%	<b>No hubo información de usuarias(os) con sobrepeso y obesidad</b>		
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	81.3%	100.0%	82.4%			
Burlón/a y sarcástico/a.	6.3%		5.9%			
Agresivo/a y regañón/a.	0.0%		0.0%			
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	11.8%		11.1%			
Me subestimó (me trató como ignorante).	0.0%		0.0%			
Me culpabilizó de mi condición	5.9%	100.0%	11.1%			
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	11.8%		11.1%			
<b>Ha recibido tratamiento</b>	50.0%	50.0%	50.0%			
<b>Cuál es el motivo de no llevar un tratamiento</b>						
No sabía dónde atenderme	40.0%		40.0%			
Es caro y no tengo dinero	40.0%	100.0%	50.0%			
La unidad de salud queda lejos.	20.0%		20.0%			
Fui a la unidad de salud, pero no me atendieron	57.1%		57.1%			
Falta de confianza en los/as servidores/as	20.0%		20.0%			
Maltrato	0.0%		0.0%			
No lo necesito	50.0%		50.0%			
No tengo tiempo	100.0%		100.0%			
No sabía que existía tratamiento para el sobrepeso y la obesidad	50.0%		50.0%			
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	20.0%		18.8%			
Sólo hacer ejercicio o actividad física	13.3%		12.5%			
Ambos	66.7%	100.0%	68.8%			
<b>Quién prepara los alimentos de su plan de alimentación</b>						
Yo (mujer)	93.8%		88.2%			
Yo (hombre)	6.3%		5.9%			
Mi madre		100.0%	5.9%			
<b>El/la médico/a le indicó específicamente que usted preparara sus alimentos</b>						
Usted (mujer)	93.3%		87.5%			
Usted (hombre)						
Su madre	6.7%		6.3%			
Su esposo						
Su esposa		100.0%	6.3%			
<b>Cuánto tiempo de ejercicio realiza al día</b>						
No dedica tiempo	35.7%	50.0%	37.5%			
De 15 a 30 min.	57.1%		50.0%			
De 30 a 45 min.	7.1%	50.0%	12.5%			

N	17	2	19			
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.						

#### **2.4.4.3.2. Diabetes**

En el caso de la atención a la diabetes, la población usuaria declara que prácticamente 100% recibió información sobre este padecimiento, le indicaron los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso, se le explicó su diagnóstico y tratamiento al 100% de los hombres y mujeres y a uno de cada dos usuarios les fueron proporcionados sus datos de contacto telefónico para dudas, indicador que se incrementa a tres de cada cuatro en la etapa de post-intervención.

Un porcentaje muy reducido de mujeres expresaron que el médico la asustó con su condición de salud, se sintieron subestimadas o fueron culpabilizadas de su condición de salud, mientras que en los hombres no percibieron este tipo de respuesta por parte del profesional de la salud; si este aspecto se reduce a cero, la calidad de la atención proporcionadas en las UNEMES es excelente.

Prácticamente 100% de la población usuaria con diabetes, recibió tratamiento y le recomendaron un plan de alimentación y activación física. La mayoría recibió tratamiento médico, además de recomendarle medicina alternativa. Estos indicadores se mantienen en casi 100% para ambos sexos en la etapa de pos-intervención.

Tanto en los hombres como en las mujeres la mayor frecuencia de visita a la unidad es de 9 a 12 veces, aunque en la etapa de post-intervención asisten a consulta de 5 a 8 veces.

Es importante mencionar que la mayoría de las y los usuarias(os) con diabetes ha tenido complicaciones de salud. En ambos sexos las complicaciones más frecuentes son la disminución de la visión o daño en la retina, comportamiento similar en la etapa de post-intervención.

3.4.16. Porcentaje de usuarias (os) con diabetes según diversas características de la atención en Tabasco, 2013						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Le han informado qué es la DM</b>	92.9%	91.7%	92.3%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	92.9%	91.7%	92.3%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Algún/a médico/a o enfermero/a le ha dicho que tiene DM</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	89.3%	91.7%	90.4%	100.0%	100.0%	100.0%
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	64.3%	75.0%	69.2%	7.7%	8.3%	8.0%
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	82.1%	87.5%	84.6%	1.0%	1.0%	1.0%
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	82.1%	91.7%	86.5%	100.0%	91.7%	96.0%
Burlón/a y sarcástico/a.	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Agresivo/a y regañón/a.		4.2%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	7.1%	4.2%	5.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Me subestimó (me trató como ignorante).	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Me culpabilizó de mi condición	3.6%	4.2%	3.8%	0.0%	8.3%	4.0%
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>Ha recibido tratamiento</b>				100.0%	100.0%	100.0%
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	96.3%	91.3%	94.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Sólo hacer ejercicio o actividad física	88.9%	91.3%	90.0%	100.0%	91.7%	96.0%
Homeopatía (chochos).	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Herbolaria.	14.8%		8.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Medicina alternativa (tradicional).	23.1%	31.8%	27.1%		8.3%	4.0%
Medicina clínica (pastillas, insulina, ambas)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	90.9%	95.8%
Otra						
<b>Cuántas veces acudió a la clínica</b>						
1 a 4	3.7%	18.2%	10.2%	7.7%		4.2%
5 a 8	92.6%	72.7%	83.7%	23.1%	18.2%	20.8%
9 a 12	3.7%	9.1%	6.1%	69.2%	81.8%	75.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Debido a la diabetes ha tenido algunas complicaciones</b>						
Ulceras en piernas o pies que tardan en sanar más de 4 semanas	15.4%	21.1%	18.8%			
Le han amputado alguna parte del cuerpo.		16.7%	9.7%	0.0%	100.0%	100.0%
Le ha disminuido su visión.	76.9%	55.6%	64.5%	100.0%	100.0%	100.0%
Ha sufrido daño en la retina.	92.3%	100.0%	96.8%	0.0%	100.0%	100.0%
Ha perdido la vista.	7.7%	5.6%	6.5%	100.0%	0.0%	100.0%
Le han hecho diálisis.	100.0%	100.0%	100.0%			
Ha sufrido algún infarto	100.0%	100.0%	100.0%			
Ha sufrido coma diabético	100.0%	100.0%	100.0%			
Sufre ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies	53.8%	55.6%	54.8%	100.0%	100.0%	100.0%
Estado de ánimo decaído (depresión)	61.5%	36.8%	46.9%			
Falta de deseo sexual		11.1%	6.5%			

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.

### 2.4.4.3.3. Hipertensión

En el caso de la atención a la hipertensión, la población usuaria declara que prácticamente 100% recibió información sobre este padecimiento, le indicaron los problemas de salud que podía ocasionarle y ha sido diagnosticado por un profesional de la salud.

El trato es percibido como amable y respetuoso, se le explicó su diagnóstico y tratamiento al 100% de los hombres y mujeres y a uno de cada dos usuarios les fueron proporcionados sus datos de contacto telefónico para dudas.

Prácticamente 100% de la población usuaria con hipertensión, recibió tratamiento y le recomendaron un plan de alimentación y activación física. La mayoría recibió tratamiento médico, además de recomendarle medicina alternativa. Los hombres adicionalmente revieron la recomendación de dejar de fumar y no consumir bebidas alcohólicas.

3.4.17. Porcentaje de usuarias (os) con hipertensión según diversas características de la atención en Tabasco, 2013						
Características	Pre			Post		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
<b>Le han informado qué es la HP</b>	93.3%	91.7%	92.6%			
<b>Le han informado qué problemas de salud puede ocasionarle</b>	100.0%	95.8%	98.1%			
<b>Algún/a médico/a o enfermero/ale ha dicho que tiene HP</b>	100.0%	100.0%	100.0%			
<b>Al momento de diagnosticarlo/a, el/la servidor/a fue</b>						
Amable y respetuoso/a.	93.3%	100.0%	96.3%			
Me proporcionó sus datos de contacto telefónico para dudas	40.0%	65.2%	50.9%			
Me explicó mi diagnóstico y tratamiento	96.7%	100.0%	98.1%			
Me explicó causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	86.7%	91.3%	88.7%			
Burlón/a y sarcástico/a.	0.0%	0.0%	0.0%			
Agresivo/a y regañón/a.	0.0%	0.0%	0.0%			
Alarmante respecto a mi condición de salud (me asustó)	0.0%	0.0%	0.0%			
Me subestimó (me trató como ignorante).	0.0%	0.0%	0.0%			
Me culpabilizó de mi condición	0.0%	0.0%	0.0%			
Utilizó un tono de voz impositivo (de orden) y fuerte	10.3%	4.3%	7.7%			
<b>Ha recibido tratamiento</b>	92.6%	100.0%	96.1%			
<b>Qué recomendaciones le hicieron para llevar un tratamiento</b>						
Sólo llevar un plan de alimentación	86.7%	95.8%	90.7%			
Sólo hacer ejercicio o actividad física	76.7%	91.7%	83.3%			
Homeopatía (chochos).	13.3%		7.7%			
Comer poca sal	90.0%	95.8%	92.6%			
Dejar de fumar	86.7%	95.8%	90.7%			
No tomar bebidas alcohólicas	83.3%	91.7%	87.0%			
Herbolaria	36.7%	16.7%	27.8%			
Medicina Alternativa	13.3%	33.3%	22.2%			
Medicina Clínica	96.6%	100.0%	98.1%			
Otra	100.0%	0.0%	66.7%			

Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuarias y usuarios de los Servicios.

#### **4. Centro de Entretenimiento Infantil: Estrategia generada con el proyecto de intervención**

La Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud, integró como uno de los componentes la promoción de espacios de entretenimiento para los hijos y las hijas mientras la madre esté en su consulta. Para ello necesitaba probar que estos espacios fueran aceptados e integrados en los servicios de atención. Por ello, la propuesta fue valorar y negociar en un segundo nivel de atención, donde la asistencia de mujeres a consulta externa tiene un peso importante.

La justificación de su implementación, partió de necesidades identificadas previamente de las necesidades que planteaban muchas mujeres al asistir por ejemplo a Hospitales:

- En ocasiones las mujeres no acuden a los servicios médicos porque no tienen con quién dejar a sus hijos e hijas.
- Han enfrentado la problemática de que alguna persona que trabaja en la unidad de salud les llame la atención porque sus hijos/as están jugando en los pasillos o salas de espera, lo que puede hacerla sentir incomprendida, menospreciada o regañada.
- En muchas ocasiones se les niega la entrada con menores por ser un espacio donde las y los niñas(os) se exponen a enfermedades.

Con base a estos elementos, las entidades federativas participantes en el proyecto se comprometieron a generar este espacio, lo cual incluyó varias actividades previas:

1. La selección del Hospital
2. La presentación del proyecto a directivos
3. El proceso de negociación para la autorización del mismo
4. La búsqueda de un espacio adecuado dentro del hospital
5. La contratación de personal con el perfil idóneo
6. El desarrollo de un lineamiento para la operación del Centro de Entretenimiento Infantil
7. El desarrollo de materiales didácticos e insumos de apoyo para su funcionamiento
8. La elaboración de formatos de registros y controles de estancia
9. La evaluación del funcionamiento

Esta tarea no fue sencilla, también implicó un proceso de sensibilización del enfoque de género con las autoridades del Hospital, explicar que implica la incorporación de la perspectiva de género al interior de las instituciones de salud y, adicionalmente, convencer de que este tipo de acciones reducen las inequidades de género que enfrentan las mujeres en el proceso de atención a la salud.

Cómo parte del proceso de funcionamiento del CEI, en la etapa de post-intervención se incluyeron una serie de preguntas que buscaron analizar, el desempeño y efectividad del mismo. El instrumento fue aplicado a personas que fueron usuarias del CEI.

En Nuevo León, en promedio la estancia de los menores de edad en el CEI fue entre una y dos horas, para casi 50% de las mujeres, mientras que una de cada tres mujeres los dejaron en cuidado entre 2 y 3 horas. En el caso de Tlaxcala, la mayoría de las mujeres lo utilizaron entre una y dos horas. Cabe señalar que la confianza generada por el personal, permitió que muchas mujeres utilizaran el servicio en más de una ocasión, hasta tres y cuatro veces, dejando en cuidado entre 1 y 2 hijas(os). Es importante llamar la atención que el grado de satisfacción de las usuarias expresaron de los servicios fue el de mayor grado de calificación, muy bueno y bueno.

Porcentaje de usuarias(os) según su percepción sobre la calidad de la atención en el Centro de Entretenimiento Infantil en Nuevo León y Tlaxcala, 2013			
	Nuevo León	Tlaxcala	Tabasco
<b>Cuál es el máximo de horas que el niño ha estado en el CEI</b>			<b>En Tabasco no se implementó el CEI, por eso no existe la información</b>
Entre 1 y 2 horas	45.8%	90.0%	
Entre 2 y 3 horas	37.5%	2.5%	
4 y más horas	16.7%	7.5%	
<b>Ha utilizado el servicio más de una vez</b>			
1 vez	37.5%	57.5%	
2 veces	16.7%	27.5%	
3 veces	29.2%	7.5%	
4 y mas	16.7%	7.5%	
<b>A cuántos niños has dejado en cuidado en el CEI</b>			
1	66.7%	94.9%	
2	29.2%	2.6%	
3 y mas	4.2%	2.6%	
<b>Cómo calificaría el horario de servicio del CEI</b>			
Muy bueno	79.2%	67.5%	
Bueno	20.8%	32.5%	
<b>Para usted el horario del servicio del CEI es</b>			
Muy bueno	83.3%	65.0%	
Bueno	16.7%	35.0%	
<b>En general Como es el trato que recibe usted y la(el) niña(o) por parte del personal del CEI</b>			
Muy bueno	83.3%	67.5%	
Bueno	16.7%	32.5%	
Usted considera que la(el) niña(o) está seguro en el CEI	100.0%	97.5%	
Fuente: Estudio: Piloteo de acciones con perspectiva de igualdad de género en salud en unidades de atención médica. Cuestionario 1. Usuaris y usuarios de los Servicios.			

## 5. Ruta crítica de acción para mejorar la operación de los servicios estatales de salud

Este proyecto de intervención no permite extraer conclusiones generales; no obstante, se puede establecer una agenda de trabajo para fortalecer la equidad e igualdad de género en los servicios estatales de salud que enumeran a continuación:

<b>ÁREA Y/O PROGRAMA PRIORITARIO: IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD</b>	
<b>HALLAZGOS EXPLORATORIOS</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
Las mujeres tienen que esperar más tiempo para ser atendidas en la consulta en relación a los hombres	Las y los prestadores de servicios deben reducir sus prejuicios, roles y estereotipos de género en relación a la información que se le debe otorgar a hombres y a mujeres y el trato y calidad en la consulta. Esta área de oportunidad se puede mejorar a través de un proceso de sensibilización en género.
Las mujeres usuarias de los servicios perciben un menor nivel de satisfacción en la calidad de la atención	
Existe un trato diferenciado en la atención por sexo, en detrimento de las mujeres.	
Los derechos humanos de las y los usuarias(os) vinculados al proceso de atención a la salud son poco conocidos. Este desconocimiento afecta en mayor medida a las mujeres	En México la información sobre la atención médica que se le brinda al paciente está legislada en diferentes instrumentos de normatividad jurídica. A más de una década de la modificación en la Ley General de Salud -reformada en 2001-, estos continúan siendo poco accesibles a la población a pesar de que existan carteles en los servicios de salud donde se estipulan los derechos que tienen los pacientes para mejorar la calidad de la atención médica y fomentar el respeto a sus necesidades e intereses. Las y los usuarias(os) de los servicios necesitan conocer sus derechos para poder exigirlos y cuáles son los mecanismos para hacerlos efectivos. Estos elementos mejorarían las condiciones de equidad en el proceso de atención a la salud. El enfoque de derechos humanos en salud implica un cambio de paradigma en el proceso de atención. Este es un proceso de transformación que se podría mejorar de manera gradual, empezando con acciones costo-efectivas, como la sensibilización al personal de salud; está documentado que un cambio de actitud tiene un impacto cualitativamente importante en la percepción de la calidad de la atención.
La población usuaria identifica discriminación por edad, indiferencia y maltrato	
El buzón de quejas debe ser de conocimiento universal de la población usuaria de los servicios de salud	
El buzón de quejas prácticamente no es utilizado por la población usuaria de los servicios de	

salud	<p>Se debe iniciar un proceso de promoción de los derechos de las y los usuarios y los mecanismos para que estos se hagan efectivos.</p> <p>Una queja constituye un reclamo realizado por un usuario(a) a un establecimiento de salud, en el caso de que un trabajador, empleado o autoridad del establecimiento haya vulnerado el derecho a la salud. En la mayoría de los establecimientos de salud no existen órganos de control por lo que el buzón de quejas, se considera como un mecanismo para mejorar la calidad de la atención ¿pero constituye un mecanismo de exigibilidad de los derechos?.</p>
-------	--

<b>ÁREA Y/O PROGRAMA PRIORITARIO: SERVICIOS AMIGABLES</b>	
<b>HALLAZGOS EXPLORATORIOS</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
Las y los adolescentes declaran que para recibir información o atenderse en la consulta, exigen la presencia de la madre, padre o tutor.	Los servicios se denominaron amigables para hacerlos más cercanos a sus necesidades, eliminando las barreras institucionales de acceso, como la exigencia de estar acompañados por un adulto mayor. La idea es que puedan asistir con quien ellos tomen la decisión o solos, y se sientan lo más cómodos posibles para solventar todas sus dudas. Se requiere elaborar una actualización del marco jurídico normativo vigente y de las leyes y reglamentos nacionales y estatales sobre los derechos de las y los adolescentes, así como un proceso de sensibilización a tomadores de decisión y prestadores de servicios del primer nivel de atención, independientemente de que exista o no un servicio amigable en la unidad de salud.
Los servicios amigables ofrecen poca información sobre los temas vinculados a la sexualidad, embarazo no deseado, funcionamiento del cuerpo, etc.	Los temas abordados para mejorar con oportunidad la información referente a su salud sexual y reproductiva enfrenta un fuerte sesgo de género, principalmente porque las y los prestadores de servicios deben reducir sus prejuicios, roles y estereotipos de género en relación a la información que se le debe otorgar a hombres y a mujeres adolescentes. Ambos deben recibir la misma información no importando si es hombre o mujer. Es necesario establecer una estrategia de sensibilización para mejorar el acceso a información oportuna para ambos sexos en igualdad de condiciones.
La información otorgada a las y los adolescentes es diferencial por sexo derivado de los roles y estereotipos de género	Se debe considerar integrar un currículo homogéneo para el proceso de formación de los de los prestadores de servicios que ofrecen atención en un servicio amigable. Los temas de sexualidad y embarazo no deseado son poco abordados, incluso se ofrece muy poca información sobre género, lo cual indica
La abstinencia es considerada por las y los	

<p>adolescentes como una medida efectiva para prevenir las ITS y el VIH Sida</p>	<p>que se encuentran poco sensibilizados en el tema.</p> <p>La mayoría de las estrategias que se implementan en los servicios amigables son preventivas, por lo que es necesario fortalecer esquemas de capacitación continuas en su modalidad de cursos presenciales o virtuales, que puedan funcionar como costo-efectivas para los servicios estatales de salud, que sean probadas y con eficiencia comprobada.</p> <p>Los prestadores de servicios deben contar con materiales de formación que también permitan mejorar su conocimiento sobre las problemáticas que enfrenta actualmente la población adolescente.</p> <p>Los centros de salud deben contar con materiales de promoción para adolescentes que permitan a estos tener un mayor conocimiento sobre los diferentes temas relevantes durante esta etapa de sus vidas y que aseguran en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.</p>
--	--

<b>ÁREA Y/O PROGRAMA PRIORITARIO: SALUD MATERNA</b>	
<b><u>HALLAZGOS</u></b> <b><u>EXPLORATORIOS</u></b>	<b><u>RECOMENDACIÓN</u></b>
<p>No existe una correspondencia entre la semana de gestación y el número de revisiones prenatales que según la NOM 007, deberían cumplirse.</p> <p>Probablemente se cumple con el número promedio de revisiones prenatales pero no se realizan en los trimestres adecuados.</p>	<p>En vísperas a que la norma oficial 007 será actualizada, se requiere garantizar una partida presupuestal para desarrollar un proceso de actualización de todo el personal que presta sus servicios en el primer nivel de atención.</p> <p>El hecho de que las mujeres asistan a revisión prenatal, no significa que esta sea otorgada con la calidad necesaria para reducir eventos riesgosos durante el parto, muerte materna o incapacidad.</p>
<p>No existe una cobertura universal de las actividades clínicas, de laboratorio, orientación y consejería, así como educación, información y comunicación que deben recibir la mujer embarazada, pareja y/o familiar. Tampoco se les</p>	<p>Las actividades a realizar durante la atención prenatal, requiere de la elaboración de historia clínica, la detección de factores de riesgo, la identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica, la interpretación y valoración de los estudios de laboratorio tales como biometría hemática, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo, examen general de orina y la prueba de ELISA para VIH-SIDA, la prescripción de vitaminas, la aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico, orientación-consejería en planificación familiar, así como información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.</p> <p>Con base en la normatividad vigente actual todas las mujeres que</p>

otorga al 100% de las mujeres embarazadas información sobre qué hacer o dónde acudir en caso de una emergencia obstétrica.	cursen por la revisión prenatal deberán haber cumplido con los lineamientos mencionados. Solamente al 100% de las mujeres embarazadas se les toma la presión y las pesan. El resto de las acciones recomendadas no cumplen con los criterios normativos.
--	--

<b>ÁREA Y/O PROGRAMA PRIORITARIO: SOBREPESO-OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN</b>	
<b>HALLAZGOS EXPLORATORIOS</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
Las usuarias declaran ser las principales responsables de la preparación de alimentos	Mejorar la corresponsabilidad de la preparación de los alimentos a través de un proceso de sensibilización con los usuarios de los servicios.
Las usuarias declaran principalmente que son culpabilizadas por regañadas Reducir los prejuicios y estereotipos por el	Sensibilizar a las y los prestadores de servicios para no culpabilizar a la población sobre su condición de salud, particularmente en el trato con las mujeres.
La mayoría de las y los usuarias(os) declaran no realizar actividades físicas.	Mejorar las condiciones contextuales locales para facilitar la activación física, principalmente en el caso de las mujeres.