Género y Salud en Cifras

Volumen 12
Núm. 1
2014

Enero-abril

Morbilidad materna en México

Reconocimiento de derechos de pacientes con cáncer de mama y cervical

Obesidad: el peso de las desigualdades de género

Reseña
Omisión e indiferencia
2ª parte

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Décimo aniversario

Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los PAE, 2013-2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

SECRETARÍA DE SALUD

Género y Salud *en Cifras*
Vol. 12 • Núm. 1
Enero-abril

SECRETARIA DE SALUD
Mercedes Juan López

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
Eduardo González Pier

CONSEJO DIRECTIVO
Prudencia Cerón Mireles
Aurora del Río Zolezzi

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

SECRETARÍA TÉCNICA
Cecilia Robledo Vera
Alejandra Oyosa Romero
Bisherú Bernal Medel

Comentarios y correspondencia:
gysenc@gmail.com

Género y Salud *en Cifras*, Año 12 Núm 1, enero-abril 2014 es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Homero 213, 3er. Piso, colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F., Tel + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.cnegsr.gob.mx. Editora responsable: Alejandra Oyosa Romero. Coeditora/correctora de estilo: Bisherú Bernal Medel Diseño editorial: María Adriana García Hernández. Colaboración en fotografía: Yessica Sánchez Rangel. Impreso por: Edamsa Impresiones, S.A. de C.V. Av. Hidalgo No. 111, Col. Fracc. San Nicolás Tolentino, México, D.F. Este número se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2014 con un tiraje de 5000 ejemplares. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es.

Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro.

Indizada en la base de datos periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación

Dra. Aurora del Río Zolezzi. Directora General Adjunta de Equidad de Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México? 3
Dra. Ángeles Sánchez Bringas y Dra. Fabiola Pérez Baleón

Reconocimiento de derechos en la atención del cáncer de mama y cervical por parte del personal que presta servicios de salud 15
Dra. María del Carmen Castro Vásquez

Obesidad: el peso de las desigualdades de género entre las y los indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco 27
Dra. Marcelina Cruz-Sánchez, Dra.Esperanza Tuñón-Pablos, Dra. Martha Villaseñor-Farías, Dra.Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo y Dr. Ronald Byron Nigh-Nielsen

Descifr3mo5 41

Para compartir 46
Conmemoración de los 10 años del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013- 2018

Reseña 51
Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. 2ª parte.
Mtra. Patricia Karina Vergara Sánchez, Mtra. Alejandra Oyosa Romero y Mtra. Sara Chávez Ruiz

Notigénero 59

Invitación para publicar 63

Arte en portada

Josefina Alicia Venegas Espejel †
Sueño (1981)
Óleo/tela 60x40 cm.
1936-2009
México D.F.

Licenciada en Educación Primaria por la Escuela Nacional de Maestros, con especialidad en Artes Plásticas y Artes Gráficas en la Escuela Normal Superior. Realizó estudios de pintura en la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Artes del Libro.
Durante 50 años ejerció como docente en el área de las Artes Plásticas, en todos los niveles educativos; experiencia que plasmó en su libro *Las artes plásticas en la educación artística y estética infantil,* publicado en 2002 por editorial Paidós.
Como pintora esencialmente paisajista, participó en numerosas exposiciones colectivas e individuales, en diversos concursos convocados por el Instituto Nacional de Bellas Artes y el Sindicato Nacional de la Educación, ganó diversas becas y premios, además del derecho a quedar comisionada como productora de Obra Plástica dentro del INBA hasta su fallecimiento.

Presentación

Por más de una década, **Género y Salud** *en Cifras* ha transitado de la innovación, al ser una revista única por la temática abordada, a la renovación y al cambio, que ha sido más notorio durante el año anterior, y en este 2014 iniciamos el proceso de consolidación, sustentado en un creciente reconocimiento nacional e internacional que ha propiciado que recibamos colaboraciones de Argentina, España y Cuba, entre otros países. Además, somos una fuente de información cada vez más consultada en el ámbito académico.

Así, reiteramos nuestro compromiso de divulgar investigaciones cuantitativas y cualitativas que analicen y reflexionen sobre temas de salud desde la perspectiva de género. En este sentido, en nuestro primer número del volumen 12, las doctoras Ángeles Sánchez Bringas y Fabiola Pérez Baleón se preguntan: *¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México?* Las autoras abordan un problema de salud pública que ha permanecido bajo la sombra de la mortalidad materna, por la importancia de esta última en los análisis y acciones nacionales e internacionales. Las especialistas ofrecen un análisis cuantitativo de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 y dejan en la mesa la tarea de realizar futuros estudios cualitativos para profundizar en esta problemática.

En nuestro segundo artículo, la doctora María del Carmen Castro Vásquez se centra en el *Reconocimiento de derechos en la atención del cáncer de mama y cervical por parte del personal que presta servicios de salud* y, a través de una investigación llevada a cabo en el estado de Sonora, realiza un análisis cuantitativo para construir los índices "Reconocimiento de derechos" y "Calidad de la atención brindada", que le permiten señalar la relación entre una mayor capacitación del personal de salud y una mejor calidad de los servicios hacia las usuarias.

La obesidad es uno de los problemas de salud pública más importantes en la actualidad, por lo que es fundamental abordarlo desde la perspectiva de género, como lo hacen las doctoras Marcelina Cruz-Sánchez, Esperanza Tuñón-Pablos, Martha Villaseñor-Farías, Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo y el doctor Ronald Byron Nigh-Nielsen en el artículo *Obesidad: el peso de las desigualdades de género entre las y los indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco*. Este estudio cualitativo explora cómo influye el peso de la cultura y de los estereotipos de género en las limitantes que tienen las mujeres para ejercitarse en los espacios públicos de su comunidad.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) conmemoró su primera década de trabajo en materia de equidad de género y del reconocimiento de los derechos reproductivos de las y los mexicanos, por lo que exponemos una nota pormenorizada en la sección Para compartir. También ofrecemos una compilación de las propuestas vertidas por personas especialistas provenientes de la academia, de organizaciones de la sociedad civil, de instituciones de salud pública y de personas usuarias, durante el Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018, del CNEGSR. En particular, nos centramos en las recibidas por el Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud que permitieron conocer las opiniones de las y los asistentes sobre prevención, promoción y atención de la salud, asignación presupuestal y cultura institucional, entre otros temas.

Finalmente, les ofrecemos la segunda parte de la reseña del documento publicado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida*, realizada por especialistas en los tres últimos temas abordados en este informe.

Como se puede observar, la información contenida en este número de **Género y Salud** *en Cifras* es variada y de gran interés, por lo que, estimadas y estimados lectores, instamos a que se sumerjan en su lectura, sin olvidar que está abierta la invitación para que colaboren con esta publicación y sean sus investigaciones y experiencias las que estén plasmadas en este espacio, que es de ustedes.

Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género
del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México?

Dra. Ángeles Sánchez Bringas*
Profesora-investigadora
Departamento de Política y Cultura
Universidad Autónoma Metropolitana–Unidad Xochimilco

Dra. Fabiola Pérez Baleón*
Posdoctorante. Maestría en Estudios de la Mujer
Universidad Autónoma Metropolitana–Unidad Xochimilco

Yessica Sánchez Rangel

*Correos electrónicos: angeles15sb@gmail.com y ggfabiola@hotmail.com

Introducción

La mortalidad materna ha sido un tema de análisis y acción tanto en México como a nivel internacional.[i] Diversas investigaciones la relacionan con factores biológicos, socioeconómicos e institucionales que afectan la magnitud y características de su incidencia. Como resultado de su estudio y focalización, se han tomado medidas cuyo efecto ha sido positivo en su reducción, como la mejora en las condiciones de vida de la población y, principalmente, en el acceso a la atención obstétrica,[ii] el incremento de hospitales de primer y segundo nivel y el aumento en la cobertura de anticonceptivos.[1,2,3]

Yessica Sánchez Rangel

Sin embargo, la morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio es un problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia requerida. En México se ha señalado que aproximadamente 15% de los embarazos presentan complicaciones obstétricas y en 2009 se calculaba que 30 000 mujeres quedaban con alguna discapacidad como consecuencia de éstas.[4] Algunos estudios se han centrado en aquellas morbilidades que pueden desencadenar la muerte de las mujeres, pero las investigaciones suelen ser de caso y abordadas con metodología cualitativa.[iii] Respecto a la población en general, prácticamente no se conoce la prevalencia e incidencia de morbilidad aguda y crónica, que si bien no lleva a la muerte, puede tener secuelas muy importantes para la salud de las mujeres que la padecen.

Con este artículo buscamos contribuir a ampliar el conocimiento de la morbilidad materna en México a partir del estudio de la información recabada en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2009.[8] El objetivo es describir y analizar la incidencia de síntomas asociados a la morbilidad materna en mujeres mexicanas embarazadas en el periodo que abarca los años 2004-2009.

El marco conceptual de este trabajo considera a la procreación como elemento central del proceso de reproducción social, en el cual las mujeres producen seres humanos y reproducen de forma cotidiana las condiciones para el desarrollo de la vida de las personas en la sociedad. En nuestro país, este devenir se realiza en condiciones socioeconómicas y culturales diversas y desiguales, lo que impacta en la valoración diferenciada de la procreación, acorde con las desigualdades basadas en jerarquías de clase, raza, género y generación, entre otras.[9] Con base en éstas, hay restricciones diferenciales en el acceso de las mujeres a los recursos materiales y sociales prevalecientes en contextos específicos, en particular a los vinculados con la salud.

En este estudio focalizamos el análisis en la condición de salud de las mujeres durante el embarazo y su resolución, observamos la presencia de síntomas de morbilidad materna en estos eventos reproductivos y los asociamos con algunos indicadores sobre el acceso a la atención obstétrica y las condiciones socioeconómicas y reproductivas de las mujeres.

[i] La iniciativa Por una Maternidad sin Riesgos se desarrolló en 1987 y desde entonces el tema ha estado presente en distintos foros. Destaca en particular la Cumbre del Milenio 2000, donde se establecieron metas precisas para su reducción.

[ii] En específico, la ampliación de cobertura a través de los programas Arranque Parejo en la Vida (APV) en el año 2000; Embarazo Saludable en 2008 y el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas en 2010.

[iii] Se han analizado varios factores que inciden en la morbilidad asociada al embarazo, entre los cuales están los emocionales, el desarrollo de cierto tipo de trabajo extradoméstico y la presencia o ausencia de redes sociales. También se han realizado estudios sobre el efecto de la violencia doméstica en la salud de las mujeres embarazadas.[5,6,7]

Respecto a la morbilidad materna, no existe una definición precisa y operativa del término, pues éste alude a cualquier enfermedad física o mental y a las discapacidades relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto, que no necesariamente amenazan la vida de las mujeres, pero que tienen impacto significativo en su calidad de vida e incluso pueden perdurar a lo largo de ésta.

Para fines de este artículo, el parámetro de referencia para analizar la información de la ENADID 2009 es el conjunto de complicaciones obstétricas agudas que pueden causar la muerte de las mujeres. Entre las más comunes a la etapa reproductiva se encuentran la hemorragia durante el embarazo y el posparto, el trabajo de parto prolongado u obstruido, las ocurridas como consecuencia de aborto, la preeclampsia/eclampsia, el embarazo ectópico y la ruptura uterina. Las complicaciones también pueden derivarse de condiciones preexistentes agravadas por el embarazo mismo o por su atención;[10,11] sin embargo, éstas no se consideraron en el análisis, pues en la encuesta del año de referencia no se indagó sobre esas morbilidades ni sobre aquellas presentadas durante el puerperio.

La ENADID 2009 recopiló información de 100 515 mujeres en edades de 15 a 54 años, con el fin de conocer su historia reproductiva y conyugal, sus preferencias anticonceptivas, así como lo referente a la salud materno-infantil. Este último módulo contiene información detallada de 27 525 mujeres, quienes habían tenido un embarazo entre los años 2004 y 2009, lo que representó 27% del total de las encuestadas. Sobre esta submuestra se centra la presente investigación.[iv]

De acuerdo con lo anterior, en este artículo se describe y analiza la prevalencia de síntomas de morbilidad y se presentan los porcentajes de los síntomas de complicaciones del embarazo y/o del parto reportados por las mujeres encuestadas. Con el fin de que estos datos aporten mayores elementos al conocimiento del tema, se relacionaron cuatro síntomas que, en conjunto, pudieran señalar la posible existencia de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Finalmente, se reportaron las características socioeconómicas, demográficas y reproductivas de la población estudiada.

Yessica Sánchez Rangel

[iv] Es necesario señalar que la encuesta adolece de una serie de limitaciones metodológicas que debemos tomar en cuenta y ponderar para saber realmente qué nos muestra la información y así poder definir algunos criterios para su estudio. En otro artículo se llevó a cabo el análisis crítico sobre las dificultades de la encuesta y se realizaron algunas propuestas para mejorar la captación de la información, entre las cuales destacan los siguientes puntos: preguntar directamente por enfermedades específicas, más que por síntomas aislados e indagar por las complicaciones de salud en el puerperio y el porcentaje de la población con secuelas temporales y/o con discapacidades asociadas al evento obstétrico.[12] Pese a dichas restricciones, se consideró importante sistematizar la información de los síntomas de morbilidad materna que proporciona la base de datos de la ENADID 2009, pues tiene representación nacional.

Principales síntomas de morbilidad

Al analizar la información de la ENADID 2009 sobre los síntomas de morbilidad durante el embarazo y el parto, llama la atención el alto porcentaje de mujeres que reportaron complicaciones durante estos eventos obstétricos, así lo indicó casi 75% de quienes tuvieron un embarazo entre los años 2004 y 2009. Aunque no existen datos sobre la incidencia de la morbilidad materna a nivel nacional, algunos estudios epidemiológicos sobre casos específicos han señalado porcentajes mucho menores para padecimientos como la preeclampsia/eclampsia, la cual se presenta entre el 2% y 10% de los embarazos;[v] la infección en vías urinarias, en particular la asintomática, que se observa entre el 17% y 20% de las mujeres embarazadas, y la pielonefritis aguda ocurre en 1.4% de los casos. Además, se ha calculado que la prevalencia de diabetes gestacional se ubica entre 8.4% y 17.7%.[14,15,16]

El elevado porcentaje reportado en la encuesta puede deberse a que se preguntó por síntomas aislados que no están asociados a morbilidades específicas. Por ejemplo, el más frecuente se refiere a la hinchazón de piernas y/o cara, indicio común en algún momento del embarazo, sobre todo al final de éste, lo que no implica, de manera necesaria, que las mujeres padezcan alguna complicación. Sin embargo, también se indicaron otros síntomas más específicos de complicaciones agudas obstétricas, los cuales deben ser explorados.

a) Morbilidad materna durante el embarazo y el parto

Durante el embarazo, 63% de las mujeres presentaron síntomas de morbilidad, los más frecuentes fueron: hinchazón de piernas y/o cara (34.3%); dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos (26.7%); contracciones antes de tiempo (20.5%) y sangrado vaginal (20.9%). Además, 13% de las entrevistadas reportó infección en riñones, lo cual es significativamente alto, dada la importancia de esta morbilidad (Cuadro 1).

Cuadro 1

Complicaciones durante el embarazo y/o parto (%) ENADID, 2009

Complicaciones en el embarazo		Complicaciones en el parto	
Sangrado vaginal	20.9	Tuvo sangrado abundante o grave	12.9
Hinchazón de piernas y/o cara	34.3	Tuvo presión alta	13.1
Dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos	26.7	Tuvo ataques o convulsiones	0.6
Contracciones antes de tiempo	20.5	Le bajó mucho la presión	10.1
Azúcar en la sangre	2.5	Se le rompió la fuente antes de que sintiera dolores	13.9
Infección en los riñones	13.0	El (la) niño(a) venía de pies o sentado(a)	7.2
Ruptura de la fuente antes de tiempo	7.3	El (la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado	9.1
Ataques o convulsiones	0.6	Tuvo otra complicación	4.8
Otras complicaciones	0.4		

Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.
Las frecuencias se presentan ponderadas.

Respecto a los síntomas de complicaciones en el parto, se presentaron en 42% de las entrevistadas, aunque no necesariamente en las mujeres que tuvieron problemas durante el embarazo y los más frecuentes fueron: sangrado abundante o grave (12.9%), presión arterial alta (13.1%) y ruptura de la fuente antes de sentir dolores (13.9%) (Cuadro 1).

Con el fin de indicar la posible existencia de enfermedades hipertensivas, se agruparon algunos síntomas que en conjunto se asocian con este tipo de trastornos durante el embarazo, como dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbidos de oídos, hinchazón de piernas y/o cara, presión arterial elevada durante el parto y ataques o

[v] Se ha señalado que la variación en los porcentajes depende de la definición utilizada de preeclampsia y de la población estudiada.[13]

convulsiones durante este evento obstétrico. En el cuadro 2 se observa que 30.3% de las mujeres presentó un síntoma, mientras que 16.1% señaló haber experimentado dos y 5% tres o más, por lo que aumentó el riesgo de algún problema hipertensivo. En este sentido, otros estudios han calculado y referido la presencia de estos malestares en el rango de 2% a 10% de los embarazos.[13]

Cuadro 2

Mujeres con síntomas hipertensivos durante el embarazo y/o parto (%) ENADID, 2009

	Total de las mujeres
Un síntoma	30.3
Dos síntomas	16.1
Tres síntomas	4.8
Cuatro síntomas	0.2

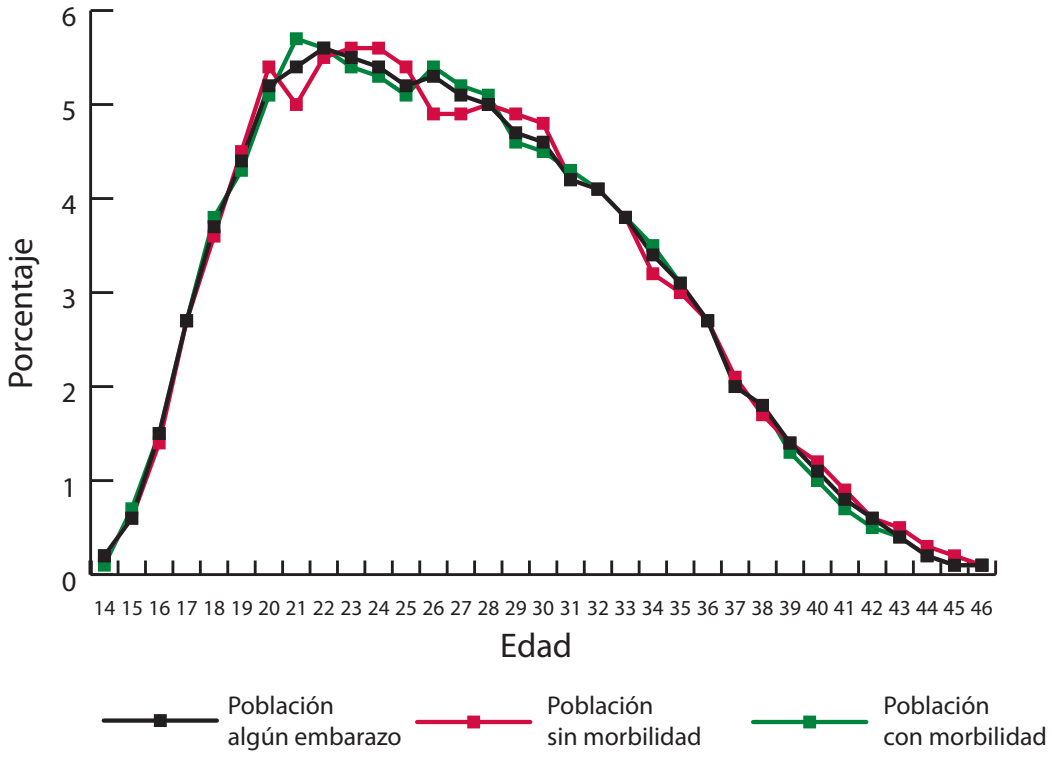
Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.
Incluye: dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos, hinchazón de piernas y/o cara, presión alta en el parto y ataques o convulsiones en el parto.

b) Relación entre síntomas y edad

Las edades en las cuales las mujeres presentaron complicaciones durante el embarazo fueron muy similares a las de aquellas que no las tuvieron. La curva se asemeja a la de distribución de la fecundidad, con una cima situada entre los 24 y los 27 años, cuando la mayoría de ellas tuvieron a sus hijas e hijos (Gráfica 1).

Gráfica 1

Mujeres por condición de morbilidad en el embarazo (%) ENADID, 2009

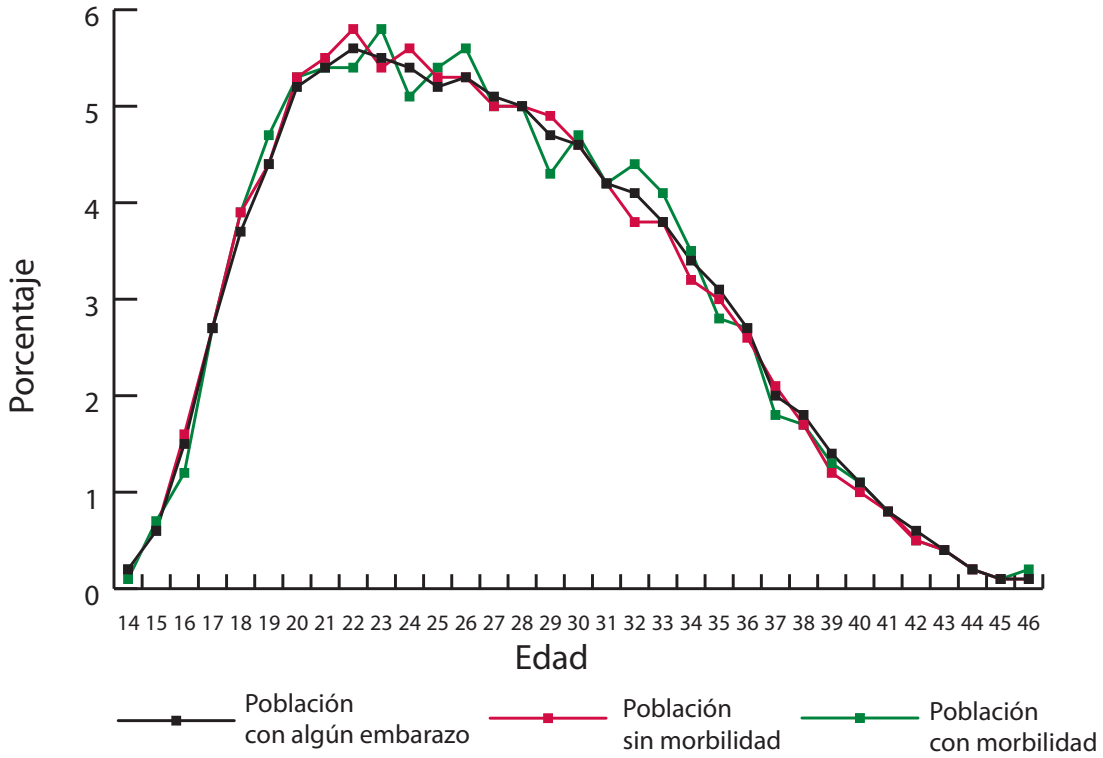


Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

La distribución de las morbilidades durante el parto fue similar a la presentada en las complicaciones en el embarazo. El total de la población que tuvo algún embarazo en los cinco años previos a la encuesta, mostró una curva de morbilidad durante el parto equivalente a la de distribución de la fecundidad. Asimismo, la distribución de quienes no presentaron alguna morbilidad siguió el mismo patrón (Gráfica 2).

Gráfica 2

Mujeres por condición de morbilidad en el embarazo (%)
ENADID, 2009



Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

Al observar este comportamiento, se pensaría que el riesgo de morbilidad está presente en cada embarazo, siendo más probable que suceda entre los 21 y los 33 años, ya que son edades en las cuales la mayoría de las mujeres se embaraza y tiene a sus hijas e hijos. Además, es interesante apuntar que no se encontró asociación entre edades extremas y presencia de morbilidad. En esta población, el riesgo de tener una complicación fue igual para quienes tenían entre 15 y 20 años, que para quienes transitaban entre los 21 y 33 años. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las mujeres que superaban el límite más alto de edad.[vi]

c) Atención del embarazo, parto y puerperio

La extensa mayoría de las mujeres de la submuestra contó con atención prenatal brindada por un médico (96.9%) y gran parte de ellas la inició durante el primer trimestre (85%) (Cuadro 3), con un promedio de casi nueve revisiones, las cuales incluyeron algunas de las siguientes acciones: toma del peso, de la presión arterial, práctica de ultrasonido, exámenes de sangre y orina, receta de ácido fólico, aplicación de la vacuna contra el tétanos, recomendaciones sobre la lactancia, ofrecimiento de métodos anticonceptivos –una vez concluido el embarazo– o realización de la prueba de detección de sida. Sin duda, estas cifras nos hablan de la importancia que el Sistema Nacional de Salud ha otorgado a la atención prenatal.[vii]

[vi] Resultados obtenidos a partir de un modelo de regresión logística.
[vii] A través del programa APV, en el período 2007-2012, y actualmente con el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal.

No obstante, hubo diferencias en la asistencia obstétrica. Las mujeres con síntomas de complicaciones en el embarazo y el parto acudieron con un médico a la atención prenatal en un porcentaje ligeramente mayor (93.2%), en relación con el grupo de mujeres que no presentaron complicaciones (90.5%). La diferencia es más amplia cuando observamos el porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal médico: 95.1% de las que tuvieron complicaciones, en comparación con 89.6% de aquellas que no las presentaron. Estos porcentajes se pueden explicar por la presencia de síntomas de morbilidad que derivaron en una mayor búsqueda de atención médica en el embarazo y parto.

Cuadro 3

Atención del embarazo, parto y puerperio (%) ENADID, 2009

	Mujeres sin complicaciones	Mujeres con complicaciones en el embarazo y/o parto
n 27,525	25.2	74.8
Tuvo atención prenatal	96.8	97.2
Personal médico en revisión prenatal	90.5	93.2
Inició en el primer trimestre	85.5	85.6
Número promedio de revisiones	8.75	8.81
Personal médico de atención en el parto (pérdida)	89.6	95.1
Hubo revisión médica en el posparto		
Sí	31.4	31.7
No	68.6	68.3
Parto vaginal	67.3	47.3
Cesárea programada	19.7	19.6
Cesárea de emergencia	9.9	23.8
Aborto	3.1	9.3

Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

Respecto a la resolución del embarazo, las mujeres sin complicaciones se atendieron en menor medida con personal médico durante el parto o aborto (89.6%), en comparación con aquellas que sí reportaron alguna morbilidad durante el embarazo y/o parto (95.1%); situación que pudo haber estado correlacionada con la presencia de síntomas. En ambos casos, siete de cada diez mujeres accedieron a revisiones médicas en el posparto.

Por otra parte, las mayores diferencias se presentan en la forma de concluir el embarazo, pues 67.3% de las mujeres sin complicaciones lo hicieron a través de parto vaginal, 19.7% concluyeron con cesárea programada, 9.9% con cesárea de emergencia y 3% con aborto; mientras que en la población con complicaciones, el parto vaginal se redujo a 47.3%, la cesárea programada es similar y aumenta de manera dramática el porcentaje de cesáreas de emergencia (23.8%) y de abortos (9.3%). Estas cifras son fundamentales porque indican que la encuesta está captando morbilidades que pueden tener serias consecuencias para la salud. Asimismo, podemos asociar algunos síntomas con la resolución del embarazo; por ejemplo, sabemos que se presentó sangrado vaginal abundante en 39% de las mujeres que concluyeron el embarazo con cesárea de emergencia y en 69.9% de quienes terminaron su embarazo en aborto.

d) Características socioeconómicas y demográficas de la submuestra

Las mujeres de la submuestra, con y sin síntomas de complicaciones, compartieron características socioeconómicas y reproductivas similares; más de la mitad pertenecía al estrato socioeconómico medio y tenía secundaria o incluso bachillerato. La mayoría se dedicaba a las actividades del hogar y más de 30% desarrollaba actividades extradomésticas. Entre ellas, 60% o más contaba con algún tipo de seguridad social o con ayuda económica para atender su salud, mientras que poco más de 30% carecía de este recurso (Cuadro 4).

A pesar de estas similitudes, se aprecian algunas diferencias entre los dos grupos. Aquellas con síntomas de morbilidad muestran porcentajes ligeramente mayores de mujeres ubicadas en el estrato medio, con mayor escolaridad, con actividad remunerada y con seguridad social, en comparación con quienes no presentaron morbilidad (Cuadro 4). De tal forma que en el grupo de mujeres que reportaron síntomas de complicaciones en el embarazo y parto, encontramos una proporción un poco más alta de mujeres con mayores recursos económicos y sociales, lo que pudiera haberles facilitado la identificación y declaración de síntomas en la encuesta.

Cuadro 4

Características sociodemográficas y económicas de las encuestadas (%) ENADID, 2009

		Mujeres sin complicaciones	Mujeres con complicaciones en el embarazo y/o parto
Vive con pareja	No	15.0	17.0
	Sí	85.0	83.1
Tipo de hogar	Nuclear	62.9	61.0
	Compuesto o ampliado	32.8	34.3
Estrato socioeconómico	Bajo	49.0	43.9
	Medio	51.0	56.1
Tiene bachillerato o secundaria		53.4	60.0
Realiza trabajo extradoméstico	No	68.6	65.8
	Sí	31.4	34.2
Cuenta con algún tipo de seguridad social	No	39.5	33.2
	Sí	60.5	66.8

Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

Trayectorias reproductivas

Dadas las características de la submuestra relativas a mujeres que tuvieron un embarazo entre los años 2004 y 2009, este análisis se enfoca en la población femenina que se encontraba en plena etapa reproductiva, lo que explica que poco más de ocho de cada diez mujeres vivían en pareja y sólo entre 15% y 17% eran solteras (Cuadro 4). Respecto al uso de anticonceptivos, entre 76% y 85% los había empleado en algún momento, pero sólo cuatro de cada diez mujeres los utilizaba en el instante de la encuesta (Gráfica 3).

La situación anterior se reflejó en los rangos de edad cuyo promedio, del total de ambas submuestras, se situó en los 28.8 años, con una mediana de 28 años. Además, casi ocho de cada diez fueron mujeres de 15 a 34 años y el resto se ubicó en el rango de 35 años en adelante.

En la gráfica 3 se presentan las edades medianas de distintos eventos relacionados con la vida sexual, conyugal y reproductiva de las mujeres de los dos grupos, con y sin complicaciones. En ambos se observa que la mitad de las mujeres vivió su primera relación sexual a los 18 años, a los 20 se unieron conyugalmente y en esa misma edad tuvieron su primer hija/o, aunque no es posible distinguir cuál de estos dos eventos fue primero.

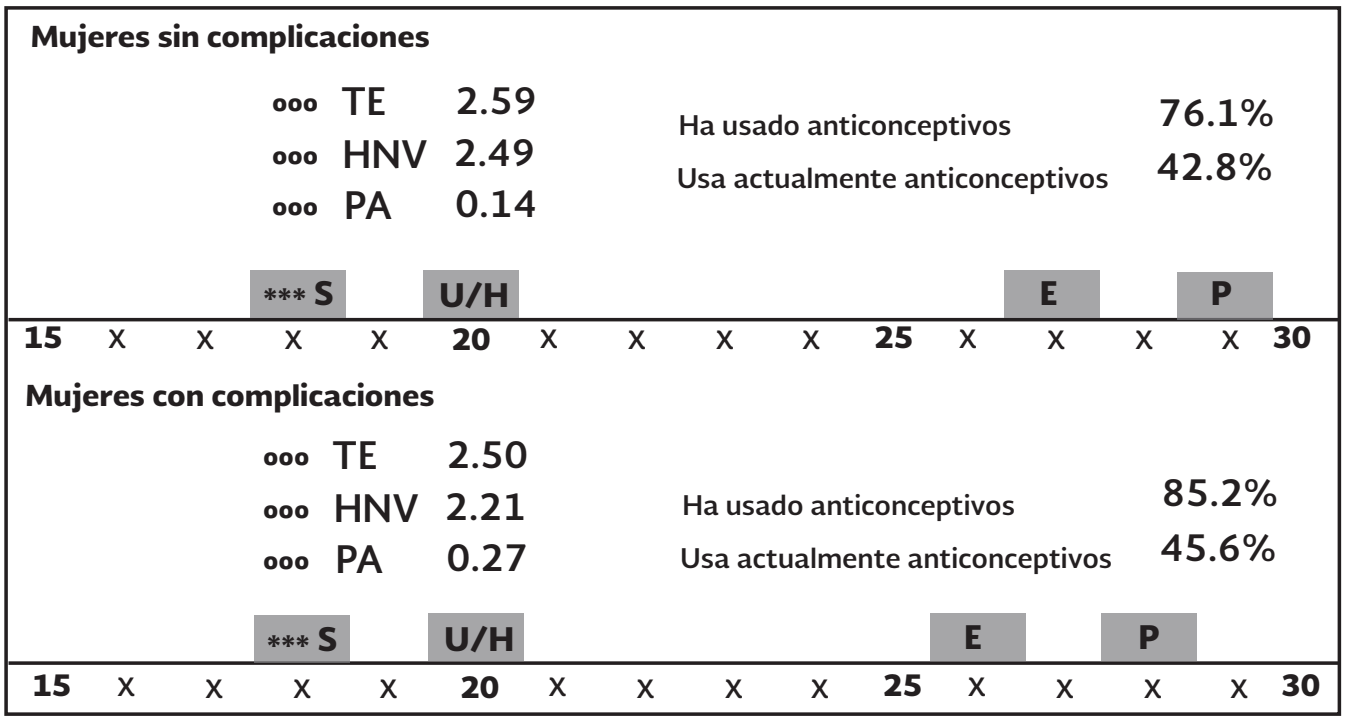
Yessica Sánchez Rangel

Se observó una divergencia en el último evento obstétrico: entre las mujeres sin complicaciones éste se presentó a los 27 años y al momento de la entrevista su edad mediana se situaba en los 29 años. En tanto que entre las mujeres con complicaciones, el último embarazo se presentó un año antes, con una edad mediana de 26 años y al momento de la entrevista fue de 28 años.

Las diferencias se pueden observar en el promedio de embarazos: para las mujeres sin complicaciones fue de 2.63, con 2.49 hijas/os y 0.12 abortos; mientras que para las mujeres con complicaciones el promedio de embarazos fue menor (2.52), la diferencia en el número de hijas e hijos nacidos vivos fue inferior (2.21) y los abortos casi se duplicaron.

Gráfica 3

Trayectorias reproductivas. Edad mediana a la primera relación sexual, primera unión conyugal, primer hija/o, último embarazo; al momento de la entrevista, promedio de embarazos, promedio de hijas/os vivos y promedio de abortos



S=Inicio de la vida sexual.
U=Unión conyugal.
H= Primer hija/o.

TE= Total de embarazos.
E= Último embarazo. HNV= Hijas/os nacidos vivos.
P=Entrevista. PA= Promedio de abortos.
Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

***Diferencia estadísticamente significativa al comparar la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres con y sin complicaciones. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Esta prueba también se aplicó a la edad mediana a la primera unión conyugal, primer hija/o y último embarazo. En esas variables la prueba mostró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

ooo Diferencia estadísticamente significativa al comparar el promedio de embarazos, promedio de hijas/os sobrevivientes y promedio de abortos entre los dos grupos de mujeres. Prueba T para igualdad de medias.

Reflexiones finales

A lo largo de este artículo hemos explorado la prevalencia de cierta sintomatología asociada a la morbilidad materna reportada por la ENADID 2009 y describimos algunos aspectos socioeconómicos y reproductivos de la población. Con ese propósito hemos contrastado dos grupos de mujeres que estuvieron embarazadas entre los años 2004 y 2009; el primero, conformado por quienes presentaron complicaciones durante el embarazo y el parto, y el segundo incluyó a aquellas que no las desarrollaron. El propósito fue observar los elementos diferenciales entre ambos.

El alto porcentaje de mujeres con síntomas de morbilidad en el embarazo y/o el parto (74.8%) es un resultado a destacar. Lo anterior puede atribuirse a que la encuesta no reporta enfermedades, sino una diversidad de síntomas que generan mayor o menor riesgo y que pueden significar tanto la presencia de distintos padecimientos como de síntomas menores. Es decir, los datos reflejan la situación de las mujeres con morbilidad asociada al embarazo, así como la de aquellas que tuvieron algún síntoma, pero que no desencadenó en morbilidad alguna. Ante esta situación, y con el fin de buscar indicios de algunas enfermedades comunes a este evento reproductivo, se asociaron algunos síntomas para el caso de las enfermedades hipertensivas, lo que derivó en observar la presencia de tres o más síntomas con porcentaje similar al reportado por otros estudios para la preeclampsia y eclampsia (5%).

Los estudios consultados señalan que la edad juega un papel importante en la determinación del riesgo de muerte materna y una de las tendencias es que éste aumente entre las mujeres muy jóvenes y las mayores de 35 años, por lo que se esperaría un comportamiento parecido respecto a la morbilidad.

En este sentido, las gráficas 1 y 2 muestran curvas similares de la fecundidad en la distribución de mujeres con morbilidad durante el embarazo o el parto. Además, en conjunto con el modelo de regresión logística da evidencias de que esta última, a diferencia de la mortalidad, se presenta en mayor medida en las edades reproductivas y no en los extremos de esta etapa.

Por otra parte, se apreció el impacto de los programas gubernamentales, como los dirigidos a resolver las emergencias obstétricas. Esto se observó en el elevado porcentaje de mujeres que tuvieron atención prenatal y en el inicio de ésta –durante el primer trimestre–, pero en especial, en el mayor porcentaje de mujeres con síntomas de complicaciones que contaron con atención médica en el parto, en relación con quienes no presentaron síntomas.

En la resolución del embarazo también existieron diferencias importantes, mismas que derivaron de las complicaciones en el momento del parto, situación que se reflejó en los porcentajes de cesáreas de emergencia y aborto.

Respecto a la situación socioeconómica de las mujeres de la submuestra, aquellas del estrato económico medio tuvieron una diferencia de cinco puntos a favor en la presencia de sintomatología durante el embarazo y el parto; en este grupo también se vieron diferencias en cuanto a la escolaridad, el desempeño de actividades remuneradas y el acceso a la seguridad social o al apoyo económico para la salud. Sin embargo, es importante destacar que 33.2% de las mujeres con síntomas de morbilidad no tuvieron cobertura social y requerían de servicios médicos durante los diversos momentos de la gestación, incluido el parto, la anticoncepción, el posparto y la atención y seguimiento de la madre y de la hija o hijo. Esta situación se agudiza si pensamos que en este grupo existió una mayor proporción de mujeres sin pareja (17%).

Al analizar las trayectorias reproductivas de las mujeres de ambas submuestras, no se observaron diferencias significativas. Los dos grupos iniciaron la vida sexual, conyugal y reproductiva a la misma edad; aunque se advirtió una pequeña diferencia en la edad mediana de las entrevistadas. Las mujeres que reportaron síntomas de morbilidad eran un año más jóvenes que quienes no presentaron complicaciones, situación también presente en la edad mediana al último embarazo.

Otros aspectos importantes de la trayectoria reproductiva son el número de gestas, hijas/os, abortos y el uso de anticonceptivos. En este sentido, es interesante observar que el porcentaje de mujeres que los empleaban fue bajo (43.8%), si lo comparamos con los porcentajes de las mujeres del total de la muestra. Lo anterior se explicaría debido a que las mujeres de la submuestra, además de tener la edad considerada como reproductiva, eran parte de la población que, de hecho, estaba teniendo hijas e hijos; es decir, estaban viviendo esta etapa.

Por otro lado encontramos que, si bien en general las mujeres tuvieron un bajo número de gestas e hijas/os, hubo ligeras diferencias entre ambos grupos; aquellas con síntomas de morbilidad, presentaron menos gestas, menos hijas e hijos y un porcentaje significativamente mayor de abortos. Además, se observaron casi tres puntos porcentuales más de usuarias de anticonceptivos, de manera primordial la obstrucción tubaria bilateral (33.3%) y el dispositivo intrauterino (23.7%), aunque los porcentajes de estos métodos fueron similares a los de las mujeres sin complicaciones.

En el acercamiento cuantitativo es difícil apreciar las condiciones de la morbilidad, no sólo por la fuente de datos de la ENADID y sus limitaciones, sino por la complejidad de reportar la morbilidad asociada al embarazo y su manejo, así como las características de la atención obstétrica y su impacto en la condición de la salud de las gestantes.

Por lo anterior, consideramos las conclusiones de este trabajo como líneas de análisis que requieren de abordajes detallados de corte cualitativo, a través de estudios de caso, para conocer y profundizar en las condiciones que propician o contienen la morbilidad materna en México.

Agradecimiento

Guadalupe Fabiola Pérez Baleón agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la beca posdoctoral que le otorgó durante la elaboración de este artículo.

Referencias bibliográficas

1. Lozano R, Núñez RM, Duarte MB, Torres LM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En: Zúñiga E, coordinadora. México ante los desafíos de desarrollo del Milenio. México: CONAPO; 2005. p. 167-192.

2. Observatorio de Mortalidad Materna. Numeralia 2010. Mortalidad Materna en México. México: OMM; 2011.

3. Ávila L, Cahuana L, Aracena B, Montañez J. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2010 y evolución del gasto 2003-2010. México: Instituto Nacional de Salud Pública-CNEGSR; 2012.

4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategias para acelerar la disminución de la muerte materna en México. México: Secretaría de Salud/Dirección General de Salud Reproductiva; 2009.

5. Infante C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública. 1990 julio-agosto; 32(9): 419-29.

6. Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004.

7. Karchmer S. Salud Reproductiva y violencia contra la mujer. México: Ginec Obstet Méx. 2002 mayo; 70: 248-52.

8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/ Consejo Nacional de Población; 2010.

9. Colen Sh, "Like a mother to them": Stratified Reproduction end West Indian Childcare Workers end Employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R, editors. Conceiving the new world order. The Global Politics. Berkeley: Universidad de California; 1995. p. 78-102.

10. Koblinsky M, Chowdhury M, Moran A, Ronsmans C. Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in Maternal Health. Health Popul Nutr. 2012 junio; 30(2): 124-30.

11. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial, Ginebra, Suiza: OMS; 2008. [Consultado 27 de julio de 2013]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/ publications/2008/9789243596211_spa.pdf

12. Pérez F, Sánchez A. Dificultades en la captación de la morbilidad materna en México. Un análisis de la ENADID 2009. México: Coyuntura Demográfica. 2013 enero; 3: 103-08.

13. Sánchez-Rodríguez EN, Nava-Salazar S, Morán C, Romero-Arauz JF, Cerbón-Cervantes MA. Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. Rev Invest Clin. 2010; 62(3): 252-60.

14. Secretaría de Salud. Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención. México: SSA; 2008. [Consultado el 22 de julio de 2013]. Disponible en http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/ SS_020_08_PREECLAMPSIA/SS_020_08_EyR.pdf

15. Hinojosa MA, Hernández FJ, Barrera E, Gayosso MT. Prevalencia de diabetes mellitus gestacional en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex. 2010; 77(2) :123-28.

16. Vallejos C, López MR, Enríquez MA, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Enf Inf Microbiol. 2010, 30(4): 118-22.

Reconocimiento de derechos en la atención del cáncer de mama y cervical

por parte del personal que presta servicios de salud[i]

Dra. María del Carmen Castro Vásquez*

Profesora-investigadora
Centro de Estudios en Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora

Yessica Sánchez Rangel

[i] Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación "Construcción de ciudadanía de las mujeres y su derecho a la información en salud: la atención del cáncer cervical y el cáncer de mama en Sonora", (CONACYT Ref. 60154). Se agradece el apoyo para la elaboración de este trabajo al doctor Gerardo Álvarez, quien asesoró el análisis estadístico, así como a la M. C. Carolina Gil, asistente de investigación.

* Correo electrónico: ccastro@colson.edu.mx

Introducción

Al dejar de lado estudios abordados desde la mirada de quienes prestan servicios de salud, gran parte de las investigaciones sobre los derechos de las pacientes se ha enfocado desde la perspectiva de las usuarias. El objetivo de este artículo es mostrar cómo el personal de salud de la ciudad de Hermosillo y del poblado Estación Pesqueira, en Sonora, reconoce los derechos de las pacientes en los servicios de detección oportuna del cáncer cérvico uterino y del cáncer de mama, así como la calidad de la atención brindada, para entender cómo influye la capacitación en el reconocimiento de los derechos citados. Con el fin de representar lo anterior, se construyeron dos índices que permiten exponer los resultados de una investigación que se encuentra en el nivel exploratorio y que aportan al conocimiento de estas dimensiones de la atención a la salud reproductiva de las mujeres.

Partimos de la premisa de que el área de la salud reproductiva de las mujeres es una de las que recibe mayor número de quejas en la atención en servicios de salud, donde se ha observado que las violaciones a los derechos tienen un trasfondo de discriminación de género,[1-4] por lo que resulta importante subrayar que el enfoque de los derechos humanos aporta las herramientas teóricas y metodológicas para este tipo de investigación.[5,6] Además, los estudios de género permiten visibilizar la subordinación histórica y las desigualdades de poder en la vida pública y privada de las mujeres,[7,8] incluidos los procesos de salud-enfermedad-atención y se han documentado las desigualdades de género, en particular en el ámbito sexual y reproductivo.[9-12]

La información se recabó a través de una encuesta aplicada a 91 prestadoras/es de servicios de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de Hermosillo y el poblado Estación Pesqueira, en Sonora. Se partió de una muestra no probabilística por conveniencia de todo el personal que laboraba en las áreas donde se lleva a cabo la detección oportuna de cáncer.

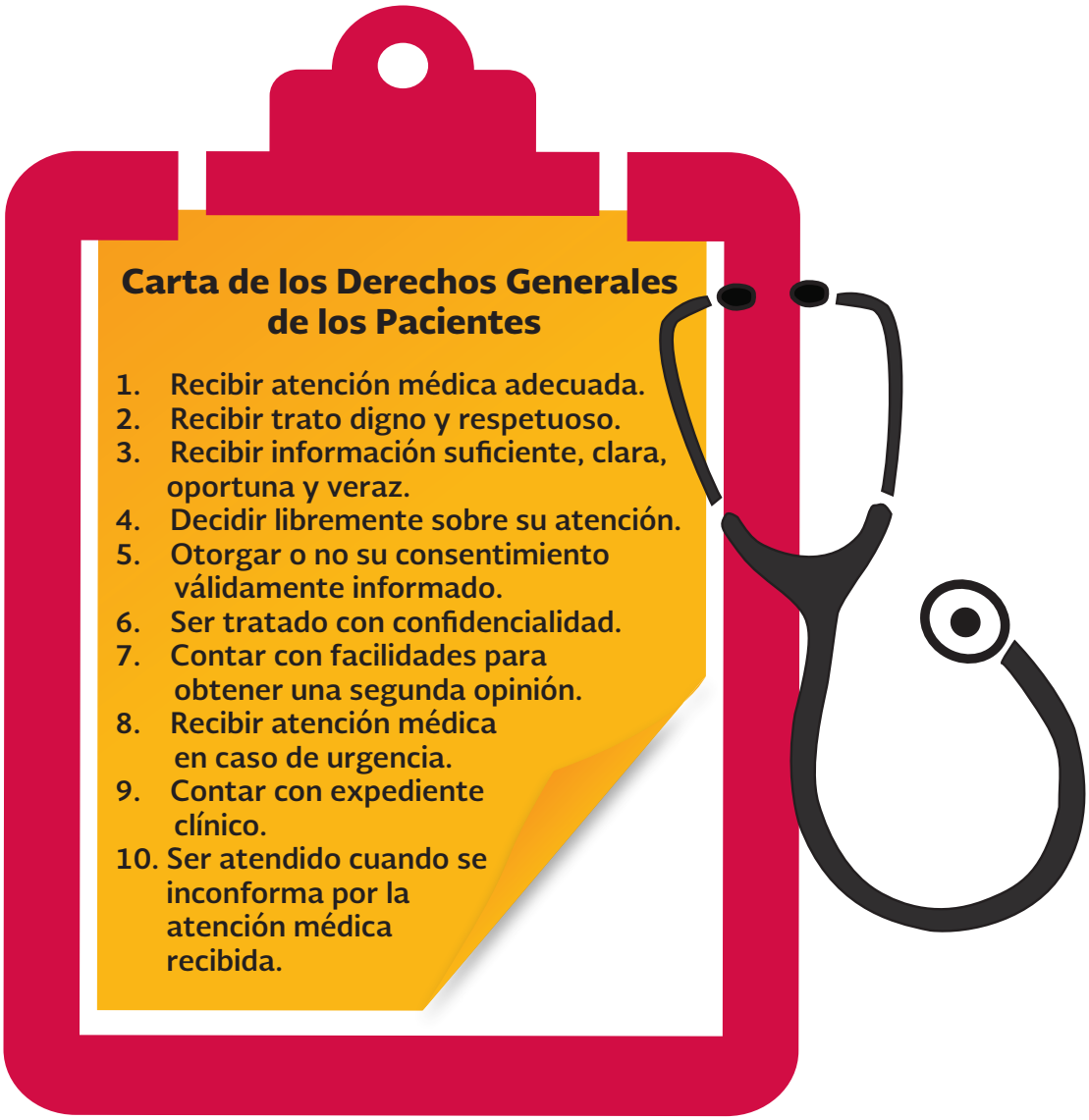
Entre los años 2009 y 2011 fue elaborada la encuesta y su análisis estadístico, este último se realizó con el paquete informático Number Cruncher Statistical System (NCSS) versión 2.0, se procesó una prueba multinomial de Chi-cuadrada y otra de Kruskal-Wallis para construir dos índices: "Reconocimiento de derechos de las pacientes" y "Calidad de la atención brindada". Además, se hizo una prueba de correlación de Spearman para analizar si había una interrelación entre ambos índices.

Este artículo se organiza en cuatro apartados: la revisión de los conceptos de derechos y calidad de la atención, así como la relación entre ellos; la metodología, que describe a la población en estudio y el análisis estadístico elaborado; el tercer apartado incluye los resultados, que se organizan en dos ejes principales: reconocimiento de derechos y percepción de la calidad de la atención brindada; para finalizar, se exponen las conclusiones.

Yessica Sánchez Rangel

I. Derechos en la atención de la salud

El derecho a la salud se enmarca en la Declaración Universal de los Derechos Humanos[13] y adopta distintos contenidos y limitaciones en las legislaciones nacionales. En México, éste se expresa en la protección de la salud, señalado en el artículo 4º constitucional y en el derecho a la atención, a través de la organización del acceso y la prestación de los servicios de salud a la población.[5,6,14,15.] Respecto al último, y dentro de la normatividad, se elaboró la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*,[16] que incluye diez preceptos:



Este documento determina, de forma explícita y puntual, los derechos de las y los pacientes[17,ii] y tiene la finalidad de legitimar su posición ante el personal médico y/o quienes prestan servicios de salud, a partir del establecimiento tácito de derechos y obligaciones en la atención médica. Asimismo, señala que para lograr dicho reconocimiento por parte del personal de salud, éste debe contar con la información de los marcos jurídicos y las normas institucionales que protegen a quienes acuden a solicitar los servicios, además de que deberían poseer herramientas que les permitan aplicar la normativa en la experiencia cotidiana de su trabajo.

Este artículo se centra en identificar la forma en que las y los prestadores de servicios de salud reconocen los derechos de las usuarias, por lo que se basa en la *Carta de Derechos Generales de los Pacientes* para indagar en las experiencias de trabajo de este personal, en particular en la ciudad de Hermosillo y el poblado Estación Pesqueira, en Sonora.

Algunos de los derechos que contiene este documento se relacionan con la información. En este sentido, el consentimiento informado[iii] es el instrumento legal y ético que apoya el ejercicio de derechos de las y los pacientes; el personal médico lo solicita firmado como requisito para realizar una cirugía, pero también es su obligación indicarlo para llevar a cabo cualquier procedimiento durante la consulta.

[ii] Su sustento normativo y jurídico se basa, principalmente, en la Ley General de Salud[18], en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica[19] y en la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico[20], haciendo que su respeto sea obligatorio en la prestación de los servicios médicos.

[iii] El derecho a ejercer el consentimiento debidamente informado está respaldado y desglosado en la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* en los numerales 3, 4 y 5.[16]

Yessica Sánchez Rangel

En el caso del papanicolaou y la exploración mamaria, deben explicarse sus procedimientos y objetivos, según lo establecen la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998)[20] y las normas para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino[21] y de mama[22]. Sin embargo, se ha documentado que esta función, realizada por las y los prestadores de servicios de salud, es limitada y en ocasiones no se brinda información suficiente.[1,2,23]

Para fines de este artículo, entendemos por reconocimiento de derechos la posibilidad que tienen, quienes prestan servicios de salud, de poner en práctica en su trabajo cotidiano acciones que faciliten y promuevan el ejercicio de los derechos de las pacientes cuando son atendidas. En la actualidad, éste se limita a la publicación de carteles informativos en las instituciones, pero que distan de la realidad a la que se enfrentan las mujeres que acuden a realizarse el papanicolaou, pues los derechos están condicionados por los contextos material, político y social, los cuales no las benefician.[1,2,24] También se ha señalado que las condiciones de trabajo son fundamentales para ofrecer atención de calidad y en tanto éstas sean deficientes en infraestructura, en materiales o en personal, ese fin será difícil de alcanzar.[25-28]

Por lo general, la calidad en la atención se ha abordado, sobre todo, desde el enfoque organizacional y gerencial, con el objetivo de hacer más eficientes los recursos y aumentar la productividad de los servicios ofertados, dejando a las personas usuarias como último eslabón de la cadena de atención. Para que ésta mejore, se ha enfatizado en la necesidad de hacer estudios que rebasen esa visión y sumar el total de actores que acuden a los servicios de salud.[1,28,29]

En este tipo de investigaciones se explora el vínculo entre los derechos de las pacientes y la calidad de la atención como factor fundamental que contribuye a la apropiación y ejercicio de esos derechos. Así, la calidad "es un atributo de la atención en la salud que satisface un conjunto de necesidades –explícitas o implícitas– que la población, sana o enferma, espera que sean resueltas en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria, secundaria y/o terciaria."[28]

Asimismo, se han documentado las limitaciones en la calidad de la atención, en especial de los grupos más vulnerables.[30,31] La *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*[16] es un esfuerzo para visibilizar el problema y se pretenden difundir, entre la población general, los elementos básicos de las normativas jurídicas que respaldan sus derechos como pacientes en los servicios de salud.

El reconocimiento de los derechos de las pacientes por parte del personal de salud es un paso nodal que aporta a la búsqueda de la procuración de una atención de calidad. Lo anterior se concreta desde el punto de vista de sus conocimientos o habilidades técnicas para diagnosticar de manera certera y por el tiempo dedicado a la consulta, la información brindada a las pacientes y la posibilidad de retroalimentación entre los actores para facilitar la toma de decisiones, así como su incidencia en las condiciones de la infraestructura para dicha atención.

Cuando nos referimos a la percepción de las y los prestadores de servicios sobre la calidad de éstos y el reconocimiento de los derechos de las pacientes, entendemos que es una función que posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior a través de los sentidos y en complementariedad con ideas, creencias e imaginarios compartidos en el entorno y contexto sociohistórico; es decir, es moldeada por las circunstancias sociales.[32]

Yessica Sánchez Rangel

II. Metodología

En el año 2009 se realizó una encuesta al personal de salud que laboraba en las áreas donde se llevan a cabo actividades de detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mama en la ciudad de Hermosillo y el poblado Estación Pesqueira, en Sonora. Se utilizó una muestra de conveniencia no probabilística, conformada a partir del censo de los centros de salud (SSA) y de Unidades Médico Familiares (UMF) del IMSS. También se incluyeron hospitales de ambas instituciones que contaban con áreas de detección oportuna de cáncer y/o clínicas de displasias.

Los criterios de inclusión para la selección de las instituciones y de las personas entrevistadas fueron los siguientes:

- Unidades de salud de las instituciones públicas que se identificaron en una etapa previa como las más visitadas por las mujeres que participaron en los grupos focales y/o entrevistas a profundidad.[iv]

- Dentro de las unidades, se incluyeron sólo a prestadoras y prestadores de servicios de salud que en sus actividades laborales se dedicaran primordialmente a la práctica del papanicolaou, la exploración mamaria, la entrega de resultados y/o el seguimiento del diagnóstico.

El universo estuvo compuesto por 11 centros de salud (SSA), tres UMF (IMSS) y tres clínicas de displasias (dos de la SSA y una del IMSS). Se encuestó a 91 prestadoras/es de servicios de salud, es decir, 89% del personal que laboraba en las áreas de detección oportuna de cáncer cervical y cáncer de mama.[v]

El cuestionario se estructuró con 86 preguntas, distribuidas en 11 apartados; dos referentes a la calidad de la atención y derechos de las pacientes, los cuales conforman la base de este artículo.

El análisis estadístico se realizó con el paquete NCSS versión 2.0, se elaboraron tablas de frecuencias simples y pruebas de comparación de proporciones para la distribución porcentual. Las frecuencias fueron evaluadas mediante una prueba multinomial de Chi-cuadrada y se empleó una prueba de Kruskal-Wallis, con el fin de examinar las diferencias en la mediana de las puntuaciones que se registraron con la construcción de los índices "Reconocimiento de derechos" y "Calidad de la atención brindada". Para ambos casos fueron considerados como resultados estadísticamente significativos los valores de P<.05, los cuales tuvieron dos valores posibles:[vi]

1) Malo/Regular
2) Bueno/Muy bueno

El índice "Reconocimiento de derechos" se construyó con las puntuaciones que el personal de salud obtuvo en el apartado de la encuesta, titulado "Derechos de las pacientes".[vii] Se realizó la sumatoria de los valores referidos a la percepción y se otorgó a cada sujeto una puntuación global. Los valores de la distribución

[iv] Dentro del proyecto general, la encuesta se realizó después de las entrevistas (individuales y grupales), información que permitió identificar con mayor precisión los principales servicios a los que acudían nuestras entrevistadas y coadyuvaron para la focalización de los temas a desarrollar en el cuestionario aplicado al personal que presta servicios de salud.

[v] Personal médico, de enfermería, de citología y quienes prestaban servicio social.

[vi] En un inicio se consideraron cuatro valores: 1) Malo/Limitado; 2) Regular/Justo; 3) Bueno y 4) Muy bueno. Sin embargo, el análisis mostró que debido al tamaño de la muestra se dispersaban los valores y de acuerdo con nuestras definiciones, que los matizaban más que diferenciarlos, se tomó la decisión de reagruparlos en dos categorías.

[vii] Se incluyeron nueve reactivos de la encuesta: 74. ¿Considera que el personal de salud respeta los derechos de las pacientes?, 75. ¿Considera que ejercen sus derechos en la consulta médica?, 76. ¿Considera que las pacientes respetan los derechos del personal de salud?, 77. En su institución son respetados los derechos de las pacientes, 78. Las pacientes respetan los derechos de los médicos, 79. El personal de salud recibe capacitación acerca de los derechos de las pacientes, 80. Cuando reciben quejas se le hacen llegar a órganos normativos para dar una respuesta a la paciente, 81. La institución investiga las quejas, les da seguimiento y media entre médicos y pacientes, 82. La institución atiende las quejas sólo si es requerido por instancias judiciales. Se utilizó la escala: 1) Nunca, 2) Rara vez, 3) Casi siempre y 4) Siempre.

fueron divididos por cuartiles: 1) Mala/Limitada; 2) Regular/Justa; 3) Buena y 4) Muy buena. Estos niveles se reagruparon en: Mala/Regular y Buena/Muy buena, como indica el cuadro 1: [viii]

Cuadro 1

Reconocimiento de derechos

Percepción	Puntuación
Mala/Regular	10 a 26 puntos
Buena/Muy buena	27 a 36 puntos

Fuente: elaboración propia basada en la "Encuesta a prestadores de servicios de salud", Hermosillo, Sonora, 2009.

Se creó el índice de "Calidad de la atención brindada", con el objetivo de determinar la percepción de las y los prestadores de servicios de salud sobre dicho tema. Como el anterior, éste se construyó con base en la sumatoria de las preguntas del apartado "Calidad de la atención",[ix] a cada sujeto se le otorgó una puntuación global y los valores de la distribución fueron divididos por cuartiles.

Del total de cuestionarios, 17.6% se aplicó en el IMSS y 82.4% en la SSA. En el primer caso, los servicios se concentran en un número reducido de establecimientos: tres UMF y una clínica de displasias en el área urbana. Respecto a la SSA, se incluyó toda la red, compuesta por 11 centros de salud localizados en todo el trazo de la ciudad y uno rural, en Estación Pesqueira, unidades a las que acudieron las entrevistadas en la etapa previa a la encuesta; además, cuenta con dos clínicas de displasias, ubicadas en hospitales de segundo y tercer nivel.

Lo anterior responde a las formas diferenciadas que tiene cada institución para brindar el servicio de detección oportuna de cáncer y se reflejó en las características del personal participante en la encuesta (Cuadro 2).

Cuadro 2

Características de las y los prestadores de servicios de salud encuestados

Institución	%	Área de trabajo	%
SSA	82.4	Medicina general	26.4
IMSS	17.6	Medicina preventiva	49.5
		Ginecología	7.7
Sexo	%	Oncología	4.4
Hombre	27.5	Otra	11.0
Mujer	72.5	No especificado	1.1
Grupo de edad	%	Antigüedad en el puesto	%
20 a 29 años	25.3	Menos de un año	17.6
30 a 39 años	27.5	6 a 10 años	12.1
40 a 49 años	20.9	16 a 20 años	9.9
50 a 59 años	19.8	No especificado	4.4
60 y más años	4.4		
Profesión	%	Nivel de la unidad	%
Médica/o	25.3	Primer nivel	87.9
Enfermera/o	51.6	Segundo nivel	12.1
Auxiliar de enfermería	17.6		
Otra	5.5		

Fuente: elaboración propia basada en la "Encuesta a prestadores de servicios de salud", Hermosillo, Sonora, 2009.

III. Resultados

Reconocimiento de derechos

Partimos de la premisa de que el reconocimiento de derechos de las pacientes por parte del personal que presta servicios de salud influye en el trato de atención, lo cual se ha documentado en otros estudios durante los últimos tres lustros.[28,25,33,34]

[viii] Las diferencias en las puntuaciones que alcanzó cada categoría fueron evaluadas por una prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

[ix] Se incluyeron diez reactivos: 21. El tiempo que tengo disponible para cada paciente me da la oportunidad de brindarle la atención que deseo en la consulta, 22. El número de quejas que presentan mis pacientes sobre mí, refleja la calidad de mi trabajo, 23. Puedo decir que la calidad de mi trabajo es excelente si tengo un bajo o nulo número de quejas de las pacientes, 24. La calidad de la atención en mi consulta es consecuente con un apego estricto a los protocolos de atención que marca la institución, 25. El diagnóstico certero y el tratamiento adecuado es lo más importante en una consulta, 26. La calidad de la consulta está determinada por el trato cálido, 27. La calidad de la consulta está determinada por el diagnóstico certero, 28. La calidad de la consulta está determinada por el tratamiento adecuado, 29. La calidad de la consulta está determinada por la información brindada a la paciente y 30. Dar calidad en la atención significa no limitar el tiempo que se utiliza con cada paciente. Se utilizó la escala: 1) Totalmente en desacuerdo, 2) Desacuerdo, 3) Acuerdo y 4) Totalmente de acuerdo.

La mayoría de las prestadoras y prestadores de servicios encuestados, en la SSA y en el IMSS, tienen una percepción negativa del reconocimiento de los derechos de las pacientes que atienden. En la primera institución de salud, 58.9% señaló una percepción mala o regular, cifra mayor en el caso del IMSS, con 62.5% (Cuadro 3).

Cuadro 3

"Reconocimiento de derechos", por institución

Percepción	SSA(%)	IMSS (%)
Mala/Regular	58.9	62.5
Buena/Muy buena	41.3	37.5

Chi cuadrada 8.474 gl 1 p=0.004

Fuente: elaboración propia basada en la "Encuesta a prestadores de servicios de salud", Hermosillo, Sonora, 2009.

Es necesario explorar con mayor profundidad cómo se relaciona la percepción negativa en quienes prestan servicios de salud en el IMSS, con la recepción del mayor número de quejas recibidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico desde fines de la década de los años noventa, siendo mayor el porcentaje referente a la atención de la salud reproductiva.[3,4,35,36] También se ha identificado que 50% de las quejas se realizaron en el periodo de 1996 a 2007 y, entre las doce especialidades consideradas, 15% corresponden a ginecología y obstetricia, servicios dirigidos a mujeres.[3]

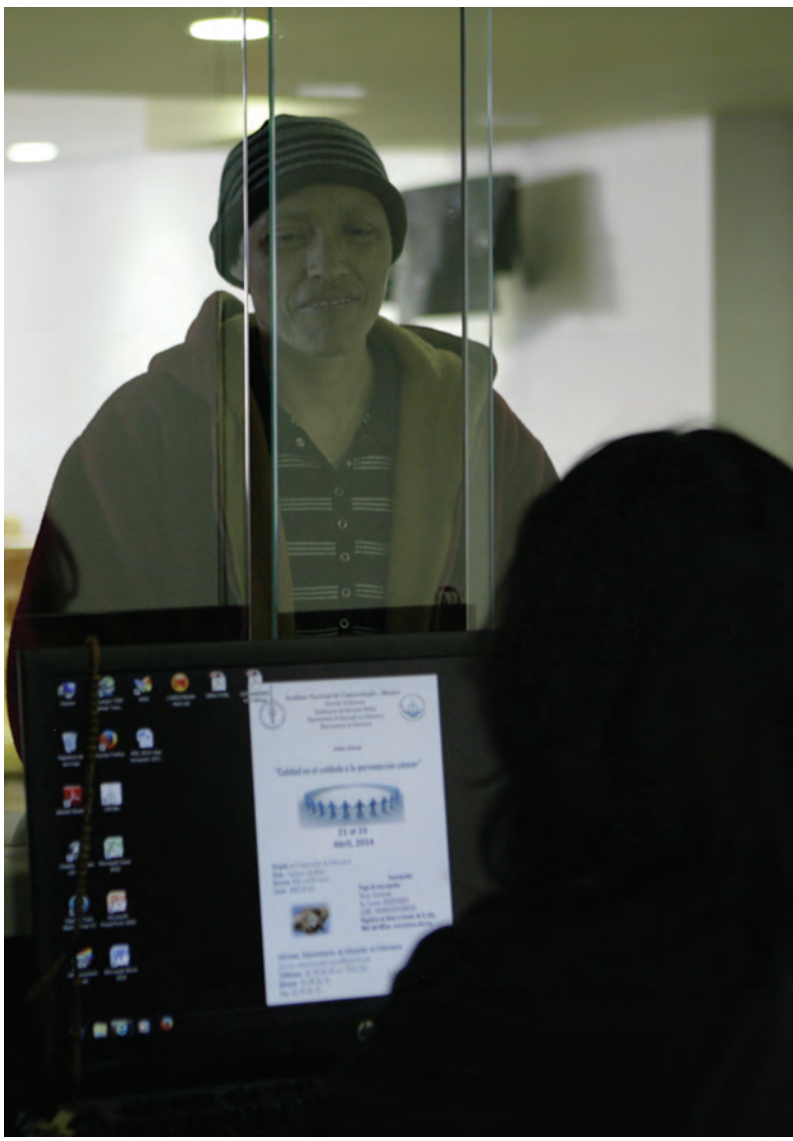
Diversos estudios, enfocados a problemas específicos de salud, han relacionado la capacitación del personal —en particular médico y de enfermería—, con la calidad de la atención o con los indicadores de salud de las y los pacientes. En general, los análisis señalan que dicha capacitación es indispensable para la mejora de la atención,[33,37,38] pues es una actividad obligada para incrementar su calidad.

El cuestionario aplicado en esta investigación indagó sobre ocho temas relacionados con el reconocimiento de derechos de las pacientes en los que el personal se ha capacitado. Esta actividad se lleva a cabo en todos los subsistemas de salud mediante pláticas, talleres y cursos dirigidos, de manera especial, al personal médico y de enfermería.

De acuerdo con el análisis, no se observaron diferencias vinculadas con la capacitación; sin embargo, sí se encontraron divergencias significativas al interior del grupo que no la recibió. Por ejemplo, respecto a la NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, 66.67% de la percepción del reconocimiento de los derechos de las pacientes fue Mala/Regular. Además, cifras similares se presentaron entre quienes no se capacitaron en temas más específicos, como patología cervical y mamaria (Cuadro 4).

En este sentido, la NOM-014-SSA2-1994 establece rutas y recomendaciones al personal médico, de enfermería y técnico capacitado para la atención de estos problemas, e indica la obligación de ofrecer consejería, información sobre prevención y detección oportuna, así como el deber de realizar el diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales; acciones que inciden en la calidad de la atención, así como en el reconocimiento de derechos de las usuarias.

En todas las cuestiones abordadas en capacitación del personal de la SSA y del IMSS, la apreciación negativa del reconocimiento de los derechos de las pacientes osciló entre 63.8% y 66.7%, e incluyeron temas que les competen de manera directa como personal del área (Cuadro 4). Este asunto debe ser profundizado en otras investigaciones.



Yessica Sánchez Rangel

Cuadro 4

Percepción del reconocimiento de los derechos de las pacientes entre el personal que no recibió capacitación, según tema

	Derechos de las y los pacientes[a] %	Derechos del personal de enfermería[b] %	Patología cervical y mamaria[c] %	Consentimiento informado[d] %	Derechos de médicas y médicos[e] %	Calidad de la atención[f] %	Relación médica/o-paciente[g] %	NOM-014-CACU[h] %
Mala/ regular	64.6	64.7	66.7	64.4	63.8	64.4	63.8	66.7
Buena/ Muy buena	35.4	35.2	33.3	35.6	36.2	35.6	6.2	33.3

[a] Chi cuadrada 4.083 gl 1 p=0.043
[b] Chi cuadrada 4.412 gl 1 p=0.036
[c] Chi cuadrada 4.245 gl 1 p=0.039
[d] Chi cuadrada 3.756 gl 1 p=0.053
[e] Chi cuadrada 7.000 gl 1 p=0.008
[f] Chi cuadrada 3.756 gl 1 p=0.053
[g] Chi cuadrada 7.000 gl 1 p=0.008
[h] Chi cuadrada 4.245 gl 1 p=0.039

Fuente: elaboración propia basada en la "Encuesta a prestadores de servicios de salud", Hermosillo, Sonora, 2009.

Percepción de la calidad de la atención

Con el objetivo de determinar la percepción de las y los prestadores de servicios de salud sobre la atención que ofrecen a las pacientes, se creó el índice "Calidad de la atención brindada". En el análisis no se encontraron diferencias significativas por sexo o profesión, pero sí por institución de pertenencia, según se muestra en el cuadro 5. Así, el personal del IMSS con percepción negativa representó casi el doble en relación con quienes trabajaban en la SSA. Lo anterior es consistente con el índice "Reconocimiento de derechos" (Cuadro 3).

Cuadro 5

Índice "Percepción de la calidad en la atención a la salud", por institución

Percepción	SSA(%)	IMSS (%)
Mala/Regular	41.1	81.2
Buena/Muy buena	58.9	18.8

Chi cuadrada 8.474 gl 1 p=0.004

Fuente: elaboración propia basada en la "Encuesta a prestadores de servicios de salud", Hermosillo, Sonora, 2009.

También se encontraron diferencias significativas entre los grupos de personal capacitado y no capacitado respecto a su percepción de la calidad en la atención a la salud, en contraste con el índice "Reconocimiento de derechos". De esta forma, 35% del personal capacitado percibió la calidad como Mala/Regular y 65% como Buena/Muy buena (Chi cuadrada 5.158 gl 1 p=0.023); mientras que 59.2% del personal no capacitado percibió la calidad de la atención como Mala/Regular, consistente con el valor más alto (66.7%) en la percepción negativa sobre el reconocimiento de derechos que se señala en el cuadro 4.

Por otra parte, al interior del grupo que recibió capacitación, el cuadro 6 muestra diferencias significativas en la aplicación de la NOM-014, pues 63.8% percibió la calidad de la atención como Buena/Muy buena, contrario a lo indicado por el personal que no recibió capacitación, ya que 61.9% la consideró como Mala/Regular.

Cuadro 6

Aplicación de la NOM-014. Percepción de calidad en la atención brindada, según capacitación

Percepción	Con capacitación* %	Sin capacitación** %
Mala/Regular	36.2	61.9
Buena/Muy buena	63.8	38.1

*Chi cuadrada 3.596 gl 1 p=0.058

**Chi cuadrada 5.882 gl 1 p=0.015

Fuente: elaboración propia basada en la "Encuesta a prestadores de servicios de salud", Hermosillo, Sonora, 2009.

Esta tendencia fue similar en el grupo del personal de enfermería que fue capacitado en el tema de derechos de las y los pacientes, pues 65% percibió la calidad de la atención como Buena/Muy buena y 35% de las personas encuestadas la consideró Mala/Regular (Chi cuadrada 3.600 gl 1 p=0.058).

Yessica Sánchez Rangel

Finalmente, se relacionaron ambos índices con la prueba de correlación de Spearman y se observó que aunque débil (0.281), hay una relación positiva, la cual fue significativa (.007). De acuerdo con lo anterior, se afirma que a mayor percepción de respeto hacia los derechos de las pacientes, existe una visión de mejor calidad en la atención, mediada por procesos de capacitación.

IV. Conclusiones

Las y los prestadores de servicios de salud encuestados en el marco de esta investigación, identificaron deficiencias en el reconocimiento que hacen de los derechos de las pacientes durante su experiencia diaria de trabajo y en la calidad del servicio que se brinda en la SSA y el IMSS.

El reconocimiento de derechos de las pacientes fue evaluado de forma negativa por el personal de ambas instituciones y en relación con la calidad de la atención, la percepción fue positiva para quienes laboraban en la SSA y negativa para quienes lo hacen en el IMSS. Si bien estos resultados son exploratorios, abren la posibilidad de analizar los vínculos entre el reconocimiento de derechos de las pacientes y la calidad de la atención, así como respecto a la capacitación en los distintos rubros que ambas temáticas implican.

De acuerdo con lo anterior, sostenemos que brindar calidad en la atención de los servicios de salud es poner en práctica el reconocimiento de los derechos de las pacientes en las áreas de detección oportuna de cáncer, enunciados en la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*. Es necesario enfatizar que 61.3% de las personas entrevistadas valoró el reconocimiento de derechos de las pacientes como Malo/Regular. Además, existen diferencias significativas en la percepción de la calidad de la atención, pues el personal capacitado en áreas técnicas (aplicación de la NOM-014 y en patología cervical y/o mamaria) la consideró positiva, en contraste con quienes no accedieron a la capacitación, que la evaluaron de manera negativa.

Investigaciones previas han visualizado que la falta de información sobre las pruebas de detección oportuna, así como las causas y seguimiento de la enfermedad, influyen en la trayectoria de atención de las mujeres y documentan las prácticas violatorias de los derechos de las pacientes en los espacios de atención, lo que incide en la toma de decisiones sobre su salud.[1,2,23,39]

Respecto a la capacitación y su vínculo con el índice "Reconocimiento de derechos", la falta de diferencias significativas entre los grupos que recibieron capacitación y los que no, podría considerarse como reflejo de la ineficacia del formato actual, aunque al interior de cada grupo se identificó una relación. Los datos obtenidos indican la importancia de superar el nivel informativo de la capacitación, para alcanzar uno educativo y formativo del personal. Además, con el fin de facilitar el ejercicio de sus derechos en los servicios de salud, es necesario incorporar a las pacientes a esta dinámica de enfoque más formativo.

Referencias bibliográficas

1 Castro C. De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2008.

2. Castro C, Arellano C. Acceso a la información de mujeres con VPH displasia y cáncer cervical in situ. Sal Pub Mex. 2010 may-jun; 52(3): 207-12.

3. Fajardo G, Hernández F, Santacruz J, Hernández M, Kuri P, Gómez E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Sal Pub Mex. 2009 mar-abr; 51(2): 119-25.

4. Valdés R, Molina J, Solís C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sal Pub Mex. 2001 sep-oct; 43(5): 444-54.

5. Alatorre W. Las mujeres y el derecho a la salud. Revista Mexicana de Justicia. 1998; (4): 51-6.

6. Elizondo C. El derecho a la protección a la salud. Sal Pub Mex. 2007 mar-abr; 49(2):144-55.

7. Scott J. El Género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas M, editora. El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa, UNAM-PUEG; 1996. p. 265-302.

8. Butler J. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. México: Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM; 2001.

9. Szasz I. Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman M, Castro R, editores. Salud, cambio social y política. Perspectiva desde América Latina. México: EDAMEX; 1999. p. 109-121.

10. Campero L. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. Sal Pub Mex. 1996 may-jun; 38(3): 217-22.

11. Bono I, Salas M. Calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Propuesta desde la perspectiva de género y la ciudadanía. Revista Mujer Salud. 2002 abr-jun; (2): 48-50.

12. Sen G, Asha G, Piroska O. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Boston: OPS-Harvard Center for Population and Development Studies; 2005.

13. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), (10-12-1948). [Consultado 20 junio 2013]. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

14. Moctezuma G. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México: Cámara de Diputados-UNAM; 2001.

15. Cano F. Percepciones acerca de la medicina y el derecho. México: Facultad de Medicina, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM; 2001.

16. Secretaría de Salud. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Rev Enferm IMSS. 2002; 10(2): 103-5.

17. Tena C, Ruelas E, Sanchez J, Rivera A, Moctezuma G, Lee G, Ramírez A, Casares S, Hernandez L, Migoya A. Derechos de los pacientes en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002; 40(6): 523-29.

18. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación (última reforma: 15-01-2014) [Consultado 19 febrero 2014]. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf

19. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación (14-05-1986) [Consultado 19 febrero 2014]. Disponible en http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88536.doc

20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, (30-09-1999).

21. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Diario Oficial de la Federación, (16-01-1995).

22. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación, (09-06-2011).

23. Aranda P. Los motivos de la "desidia". Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2010.

24. Szasz I. El papel de algunas instituciones sociales en el derecho a decidir la regulación de la fecundidad. Papeles de Población. 2002 ene-mar; (31):177-88.

25. Bronfman M, Castro R, Herrera E, Miranda C, Oviedo J. “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Sal Pub Mex. 1997 nov-dic; 39(6): 546-52.

26. Lantis K, Green C, Joyce S. La calidad de la atención y los proveedores del servicio. Washington: Population Council-Population Reference Bureau; 2002.

27. Herrera C. Invisible al ojo clínico: violencia de pareja y política de salud en México. México: FLACSO-México-Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.

28. Matamala M, Berlagosky F, Salazar G, Núñez L. Calidad de la atención y salud integral de las mujeres. En: Matamala M, coordinadora. Calidad de la atención, género ¿Salud reproductiva de las mujeres? Chile: COMUSANS-ACHNU; 1995. p. 17-34.

29. Petracci M. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios. En: Cerrutti M, Manzelli H, Necchi S, Pecheny M, Petracci M. Calidad de atención en salud, Seminario V-2004. Serie de Seminarios Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES; 2004.

30. Tejada L, Mercado J. Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica. La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza. Salud Colectiva. 2010 ene-abr; 6(1): 35-45.

31. Echarri C. Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable. En: Lerner S, Szasz I, coordinadoras. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México: El Colegio de México; 2008. p. 59-116.

32. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 1994; 4(8): 47-53.

33. Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. Saúde Pública. 2008 apr; 42(2): 249-55.

34. Álvarez J, Álvarez G. Las percepciones sobre la práctica médica en la región fronteriza de Chiapas. Andamios. 2011 may-ago; 8(16): 287-321.

35. Peña R, Rodríguez J, López J. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sal Pub Mex. 2004 may-jun; 46(3): 210-15.

36. López-García A, Valdez-Martínez E, Goycochea-Robles M, Bedolla, M. A Snapshot of Medical Care Quality: Health Professional and Patient Satisfaction. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009 nov-dec; 47(6): 603-10.

37. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En: Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: El Lugar Editorial; 2011. p. 127-46.

38. Pacheco L, Durán L, Rojas M, Escamilla R, López M. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. Sal Pub Mex. 2011; 53(4): 499-505.

39. Cartwright E, Salazar G, Castro C. "Soy muy mujer". Percepciones del cáncer cervicouterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora, y Tucson, Arizona. En: Denman C, Monk J, Ojeda N, editores. Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud. México: El Colegio de Sonora; 2004. p. 181-209.

Obesidad: el peso de las desigualdades de género entre las y los indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco[i]

Dra. Marcelina Cruz-Sánchez*
Profesora-investigadora
División Académica de Ciencias de la Salud
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Dra. Esperanza Tuñón-Pablos*
Investigadora titular "C"
El Colegio de la Frontera Sur

Dra. Martha Villaseñor-Farías*
Profesora-investigadora
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo*
Investigadora titular
El Colegio de la Frontera Sur

Dr. Ronald Byron Nigh-Nielsen*
Investigador titular
Centro de Investigación y Estudios Superiores
en Antropología. Unidad Sureste

[i] Esta es una versión actualizada y modificada del artículo publicado en la revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica, vol. 9, núm. 2, artículo 2, enero-junio, 2012, disponible en http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/722-

* Correos electrónicos: marcelina.cruz@ujat.mx, etunon@ecosur.mx, galvarez@ecosur.mx, mvillase@hotmail.com y rbnigh@gmail.com

Introducción

El sobrepeso y la obesidad son condiciones que se caracterizan por el depósito anormal de grasa en el cuerpo e incrementan el riesgo para desarrollar otros padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.[1] Ambas se presentan por igual entre mujeres y hombres de todas las edades; no obstante, las primeras tienen mayores tasas de obesidad. Lo anterior se vincula con la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y menores índices de escolaridad,[2,3] explicaciones que no aportan argumentos suficientes para comprender las razones de que esto ocurra.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, desde el año 1999 la obesidad se ha incrementado en México,[4,ii] mientras que la encuesta realizada en 2006 reveló que ambas condiciones seguían aumentando en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, por lo que se colocó entre los problemas de salud pública más importantes.

En el año 2007, en Tabasco, las personas mayores de 20 años presentaban prevalencia de sobrepeso más obesidad de 73% (para mujeres, 75.9% y para hombres, 69.2%), en tanto que la urbana fue de 75.9% y la rural de 69.1%. Respecto a la circunferencia de cintura (obesidad abdominal), la prevalencia fue de 73.2%, con marcada diferencia entre sexos: 80.8% para las mujeres y 63.3% para los hombres.[5] Como se observa, ellas presentaban ambas condiciones con mayor frecuencia que ellos.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta que guía este artículo es: ¿cuáles son los determinantes que explicarían las diferencias y desigualdades existentes en el incremento del fenómeno del sobrepeso y de la obesidad en mujeres y hombres? Así, además de las explicaciones citadas en la literatura, se deben considerar los patrones de socialización, los roles familiares, las obligaciones y pautas culturales, pues son factores sociales que pocas veces se exploran al intentar comprender ambas condiciones y que con frecuencia generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres,[6] con importante influencia en su salud, lo que en gran medida expone su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad.

Adriana Rosales

Objetivos

En este trabajo exploramos las desigualdades de género que subyacen al fenómeno del sobrepeso y la obesidad de las mujeres de la etnia chontal en Nacajuca, Tabasco, así como las dificultades a las que se efrentan para realizar el ejercicio físico[iii] que es recomendado para controlar el sobrepeso, en relación con las creencias prevalecientes en torno al destino corporal de las mujeres tras la unión y maternidad.

Desarrollo

Las estadísticas de obesidad desagregadas por sexo a nivel nacional y en el estado de Tabasco, no permiten un análisis nítido de la situación por etnia y género. Por otro lado en México, al igual que en otros países de América Latina, las poblaciones indígenas se caracterizan por ser grupos altamente frágiles en varios aspectos, pues ser indígena incrementa la probabilidad de estar en condiciones de pobreza y por lo tanto de alcanzar menos años de educación, a la vez que disminuye el acceso a los servicios básicos de salud.[8]

En lo referente al sobrepeso y la obesidad en Latinoamérica, la salud de mujeres y hombres indígenas ha sido abordada, de manera primordial, a través de estudios de corte cuantitativo; los cuales coinciden en señalar el incremento de estas

[ii] Uno de los resultados de la ENSANUT 1999 fue el descubrimiento de una epidemia de obesidad entre las mujeres adultas en México.
[iii] El ejercicio físico es un subconjunto de la actividad física que es planeado, estructurado, repetitivo y propositivo, llevando al mejoramiento o mantenimiento de la condición física.[7]

condiciones en la población.[9-13] También se resalta la subrepresentación de la población indígena en estudios epidemiológicos, así como una mayor prevalencia de la obesidad en las mujeres. Se afirma que las condiciones señaladas con anterioridad deben considerarse enfermedades sociales e indicadores de desigualdad social; además, se subraya que en el fenómeno conocido como transición nutricional ocurre el desplazamiento de la desnutrición por la obesidad y el sobrepeso entre las poblaciones más pobres, así como entre los pueblos indígenas de esta región.[iv] Sin embargo, poco se ha indagado acerca de la relación entre las desigualdades de género y el tema del cuerpo con sobrepeso y obesidad, desde la perspectiva de las personas indígenas.

En este trabajo entendemos el género como la construcción social de la diferencia sexual, ya que a través de ésta, la cultura determina lo que implica "ser mujer" o "ser hombre", asignando un conjunto de pautas y funciones que les distinguen.[15]

De esta forma, el uso del concepto de género para analizar el fenómeno de la obesidad proporciona una categoría de análisis que permite observar los procesos de enfermedad en mujeres y hombres, para poder afirmar que las diferencias no sólo están ligadas al sexo al que se pertenece, sino también a las formas de vivirlo y a las condicionantes sociales imperantes en un contexto determinado.[16] En consecuencia, partimos del supuesto de que la sola desagregación por sexo oculta las diferencias y desigualdades de género, cuestión que dificulta la comprensión necesaria para ampliar el conocimiento acerca del sobrepeso y la obesidad, ambas condiciones con mayor prevalencia entre las mujeres.

Los estudios sobre las desigualdades de género en salud se han concentrado en mujeres mestizas de bajos ingresos en áreas urbanas[17] y, aunque existen algunos trabajos en zonas indígenas de México,[18] poco se ha indagado entre la población chontal de Tabasco, estado ubicado en el sureste de este país y que se considera con alto índice de desigualdad de género[v], sólo por debajo de Chiapas.[19]

Para fines de este artículo, entendemos las desigualdades de género como las diferencias evitables, innecesarias e injustas entre mujeres y hombres que se relacionan con su condición de "ser mujer o "ser hombre".[16] Además, conceden ventajas a ellos que los colocan por encima de ellas en diversos aspectos que se reflejan en su estado de salud como la educación, la ocupación, el ingreso, la distribución del trabajo doméstico y el acceso a los servicios de salud, al deporte y a la recreación.

Al interior de las familias, las diferencias de género se manifiestan de distintas formas: en la división intrafamiliar del trabajo, en los mecanismos de control de la libertad de movimiento de las mujeres, en el ejercicio de la violencia en contra de ellas, entre otros.[20,21]

El conocimiento de las asimetrías de género que subyacen al cuerpo con sobrepeso de mujeres y hombres, es indispensable para los objetivos de la promoción de un estilo de vida saludable entre la población en general, y de las mujeres en particular, toda vez que la evidencia actual señala a la obesidad y a la obesidad central como condiciones que predisponen la aparición del llamado síndrome metabólico.[22,vi]

Diseño y metodología de la investigación

De las y los informantes y las entrevistas

Se realizó un estudio cualitativo desarrollado desde la metodología interpretativa, pues la finalidad fue la comprensión de la subjetividad y el conocimiento del significado desde la perspectiva de las y los informantes.[23] Así, se llevaron a cabo entrevistas a profundidad a mujeres y hombres quienes se ubicaban en tres etapas diferentes de vida: adolescencia, adultez y vejez. Además, para fines de este estudio, también se categorizaron en tres subgrupos a partir de la adscripción de su propio cuerpo en los siguientes tipos: delgado, con sobrepeso y obeso (gordo). Con el propósito de comparar dicha adscripción, se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) de cada persona.[vii]

[iv] La transición nutricional se refiere al cambio de altas tasas de desnutrición hacia el aumento de enfermedades crónicas (gordura, diabetes, presión alta, cardiacas, entre otras) relacionadas con la dieta, como resultado de la urbanización, la reducción de la actividad física y la modificación en el consumo de alimentos.[14]

[v] Para construir este índice se utilizan variables como la escolaridad, el rezago educativo, la ocupación por sector de la economía, el acceso a la educación superior, el ingreso y los hogares con ingreso femenino, entre otros.

[vi] El síndrome metabólico es un grupo de trastornos que predisponen al desarrollo de enfermedades como: hipertensión arterial, aumento de los niveles de glucosa, incremento de triglicéridos, bajos niveles sanguíneos de HDL (colesterol bueno) y exceso de grasa alrededor de la cintura.

[vii] El IMC se calculó a partir de la medición del peso y la estatura de las y los informantes con la fórmula del producto del peso/estatura^2, se utilizó una báscula mecánica de pie con altímetro, calibrada antes de iniciar las mediciones.

De acuerdo con lo anterior, un IMC menor a 18 kg/m^2 se consideró como bajo peso o delgadez; los valores ubicados entre 18 y 23 se estimaron como peso normal; entre 25 y 27 (o 23 y 25, en talla baja[viii]), se indicó sobrepeso, y si superaba 27[1] (o 25, en talla baja), se catalogó como obesidad. Se elaboró una guía de entrevista con las siguientes categorías de análisis: normas de género, adscripción al grupo indígena chontal, estilo de vida, significados del cuerpo y hábitos de alimentación.

Las entrevistas con las y los informantes se llevaron a cabo en sus domicilios y se contó con su consentimiento informado por escrito. Su selección se realizó a través de la técnica de bola de nieve, la cual inició con las observaciones del personal del centro de salud de la comunidad, por lo que el total de participantes fue de 15 personas, con edades comprendidas entre los 17 y 74 años.

El contexto socio espacial

El estado de Tabasco se ubica en el sureste de la República Mexicana, en la costa del Golfo de México y se divide en 17 municipios agrupados en cuatro regiones geoeconómicas: Centro, Sierra, Ríos y Chontalpa. En esta última se localiza el municipio de Nacajuca, el más cercano a la capital del estado, a una distancia aproximada de 25 kilómetros, con una extensión territorial de 488.37 kilómetros cuadrados[24] y su cabecera municipal es la ciudad del mismo nombre, que se encuentra a diez metros sobre el nivel del mar y limita al norte con los municipios de Jalpa de Méndez, Centla y Centro y al sur con los de Cunduacán y Jalpa de Méndez.

El contexto seleccionado para la investigación fueron las dos secciones de la ranchería Tecoluta, localizada a 12 kilómetros de la cabecera municipal de Nacajuca, en lo que se conoce como "corredor de pueblos chontales", y a 40 kilómetros de la ciudad de Villahermosa, capital del estado. Esta comunidad es considerada de alta marginación,[25] concentra el mayor número de hablantes de la lengua chontal de Tabasco y entre 60% y 70% de sus habitantes tiene algún grado de sobrepeso, así como diabetes mellitus tipo 2, en particular las mujeres.[26]

El procedimiento para el análisis cualitativo[27] incluyó la transcripción de entrevistas audiograbadas; la utilización de una matriz analítica y su codificación; la relectura para reconocer la estructura textual y un primer nivel de análisis; la categorización analítica de acuerdo con conceptos teóricos, categorías de investigación y temáticas de los textos; la segmentación y codificación, es decir, la extracción de fragmentos: párrafos, oraciones, frases o palabras considerados significativos y que constituyen las unidades de sentido o de análisis.

[viii] Se considera talla baja en la mujer adulta cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre cuando es menor de 1.60 metros.

Resultados

Caracterización de las y los informantes

El cuadro 1 establece el perfil sociodemográfico de las personas que participaron en esta investigación, así como la relación que tiene la autopercepción de su cuerpo con el IMC que presentan. De esta forma, se destaca el tamaño del cuerpo al que se adscribieron las y los participantes el cual, por lo general, contrasta con el IMC.

De las siete mujeres que se adscribieron al cuerpo "normal", sólo una pertenece a ese rango, de acuerdo al IMC; entre las otras seis mujeres, tres presentaban obesidad y tres más tuvieron bajo peso. En el caso de los hombres, tres se percibieron con cuerpo "normal", pero de acuerdo con el IMC se ubican en obesidad. Las dos mujeres y el hombre que se adscribieron al cuerpo obeso, concordaron con su IMC. Finalmente, la mujer y el hombre que mencionaron tener un cuerpo delgado, coincidieron con el índice referido.

Cuadro 1

Perfil sociodemográfico y relación auto percepción corporal/índice de masa corporal (IMC)

	Mujeres	Hombres
	10	5
Edad (Años)		
15-29	3	2
30-59	5	1
60 y más	2	2
Escolaridad		
Ninguna	3	2
Primaria	1	1
Secundaria	4	0
Preparatoria	2	1
Profesional	0	1
Estado civil		
Casadas/os y unidas/os	7	3
Solteras/os	3	2
Ocupación		
Trabajo doméstico	5	0
Artesana/o	0	2
Empleada/o	2	0
Desempleada/o	0	1
Profesional	0	1
Estudiante	3	1
Autopercepción del cuerpo		
Bajo peso (muy delgado)	1	1
Normal	7	3
Sobrepeso	2	1
IMC		
Bajo peso	4	1
Normal	1	0
Sobrepeso/obesidad	5	4

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las entrevistas.

En síntesis, entre las 15 personas informantes, la relación autopercepción corporal/IMC sólo coincidió en cuatro mujeres y en dos hombres; es decir, nueve informantes perciben su cuerpo como "normal", mientras que la medición del IMC los ubica en otro nivel, y destacan nueve (cinco mujeres y cuatro hombres) que, según este índice, se encuentran en obesidad. De acuerdo con lo anterior, la adscripción al cuerpo "normal" se mencionó de igual forma entre ambos sexos, lo que se puede interpretar como una norma en la comunidad.

En el análisis del discurso de las y los informantes, por condición de estado civil, entre las mujeres unidas destaca la creencia de que al casarse y tener hijas/os, es "normal" que ellas engorden:

> Cuando tienes hijos ya no eres igual cuando antes, de soltera. Las mujeres solteras tienen su cuerpo "normal"; así pues, que ni están gordas ni están flacas. Cuando se casan, las mujeres se engordan porque ya tienen su bebé, y luego quizá hay mujeres que le dan pecho a su bebé, es el cambio. Entre más hijos tengan, más gorditas se ponen. Así es, pero si tienen uno, se quedan normales.
>
> (Mujer casada de 35 años con cinco hijas/os, obesa)

Por su parte, las adolescentes hacen referencia al cuerpo "normal" de acuerdo con lo que ven en sus compañeras/os de la escuela o de la propia comunidad. Respecto al sobrepeso, en el discurso de las personas de este grupo de edad se nombra una gordura "normal" y otra que no lo es. Sobre la primera señalaron: "es la que más abunda en la localidad y la segunda casi no existe aquí".

Al profundizar en estas definiciones, se encontró que la "gordura normal" es el sobrepeso, la obesidad que no limita sus actividades y que es aceptable para la comunidad. En este sentido, en la televisión han visto programas en los que se muestran personas gordas en cama y consideran que "ésa sí es una enfermedad y aquí no hay de eso":

> No todas las gorduras son enfermedad, porque hay algunos que están sanos, porque son normales, de eso que llaman un sobrepeso. Es gordura normal. Los que están enfermos son los que tienen mucha obesidad, pero hay algunos que tienen una gordura normal.
>
> (Mujer soltera de 18 años, estudiante, delgada)

A diferencia de los discursos anteriores, entre las personas adultas y adultas mayores, la gordura representa un signo de bienestar y no de enfermedad, como lo enuncia el discurso médico, además, es considerada como herencia inevitable de los padres:

> –¿Qué es para usted estar gordo?
>
> –Una persona gorda, pos no lo considero como enfermedad; lo considero que así son sus padres de gorditos y por eso ella también es gordita. Ya ves que mi hija está bien gordita, así eran mis tías. Algunos se burlan de ella, es un bombón, dicen. Mi finado padre y mi tío, ¡eran bien gorditos! Digo yo, ¿por qué lo voy a considerar una enfermedad? Yo creo que no es una enfermedad, además, no molesta eso de que sea gordita, no molesta.
>
> (Hombre casado de 63 años con 12 hijas/os, obeso)

Los testimonios anteriores muestran que la experiencia cotidiana con el cuerpo obeso (gordo) es atribuida en esta comunidad a la herencia familiar y que, siendo transmitida de las madres y los padres a las hijas/os, no hay que darle mayor importancia, pues es parte de la vida familiar y comunitaria. Así, la percepción de enfermedad que subyace es la de condición de malestar o incomodidad, mientras que la gordura, que la biomedicina llama obesidad y la considera como una enfermedad, no se acerca a esas características.

Desigualdades de género y sobrepeso corporal

Durante las entrevistas, las y los informantes expresaron con claridad los roles social y culturalmente asignados a mujeres y varones. De ellas se espera que se casen y realicen el trabajo doméstico, mientras que la expectativa para los hombres es que salgan a trabajar y mantengan a su familia.

Respecto a la violencia intrafamiliar, las mujeres entrevistadas asumieron que si la mujer se queda en casa y hace su trabajo, el hombre no debe tratarla mal. Este discurso encierra el hecho, no mencionado, de que la violencia contra la mujer se justifica si ella no se ajusta al papel que la cultura le asigna:

> Cuando el hombre se va a pescar, la mujer queda en su casa, cuida a sus hijos, echa la tortilla, a esperar si cae o no cae la comida... hace el pozol.[ix] Aquí no hay mucho de eso de que salen [a trabajar] porque son responsables de su familia; ya se casaron, pues ya se tienen que quedar en su casa [las mujeres]. Y el esposo está en que la apoye, o sea que la trate bien, que no la esté regañando, jalando el cabello, eso no se hace porque la mujer se comporta bien, la mujer también se debe tratar bien.
>
> (Mujer casada de 36 años, empleada, delgada)

[ix] El pozol es una bebida ancestral del pueblo chontal, elaborada con maíz cocido y molido y cacao; aunque se puede elaborar también sólo de maíz. Se consume fresco o fermentado y constituye un alimento importante en la dieta tradicional de los pueblos mesoamericanos desde antes de la conquista española. Como cita Ruz: "Tenían por costumbre, [en] especial los indios chontales, no comer sino sólo beber, y si comían era muy poco, y bebían una bebida que se hace de la moneda suya, que es el cacao, de suerte que se hace un brebaje algo espeso, el cual es grande mantenimiento, y asimismo otro de maíz cocido que se dice pozol... hacen alguno de esto acedo para beber con las calores, porque es fresco y esto es lo más sano".[28]

Marcelina Cruz Sánchez

Las desigualdades de género inciden en los determinantes y el estado de la salud, en la manera de participar para la producción de la misma y en el acceso a la atención apropiada.[29] Por lo anterior, es pertinente analizar por qué las mujeres muestran un cuerpo con mayor obesidad –en particular, obesidad central–, en relación con los hombres y su vínculo con la preocupación, manifestada por ellas, de tener "panza"[x]. Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas presentes con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres de esta comunidad, son consecuencias en la salud derivadas de la acumulación de grasa abdominal,[30] lo cual se pudo observar en el control que realiza el centro de salud local, donde se atienden de diabetes mellitus a 38 mujeres y sólo a cuatro hombres.[xi]

Por otro lado, se ha correlacionado el estrés con la acumulación de grasa abdominal,[31] aunque esto no es un conocimiento reciente, la innovación es que permite comprender los efectos de las situaciones estresantes que viven estas mujeres y la forma en que las enfrentan. Al respecto, cabe subrayar que las desigualdades de género prevalecientes en la cultura chontal permean estas condiciones estresantes, lo que incide en que mujeres y hombres resuelvan las situaciones de estrés con habilidades diferentes. En este sentido una mujer de 70 años con sobrepeso señaló que una vida sin estrés es: "cuando una persona está sana, está contenta, no le duele nada y no la asusta el borracho".

Además, las y los entrevistados mencionaron que en su comunidad hay muchas mujeres a las que las "asustan los borrachos", interpretamos estas palabras como una situación de violencia provocada por el alcoholismo de los hombres,[32] quienes agreden a sus compañeras en su domicilio, y ellas se "asustan" por esta situación. Lo anterior produce estrés en la vida cotidiana de las mujeres lo que, aunado a la pobreza y al confinamiento derivado del trabajo doméstico, propicia el incremento de lo que se conoce como "carga alostática". [xii]

[x] Se refiere a la obesidad abdominal, que en las mujeres se manifiesta por una medida de la circunferencia de la cintura mayor de 88 centímetros y en los hombres mayor a 102 centímetros.

[xi] Según datos del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud de Tabasco, en el corredor de pueblos indígenas, por cada hombre que se diagnostica con diabetes mellitus 2, se detectan 2.28 mujeres; mientras que por cada 2.44 mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial, se detecta a un hombre. En la comunidad estudiada, las personas asisten al centro de salud como requisito para continuar en el programa social Oportunidades; si bien es cierto que quienes más acuden son las mujeres, un día de cada mes debe asistir toda la familia, en caso de faltar, la consecuencia es que se dan de baja del mismo.

[xii] La carga alostática es "el desgaste en el cuerpo", el cual crece con el tiempo, cuando la persona está expuesta a estrés repetido y puede desencadenar la enfermedad de manera crónica.

Sin embargo, esto no significa que los hombres no enfrenten situaciones de estrés debidas al papel que las normas hegemónicas de género[xiii] les imponen, como ser proveedores, ya que aumentan las tensiones cuando carecen de empleo o no pueden obtener el alimento para ellos y sus familias de los recursos naturales de la región, cada vez más escasos. La diferencia respecto a las mujeres reside en que a ellos se les permite ampliar los espacios destinados al esparcimiento y ejercicio, los cuales están negados para ellas:

–¿Practica algún deporte?
–No.
–¿Por qué?
–Porque las mujeres no podemos salir. Cuando estamos casadas, ya no.
–Entonces, cuando están solteras, ¿sí?
–No, tampoco.
–¿Usted le tiene que pedir permiso a su esposo para salir?
–Sí.
–¿Y si no le da permiso?
–No voy. Si me da permiso, me voy con confianza.
–Y si se va sin pedir permiso, ¿qué pasa?
–Sí, a veces que tengo que ir a un mandado urgente, pero cuando ya vengo y él está, sí tengo que decirle adonde fui.

(Mujer casada de 36 años con cinco hijas/os, obesa)

Desigualdades de género en el acceso a espacios de actividad física, deporte y ejercicio

En las entrevistas realizadas, la palabra "ejercicio" parece no tener el mismo significado para las mujeres que para los hombres. Para ellos significa deporte, como el fútbol, salir a la calle o ir al campo deportivo que hay en la comunidad; mientras que para las mujeres, esta palabra tiene otros significados, referidos al trabajo doméstico:

–¿Usted hace algún tipo de ejercicio?
–Pues ahora no hago, porque casi no veo.
–¿Y antes?
–¡Antes sí! Trabajaba yo, [me] levantaba yo desde las cuatro de la mañana. Todo tengo que hacer, tengo que hacer mi café, café para mis hijos, pongo mi maíz y pongo mi batea para lavar, porque tengo hijos y tengo hijas; tengo que lavar mis trastes, tengo que barrer dentro mi casa, tengo que dar de comer a los animales, tengo que trabajar. ¡Hasta las nueve de la noche estoy terminando!

(Mujer casada de 68 años, con diabetes mellitus)

Este discurso, que relaciona el ejercicio con la actividad física que implica el trabajo doméstico, fue una constante entre las mujeres, aún entre las más jóvenes. La interpretación que entraña esta alocución sería que la única forma de ejercitar el cuerpo de las mujeres es a través del trabajo doméstico. Por otro lado, se indagó sobre las actividades que realizan en su tiempo libre, destacando el tejido de guano que, inferimos, les significa un espacio de "descanso" en sus actividades cotidianas:

–¿Qué hace en su tiempo libre?
–A veces llego a casa de mi hermana, a visitar y también tejo el guano. Vale nueve pesos, si vendiste unos... Tejo de noche; si puedo de día, puedo tejer uno. De día llegan los compradores.

(Mujer casada de 34 años con tres hijas/os, obesa)

Trabajando aquí, tejiendo guano para vender tejido, y poder comprar cualquier cosa. Llegan a comprar a nueve cada tejido; como tenemos, ahorita mi esposo y yo tejemos. Ese es el trabajo de nosotros, no hay trabajo, más que solamente tejiendo el guano.

(Mujer casada de 70 años, con sobrepeso)

El discurso de las mujeres adultas sobre el ejercicio físico apunta hacia un cambio generacional, y a que en la actualidad mujeres y niñas cuentan con mayor posibilidad de disponer de los espacios y tiempos para realizarlo, en comparación con su vivencia en la infancia. No obstante, llama la atención que las niñas de la comunidad compran golosinas durante el recreo en la escuela, mientras que los niños juegan fútbol. Cuando a ellas se les pregunta por qué no juegan, responden: "porque no somos niños y sólo ellos juegan". Lo anterior muestra que, aunque algunas madres consideren que las cosas han cambiado en comparación con el tiempo en que ellas vivieron su niñez, las normas hegemónicas de género continúan vigentes:

Aquí las mujeres no llegan a jugar. No salimos, porque desde la generación de nosotras, nunca las mujeres salen a jugar. –Tú no puedes jugar pelota, porque tú no eres hombre, la pelota es para los hombres–, te decía tu mamá. Y claro que eso hasta ahorita sigue, que nadie sale a jugar, nada más los hombres.

(Mujer casada de 36 años con tres hijas/os, afanadora)

Entre los discursos de las adultas mayores emerge el significado del trabajo doméstico, como la frase "calentar los huesos", que se refiere a la actividad relacionada con cocer y moler el maíz para preparar

[xiii] Entendemos como normas hegemónicas de género al discurso esencialista que asigna a las mujeres y a los hombres una identidad y roles dados exclusivamente por su condición de sexo y sólo con base en los aspectos biológicos.

tortillas o pozol la cual, por cierto, es exclusiva de las mujeres. Algunos hombres pueden lavar los trastes o hacer el aseo de la casa, pero moler el maíz y hacer tortillas es trabajo que sólo ellas realizan.

El confinamiento de las mujeres a las labores domésticas y la norma cultural de no permitir su acceso a otras formas de ejercitarse, entre otros factores, posibilita comprender que, entre las mujeres, el sobrepeso y la obesidad tienen relación con las desigualdades de género en el acceso al deporte y a las actividades de ejercicio fuera de sus casas.

Marcelina Cruz Sánchez

Por otro lado, salir a caminar dentro o fuera de la comunidad o viajar a la cabecera municipal o a la ciudad de Villahermosa, conlleva el peligro de que las mujeres "pierdan la confianza" que el esposo deposita en ellas, debido a los celos. A este fenómeno ellas lo llaman "echarse a andar" y tiene que ver con el hecho de que algunas mujeres han aprovechado la oportunidad de salir, no sólo de sus casas sino también de su comunidad, para trabajar y entablar relaciones de amistad con otras mujeres y hombres, siendo esta última situación la más problemática. Cuando eso sucede, se genera una situación de violencia de género que se pone como ejemplo para que otras mujeres entiendan lo que sucede cuando "se echan a andar", tal como lo señala el siguiente testimonio:

> La gente, pues te ve cómo andas, porque hay mujeres que han salido a trabajar y se "echan a andar". "Echarse a andar", que salen a pasear, o sea por ejemplo, como yo, que estoy aquí trabajando de afanadora, pero si digo: –Yo voy a ir a Nacajuca, total que ahorita no me está viendo mi esposo, allá voy a "echar a andar" y pasa que me encontré a alguien, que te dice "te doy esto y esto, porque tú no tienes nada o tú te mereces más". ¡Y claro que salen! Les dan confianza sus esposos y a veces escuchan que tiene amante, y que esto y que aquello. ¡Y claro que por eso! A veces este es el problema con los hombres, porque les dan confianza y ellas les hacen perder la confianza.
>
> (Mujer de 36 años con tres hijas/os, afanadora)

Aunque se hace alusión a la infidelidad, por generalización ese fenómeno de control se extiende hacia cualquier actividad que las mujeres realizan fuera de sus hogares, lo que tiene relación con la norma cultural de que deben permanecer en sus casas y no andar en la calle. En consecuencia ésta, el campo de futbol, la práctica de ejercicio y cualquier actividad que se relacione con el cuidado del cuerpo o como una distracción, están limitadas para las mujeres chontales de esta comunidad.

De esta forma, el ejercicio y el deporte son prácticas socialmente construidas que realizarán mujeres y hombres sólo si ambos crecen en un ambiente donde tengan acceso sin restricciones de género. Así, en la comunidad en estudio, la práctica de estas actividades por parte de las niñas queda confinada a los espacios escolares formales, como la clase de educación física, que se lleva a cabo una vez por semana, y no a los espacios comunitarios:

> –¿Crees que las mujeres tengan oportunidad de hacer ejercicio igual que los hombres aquí en la comunidad?
> –Pues aquí, casi no. No pueden salir al campo y quienes salen y van corriendo en las calles, van a decir que esa muchacha está loca.
> –¿Y qué podrían hacer las mujeres para hacer ejercicio sin que se les critique de locas?
> –No, aquí la verdad ¡no! ¡Es muy difícil que hagan ejercicio!
> –¿Hay algún lugar aquí en la comunidad donde puedan hacer ejercicio las mujeres?
> –Pues sería en el campo, pero el campo está vetado, el campo es sólo para los hombres.
>
> (Hombre soltero de 19 años, estudiante)

Si bien la comunidad cuenta con áreas recreativas y para el deporte, las mujeres adultas jóvenes comentaron que aún recibiendo los mensajes de que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud, no tienen acceso a esos espacios. Los testimonios expuestos permiten comprender el peso que la cultura tiene para sostener y continuar las desigualdades de género, pero también se vislumbra la posibilidad de acción del personal de salud, dirigida a la promoción de la misma.

Resultados

Los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han señalado que la obesidad es una epidemia de alcance mundial, una enfermedad grave y un factor de riesgo para contraer otras condiciones

en detrimento de la salud de las poblaciones. Sin embargo, en diversas ocasiones se ha dejado de lado la percepción que tienen las personas acerca del tamaño de su cuerpo, por lo que su estudio es relativamente escaso entre las poblaciones indígenas de México.

Un primer resultado que emerge de este análisis se refiere a que las y los informantes no comparten la visión de la gordura como enfermedad, pues le llaman cuerpo con sobrepeso y lo atribuyen a la herencia familiar; considerando que la gordura es reflejo de buena salud, bienestar y de ser o estar feliz y contenta/o. 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.

La asociación entre cuerpo delgado y salud surgió a principios del siglo XX, cuando las compañías de seguros alentaron la idea de que la gordura representaba un signo de enfermedad.[33] Sin embargo, esta lógica no permea a las poblaciones indígenas, tradicionalmente subalimentadas y preocupadas por la alimentación, quienes todavía ven la delgadez como signo de enfermedad y de un cuerpo débil e incapaz de enfrentar los embates del medio ambiente, como lo muestran las narrativas de las y los informantes.

El significado del cuerpo gordo como sinónimo de estar bien fue reportado en una investigación ubicada en una población rural de Morelos, en la cual las personas informantes relacionaban la gordura con salud y con estar contentas.[34] En este sentido, coincidimos con lo expresado por Castro, quien señala que las personas que viven en condiciones de pobreza y rezago social, como es el caso de las y los indígenas de este estudio, perciben al cuerpo gordo como signo de bienestar.[35]

Una de las consecuencias de esta percepción es la tendencia a subvalorar el tamaño del cuerpo, lo que hacen mujeres y hombres, sin que existan diferencias derivadas de la edad. Este resultado es compatible con el obtenido por Cunningham, O'Dea, Dumber y Maple-Brown, quienes reportan que la subvaloración del tamaño del cuerpo fue común entre indígenas, siendo los hombres, y en particular aquellos con diabetes, quienes subestimaban más el tamaño de su cuerpo.[36]

Otro hallazgo de esta investigación es la creencia prevaleciente entre las mujeres adultas de que

Guillermo Trujillo

al casarse es "normal" que engorden y la relación de este aumento de peso con la cantidad de hijas e hijos que se tenga; es decir, a mayor número de hijas/os –o embarazos–, el aumento de peso también es mayor. En este sentido, la investigación de Valeggia, Burke y Fernández reporta que entre las mujeres de las poblaciones 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 entre las mujeres de su estudio se encontraron altas tasas de sobrepeso y obesidad.[11]

Por otro lado, las mujeres participantes en esta investigación consideraron que el "susto"[xiv] que les provoca la violencia como consecuencia del alcoholismo de sus

[xiv] El "susto es uno de los síndromes de filiación cultural presentes en la medicina tradicional de casi todos los pueblos indígenas de México. Según la mayor parte de los terapeutas, el espanto puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad ni el sexo, aunque algunos aseguran que los niños son el grupo más susceptible. La causa, que lleva el mismo nombre que la enfermedad, es un espanto o susto, es decir, una impresión repentina y muchas veces violenta".[37]

parejas, es responsable de que enfermen de diabetes mellitus y, como efecto de ésta, pierdan peso. En esta lógica, la disminución es considerada como signo de enfermedad y refuerza la representación del cuerpo con sobrepeso como bueno y saludable, y la pérdida de peso como no deseable. Lo anterior también puede comprenderse en el contexto de lo que significa el cuerpo de las mujeres en algunas culturas, como lo señalan Ulijaszek y Lofink, los cuerpos más grandes de las mujeres son vistos como más atractivos e indican condiciones como salud, fertilidad, belleza, riqueza y poder.[38]

Respecto a la construcción social de los roles masculino y femenino, propia de la población chontal, se ubica a las mujeres en la casa, a cargo del trabajo doméstico y la crianza de las y los hijos. Los hombres, por el contrario, son colocados como proveedores y quienes 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 (campos de fútbol, canchas de basquetbol y volibol), a los cuales sólo acceden los hombres, mientras que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas realizan actividades como tejer guano, visitar a sus familiares o ver televisión.

Estos hallazgos se interpretan como restricciones que las mujeres chontales enfrentan en su libertad de movimiento, al ser responsabilizadas del trabajo doméstico y de la generación de capacidades humanas, así como de la atención, la crianza, la alimentación, la educación y la salud de la familia.

En consecuencia, estos datos permiten afirmar que estas mujeres viven desigualdades sociales y de género; resultados que coinciden con los reportados por Pérez y Vázquez en su estudio sobre familia, trabajo doméstico y libertad de movimiento en mujeres chontales de Nacajuca, pues encontraron que tanto la libertad de movimiento, 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 con las que se enfrentan las mujeres de esta población.[39]

Otro hallazgo que emerge del análisis es el cambio que, desde hace cuatro o cinco décadas, se observa en la composición de la dieta de este pueblo. Como señalan las personas adultas mayores, ésta antes se basaba en pescado o aves criadas en los patios, no consumían alimentos ni bebidas procesadas, ni carne de aves de granja o de engorda. Así, consideramos que varios aspectos se han reunido para conformar este cambio en su 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, el acceso a alimentos procesados dentro y fuera de su comunidad, la estrategia de desarrollo social de otorgar desayunos escolares, así como la ayuda externa derivada de las constantes inundaciones.

Respecto al agotamiento de los recursos naturales, su anterior fuente de alimentos, creemos que se relaciona con el aumento de la población de los centros urbanos y con la contaminación de los cuerpos de agua, provocada por la industria petrolera. Asimismo, es factible que de forma paralela a estos cambios dietarios, se incrementó el tamaño del peso del cuerpo, más visible entre las mujeres, como lo han documentado Rivera, Barquera, González-Cossío, Oláiz y Sepúlveda.[40]

En este sentido, la evidencia apunta hacia un rápido proceso de transición nutricional, que se caracteriza por el cambio desde la alta prevalencia de desnutrición al predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con la dieta y que se vinculan con la urbanización, el crecimiento económico y las innovaciones que reducen la actividad física y aumentan el consumo de alimentos procesados y altos en energía densa.[10,40] Lo anterior muestra que hace falta realizar más investigación acerca del proceso de transformación de la dieta tradicional de los chontales y sus consecuencias en la salud, que actualmente manifiesta una tendencia a incrementar las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.

Se reconoce que el peso de la enfermedad entre los pueblos indígenas es mucho mayor que en la población en general, en particular respecto a las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición,[41] pero aún falta poner mayor énfasis en indagar, con perspectiva de género, en cada una de las condiciones crónico degenerativas entre las y los indígenas que habitan en el estado de Tabasco, y que se consideren las fuerzas sociales y económicas que están influyendo en el incremento de las tasas de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Además, es necesario que las estrategias implementadas por el sector salud tomen en cuenta las propuestas de la sociología médica y de la salud, así como la perspectiva de género, como condición para potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su salud, y también que incorporen a los hombres en grupos de sensibilización sobre masculinidades alternativas, con pleno respeto a su cultura, con el fin de contribuir a alcanzar uno de los derechos humanos fundamentales: la salud.

Respecto a las limitaciones de esta investigación, podemos señalar que las narrativas de quince personas podrían parecer pocas, pero en los estudios cualitativos no se pretende generalizar los resultados, sino reconocer que en la riqueza de los discursos de las

personas informantes radica su valor científico y los hallazgos no pueden generalizarse a otros grupos indígenas de México. Por otra parte, como en todo abordaje cualitativo, el análisis es reflejo de la interpretación que las autoras y el autor hicieron de las complejas narrativas de quienes participaron. En consecuencia, otras y otros profesionales, con diferentes enfoques disciplinares, filosóficos o teóricos, pueden interpretar estos datos de forma diferente.

Finalmente, aun cuando queden más preguntas que respuestas, consideramos que la investigación cualitativa, aplicada a la temática del sobrepeso y la obesidad con perspectiva de género, contribuye a incrementar la comprensión de su complejidad.

Marcelina Cruz Sánchez

Referencias bibliográficas

1. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. [En línea]. [Consultado el 4 febrero 2011]. Disponible en: www.salud.gob.mx

2. Olson MC, Strawderman SM, Dennison AB. Maternal weight gain during pregnancy and child weight at age 3 years. Matern Child Health J. 2009; (13): 839-46.

3. Warin M, Turner K, Moore V, Davies M. Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. Sociol Health Illn. 2008; 30(1): 97-111.

4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.

5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.

6. Rohlfs I. Género y salud: diferencias y desigualdades. Quark [Revista en línea]. 2003 [Consultado marzo 2011]; (27). Disponible en: http://quark.prbb.org/27/default.htm

7. Caspersen CJ, Powel KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985; 100(2): 126-31.

8. Hall G. y Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina. Colombia, Banco Mundial-Mayol Ediciones; 2006.

9. Peña M. y Bacallao JL. Obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública (Publicación Científica 576). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

10. Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity trends in Latin America: transiting from under-to overweight. J Nutr. 2001; 131(3): 8935-95.

11. Valeggia, CR, Burke KM, Fernandez-Duque E. Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichi populations of the Argentinean Chaco. Econ Hum Biol. 2010; 8(1); 100-10.

12. San Sebastian M, Hurtig AK. Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. Salud Publica Mex. 2007; 49(4): 316-20.

13. Boissonnet C, Schargrodsky H, Pellegrini F, Macchia A, Marcet-Champagne B, Wilson E, Tognoni G. Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2011; 18(4): 550-56.

14. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. Nutr. Rev. 1994; 52(9): 285-98.

15. Lamas M. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de Género; 1997.

16. Velasco S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Ediciones Minerva; 2009.

17. Chant S. Introducción: Género en un continente que está cambiando. En: Chant S, Craske N. Género en Latinoamérica. México: Publicaciones de la Casa Chata-CIESAS; 2007. p. 33-64.

18. Gil-Romo SE, Coria DS. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. Salud Publica Mex.2007; 49(6): 445-53.

19. Maldonado-Montoya VM. Desarrollo y desigualdad de género en México. Un estudio por entidad federativa. Notas: revista de información y análisis [En línea]. 2003 [Consultado marzo2011]; (22). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/notas/notas22.pdf

20. García B, De Oliveira O. Trabajo femenino y vida familiar en México, México: El Colegio de México; 1994.

21. García B, De Oliveira O. Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas, México: CEDUA-El Colegio de México; 2006.

22. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894: i-xii.

23. Castro R. Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S. Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El Colegio de México; 1996. p. 57-85.

24. Enciclopedia de los Municipios de México. Tabasco. [En línea] Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Tabasco; 2005 [Consultado 4 mayo 2011]. Disponible en http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/tabasco/medi.htm

25. Consejo Nacional de Población. Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por localidad. México: CONAPO; 2005.

26. Sistema de Información en Salud. Tabasco, México: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; 2009.

27. Miles BM, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2a. ed. California: SAGE Publications: 1994.

28. Ruz Sosa MH. Tabasco histórico: memoria vegetal. Villahermosa, Tabasco: Gobierno del estado de Tabasco; 2001.

29. Gómez-Gómez E. La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. En: Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado, Washington, D.C: OPS; 2008. p. 3-20.

30. Aguilar-Salinas C. Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas. Salud Publica Mex. 2007; 49 (edición especial): 311-16.

31. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. Ann NY Acad Sci. 1998; (840): 33-44.

32. Hernández-Sánchez MC, Arias-Rodríguez JM. El Instituto Estatal de las Mujeres en comunidades indígenas de Tabasco. Villahermosa, Tabasco; 2008.

33. Contreras-Hernández HJ. La obesidad: una perspectiva sociocultural. Zainack Cuadernos de Antropología-Etnografía. 2005; (27): 31-52.

34. Castro R. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. Soc Sci Med. 1995; 41(7): 1005-21.

35. Castro, R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca, México: UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2000.

36. Cunningham J, O`Dea K, Dumbar T, Maple-Brown L. Perceived weight versus Body Mass Index among urban Aboriginal Australians: do perceptions and measurements match? Aust N Z J Public Health. 2008 Apr; 32(2): 135-8.

37. Xiwel. Espanto o Susto. México: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana; c2009 [Actualizado 2009; consultado 2014 mayo 14] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=tojolabal&mo=&demanda=&orden=13&v=m

38. Ulijaszek SJ, Lofink H. Obesity in Biocultural Perspective. Ann Rev Anthropol. 2006; (35): 337-60.

39. Pérez-Villar MA, Vázquez-García V. Familia y empoderamiento femenino: ingresos, trabajo doméstico y libertad de movimiento de mujeres chontales de Nacajuca, Tabasco. Convergencia. Revista de Ciencas Sociales. 2009; 16(50): 187-218.

40. Rivera JA, Barquera S, González-Cossío T, Oláiz G, Sepúlveda J. Nutrition transition in México and in other Latin American countries. Nutr Rev. 2004 Jul; 62(7 Pt 2): 149-57.

41. Wang Z, Hoy W. Body mass index and mortality in Aboriginal Australians in the Northern Territory. Aust N Z J Public Health. 2002 Aug; 26(4): 305-10.

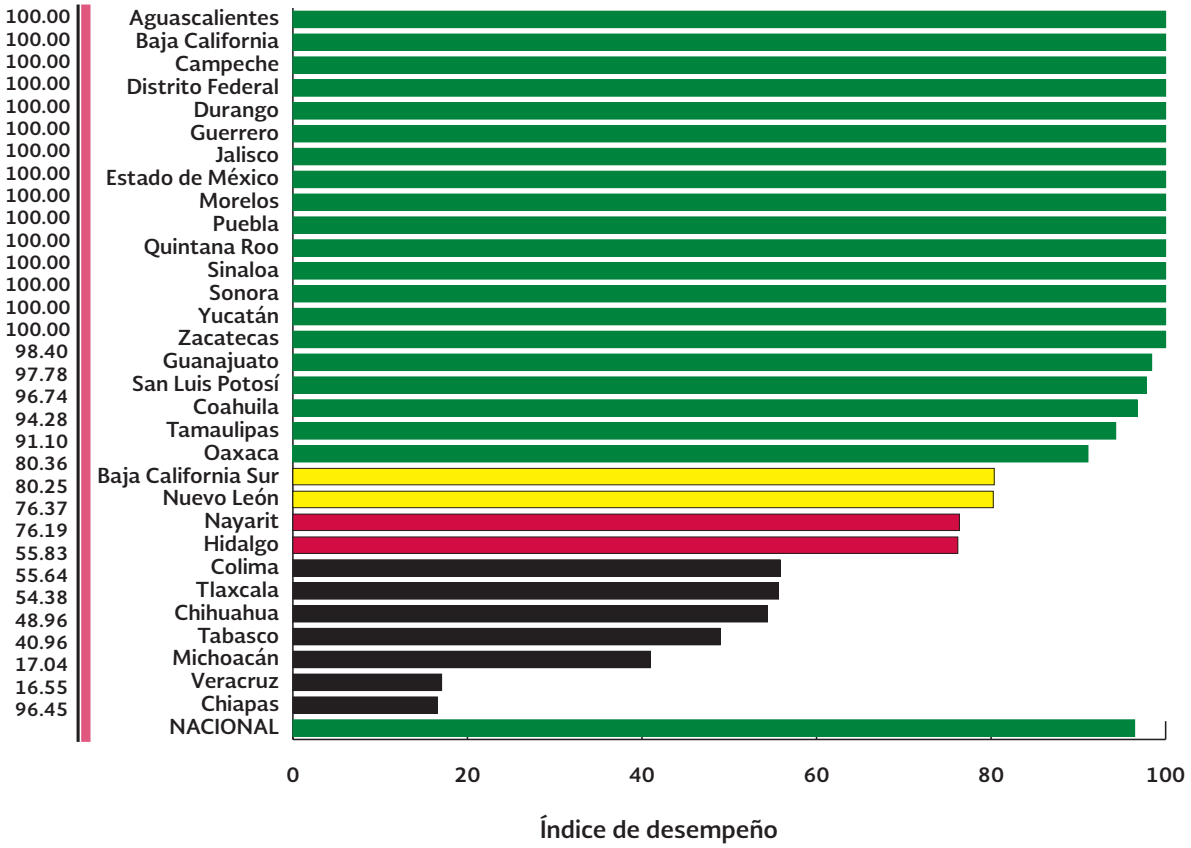
Arte en portada de este artículo:
Norma Ascencio
"Encajada II"
15 X 20 cm.
Punta seca y chincolle/papel de algodón I/A

Estudió la licenciatura y maestría en diseño gráfico en la Universidad Intercontinental. Ha realizado varios cursos en el quehacer artístico, historia del arte, encuadernación artística, cerámica en torno y esmaltes con Javier del Cueto; escultura con Porfirio del Olmo; retrato con Frances Turner (UK); grabado con Juan Bautista y Natacha Cirigliano; pintura con el maestro Tomás Gómez Robledo; dibujo al desnudo y pintura, técnicas y materiales con el Mtro. José Barbosa, entre otros.
Su obra ha sido expuesta en foros alternos y formales de la Ciudad de México, así como en Canadá, Italia, España, Grecia, Colombia y Brasil. Ha participado en más de 30 muestras colectivas y 10 individuales. Actualmente su obra se exhibe en la Galería Aguafuerte de la Ciudad de México y en la Galería Gard en Roma, Italia.
http://www.normaascencio.blogspot.com/

Marcelina Cruz Sánchez

En el año 2001 inició la estrategia "Caminando a la Excelencia", que evalúa los Programas de Acción Específicos a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con los objetivos de comparar su avance e impacto en nuestro país, identificar áreas de oportunidad para mejorar su desempeño y contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población. Así en las 32 entidades federativas, hasta el año 2012, se han monitoreado 27 programas, entre ellos el de Cáncer de Mama, a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Cumplimento de la meta de mastografías. Mujeres de 40 a 69 años de edad. Sin derechohabiencia. México, 2013



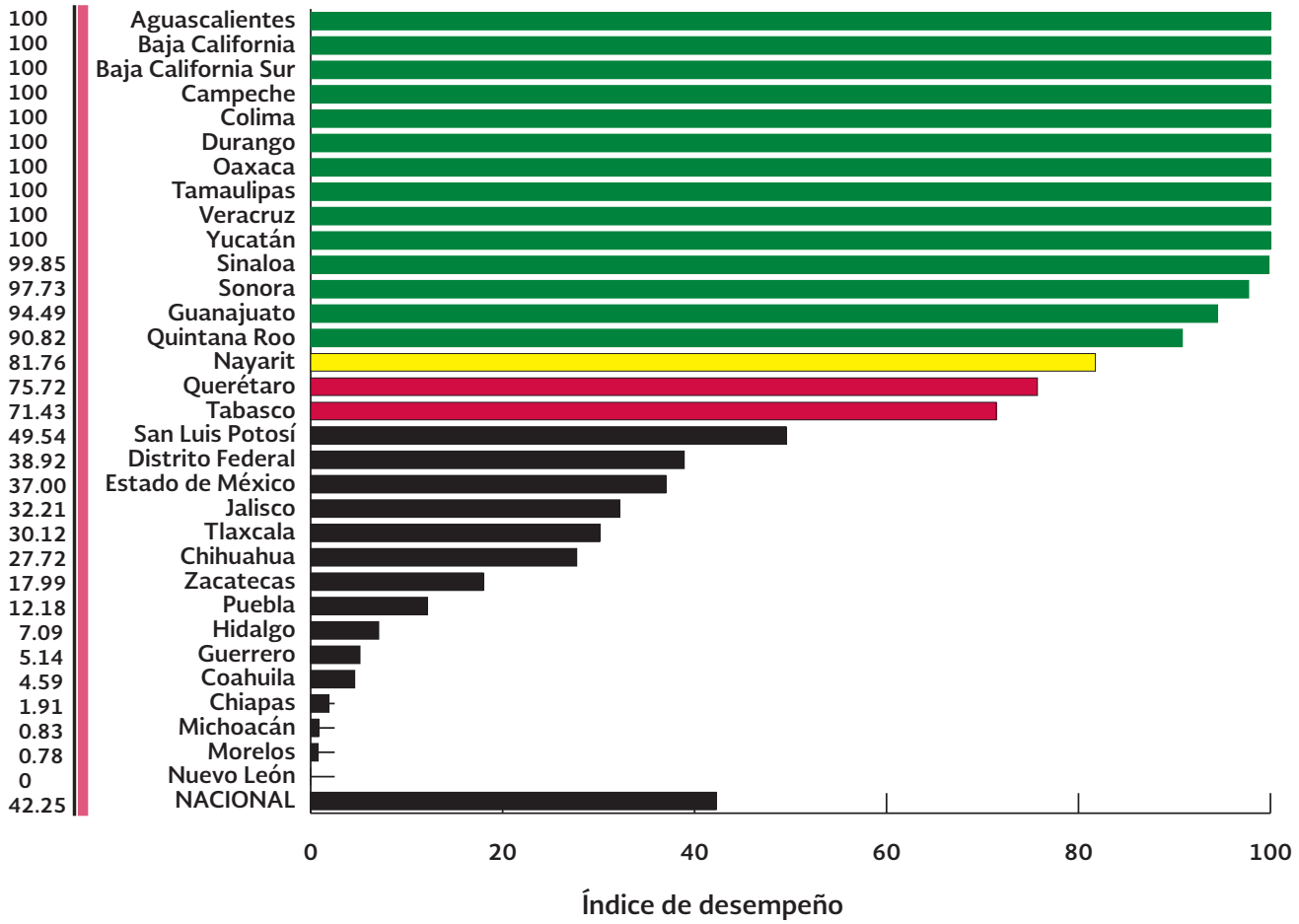
Fuente: Boletín *Caminando a la Excelencia*, cáncer de mama, 2013.

Índice de desempeño

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	> 90.0	
Satisfactorio	80.0-90.0	
Mínimo	60.0-79.9	
Precario	< 60.0	

La mastografía de tamizaje nos ayuda a la detección temprana del cáncer de mama y aumenta las posibilidades de cura y, por ende, disminuye la mortalidad. Cabe destacar que las principales acciones de detección son la educación para promover un diagnóstico en etapas tempranas y el tamizaje o cribado. Es importante enfatizar que para las mujeres de 40 a 69 años de edad es recomendable la realización de una mastografía cada dos años.

Confirmación diagnóstica de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años. Sin derechohabiencia. México, 2013



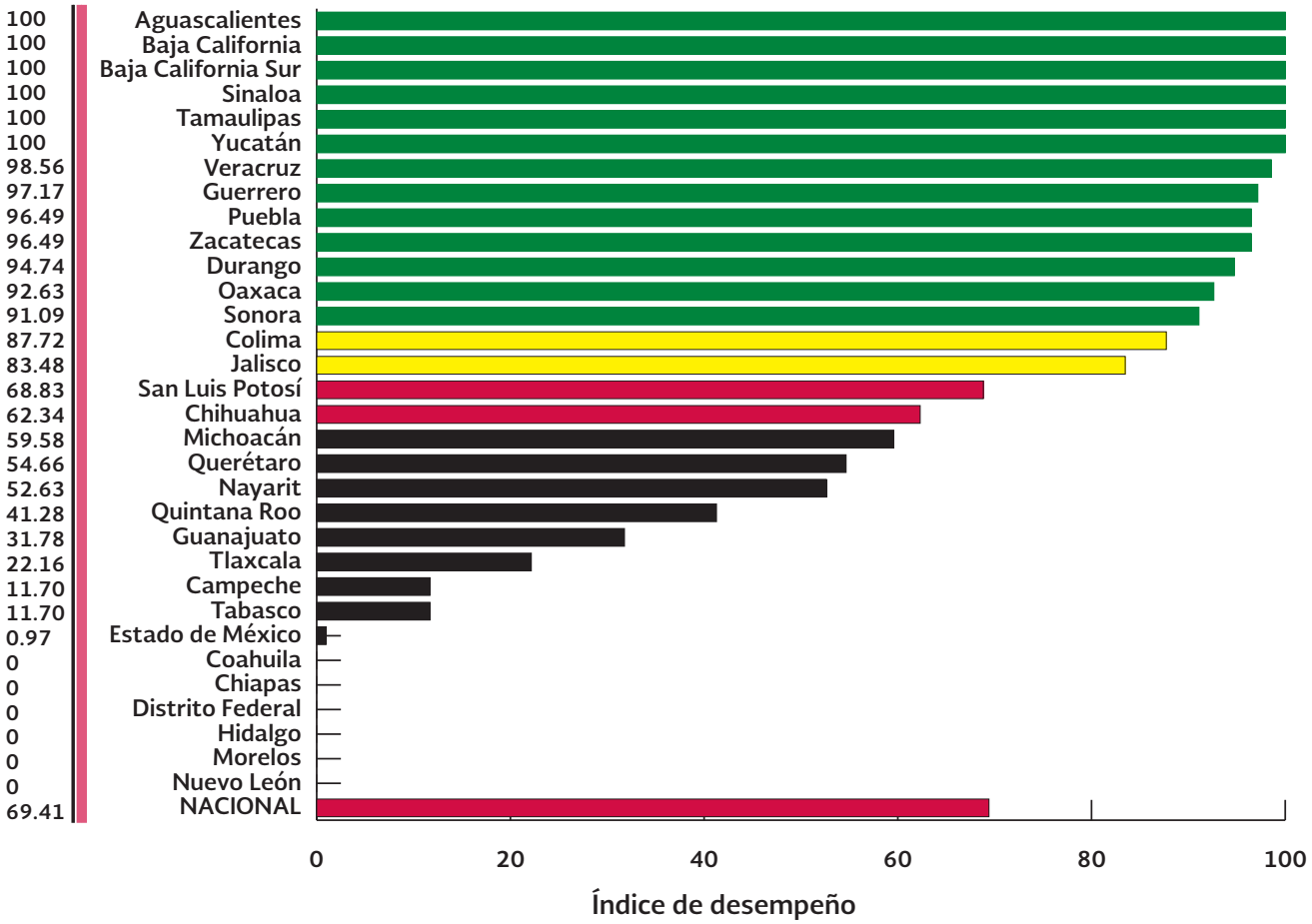
Fuente: Boletín *Caminando a la Excelencia*, cáncer de mama, 2013.

Índice de desempeño

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	> 90.0	
Satisfactorio	80.0-90.0	
Mínimo	60.0-79.9	
Precario	< 60.0	

La NOM 041-SSA-2011 indica que el resultado del tamizaje con mastografía debe ser interpretado de acuerdo con la clasificación BiRads (Breast Imaging Reporting and Data System-Sistema de informes y registros de datos de imágenes de la mama). En el caso de que algún estudio sea categorizado como BiRads 0, implicaría que fue técnicamente adecuado, pero insuficiente para realizar algún diagnóstico, por lo que la usuaria debe realizarse una evaluación con imágenes complementarias, por lo general a través de ultrasonido.

Tratamiento de mujeres con cáncer de mama. Sin derechohabiencia. México, 2013



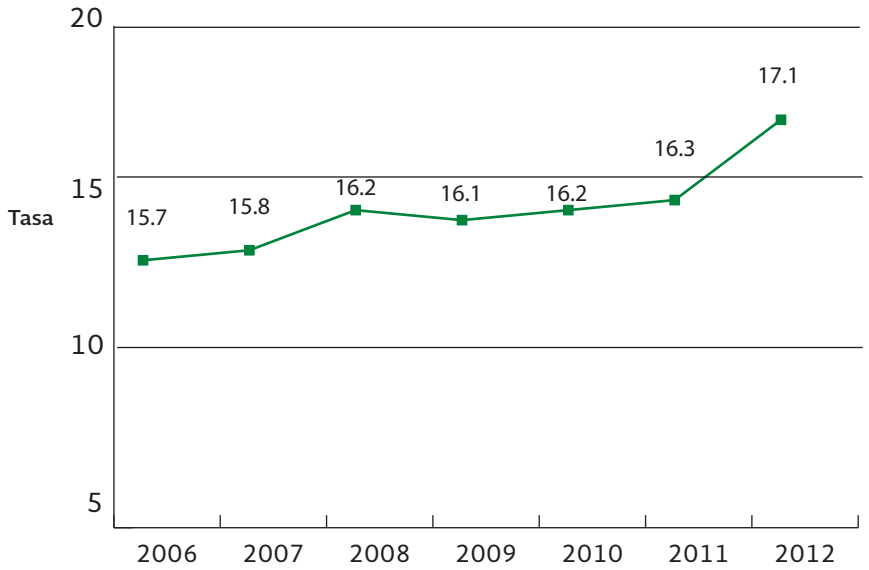
Fuente: Boletín *Caminando a la Excelencia*, cáncer de mama, 2013.

Índice de desempeño

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	> 90.0	
Satisfactorio	80.0-90.0	
Mínimo	60.0-79.9	
Precario	< 60.0	

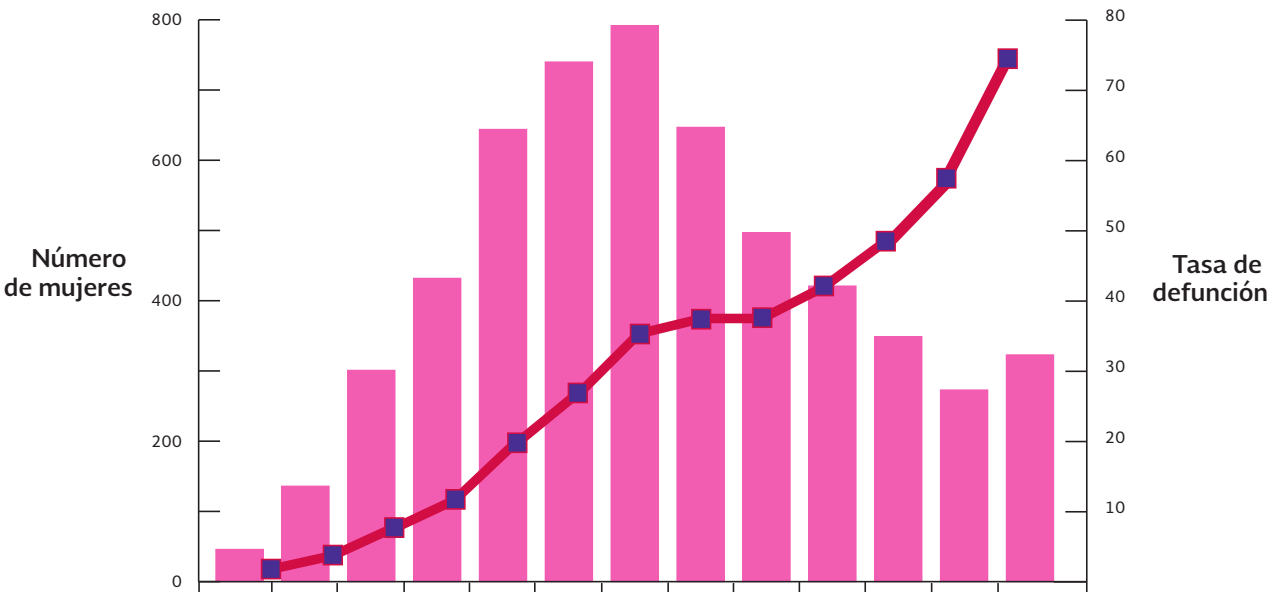
En la actualidad, las mujeres que son detectadas con cáncer de mama tienen acceso gratuito al tratamiento. Esta gráfica refleja la capacidad y la organización para la referencia y el seguimiento de los casos confirmados, así como la coordinación con las unidades oncológicas. Es fundamental señalar que las consecuencias respecto al daño y la invalidez en las mujeres dependen de la detección, del diagnóstico y del tratamiento oportunos, que también inciden en los costos de atención y en la disminución de la mortalidad.

Tasa de muerte por cáncer de mama.* México, 2007-2012



* Tasa por 100 mil mujeres de 25 años de edad y más.
Fuente: 2007 a 2012, Cubos/DGIS, SSA.
La tasa se calculó con población estimada CONAPO (2010-2030).

Tasa de defunciones por cáncer de mama según grupo de edad.* México, 2012

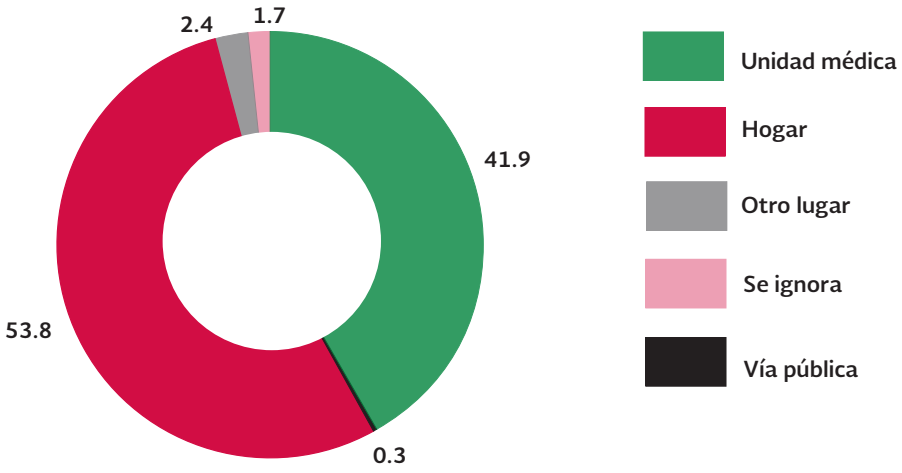


	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 años y más
Número de mujeres	46	136	301	432	644	740	792	647	497	421	349	273	323
Tasa de defunción	0.9	2.9	6.8	10.8	18.8	25.9	34.3	36.3	36.5	41	47.3	56.3	73.2

* Tasa por 100 mil mujeres de 25 años de edad y más.
Fuente: 2012, Cubos/DGIS, SSA.
La tasa se calculó con población estimada CONAPO (2010-2030).

En el caso de cáncer de mama, se observa que a mayor edad se incrementa la tasa de defunciones de las mujeres. Lo anterior permite analizar otras variables e identificar cuáles son los factores que se constituyen como riesgos de muerte vinculados con esta enfermedad.

Porcentaje de defunciones por cáncer de mama según sitio de ocurrencia. México, 2012



Fuente: 2012, Cubos/DGIS, SSA.
El total no suma 100 debido al redondeo de las cifras.

Durante el año 2012, en México ocurrieron 960 muertes maternas*, de las cuales:

14.7 % No tenía seguridad social ni protección social

11.0 % No tuvo control médico durante el embarazo

19.5 % Tuvo entre tres y cinco consultas prenatales

24.9 % Murió por enfermedades hipertensivas del embarazo

Fuente: Numeralia 2012. Mortalidad Materna en México. Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM).

* El total de muertes maternas en 2012 fue de 1 073; sin embargo, para calcular la Razón de la Muerte Materna no se contabilizaron 113 defunciones tardías, es decir, las ocurridas después de 42 días de parto o relacionadas con coriocarcinoma.

Para compartir

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Décimo aniversario

Tras 10 años de trabajo continuo para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población desde una perspectiva de género, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) celebró la primera década de su creación e inicio de actividades, periodo que ha permitido acumular experiencia en el análisis del vínculo entre el género y la salud.

La conmemoración estuvo presidida por la doctora Prudencia Cerón Mireles, directora general del CNEGSR y se contó con la presencia de la licenciada Lorena Cruz Sánchez, presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); la doctora Maureen Birmingham, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en México, y la señora Leonor Calderón Artieda, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en México.

Yessica Sánchez Rangel

La doctora Cerón Mireles hizo hincapié en que esta institución "sienta sus bases en el trabajo cimentado por quienes nos antecedieron, en lo que podemos denominar servicios de salud modernos", por lo que su historia se remite al año 1971, cuando se creó la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, para brindar servicios a la población que no contaba con seguridad social.

Después, continuó la directora general del CNEGSR, durante las siguientes tres décadas se consolidaron las bases organizativas, políticas y programáticas en materia de salud reproductiva, que derivaron en la unión de la Dirección General de Salud Reproductiva y la Coordinación del Programa Mujer y Salud, dando lugar al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva el 1° de septiembre de 2003, bajo la dirección de la doctora Patricia Uribe Zúñiga.

Así, el 19 de enero de 2004 se publicó el decreto de la creación del CNEGSR en el Diario Oficial de la Federación, constituyéndose como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuya misión es incluir la perspectiva de género en el ámbito de la salud, mejorar las prácticas referidas a la salud sexual y reproductiva de la población y dar a conocer los derechos sobre la misma; así como enfrentar la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, todo esto con pleno respeto a los derechos humanos.

Además, la doctora Cerón Mireles subrayó que de forma paralela a la evolución de los servicios de salud reproductiva, "México ha firmado y ratificado la mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos, que son elementos que han contribuido a conformar las políticas nacionales de salud reproductiva".

Yessica Sánchez Rangel

Por su parte, la licenciada Lorena Cruz Sánchez, presidenta de INMUJERES, resaltó la importancia del trabajo que realiza el CNEGSR en favor del bienestar y la salud de las mujeres mexicanas, que es un derecho humano universal y fundamental.

Yessica Sánchez Rangel

La funcionaria agregó que los siete programas de acción que ha impulsado esta institución son indispensables porque inciden directamente en los problemas que enfrentan las mujeres en México. Sin embargo, la presidenta de INMUJERES reconoció que aún deben superarse importantes retos culturales, pues las mujeres continúan siendo responsabilizadas del cuidado de la salud de otras personas, lo que implica descuidar la propia.

En el marco de esta conmemoración, el CNEGSR entregó un reconocimiento a la doctora Patricia Uribe Zúñiga, por los años dedicados al trabajo por el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, como investigadora y en el ámbito público. La doctora Aurora del Río Zolezzi, directora general adjunta de Equidad de Género, destacó las cualidades de quien fue la directora general fundadora de esta institución, puesto que ocupó hasta enero de 2011, y quien en la actualidad es la directora general del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA).

Yessica Sánchez Rangel

Para dejar constancia de esta celebración, se develó la placa conmemorativa con la cual la Secretaría de Salud reconoce al Centro Nacional como una institución rectora para el avance del derecho a la igualdad de género en salud, del derecho a una vida libre de violencia y de los derechos sexuales y reproductivos de la población en México.

Por otra parte, cabe destacar que el CNEGSR recibió, por segunda ocasión, el Certificado de Igualdad Laboral por el cumplimiento a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2009, que establece los requisitos para la certificación de las prácticas para la igualdad laboral entre mujeres y hombres.

Yessica Sánchez Rangel

Asimismo, se llevó a cabo la entrega de reconocimientos a las posadas AME (Atención a la Mujer Embarazada) "Las Margaritas" de Chiapas, "El Nayar" de Nayarit, "Valladolid" de Yucatán, "Minatitlán" de Veracruz y "Candelaria" de Campeche; por su valiosa labor durante 10 años ininterrumpidos, en los cuales han prestado una valiosa atención a mujeres que, por vivir en localidades muy apartadas, no tienen fácil acceso a un hospital. Su trabajo específico consiste en atender a las mujeres cuando éstas se encuentran cercanas al parto.

Finalmente, la doctora Prudencia Cerón Mireles, directora del CNEGSR, dio inicio al Mes de la Salud Reproductiva, agendado en noviembre de 2013 y que incluye una amplia campaña que tiene el propósito de colocar la mirada sobre este derecho fundamental de todas las personas.

Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018

Yessica Sánchez Rangel

En el marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática y con el propósito de recopilar propuestas de la ciudadanía, la sociedad civil organizada y la población en general, para integrar los Programas de Acción Específicos a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se llevó a cabo el "Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018", del 5 al 8 de noviembre de 2013.

Este evento reunió a expertas y expertos de la academia, de organizaciones de la sociedad civil y de diversas instituciones gubernamentales, quienes expusieron diversos temas sobre la incorporación de la perspectiva de género en salud en materia de prevención, promoción y atención.

Cabe destacar la participación de usuarias y usuarios, quienes compartieron sus experiencias en los servicios de salud y realizaron propuestas puntuales que se reunieron para enriquecer los Programas de Acción Específicos de:

- Cáncer de la Mujer
- Igualdad de Género en Salud
- Planificación Familiar
- Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género
- Salud Materna y Perinatal
- Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

Foro de consulta del Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud

Las propuestas emitidas en el Foro de consulta de este programa permiten comprender la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los distintos niveles de la atención de la salud. Con el fin de atender de forma detallada las reflexiones, sugerencias, exigencias y propuestas de las y los asistentes, se organizaron tres mesas de trabajo:

1. Perspectiva de género en prevención, promoción de la salud y atención en los servicios de salud.
2. Sensibilización, capacitación y formación del personal de salud en perspectiva de género y cultura institucional.
3. Documentación de inequidades de género en salud.

Las sugerencias y propuestas emitidas por las y los expertos, así como por usuarias/os de los servicios de salud, coincidieron en las siguientes líneas temáticas:

• Promoción de la salud

Para asegurar la inclusión de la perspectiva de género y de los enfoques etario e intercultural en el ámbito de la promoción de la salud, se señaló que es indispensable que se emita como una indicación a nivel federal, para incluirlos en las campañas de salud, en cuyo diseño sería deseable que participaran especialistas y personas de diferentes grupos poblacionales.

Las voces de las y los asistentes coincidieron en la necesidad de promover el empoderamiento de las personas usuarias para que exijan atención de calidad en los servicios de salud y enfatizaron la importancia de estar acompañada/o por la persona que elijan, en el momento de recibir un diagnóstico, lo que coadyuvaría al involucramiento de mujeres y hombres en la salud de sus parejas, familiares y amistades.

Cuadro 1

Ponentes de la mesa "Perspectiva de género en prevención, promoción de la salud y atención en los servicios de salud"

Lic. Ingrid Velázquez Alcalá	Secretaría de Educación del Gobierno del Distrito Federal Secretaria técnica
Mtra. Evangelina Aldana Calva	Instituto Nacional de Perinatología Departamento de Psicología
Lic. Gerardo Ayala Real	Salud y Género, A.C.
Mtra. María Trinidad Gutiérrez Ramírez	Programa Interdisciplinario de Acción Feminista, A.C
Sr. Ramón Arauz	Usuario de los servicios de salud

• Programas gubernamentales

Respecto a esta temática, las propuestas coincidieron en la necesidad de ampliar la participación de la academia, de organizaciones de la sociedad civil y de diversas instituciones en el diseño y los contenidos de los programas gubernamentales. El fin último es evitar la reproducción de los estereotipos de género, que aún continúan presentes.

Lo anterior implicaría la articulación entre los diferentes grupos citados para juntos fortalecer las recomendaciones de derechos humanos hacia las instituciones y sancionar a las instancias que las violen.

• Promoción y prevención

En cuanto a la prevención en la salud, la propuesta fue elaborar y poner en funcionamiento nuevos programas orientados a identificar problemas de salud prioritarios de mujeres y hombres, con el fin de prevenir y atender a grupos vulnerables con problemáticas específicas.

• Atención

Las opiniones emitidas coincidieron en la necesidad de realizar un cambio profundo en los servicios de salud, a través del impulso de la participación del personal operativo, en particular con la implementación de talleres para las personas usuarias en las unidades médicas.

Asimismo, se subrayó la importancia de la perspectiva de género para continuar con su incorporación en los servicios de atención, pues debe de estar incluida en los cuatro ejes del derecho a la salud: accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad y calidad.

Además, se consideró necesario resignificar la noción de salud, encaminada a ofrecer respeto absoluto a la dignidad humana, con capacidad de escucha y sin prejuicios hacia las personas usuarias. También se reflexionó sobre la relevancia de elaborar y aplicar encuestas a las y los usuarios para evaluar los servicios de salud, las cuales deberán estar encaminadas a mejorar la atención.

• Asignación presupuestal

El eje central de esta temática fue la apremiante necesidad de que se destinen suficientes recursos económicos acordes a los compromisos nacionales e internacionales para lograr la igualdad de género en salud, tomando en cuenta los requerimientos socioeconómicos y el contexto de mujeres y hombres en diferentes circunstancias. También se reconoció que un aspecto particularmente descuidado es la atención a la salud mental, por lo que es indispensable el aumento en el presupuesto destinado a la atención en este rubro de la salud pública.

• Cultura institucional

En torno a esta temática, el debate, la discusión y las propuestas emitidas fueron abundantes; así, se enunció la necesidad de revisar y modificar el código de ética, la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*, los lineamientos sobre los derechos de prestadores/as de los servicios de salud y los formatos técnicos para el reclutamiento del personal; para incluir la perspectiva de género a través del uso del lenguaje incluyente y no sexista en estos documentos oficiales.

Para garantizar una atención adecuada, se subrayó la importancia de tener siempre presentes a quienes prestan los servicios de salud, para lo cual se propuso dar reconocimiento social al personal de enfermería, mismo que se traduzca en apoyo a sus demandas; así como una revisión de las políticas laborales que aborden temas básicos, como la elección por ellas y ellos mismos de sus uniformes para garantizar su comodidad y funcionalidad.

Aunado a lo anterior, se enfatizó en la importancia de visibilizar y analizar las relaciones profesionales para observar cómo se reproducen los estereotipos que estigmatizan y minan el desempeño profesional.

Respecto a los casos de violencia (sexual, obstétrica o laboral) y de violaciones a los derechos humanos de personas usuarias y del personal operativo, se indicó la necesidad de implementar mecanismos de sanción, los cuales deben tener un proceso de seguimiento. Lo anterior tendrá que acompañarse del establecimiento de mecanismos que encaucen denuncias y quejas con el fin de asignar responsabilidades ineludibles a funcionarias/os.

En la tarea de consolidar la inclusión de la perspectiva de género en salud, se deberá añadir, como requisito y contenido de los puestos en diferentes niveles, la obligatoriedad de poseer conocimientos en género e interculturalidad.

Para lograr el cumplimiento de la sensibilización del personal de salud de todos los niveles, se estableció la pertinencia de que el CNEGSR ordene, por oficio, la obligación de incluir cursos con esta temática para el personal directivo al menos una vez por año. El cumplimiento de esta acción debiera acompañarse de un premio o reconocimiento para que los estados estén motivados para realizar esta tarea. Además, deberá monitorearse la permanencia de propuestas de sensibilización y capacitación en género, lo cual podría llevarse a cabo a través de observatorios ciudadanos.

Cuadro 2

Ponentes de la mesa "Sensibilización, capacitación y formación de personal de salud en perspectiva de género y cultura institucional"

Dra. Adriana Leona Rosales Mendoza	Universidad Pedagógica Nacional Profesora-investigadora
Lic. Alma Gloria Nájera Ahumada	Instituto Mexicano del Seguro Social Jefa del área de Género y Salud
Mtra. María Luisa Sánchez Fuentes	Clínica Femisana® Directora
Mtra. Claudia Gabriela Salas Rodríguez	Grupo IDEA, S.C.
Dra. Patricia Pérez Reyes	Secretaría de Salud de Nuevo León Jefa del departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Sra. María Eugenia Romero Luna	Usuaria de los servicios de salud

Capacitación y sensibilización

Respecto a este tema, se subrayó que la capacitación debe tener una aplicación práctica para que responda a las expectativas y propicie la transformación directa en los distintos lugares de trabajo. Así, la experiencia reflexiva y con perspectiva de género del personal de promoción de la salud se vuelve fundamental, pues se generan conocimientos críticos que podrían modificar lo que ya resulta obsoleto en la atención.

En este sentido, la sensibilización y la capacitación en perspectiva de género en materia de salud sexual y reproductiva, debe proporcionarse de forma dinámica y vivencial al personal que presta servicios de salud, para eliminar el estereotipo, aún vigente, de que se trata de un asunto sólo de las mujeres, cuando debiera abordarse como un tema de pareja.

También se destacó que debe iniciarse un proceso de sensibilización para el personal de salud en materia de interrupción legal del embarazo, en particular en el Distrito Federal, pues existen diversos casos de violencia institucional hacia las mujeres en este ámbito.

Otra propuesta vertida durante este foro fue la inclusión de diplomados, tanto presenciales como virtuales, cuyo tema central sea la incorporación de la perspectiva de género en salud.

Asimismo, se destacó la necesidad de ofrecer talleres y cursos de capacitación a las personas usuarias para que conozcan y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.

• Documentación de inequidades

Para reforzar esta labor, se sugirió vincular la investigación en materia de salud y con perspectiva de género, con el diseño de campañas públicas para promover comportamientos saludables y el empoderamiento de mujeres y hombres a través de alianzas entre la academia y el trabajo interinstitucional.

También se pidió que se impulse el esfuerzo realizado por la revista **Género y salud** *en Cifras* para publicar experiencias del personal de salud de todos los niveles, lo que derivaría en una mayor difusión de este medio y una promoción más amplia entre el personal académico, de salud y la población usuaria.

• Indicadores

Para conocer las diferencias, valores, roles y situaciones que condicionan las necesidades de las mujeres y las niñas, se consideró fundamental incorporar los indicadores de género en las operaciones estadísticas, no sólo a través de la desagregación por sexo y edad, sino también considerando otras posibles variables que incidan en desigualdades.

Para lo anterior se enunciaron posibles indicadores en las siguientes áreas en el ámbito de la salud:

- Cobertura de atención a adolescentes.
- Goce de incapacidad laboral para padres, para incluirlos en las actividades del cuidado de las y los hijos.
- Planificación familiar por sexo.
- Atención de autocuidado en hombres jóvenes.
- Porcentaje de mujeres que han recibido capacitación del personal de salud durante el parto.
- Porcentaje de adolescentes que han usado condones en el ejercicio de su sexualidad.
- Porcentaje de mujeres de más de 39 años que se han realizado papanicolaou.
- Porcentaje de hombres que han recibido consejería para prevención de riesgos innecesarios como alcoholismo, lesiones, violencia y suicidios.
- Porcentaje de hombres cuidadores de familia.
- Gasto de bolsillo de salud por sexo, edad, escolaridad y lugar de residencia. Si se desagrega y se combina, pueden observarse inequidades.
- Porcentaje de escuelas de medicina, enfermería, trabajo social y psicología que tienen en su currículo las perspectivas de igualdad de género, medicina tradicional e interculturalidad, en el marco de los derechos humanos.

Este Foro de consulta permitió conocer las experiencias, puntos de vista y aportaciones de la academia, de organizaciones de la sociedad civil y de diversas instituciones gubernamentales, así como de usuarias y usuarios de los servicios de salud, que fueron fundamentales en la reflexión para la elaboración del Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud 2013-2018.

Cuadro 3

Ponentes de la mesa
"Documentación de inequidades de género en salud"

Dra. Oliva López Sánchez	Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM Profesora-investigadora Coordinadora del proyecto "Cuerpo, género, salud y sexualidad"
Dra. Nora Ibarra Araujo	Facultad de Medicina-UNAM
Lic. Jessica Lombana Ruiz	Instituto Nacional de las Mujeres Subdirectora de Información Social
Dra. María del Carmen Juárez Toledo	Instituto Nacional de las Mujeres Directora de Desarrollo Humano Sustentable
Lic. Gisela Sánchez Díaz de León	Salud y Género, A.C.
Sra. Blanca Benítez	Usuaria de los servicios de salud

Reseña

Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México

Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/ Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida

2ª parte

Desde el año 1991, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) ha centrado su trabajo y esfuerzos en "promover y defender derechos reproductivos de las mujeres en el marco de los derechos humanos",[1] por lo que se ha constituido como un referente en la discusión y el posicionamiento social de esta temática, al incidir en el avance de "leyes y políticas públicas sobre aborto en México, así como el acceso a servicios de salud de calidad".[1]

Para ampliar la influencia de GIRE y otras asociaciones civiles unidas por el interés en el tema de los derechos reproductivos, en el año 2000 se constituyó la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR) y, en el marco de ésta, ocho años después se creó la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (Radar 4º), con el objetivo de monitorear y registrar el ejercicio de los derechos reproductivos de las y los ciudadanos en los estados de México.

En continuidad con sus constantes esfuerzos, en el año 2013 GIRE, en colaboración con Radar 4º, presentó el informe *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, el cual se enfoca en seis temas: aborto, anticoncepción, mortalidad materna, violencia obstétrica, vida laboral y reproductiva y reproducción asistida. Los tres primeros fueron abordados en nuestro número anterior, por lo que en esta ocasión presentamos la segunda parte de esta reseña, en la que especialistas en cada materia nos ofrecen su opinión sobre este documento, que constituye una aportación importante en el análisis de los derechos reproductivos en México.

Patricia Karina Vergara Sánchez

Licenciada en Ciencias de la Comunicación, UNAM
Diplomado Latinoamericano para Mujeres Dirigentes y para la Formación de Nuevos Cuadros, Conferencia Permanente de Partidos Políticos de América Latina y el Caribe
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

La violencia es el uso excesivo de la fuerza o del poder. Cuando las mujeres recurren a los servicios de salud tanto públicos como privados en busca de atención obstétrica,[i] es decir durante sus embarazos, partos y/o en el puerperio, surge una relación en la que el poder lo detentan las instituciones de salud y las personas encargadas de brindar la atención, pues son quienes cuentan con los instrumentos, la infraestructura, con muchos de los saberes necesarios y el reconocimiento social para prestar dichos servicios. En cambio, para las mujeres, estos son periodos de vulnerabilidad en los que acuden a esas instancias en busca de cuidados. En esta relación desigual se puede presentar la violencia obstétrica, la cual "es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva".[1]

La violencia obstétrica incluye regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación del tratamiento, así como aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia, imposición de medidas sin consultar ni informar a las pacientes sobre las decisiones que se

[i] De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos una hija o hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el periodo de embarazo, parto y puerperio.[1]

toman en el curso del trabajo de parto, utilizarlas para la enseñanza y las prácticas de las y los estudiantes de medicina sin respeto a su dignidad, tergiversando el dolor durante el trabajo de parto como si fuera un castigo y hasta el daño deliberado a la salud y la vida de las afectadas.

Esta violencia se manifiesta de forma física cuando se realizan prácticas invasivas en las mujeres, les indican una medicación que no está justificada por su estado de salud o no se respetan los tiempos ni las posibilidades biológicas de sus cuerpos y del proceso propio del parto. Algunas prácticas frecuentes son: episiotomía innecesaria, rasurado, enema, uso irrestricto de oxitocina, analgesia y anestesia, obligación de parir en posición supina y realización de cesáreas sin plena justificación médica. Otra arista de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye "el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación".[1]

Algunos casos de violencia obstétrica revelan estrategias abusivas, como forzar la autorización de las mujeres para esterilizarlas o colocarles un dispositivo intrauterino durante el trabajo de parto, cuando sus condiciones emocionales y físicas las ponen en una situación de vulnerabilidad.[ii]

De acuerdo con el informe de GIRE, no existen estudios cuantitativos que permitan dimensionar el problema de la violencia obstétrica en México. En este sentido, diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos centradas en testimonios de mujeres, resaltan las modalidades específicas que componen el maltrato y el abuso, coincidentes con las prácticas físicas y psicológicas de violencia obstétrica enunciadas con anterioridad.

Este maltrato y/o abuso difícilmente es señalado o denunciado, pues cuando no ocurre un daño visible en la salud física de las afectadas las instituciones, el personal de salud médico y obstétrico, así como las mujeres y sus familiares, naturalizan la violencia y la asimilan como "lo normal, lo esperable". La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señala que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en la práctica de cesáreas sin indicación médica, lo que se considera violencia obstétrica.

La información obtenida por GIRE muestra que los hospitales de la Secretaría de Salud (SSA) que atienden a población no asegurada y concentran el mayor número de partos atendidos durante los años 2009, 2010 y 2011, mantienen un índice más bajo de cesáreas (25.6% en promedio) en comparación con los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que concentran menos de la mitad de la población atendida en esos años y mantienen altos promedios en la práctica de cesáreas: 51% y 40%, respectivamente. Esta alta incidencia no presenta tendencia a disminuir y en Aguascalientes y Chiapas se duplicó el número de intervenciones quirúrgicas en el transcurso de un año.

A solicitud expresa de GIRE para obtener información sobre el número de quejas, recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas respecto a malos tratos y negligencia médica en la atención gineco-obstétrica a nivel federal, la SSA y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos al respecto ni con el detalle de las quejas. Por su parte, el ISSSTE reportó que en el periodo 2009-2012 recibió 122 inconformidades por estas situaciones de violencia contra mujeres en el marco de esta atención.

Por otro lado, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) informó que entre los años 2009 y 2011 se concluyeron 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia las mujeres.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) recibió 122 quejas relacionadas con malos tratos y/o negligencia médica durante la atención del embarazo, parto y puerperio en el periodo que abarca los años 2009 a 2012, a partir de las que se emitieron cuatro recomendaciones, tres de las cuales fueron aceptadas y dos de ellas se cumplieron de forma parcial. Esta institución no proporcionó información sobre lo sucedido con las más de 100 quejas restantes, por lo que se ignora si hubo seguimiento o si existió algún tipo de acuerdo.

Por lo anterior, GIRE subraya que estas cifras podrían ser la punta del iceberg si se considera que, en la mayoría de las ocasiones, no existe denuncia o los hechos no son identificados como actos de violencia obstétrica.

Para elaborar el diagnóstico sobre la situación en las entidades federativas, GIRE solicitó información a las instancias correspondientes y advirtió la discordancia entre las respuestas recibidas de parte de la SSA –federal y estatal–, así como de las comisiones de derechos humanos locales, entre las cuales 21 respondieron, pero sólo la Comisión de Derechos

[ii] En relación con este tema, GIRE plantea: "Esto es una constante que se ha observado sobre todo en población indígena. Lo anterior tiene una base cultural y sociológica que asocia los cuerpos de las mujeres pobres e indígenas con una amenaza para la salud pública y, por ello, enlazan la esterilización y el control de la fecundidad de este grupo específico de mujeres con los beneficios de programas sociales".[1]

Humanos del Distrito Federal (CDHDF) proporcionó detalles sobre el contenido de las dos recomendaciones emitidas y aceptadas sobre el tema.

En este sentido, la Recomendación 02/2009 de la CDHDF se refiere a siete quejas presentadas entre los años 2007 y 2008, que incluyen los casos de 11 usuarias atendidas en la red de hospitales de la Secretaría de Salud de dicha entidad federativa, de las cuales siete tuvieron consecuencias graves —muerte de la mujer, del producto del embarazo o de ambos— debido a negligencia médica, deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales, falta de personal médico y por omitir la información de salud proporcionada a las mujeres para que dieran su consentimiento informado.

Respecto a los recursos jurídicos, GIRE señala que en México los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que regulan las políticas públicas en la materia. Además, sólo los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz cuentan con una definición de violencia obstétrica en sus legislaciones; el Código Penal de Veracruz sí la tipifica y, sin ser muy clara al respecto, la ley del Distrito Federal contempla la violencia contra los derechos reproductivos.

Si bien hay ciertas conductas que deberían estar codificadas en el derecho penal, en particular la esterilización forzada, GIRE cuestiona su utilización como herramienta propicia para erradicar la violencia obstétrica. En este sentido, propone que antes de criminalizar, se apliquen medidas administrativas y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos.

Además, es conveniente recordar que nuestro país cuenta con la Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993), publicada en el año 2005, que pretende disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos. Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como en racionalizar ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o son innecesarias. También se plantea la importancia de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica obstétrica.

La Ley General de Salud y algunas leyes locales prohíben la esterilización forzada. Además, el Código Penal Federal la tipifica como delito de "esterilidad provocada sin el consentimiento", que aparece en el capítulo de delitos contra los derechos reproductivos e impone entre cuatro y siete años de prisión a la persona responsable, así como hasta 70 días de multa, reparación de los daños y perjuicios ocasionados y ordena la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual a la pena de prisión impuesta o incluso la inhabilitación definitiva. En los códigos penales de ocho estados también está tipificado el delito de esterilización forzada y los términos son similares a los contenidos en el Código Federal.

De esta forma, es preocupante que los códigos penales de la mayoría de las entidades federativas no contemplen la violencia obstétrica como delito, pues atenta de manera grave contra la integridad personal, la autonomía reproductiva y la salud de las personas. Por otra parte, en los ámbitos federal y local, la CONAMED y las secretarías de salud argumentaron que carecen de facultades para aplicar medidas disciplinarias o punitivas. En suma, no existen personas sancionadas por este tipo de falta.

Desde marzo de 2012, Veracruz es la única entidad que tipifica la violencia obstétrica como delito y no hay registro de hechos relacionados. Lo anterior evidencia que existe un tipo penal de violencia obstétrica que plantea desafíos en su persecución y que no está siendo aplicado. En primera instancia, porque es una violación a los derechos humanos que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y del producto de sus embarazos. Además, afecta el tejido social al naturalizar las prácticas de violencia que permean otros ámbitos de las relaciones institucionales, laborales y personales.

Al tener su origen en la matriz de género, la violencia obstétrica perpetúa y es perpetuada por un ejercicio enquistado de discriminación hacia las mujeres, que no les reconoce los saberes sobre sus propios cuerpos ni la libre autonomía y decisión sobre éstos ni sobre su sexualidad, sus elecciones de maternidad y su vida en general.

La continuidad de esta violencia se teje en problemas estructurales y económicos nacionales y locales, con deficiencias en el sistema de salud en general, en cuanto a recursos materiales y humanos para brindar atención, así como en la falta de sensibilización en equidad de género desde las y los trabajadores en la salud, lo que se suma a fenómenos locales y situaciones de riesgo con relación a la vulnerabilidad de derechos que están vinculados con situaciones de clase, edad o grupos sociales específicos.

Como se puede observar, la violencia obstétrica implica un abordaje complejo; sin embargo, es preciso visibilizarla y desnaturalizarla para facilitar y fortalecer vías de denuncia, así como exigir el cumplimiento de los criterios emitidos por la

Organización Mundial de la Salud (OMS), referentes a prácticas no invasivas, acompañamiento y difusión de las conveniencias de los partos humanizados y el respeto impostergable de los derechos humanos de las mujeres que requieren atención obstétrica. Es el momento de crear prácticas de atención que generen procesos en los cuales las mujeres embarazadas, las que están pariendo o las que han parido, sean reconocidas y respetadas en toda su dimensión humana: en su dignidad, su cuerpo, sus emociones y sus necesidades.

Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Licenciada en Ciencias de la Comunicación, UNAM
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

Vida laboral y reproductiva

El trabajo es un concepto mercantilista y androcéntrico que se ha debatido en distintos ámbitos y épocas. Hasta la primera mitad del siglo XX, la economía lo consideró como un término neutral, pues sólo tomaba en cuenta que fuera productivo, remunerado y mercantil. En la década de 1960, los feminismos colocaron en la discusión la invisibilidad y exclusión del trabajo doméstico y de cuidado. Lo anterior implicó pensar en el trabajo que realizan las mujeres desde una doble dimensión: doméstico/extradoméstico, asalariado/no asalariado, productivo/reproductivo, entre otros.

En general, las mujeres que tienen un empleo remunerado también llevan a cabo labores domésticas, esto se ha denominado doble jornada o doble presencia. Esta interrelación entre trabajo doméstico/extradoméstico[iii] permite observar la dependencia entre ambos y las desigualdades que afectan a las mujeres en uno y otro ámbito. Además, es indispensable reconocer que no hay una línea que los disocie, sino un tránsito cotidiano que da forma a la vida de las mujeres.

La división sexual del trabajo dio origen al reparto de tareas y espacios para mujeres y hombres, asignaciones que varían entre una sociedad y otra, al igual que lo que es y ha sido considerado masculino y femenino.[2] Así, el trabajo asalariado y remunerado se vincula con la separación de actividades socialmente asignadas a cada sexo, respecto a las ocupaciones aceptadas y los espacios de trabajo permitidos con base en el sexo como dimensión biológica, y el género como construcción social de relaciones.

Los mercados de trabajo, incluyendo el de México, están construidos con bases androcéntricas; es decir, en torno al hombre y sus necesidades, por lo que no se consideran las particularidades de la incorporación de las mujeres, como las derivadas de la obligatoriedad del trabajo doméstico y de cuidado de niñas y niños y personas enfermas o mayores. Esto implica desigualdades en diversos ámbitos y dimensiones, como las relativas a la normatividad y legislación en materia laboral y de seguridad social, temas en los que se centra este informe, enfocándose de manera particular en los derechos vinculados con la protección a la maternidad.

GIRE y Radar 4º exponen que la legislación mexicana contempla la protección a la maternidad libre y voluntaria en el artículo 4º constitucional, mientras que en el artículo 123 se establecen diversos derechos para las madres trabajadoras, como licencias por maternidad, descansos para la lactancia, evitar actividades peligrosas y el beneficio de ciertas prestaciones sociales.[3] Además, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) establece que los Estados deben aplicar medidas apropiadas para proteger la maternidad y garantizar una mayor corresponsabilidad por parte de mujeres y hombres en el trabajo doméstico y de cuidado.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), considera estándares y garantías para la protección de la maternidad,[3] en específico en los convenios 183 y 156, como la licencia de maternidad de al menos 14 semanas. Sin embargo, México no ha ratificado ninguno de estos convenios, por lo que esta licencia tiene una duración menor al estándar internacional propuesto por la OIT.

En el panorama nacional, a pesar de la existencia de los instrumentos internacionales mencionados y de la legislación en la materia, en la práctica cotidiana este marco legal no se cumple, como lo demuestran las cifras del año 2009 ofrecidas en el informe de GIRE y retomadas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que indican que 45.7% de las mujeres trabajadoras no tuvieron acceso a incapacidad o licencia médica después del parto, cifra que se incrementa a 67.1% si se incluyen los casos de complicaciones en el embarazo o aborto.[3]

[iii] En esta reseña se acudirá a este término para aludir al binomio derivado de las actividades realizadas por las mujeres dentro del denominado trabajo reproductivo y de cuidado, y que llevan a cabo de forma simultánea con una actividad laboral remunerada. Sin embargo, se reconoce que el principal criterio para dividir los ámbitos del trabajo es su mercantilización y la supuesta utilidad y productividad de uno –el extradoméstico– versus la obligatoriedad y la no productividad del otro –el doméstico y de cuidado–.

A lo anterior se suma la discriminación que se ejerce hacia las mujeres en el empleo, en particular cuando se les exige la prueba de embarazo para concretar su contratación o cuando se practica el hostigamiento laboral y los despidos injustificados debidos al ejercicio de la maternidad.

El marco normativo analizado en Omisión e indiferencia se refiere a la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social establecida en instrumentos legales, como la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal del Trabajo, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social, la Ley del ISSSTE y también incluye la reforma laboral del año 2012.

En general, no se observan diferencias importantes en los rubros de trabajo, licencias de maternidad, periodo de lactancia y prestaciones. Sin embargo, en materia de estancias infantiles sólo la Ley del Seguro Social considera este derecho para los padres, siempre y cuando sean viudos o divorciados y mientras no contraigan nuevo matrimonio ni se unan en concubinato.

Estas condiciones son preocupantes, pues reproducen los estereotipos de género y la división sexual del trabajo, que considera como obligación primordial de las mujeres el cuidado y la crianza, mientras que encasilla a los hombres como proveedores de sus familias, lo que es contrario a la búsqueda de la corresponsabilidad de unas y otros en el trabajo doméstico y de cuidado. Además, se generan desigualdades en los ámbitos laboral y del hogar, con excesiva carga de trabajo para las mujeres y la imposibilidad de que los hombres se involucren en la crianza de sus hijas e hijos.

En cuanto a la reforma a la Ley Federal del Trabajo del año 2012, este informe destaca la explícita prohibición de discriminar por género, estado civil o cualquier otro criterio, así como de la obligación de presentar certificados de ingravidez para ingresar, permanecer o ascender en el empleo.[3] También se subrayan los cambios en materia de licencias de maternidad, las cuales son más flexibles –aunque no se aumenta el periodo ni se cumple con los estándares internacionales– y se consideran para los casos de adopción.

A pesar de lo anterior, la reforma laboral de 2012 insiste en reproducir los estereotipos de género y, aunque contempla las licencias por paternidad, éstas son limitadas a cinco días laborales y no constituyen un apoyo importante para las madres, en quienes se sigue depositando la obligación del cuidado y la crianza de hijas e hijos.

En resumen, no hay modificaciones sociales de fondo y se da continuidad a la división sexual del trabajo como fundamento de las normas y leyes en materia laboral. Además, se perpetúa un mercado de trabajo androcéntrico y legislaciones sexistas que conducen a desigualdades e inequidades que impiden la conciliación, para mujeres y hombres, del trabajo extradoméstico/productivo con el doméstico/no productivo.

En este informe, GIRE y Radar 4º colocan su mirada en los vacíos y deficiencias de la normativa laboral mexicana; enfatizan que la falta de afiliación en los esquemas de seguridad social constituye un problema estructural debido a que, de acuerdo con datos del INEGI, casi 50% de las trabajadoras no cuentan con ningún esquema de afiliación y carecen de acceso a licencias de maternidad, guarderías y otros servicios de protección que les permitirían disminuir la carga de trabajo de la doble jornada que enfrentan de forma cotidiana.

Este último aspecto se vincula con los procesos de flexibilización y precarización del empleo. En el primer caso, se relaciona con las llamadas *formas atípicas del empleo*[iv] temporal, a domicilio, de medio tiempo, subcontratado, por honorarios o por proyecto; las cuales, por lo general, impiden construir trayectorias estables y de larga duración, lo que ocasiona un entorno inestable, fragmentado, inseguro y cambiante. En el segundo caso, los cambios en las relaciones laborales incluyen salarios cada vez más bajos que no corresponden con el crecimiento inflacionario de la economía, así como la eliminación de las prestaciones sociales, lo que incide en condiciones laborales precarias. Esta situación empeora con una reforma laboral que institucionaliza estas dos características.

Además, se ha documentado que tales condiciones son generalizadas, pero sus consecuencias y efectos tienen mayor impacto para las mujeres, quienes aumentan su carga de trabajo –doméstico y extradoméstico– al establecer estrategias de sobrevivencia familiar que se traducen en más actividades para subsanar las necesidades económicas y de cuidado de sus familias.[4,5,6]

GIRE y Radar 4º ponen en discusión el tema de las licencias de maternidad y paternidad. Respecto a las primeras, insisten en que la legislación nacional no está armonizada con los estándares internacionales y que el Estado Mexicano no acata las recomendaciones de la OIT, en particular la del año 2000, para aumentar el periodo de las mismas, que continúa siendo de 12 semanas. En cuanto a las segundas, reconoce que los cinco días establecidos son insuficientes y no permiten la corresponsabilidad paterna en las tareas de cuidado y crianza de hijas e hijos.

La lactancia materna es otro tema en el que hace énfasis este informe, pues su legislación es inoperable en la práctica ante la carencia de regulación para el

[iv] Que en el contexto actual, dentro de una economía neoliberal y globalizada, han dejado de ser atípicas para convertirse cada vez más en frecuentes y comunes en las trayectorias laborales de mujeres y hombres.

establecimiento de cuartos destinados a esta actividad y mecanismos que hagan posible el cumplimiento de la normatividad existente.

Respecto a las estancias infantiles, las 11 174 reportadas en este informe –y pertenecientes al IMSS, al ISSSTE y a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)– son insuficientes para la demanda.[v] Lo anterior permite reflexionar sobre la cantidad de niñas y niños que asisten a guarderías privadas y/o están al cuidado de sus madres o demás familiares, mujeres en la mayoría de los casos.

Este informe sostiene que existe una absoluta impunidad hacia las prácticas de discriminación laboral que viven las embarazadas, lo cual se demuestra con el reducido número de denuncias por despido asociado con el embarazo y la falta de información sobre quejas (por exigirles certificados de ingravidez), ya sea porque no son registradas o porque no existan tales denuncias. Es un secreto a voces que este tipo de discriminación sucede de forma cotidiana y la legislación es insuficiente para cambiar esta realidad, pues se trata de prácticas comunes en el mercado de trabajo de nuestro país.

En conjunto, las situaciones enmarcadas en este capítulo muestran que aún subsisten las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres en el ámbito del trabajo extradoméstico y remunerado, y cómo México no proporciona protección a la maternidad ni construye un modelo de corresponsabilidad en el cuidado y crianza de hijas e hijos, para mujeres y hombres, que permita la conciliación de los ámbitos doméstico y extradoméstico para unas y otros.

Para concluir, respecto a las recomendaciones realizadas en este informe, las cuales se centran en reformas a la Ley Federal del Trabajo, en la ampliación de la licencia de maternidad a 16 semanas, en el incremento en el número de días de la licencia de paternidad, hasta lograr una corresponsabilidad real de ambos; en la flexibilización de los horarios de trabajo, en la modificación de las disposiciones relacionadas con las estancias infantiles, con acceso para mujeres y hombres, sin restricción alguna, y en la constitución de un sistema de seguridad social universal para trabajadoras y trabajadores,[3] me permito añadir el siguiente cuestionamiento: ¿cómo resolver la situación de las mujeres que no acceden a ningún sistema o prestación social que les permita enfrentar el embarazo y la maternidad? Analizar y resolver esto resulta fundamental si se considera que se incrementan las personas que carecen de estas prestaciones en un entorno laboral en el que impera la flexibilización y precarización del trabajo y al tomar en cuenta que no hay estrategias en política pública que proporcionen atención médica y acceso a estancias infantiles para todas las mexicanas que lo requieren.

Tales medidas son fundamentales para cambiar una realidad que lacera la dignidad de miles de mexicanas, que fomenta y perpetúa las desigualdades e inequidades no sólo derivadas del sexo y el género, sino también de otras coordenadas que es necesario tomar en cuenta como la edad, la clase social o la etnia. El objetivo último es evitar que sucedan situaciones como la vivida por María Elena López Bretón, el caso emblemático que exponen GIRE y Radar 4º en este informe.

Mtra. Sara Chávez Ruiz

Licenciada en Antropología Social, ENAH
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

En el presente capítulo se retoma la definición de infertilidad de la OMS, que la describe como la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas, situación que hasta el año 2010 había afectado a 48.5 millones de mujeres a nivel mundial.[7]

De acuerdo con este informe, en México la infertilidad es un problema de salud pública. Según cifras del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en los últimos años más de 25 mil personas han recibido algún tipo de atención por infertilidad en el sistema público de salud y un alto porcentaje de ellas son mujeres. Así, es pertinente preguntarse si esta incidencia se asocia con una mayor solicitud de estos servicios de salud por parte de ellas, dado que se les responsabiliza de manera inmediata cuando la pareja presenta dificultades para embarazarse o cuando el impedimento deriva de un problema biológico en este segmento de la población.

En este sentido, me parece que dadas las características del contexto cultural patriarcal vigente en nuestro país, existe la tendencia a "culpar" a las mujeres de ser las

[v] Es importante acotar que este informe no incluye otro tipo de estancias infantiles que existen en nuestro país, por lo que es factible cuestionar si hay un subregistro de éstas, como el caso de aquellas proporcionadas a trabajadoras de los gobiernos de las entidades federativas y otras vinculadas con algunos sindicatos, como el de educación.

causantes de los padecimientos físicos, emocionales y psicológicos que las aquejan, por lo que un acercamiento con perspectiva de género es de vital importancia para brindar una atención alineada a los más altos estándares de calidad y con pleno respeto a los derechos humanos, en particular los de las mujeres. Lo anterior implica adecuar la atención a las necesidades específicas de las personas que buscan acceder a los servicios de reproducción humana asistida.

A partir de la década de los años 70 se ha buscado contrarrestar esta problemática al aplicar técnicas de reproducción asistida (TRA)[vi] para ayudar a quienes no han logrado un embarazo y desean tener descendencia.[7] Sin embargo, considero que el camino recién ha comenzado, pues son grandes los vacíos en materia de regulación de estos servicios y es enorme el peso de estereotipos, patrones culturales y prácticas discriminatorias que limitan o impiden que toda persona que lo solicite, acceda a dichos servicios.

De igual manera, este informe señala que fundar una familia y decidir sobre el número de hijas e hijos que se desea tener, así como su espaciamiento, son derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pero por lo general, los servicios de planificación familiar están orientados hacia la anticoncepción y relegan a un segundo plano la información, la atención y las condiciones que hacen posible la reproducción humana asistida. El acceso a éstos implica el ejercicio de otros derechos plasmados en nuestra Constitución como a la igualdad, a la no discriminación, a la autonomía reproductiva, a la salud y el derecho a beneficiarse del progreso tecnológico.

De acuerdo con GIRE y Radar 4º, en la actualidad en nuestro país operan 52 centros autorizados para llevar a cabo técnicas de reproducción asistida; sin embargo, falta una regulación específica, pues la mayoría de los establecimientos prestan este servicio conforme a la que aplican todas las instituciones de salud. En este sentido, es vital atender los vacíos legales en la materia, con el fin de evitar prácticas discriminatorias, abusivas e ilegales hacia las personas que buscan beneficiarse de las TRA.

Un acierto de este informe es ofrecer de manera concisa el panorama estadístico y legislativo sobre el tema. El documento enfatiza la necesidad de establecer un marco normativo para el acceso y otorgamiento de los servicios de reproducción humana asistida como una responsabilidad directa del gobierno federal y de la SSA, a través de la Ley General de Salud que fija las bases para su regulación. En los últimos años se han presentado al menos ocho iniciativas que proponen reformar ésta, así como crear la de Reproducción Humana Asistida y la Ley de Subrogación Gestacional.

El marco normativo brinda elementos suficientes para reconocer el reto de lograr que las disposiciones regulatorias no violen los derechos humanos, como ha sucedido con la mayoría de las propuestas presentadas, pues han sido elaboradas a partir de las nociones del ideal de familia, de pareja heterosexual y de considerar al embrión como sujeto jurídico con derechos. En este sentido y según este informe, se puede afirmar que la propuesta presentada ante el Congreso de la Unión en julio del año 2011, es una de las más respetuosas de los derechos humanos, en tanto se refiere a personas y no a parejas beneficiarias de las TRA y contempla la criopreservación de material genético.

Tal como apuntan GIRE y Radar 4º, aunque es responsabilidad del gobierno federal reglamentar los servicios de la reproducción humana asistida; respecto a la gestación subrogada existe la posibilidad de que algunos de sus aspectos sean regulados desde el ámbito local.

Asimismo, este análisis plantea que a pesar de que la gestación subrogada ha sido tema de debate a nivel nacional e internacional, no se ha elaborado una normativa modelo que incluya aspectos médicos y jurídicos que constituyan el punto de partida de regulaciones más detalladas. Considero fundamental que dicha normatividad sea adecuada culturalmente con las especificidades de cada entidad federativa, pues de otra forma se corre el riesgo de constituir una legislación retrógrada que sea un fracaso, como ocurre con los programas y proyectos diseñados y planeados sin tener idea clara de las necesidades particulares y de las características de las poblaciones a las que van dirigidos.

Del incipiente avance para regular la gestación subrogada, GIRE revela que en nuestro país el único estado que tiene una legislación parcial es Tabasco, en el artículo 92 de su Código Civil. Por otro lado, en el Distrito Federal, Guerrero y Puebla se han presentado iniciativas a los congresos locales. Considero necesario reflexionar en torno a las razones por las que el Distrito Federal, una de las ciudades a la vanguardia en materia de respeto a los derechos humanos, aún se encuentra "en pañales" en la tarea de regular la reproducción humana asistida.

Un aspecto clave se desprende del conjunto de iniciativas retomadas en este informe, pues evidencian

[vi] Dichas técnicas incluyen: la manipulación de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo; la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o un donante; la fecundación *in vitro* (FIV) y la transferencia de embriones; la transferencia intratubárica de gametos, de cigotos o de embriones; la criopreservación y donación de ovocitos y embriones y el útero subrogado.[10]

la urgente necesidad de definir los criterios para designar a las personas beneficiarias de los procedimientos en TRA y otros temas asociados, como el uso del término autorización, las prohibiciones y los casos que se cataloguen como delito. Por ejemplo, el artículo 92 del Código Civil para el estado de Tabasco, hace la distinción entre madre gestante sustituta (mujer que lleva el embarazo a término y proporciona el componente para la gestación, mas no el componente genético) y madre subrogada (mujer que lleva el embarazo a término y proporciona el componente para la gestación y el componente genético).

Uno de los principales problemas al regular la reproducción asistida es que en las iniciativas presentadas a los congresos locales y en las legislaciones que ya consideran algún tipo de normatividad en la materia, siguen existiendo vacíos legales que repercuten en la violación de derechos humanos de las mujeres gestantes y de las personas que solicitan los servicios.

La principal virtud de este informe es su planteamiento sobre las consideraciones que no deben obviar quienes legislan al momento de elaborar, discutir y aprobar cualquier iniciativa que pretenda regular los servicios de reproducción humana asistida. Así, señala que una normativa integral capaz de brindar certeza jurídica y congruente, con pleno respeto a los derechos humanos, deberá considerar lo siguiente:

- Garantizar a la población el acceso a los servicios de reproducción humana asistida, independientemente de las razones que tengan para emplearlos, y con pleno respeto a los derechos humanos según lo establecido en la Constitución, así como en los tratados internacionales ratificados por nuestro país.
- Reconocer que un embrión u óvulo fertilizado no puede ser considerado como sujeto jurídico de derecho.
- No excluir de los servicios de reproducción humana asistida a personas que no cumplen con el modelo de familia tradicional, como las parejas del mismo sexo o personas solteras.
- Prohibir el tráfico de óvulos fertilizados o sin fertilizar.
- No sustentarse en creencias morales o principios religiosos.
- Se requiere claridad y respeto de las competencias que tendrán tanto la federación como las autoridades locales.

Es claro que en materia de regulación humana asistida el camino comienza y, en este sentido, el informe elaborado por GIRE aporta un conjunto de propuestas necesarias, útiles, vigentes y acertadas en torno al tema. Lo anterior fundamenta el respeto a los principios y derechos humanos que nos guían y cobijan como sociedad democrática en desarrollo.

Referencias bibliográficas

1 Violencia obstétrica. En: Tamés R, directora. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/ Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 119-147.

2 Mead, M. Sexo y temperamento. Buenos Aires: Paidós; 1961.

3 Vida laboral y reproductiva. En: Tamés R, directora. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 148-164.

4 América Latina Genera y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Trabajo y economía. Globalización, desarrollo y género [Monografía en Internet]. Panamá: América Latina Genera, gestión del conocimiento para la igualdad de Género; c2006-2011 [citado 2013 Sept 23] [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=comcontent&view=article&id=219&Itemid=158

5. Gamboa M, D'Angelo A y Kries S. Flexibilización del mercado laboral en Nicaragua. Una aproximación a su medición y un aporte al debate sobre sus implicaciones de género. Nicaragua: UNIFEM; 2007.

6 Vargas V. Los feminismos latinoamericanos y sus disputas por una globalización alternativa. En: Mato D, coordinador. Políticas de identidades y diferencias sociales en tiempos de globalización. Venezuela: FACES-UCV; 2003. p. 193-217.

7 Tamés R, directora.. Reproducción asistida. En: Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/ Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 165-177.

Maestrías y especialidades

Maestría en Políticas Públicas y Género

(Semipresencial)
Generación 2014-2016
(Inicia: septiembre de 2014).

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)-México
Carretera al Ajusco no. 377 Col. Héroes de Padierna,
Del. Tlalpan, C.P. 14200, México D.F.
Teléfono (52-55) 3000-0200, ext. 362.

Su objetivo es formar profesionales en ciencias sociales, a partir del desarrollo de habilidades específicas encaminadas a introducir y consolidar la perspectiva de género en el ámbito de las políticas públicas, proporcionándoles herramientas concretas y precisas que permitan su institucionalización. El programa está integrado por cuatro niveles: Diplomado básico, Diplomado Superior, Especialidad y Maestría.

http://www.flacso.edu.mx/posgrados/programas_distancia/mppyg

Maestría Virtual en Género, Sociedad y Políticas

Título intermedio: Diploma Superior en Ciencias Sociales
con mención en Género y Políticas Públicas
(Inicia: 24 de marzo de 2014).

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)-Argentina
Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

Al concluir este programa, las egresadas y los egresados estarán en posibilidad de articular los nuevos conocimientos teóricos, metodológicos y estratégicos, en constante desarrollo en el campo de las políticas públicas y de los programas sociales, con los diversos enfoques, experiencias y orientaciones que está produciendo la teoría de género. Dirigida a profesionales del sector público y de la sociedad civil, esta maestría ofrece redes activas de intercambio y aprendizaje permanente que permitirán consolidar sus objetivos académicos.

http://www.prigepp.org/informacion_maestria_GSyP.php

Cursos

Curso “Calidad en el cuidado a la persona con cáncer”

Del 21 al 25 de abril de 2014
Instituto de Cancerología (INCAN).
Departamento de Educación en Enfermería
Av. San Fernando no. 22, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, México, D.F.

El cáncer es una condición que requiere de numerosos cuidados, los cuales pueden ser abrumadores para las personas que los proveen; este curso las orientará sobre nutrición, apoyo psicológico y emocional, también se ofrecerá información acerca de necesidades médicas y tareas prácticas, con el fin de proporcionar la asistencia que necesitan en el proceso de la enfermedad.

http://incan-mexico.org/incan/incan.jsp?iu_p=/sistemas/pub/contenidos/ver.xml&idcontenido=305

Congresos

Congreso de Promoción de la Salud
1er Congreso Regional de Promoción de la Salud Escolar

Del 7 al 10 de abril de 2015
Ministerio de Educación de la República de Cuba
Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba.

El objetivo es intercambiar prácticas educativas y de la salud en todas las políticas públicas, socializar experiencias relacionadas con la promoción de la salud, principalmente en escuelas y universidades; así como fomentar estilos saludables a lo largo de toda la vida.

http://www.escuelaspromotorassaludcuba.com/

Seminarios

Seminario Permanente de Género y Salud

Programa de Estudios de Género y Salud
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina-UNAM
Aula del Departamento de Salud Pública, edificio B, 6º piso
Auditorio “Dr. Fernando Ocaranza”
Informes: 5623-2300 Ext. 45064.

http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/

Seminario Internacional "Perspectiva de igualdad de género en salud en el marco de los derechos humanos: avances y retos para México"

Organizó: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Ejes temáticos: Igualdad de género en salud. Género y enfermedades crónicas no transmisibles. Salud sexual, rendición de cuentas y género. Promoción de la salud, interculturalidad y derechos humanos. Salud materna y perinatal. Violencia contra las mujeres. Salud mental y género. Masculinidades y salud de los hombres.

Página web: http://www.cnegsr.gob.mx/programas/igualdad-genero.html

Seminario permanente de Género y Salud

Organizó: Programa de Estudios de Género y Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM

Conferencia: "La masculinidad como determinante social de la salud".
Dr. Benno de Keijzer

Ejes temáticos: Equidad, masculinidad, género, estadísticas de salud de los hombres, modelo ecológico de la violencia y las adicciones y masculinidad como *performance* público.

http://mediacampus.cuaed.unam.mx/node/4117

Conferencia: "Paternidad, salud y mortalidad: algunas reflexiones sobre cómo combinar estas categorías".
Dr. Juan Guillermo Figueroa Perea

Ejes temáticos: Género, salud, derechos reproductivos, mortalidad paterna, hombres que apoyan la salud reproductiva de mujeres, hijas e hijos.

Página web: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/seminario/paternidad.pdf

Congreso Mundial de Salud Mental 2013

Organizó: Asociación Argentina de Salud Mental
Federación Mundial por la Salud Mental

Ejes temáticos: Salud mental de la mujer, promoción y prevención de la salud mental, determinantes sociales de salud mental, derechos humanos, género y salud mental, entre otros.

Como producto de este congreso se editará un libro, cuyo contenido temático se puede consultar en:

http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/images/Trabajos_Seleccionados.pdf

Día Nacional de la Lucha contra la Homofobia

Antonio Saavedra. Acervo CONAPRED

El 21 de marzo de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que establece al 17 de mayo como el Día Nacional de la Lucha contra la Homofobia, reconocimiento que se suma a las acciones que se implementan en respuesta a la reforma en materia de derechos humanos de 2011, así como al principio constitucional que prohíbe cualquier tipo de discriminación en el país.

Durante un evento realizado en el patio de escritores de la Biblioteca México, el presidente del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Ricardo Bucio Mújica, señaló que este decreto es un mensaje claro y de acciones concretas para eliminar todas las formas de discriminación motivadas por una preferencia u orientación sexual determinada. Por su parte, la directora general del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, (CENSIDA), Patricia Uribe Zúñiga, expresó que el sector salud requiere un nuevo enfoque para impulsar y fomentar una visión de respeto a la diversidad en los servicios que brinda para garantizar el acceso y cobertura de este derecho de manera integral.

En su intervención, la Secretaria Técnica de la Comisión de Vigilancia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Cecilia Tapia Mayans, subrayó que esta institución de seguridad social en México es la primera que registra como familiares derechohabientes a las y los cónyuges del mismo sexo que así lo soliciten sin distinción alguna y hasta el primer semestre de 2014 se han realizado 80 registros y 16 más se encuentran en trámite.

Para conocer el decreto que establece el 17 de mayo como el Día Nacional de la lucha contra la Homofobia, consulta: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5337843&fecha=21/03/2014

Guillermo Trujillo

Se anuncia la implementación de la Licencia de Paternidad para trabajadores del ISSSTE

Con motivo del Día del Padre, el director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Sebastián Lerdo de Tejada, informó que a partir del mes de abril de 2014 todos los trabajadores de esa institución, sindicalizados y no sindicalizados, pueden ejercer la licencia de paternidad, que consiste en cinco días laborales con goce de sueldo, por el nacimiento de sus hijas e hijos y que también aplica en caso de adopción. Esta disposición se basa en lo señalado en el artículo 132, fracción XXVII Bis de la Ley Federal del Trabajo, de aplicación supletoria a la Ley Federal de los Trabajadores del Estado.

Con esta acción, Lerdo de Tejada reafirmó el compromiso del ISSSTE con el principio de igualdad y no discriminación, al beneficiar a más de 30 mil trabajadores y a sus familias, pues fomenta una paternidad corresponsable y en igualdad de derechos entre los miembros de la pareja.

Esta medida abre paso a una nueva forma de ver y vivir la responsabilidad paterna en el cuidado de las y los hijos, pues libera a mujeres y a hombres de estereotipos asignados desde la cultura, que acotan el actuar de unas y otros.

Para conocer la carta que comunica esta medida consulta:
http://www2.issste.gob.mx:8080/images/downloads/homecartadiadelpadre2014.pdf

Invitación para publicar

Género y Salud *en Cifras* te invita a colaborar con investigaciones relacionadas con el tema del género en salud, pues se enfoca en distintos análisis para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y lograr el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo al otorgar estos servicios.

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas, inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.

2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 mil caracteres (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 12 mil caracteres. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.

3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.

4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.

5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.

6. Incorporar a pie de página sólo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice ($^{i, ii, iii, iv}$).

7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.

8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice ($^{1, 2, 3}$). Para consultar este tipo de citación se sugieren los siguientes hipervínculos:
    1. http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo- Vancouver.pdf
    2. Versión en Power Point: http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva en cuanto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: **gysenc@gmail.com**

Con una trayectoria de 11 años, **Género y Salud** *en Cifras* emprende el reto de transformarse, por lo que nos interesa conocer la opinión de las y los lectores acerca de:

- Los temas abordados
- La calidad de los contenidos
- Las secciones
- El diseño

Envíanos tus comentarios y sugerencias a

gysenc.sugerencias@gmail.com

¿Qué debo hacer ante una violación sexual?

Acude a la unidad de salud más cercana en las primeras 72 horas a partir de ocurrida la agresión

*Es muy importante que recibas **atención** médica e información sobre las opciones para evitar un embarazo no deseado, así como **prevenir** y **tratar** Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el sida.*

¿Y si quedo embarazada por la violación?

Tienes derecho a solicitar un aborto médico por violación, previa autorización de la autoridad competente.
Infórmate de los procedimientos legales en tu localidad.

La Secretaría de Salud cuenta con Servicios Especializados de Atención a la Violencia, donde puedes recibir atención médica y psicológica, y si lo deseas, pueden referirte a otra institución que te proporcione orientación jurídica y apoyo legal.
Consulta el directorio de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia en tu entidad:
www.cnegsr.gob.mx y Telsida 01.800.712.08.86 y 89

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

ISSN 1870-5146

www. cnegsr.gob.mx

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.”