

Volumen 14, Núm. 2
Mayo-agosto
2016

Género y salud en cifras



Los retos para disminuir el embarazo en adolescentes en Nicaragua: resultados de entrevistas con personas tomadoras de decisiones

Efectividad de una intervención educativa en personal de enfermería para realizar actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo

El aborto como problema de salud pública en Tlaxcala

Entrevista

Brenda Deysi Aguilar Martínez. Coordinadora estatal de los Programas Prevención y Atención a la Violencia Familiar e Igualdad de Género en Salud

Reseña. *Los diarios del cáncer de Audre Lorde*: historias íntimas de violencia estructural normalizada

Secretaría de Salud

Género y salud en cifras

Vol. 14 • Núm. 2

Mayo-agosto

SECRETARIO DE SALUD

José Narro Robles

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

José Meljmen Moctezuma

CONSEJO DIRECTIVO

Ricardo Juan García Cavazos

Aurora del Río Zolezzi

Norma A. San José Rodríguez

Cecilia Robledo Vera

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagić

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Subdirección de Documentación de Inequidades

Alejandra Oyosa Romero

Angélica B. Navarrete Vázquez

Comentarios y correspondencia:
gysenc@gmail.com

Género y salud en cifras, Año 14 Núm 2, mayo-agosto 2016, es una publicación cuatrimestral de la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Lijera 7, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, cnegrs.salud.gob.mx. Editora responsable: Alejandra Oyosa Romero. Coeditora: Angélica B. Navarrete Vázquez. Arte y diseño: Óscar Reynoso Reymerth/www.mxa28.com. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN: 2448-7058. Responsable de la última actualización de este número: José Manuel Huerta Soto, coordinador de la Página Web del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, 1er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F. Tel. +(55) 2000 3500, ext. 59176.

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

Norma A. San José Rodríguez

Directora de Género y Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

Los retos para disminuir el embarazo en adolescentes en Nicaragua: resultados de entrevistas con personas tomadoras de decisiones 6

Diana Lara

Martha J. Decker

Abigail Gutmann-Gonzalez

Claire D. Brindis

Efectividad de una intervención educativa en personal de enfermería para realizar actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo 17

Verónica Pámanes-González

Laura del Pilar Torres-Arreola

El aborto como problema de salud pública en Tlaxcala 27

María del Rosario Taxis Zúñiga

Edith Salazar De Gante

Descifr3mo5 38

Para compartir 42

Entrevista

Brenda Deysi Aguilar Martínez. Coordinadora estatal de los Programas Prevención y Atención a la Violencia Familiar e Igualdad de Género en Salud

Alejandra Oyosa

Reseña 51

Los diarios del cáncer de Audre Lorde: historias íntimas de violencia estructural normalizada

Alejandra Nallely Collado Campos

Notigénero 56

Invitación para publicar 60

Fotografía en portada: courtesy of Mark Touschman for Planned Parenthood Global

Presentación

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) garantizan que todas las mujeres y los hombres obtengan la información que requieren para la toma de decisiones que tienen efectos y consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Estos derechos comprenden el acceso a servicios de salud, incluyendo los sexuales y reproductivos, y la obtención de métodos de anticoncepción. Asimismo, se relacionan con la libertad para elegir casarse o no, así como con quién y cuándo hacerlo. Además, permiten decidir cuántas hijas e hijos se quieren tener y el espaciamiento entre uno y otro embarazo. Es decir, se vinculan con el ejercicio de la maternidad y la paternidad.

De esta forma, los DSR deben ejercerse en un entorno libre de violencia, en el cual no existan prácticas como la mutilación genital, la violencia sexual, el matrimonio, el embarazo, la esterilización o el aborto forzado. Hechos que afectan en particular a las mujeres en el curso de vida.

En este sentido, es indispensable contextualizar los DSR histórica y socialmente, pues las situaciones y circunstancias específicas los enriquecen y retan para que en el ámbito internacional y nacional se garantice su libre ejercicio. Además, también se consideran derechos humanos, por lo que se vinculan a partir de la libertad, la dignidad, la salud y la no discriminación.

En particular, en México la salud sexual y reproductiva tiene su sustento jurídico en nuestra Constitución Política, la Ley General de Población, la Ley General de Salud, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, así como en la Norma Oficial Mexicana 005 de los Servicios de Planificación Familiar. Todos los días se trabaja para dar cumplimiento a diversos instrumentos internacionales vinculados con los DSR, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención para la eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), la plataforma de acción de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo) y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing).

Las problemáticas en materia de salud sexual y reproductiva se modifican de acuerdo con los cambios demográficos y el momento histórico, por lo que se deben identificar las prioridades y trabajar en ellas. De esta forma, es indispensable incorporar la perspectiva de género en esta temática, pues las experiencias, los problemas y las necesidades que viven mujeres y hombres son diferentes, por lo que se requiere observar de manera atenta cómo se modifican en el curso de vida de unas y otros.

En este segundo número del año 2016, en **Género y salud en cifras** nos enfocamos en tres temas vinculados con los DSR y con la salud sexual y reproductiva: el embarazo en adolescentes, la detección de violencia de pareja durante el embarazo y el aborto. Nuestro objetivo es poner en la mesa de discusión estos problemas que se viven en México y en otros países de la región latinoamericana.

Por lo tanto, Diana Lara, Martha J. Decker, Abigail Gutmann-Gonzalez y Claire D. Brindis, de la Universidad de California San Francisco, nos ofrecen el artículo “Los retos para disminuir el embarazo en adolescentes en Nicaragua: resultados de entrevistas con personas tomadoras de decisiones”, que permite comprender la importancia del trabajo conjunto entre los gobiernos latinoamericanos, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales locales.

Así, las autoras enuncian las desigualdades en el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo cual es posible analizar desde el marco de los determinantes sociales de la salud y de la perspectiva de género, para tener mejores expectativas y resultados que permitan reducir las brechas de desigualdad. Además, describen intervenciones y estrategias ocurridas en territorio nicaragüense, que evidencian la necesidad de llevar a cabo colaboraciones nacionales e internacionales que proporcionen la posibilidad del ejercicio y el respeto de los DSR de la población adolescente.

Por otra parte, Verónica Pámanes-González y Laura del Pilar Torres Arreola se enfocan en la violencia de pareja durante el embarazo y su identificación por parte del personal de salud. Las autoras reconocen la importancia de este tema, pues en México se ha reportado que 32% de las mujeres han vivido esta situación, con consecuencias para sus hijas o hijos, así como para su salud, incluso poniendo en riesgo su vida.

En el segundo artículo central, “Efectividad de una intervención educativa en personal de enfermería para realizar actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo”, las investigadoras del Instituto Mexicano del Seguro Social analizan el papel que tienen las enfermeras materno infantil (EMI) en la identificación temprana de violencia vivida por usuarias de esa institución, durante el control prenatal. Finalmente, señalan que la perspectiva de género es fundamental para analizar los factores involucrados en la detección de violencia de pareja y la manera cómo influyen en esta labor las experiencias personales de las EMI.

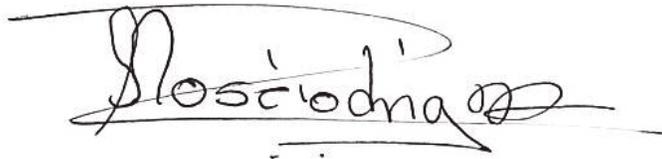
Uno de los temas más álgidos en materia de DSR y salud sexual y reproductiva es el aborto. Por ello, es interesante la mirada de María del Rosario Taxis Zúñiga y Edith Salazar de Gante, de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, quienes revisan las diferentes posiciones religiosas, políticas y culturales en el contexto de la sociedad tlaxcalteca.

De esta manera, en el tercer artículo central, “El aborto como problema de salud pública en Tlaxcala”, se presenta un estudio de tipo mixto, en el que las autoras ofrecen el panorama macro respecto al aborto y también abordan el universo micro a través de testimonios de mujeres que interrumpieron un embarazo. Lo anterior reconoce las tareas pendientes en el ámbito jurídico y en el de la salud, pues la garantía de los DSR está vinculada con el derecho a la salud y a una atención que privilegie el cuidado de la vida de las mujeres.

Por otra parte, en la sección “Para compartir” presentamos la entrevista realizada a la doctora Brenda Deysi Aguilar Martínez, coordinadora estatal en Hidalgo de los Programas Prevención y Atención de la Violencia Familiar e Igualdad de Género en Salud, quien transmite su pasión por trabajar para su comunidad y su estado. Para Aguilar Martínez el servicio público está vinculado con la política, la administración y, en su caso, la medicina, que intersectan en su labor cotidiana, en particular con la transversalización de la perspectiva de género en el ámbito de la salud.

Para concluir, presentamos la reseña del libro *Los diarios del cáncer*, de Audre Lorde, feminista, negra y lesbiana, cuyas palabras continúan vigentes tras 23 años de su muerte. En este texto, Alejandra Nallely Collado Campos entreteje de manera cuidadosa el derecho a la salud y las experiencias corporales de la enfermedad, con la importancia de la atención del personal médico y de enfermería. El cáncer de mama, la mastectomía y las difíciles decisiones que deben tomar las mujeres son el centro de este material que resulta indispensable para comprender las necesidades físicas y emocionales de quienes viven la experiencia de enfermar de esta condición.

Es así que a través de los contenidos de este segundo número del volumen 14 de **Género y salud en cifras**, refrendamos nuestro compromiso de continuar trabajando para y por el respeto de los DSR de mujeres y hombres de todas las edades y condiciones, en el marco de los derechos humanos y la no discriminación.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Norma A. San José Rodríguez', with a large, sweeping flourish above the name.

Norma A. San José Rodríguez
Directora de Género y Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Los retos para disminuir el embarazo en adolescentes en Nicaragua: resultados de entrevistas con personas tomadoras de decisiones



Diana Lara@
Martha J. Decker
Abigail Gutmann-Gonzalez
Claire D. Brindis

Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies,
and Bixby Center for Global Reproductive Health
University of California San Francisco

Introducción

En el periodo 1990–2010, la región Latinoamericana y del Caribe ha disminuido 20% las tasas globales de fecundidad.^{1,i} Nicaragua ha seguido esta tendencia con una reducción de 4.6% en 1993 a 2.4% en 2011.² Asimismo, en esta área geográfica las tasas específicas de fecundidad de adolescentesⁱⁱ también se han contraído, pero en menor magnitud: de 86 nacimientos por 1 000 mujeres en el periodo 1995–2000 a 72 por 1 000 mujeres entre 2005 y 2010, siendo en este último año la segunda región con las tasas de fecundidad más altas para este grupo etario.¹

Además, en esta área las variaciones de las tasas de fecundidad en adolescentes son amplias, mientras que las tasas bajas son comunes en algunos países de América del Sur y en el Caribe y Centroamérica predominan las altas. En Nicaragua, a pesar de que en la última década este indicador se redujo 23%,ⁱⁱⁱ aún es superior al promedio para la región y significativamente más alta en áreas rurales (117 por 1 000 mujeres) que en áreas urbanas (74 por 1 000 mujeres).²

El análisis de las encuestas de salud demográficas de Centroamérica muestra que en Nicaragua, la probabilidad de iniciar la vida sexual activa en mujeres de 15 a 19 años se ha incrementado de 1992 a 2007. Además, en el mismo periodo aumentó el uso de métodos anticonceptivos modernos^{iv} en mujeres de 15 a 24 años, tanto en aquellas unidas (61%) como en quienes no están en unión (59%).³ Sin embargo, en este país centroamericano una cuarta parte de las adolescentes de 15 a 19 años ha cursado un embarazo por lo menos una vez y esta proporción registró un descenso mínimo de 26% en 2006 a 24% en 2011.²

En Nicaragua, una gama de factores en distintos niveles del modelo socio-ecológico, así como disparidades por variables sociodemográficas, se asocian con el embarazo adolescente.⁴

Las nicaragüenses que viven en áreas rurales pertenecen al nivel socioeconómico bajo y solo cuentan con educación primaria o con ninguna, tienen más probabilidades de iniciar relaciones sexuales a edad temprana, entrar en una unión y embarazarse, en comparación con quienes viven en áreas urbanas, tienen nivel socioeconómico medio o alto y cuentan con educación secundaria.⁵ En este sentido, se han reportado disparidades similares vinculadas con las variables socioeconómicas en el uso de métodos anticonceptivos modernos y en anticoncepción de emergencia entre mujeres adolescentes y adultas.⁶⁻⁸

Las desigualdades en el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) se pueden explicar en el marco de los determinantes sociales de la salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen –incluido el sistema de salud– y que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.⁹

Una de las recomendaciones que realiza la OMS para reducir estas inequidades es luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Asimismo, se destaca la importancia de reducir las inequidades de género y promover la emancipación de las mujeres para alcanzar la distribución equitativa de la salud.⁹

Las desigualdades de género, los estereotipos y los roles de género influyen en la salud con prácticas como la violencia contra las mujeres, la falta de poder de decisión, el reparto inequitativo del trabajo y del tiempo libre, así como menores oportunidades educativas y profesionales. De igual forma, inciden las conductas y los prejuicios sexistas, las normas, los valores y los mandatos sociales que favorecen a los hombres sobre las mujeres, lo que tiene efectos perjudiciales en el desarrollo de las niñas, las jóvenes y las adultas.⁹

Las normas de género y las actitudes que prevalecen en ciertos grupos de la sociedad e instituciones, incluidas las clínicas, las escuelas y las iglesias, así como entre el personal docente,

@Correo electrónico: diana.lara-rodders@ucsf.edu

ⁱ La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijos e hijas que nacerían de una mujer que forma parte de una cohorte hipotética de aquellas que durante su vida fértil tuvieron descendencia de acuerdo con las tasas de fecundidad por grupos de edad en un periodo determinado.

ⁱⁱ El número de nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años.

ⁱⁱⁱ De 119 por 1 000 mujeres en 2001 a 92 en 2011.

^{iv} Esterilización femenina y masculina, dispositivo intrauterino (DIU), pastillas e inyecciones hormonales, condón masculino y método de la amenorrea por lactancia.

madres, padres, pares y parejas sexuales, también han sido asociadas con barreras para el uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua.⁶

Algunas actitudes señaladas en un estudio sobre embarazo en áreas rurales en dicho país incluyen comentarios condenatorios de familiares y personas que son integrantes de la comunidad, sobre el inicio de la vida sexual activa de las mujeres fuera del matrimonio y la “ruptura” de la virginidad. Además, existen dichos y actitudes que favorecen y perpetúan el papel tradicional de la mujer dependiente del hombre y a cargo del hogar.⁶

Asimismo, las normas culturales que aceptan el embarazo en adolescentes y la entrada temprana al matrimonio contribuyen a la alta fecundidad de las mujeres que transitan por esta etapa etaria. En este sentido, Nicaragua tiene una de las tasas de matrimonio temprano más alta a nivel mundial: 41% de las mujeres se casan antes de los 18 años de edad.¹⁰

Otro factor que incrementa los riesgos del embarazo a temprana edad es la deserción escolar. En Nicaragua, únicamente 42% de los hombres y 49% de las mujeres en edad escolar se matriculan en escuelas secundarias.¹¹ Al respecto, múltiples estudios han demostrado que la inasistencia a la escuela está asociada con desventajas sociales y económicas e incrementa la probabilidad de conductas de riesgo, incluyendo el embarazo adolescente.¹¹

Lo anterior indica que existen importantes brechas en el acceso de la población adolescente a educación y salud, las cuales contribuyen al embarazo y son más pronunciadas en las mujeres jóvenes que en los hombres. En los últimos años, los ministerios de Salud, Educación y Juventud han avanzado en la aprobación de leyes y en la emisión de guías para la atención de este grupo etario y para víctimas de abuso sexual.¹² Es el caso de la Ley de Promoción de Desarrollo Integral de la Juventud, que reconoce que las y los jóvenes tienen derecho a

recibir una educación sexual, científica en los centros educativos como una materia más del pènsum académico desde quinto grado de educación primaria y a ejercer los derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana, placentera y prepararlos para una maternidad y paternidad responsable.¹³

De acuerdo con estas leyes y normativas, de forma reciente el Ministerio de Educación aprobó la Guía Básica de Consulta para Docentes sobre

Educación de la Sexualidad, que abrió la puerta a la impartición de clases de educación sexual en las escuelas públicas de Nicaragua.¹⁴

Aunque se reconocen los avances en el marco regulatorio de derechos de la SSR, también se identifican retrocesos, como la criminalización del aborto en todas las circunstancias, incluso cuando la vida de las mujeres está en peligro. Este cambio en el Código Penal, realizado en el 2006 y durante la campaña electoral, ha sido criticado por organizaciones feministas y de derechos humanos nacionales e internacionales, que han señalado que su promulgación viola marcos internacionales de protección a los derechos sexuales y reproductivos.¹⁵

De este modo, aunque existen las Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, no incluyen la provisión de anticoncepción de emergencia ni lineamientos de atención para las adolescentes que se embarazan a partir de una violación.¹⁶

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este artículo es identificar y comprender los factores y las intervenciones exitosas en materia de embarazo adolescente en Nicaragua, así como las barreras y los retos para disminuir la tasa de embarazo en esta población, y las oportunidades y los programas que se pueden replicar o expandir para incentivar el desarrollo positivo de las y los adolescentes, y posponer este evento obstétrico. Para alcanzar estos fines, se realizaron entrevistas a 15 personas tomadoras de decisiones y con extensa experiencia en programas de SSR en este país centroamericano.



Courtesy of Mark Tuschman for Planned Parenthood Global

Metodología

Para llevar a cabo el estudio se eligió el método cualitativo, para lo cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas tomadoras de decisiones del gobierno nicaragüense y de organizaciones no gubernamentales (ONG) que brindan servicios de SSR o realizan investigación y evaluación de intervenciones de prevención de embarazo en adolescentes en Nicaragua.

Las personas participantes fueron convocadas de forma directa por la Universidad de California San Francisco y por el Banco Mundial, mientras que otras fueron entrevistadas por dos investigadoras en el marco de la Reunión Internacional Interagencial sobre Evidencias Actuales, Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas de Prevención de Embarazo Adolescente en América Latina y El Caribe, que se llevó a cabo en la ciudad de Managua, en marzo de 2014. Otras personas fueron abordadas en sus sitios de trabajo en los días posteriores a esta reunión y solo dos participantes, un hombre y una mujer, declinaron participar en el estudio debido a limitaciones de tiempo.

De esta forma, se elaboró una guía de entrevista semiestructurada con 13 preguntas enfocadas en identificar las barreras y los facilitadores para la prevención del embarazo en adolescentes a nivel individual, familiar, relaciones con pares, escuelas, otras instituciones, comunidad, normas y leyes, siguiendo el modelo socio-ecológico.¹⁶ Decidimos usar este instrumento cualitativo para que las personas desarrollaran sus ideas en una conversación fluida, guiada por las entrevistadoras y usando las preguntas principales y de seguimiento.

Las entrevistas se realizaron en español, duraron aproximadamente una hora y se grabaron con el consentimiento informado de las personas participantes. Las investigadoras revisaron los audios y codificaron la información manualmente. Así, se identificaron los temas principales que mencionó la mayoría de las y los entrevistados; es decir, los que tuvieron mayor énfasis y aquellos que se separaron del patrón general. La reducción y la interpretación de los datos se realizaron a partir de la teoría fundamentada.

Universo de estudio

De 15 participantes, 11 fueron mujeres y cuatro hombres: tres entrevistas se realizaron de forma grupal con al menos dos personas, ya que cada participante estaba a cargo de programas específicos. De las 10 organizaciones que se incluyeron en el estudio, cuatro eran clínicas de ONG o universidades públicas, dos eran ONG que realizan investigación y evaluación de programas de salud, dos eran centros de investigación de universidades públicas, una se enfocaba en la educación de jóvenes y otra era una red nacional de 21 ONG. Además, siete eran locales y tres internacionales.

Resultados

A través de las entrevistas identificamos facilitadores y barreras para la prevención del embarazo adolescente, los cuales agrupamos en cinco ejes temáticos que describimos apoyados con citas de las personas participantes.

Acceso a métodos anticonceptivos a través de programas comunitarios

La mayoría de las y los entrevistados expresó que se han llevado a cabo proyectos dirigidos a jóvenes para mejorar el acceso a métodos anticonceptivos a través de programas comunitarios. Estos han sido parcialmente exitosos, pues las personas adultas, así como las y los jóvenes promotores de salud, llevan los métodos anticonceptivos^v de forma directa a los lugares donde la población joven se reúne o vive, en lugar de esperar a que acudan a las clínicas para solicitar servicios de SSR.

Uno de los programas implementados por el gobierno, con el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), es la Estrategia Comunitaria de Distribución de Métodos Anticonceptivos, que ha involucrado una red de brigadistas de salud, parteras y promotoras y promotores comunitarios en áreas rurales, que brinda a la población general servicios de consejería y distribuye métodos anticonceptivos de fácil prescripción y distribución, los cuales pueden ser ofertados por personal capacitado en el tema, pero no de manera necesaria con entrenamiento médico.^{11,vi} Este programa se basa

^v Como condones masculinos, pastillas e inyecciones hormonales.

^{vi} Principalmente anticonceptivos orales.

en una experiencia exitosa de distribución en áreas rurales de tratamientos para la malaria, a través de una red de más de 20 000 brigadistas de salud.

En la opinión de algunas personas participantes, este programa se ha dirigido en particular a mujeres en unión y adultas, y diversas ONG y el Ministerio de Salud consideran importante retomar esta experiencia exitosa y enfocarla en jóvenes, debido a la escasez de servicios de SSR para esta población en áreas rurales:

Entonces esa experiencia se está retomando para adolescentes. Es algo que le llama el Ministerio [de Salud] Estrategia Comunitaria de Distribución de Métodos, que es a través de pares; o sea, hacer eso mismo, pero de adolescente a adolescente, para los sitios de difícil acceso... Hacerles llegar métodos, sobre todo [anticonceptivos] orales y preservativos.

Evaluadora de ONG internacional

De forma paralela, desde el año 2002 la organización feminista Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE) ha desarrollado una estrategia de distribución de métodos anticonceptivos^{vii} y de información sobre SSR para adolescentes. Lo anterior se ha realizado a través de una red de jóvenes pares y los resultados del programa han sido evaluados desde el año 2011.⁸ Según la opinión de algunas participantes, su estructura ha sido clave para el éxito.

Esta asociación contrató a 18 jóvenes, quienes a su vez entrenaron y supervisaron, cada quien, a 20 personas; en ambos casos eran menores de 20 años de edad y de forma voluntaria realizaron actividades y charlas con adolescentes dentro de las escuelas y en lugares recreativos. Asimismo, brindaron consejería y ofrecieron los métodos anticonceptivos mencionados previamente, los cuales pueden ser entregados no solo por personal médico. Una de las coordinadoras compartió su experiencia sobre la demanda de anticonceptivos:

Entregamos métodos de forma confidencial, y privada. Los métodos que piden los varones son el condón y otros piden pastillas para sus novias, y las mujeres piden más pastillas que inyectables. Y algunos piden los dos métodos para tener protección para infecciones de transmisión sexual. El año pasado de las 6 000 personas usuarias, 4% usó la combinación de pastillas y condón, pero queremos que aumente.

Coordinadora de jóvenes pares,
ONG en servicios de salud

Otras integrantes de AMNLAE también hablaron de otras barreras que enfrentan para entregar una mayor gama de métodos anticonceptivos a través del programa, como el costo elevado y la existencia de ideas erróneas sobre la mayor prevalencia de efectos secundarios de los inyectables en adolescentes que en mujeres adultas o su contraindicación en esta población:

Estos mitos son comunes en la comunidad y también entre el personal promotor joven y restringen el uso de este método de alta efectividad entre las y los jóvenes.

Directora de ONG

Además existen normas de género que confinan a las adolescentes al hogar y a la maternidad. Por lo tanto, subsisten actitudes negativas y estigmas vinculados con el inicio de la sexualidad fuera del matrimonio, que están presentes en madres y padres, personal de las escuelas, proveedoras y proveedores de salud, así como en diferentes integrantes de la comunidad, los cuales desincentivan la búsqueda y el uso de métodos anticonceptivos entre las y los jóvenes.

Un estudio realizado en 30 comunidades rurales con alto nivel de pobreza y marginalización, reportó que en estos lugares existe una marcada inequidad de género y normas sociales que condenan el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, por lo que ven la ocurrencia del embarazo a temprana edad como algo “natural”.⁶ Al respecto, la directora de una red de ONG comentó:

El ámbito rural, es un ámbito de exclusión en Nicaragua. Entonces [existe] el patrón cultural y la aceptación de normalidad de algunas cuestiones que suceden, como el embarazo temprano y el abuso sexual... Entonces si hablamos de prevención, ¿cómo puede ampliarse el horizonte? Con menos aislamiento.

Directora de red de ONG

Auto-sustentabilidad de estrategias de incentivos y promoción de servicios de salud reproductiva

La mayoría de las personas expresó que los sectores público y privado han realizado esfuerzos con el fin de crear y fortalecer servicios de salud amigables para adolescentes, en especial en áreas urbanas; sin embargo, diversos factores han propiciado que las y los adolescentes acudan con poca frecuencia a dichos servicios. Entre los mencionados en esta investigación encontramos:

^{vii} Incluidos condones masculinos, pastillas e inyecciones hormonales.

11

poco presupuesto para el funcionamiento de las clínicas, falta de espacios físicos adecuados, entrenamiento deficiente u obsoleto, escasa experiencia del personal médico en atención a esta población e insuficientes actividades de promoción de los servicios.

De esta forma, con el objetivo de mejorar la demanda de servicios entre las y los jóvenes nicaragüenses, un grupo de investigadores del Instituto Centroamericano de Salud (ICAS) evaluó una intervención con un esquema competitivo de vales, realizado en barrios con altos niveles de pobreza en Managua. Así, varias personas proveedoras de servicios de salud privados y públicos fueron seleccionadas para brindar servicios de SSR.^{18,19}

La intervención consistió en repartir cerca de 28 000 vales entre mujeres y hombres adolescentes, los cuales podían canjear por atención gratuita de servicios de SSR en 20 centros de salud. La evaluación se realizó con las adolescentes, debido a que solo 6% de los hombres canjearon los vales.

Los resultados de la evaluación mostraron que aquellas que recibieron vales (n=904) tuvieron una probabilidad dos veces mayor de acudir a los servicios, en comparación con quienes no los recibieron (n=2 105). Además, grupos específicos de las receptoras de vales tuvieron mayor probabilidad de usar anticonceptivos modernos y condones en su última relación sexual.¹⁹



Asimismo, algunas participantes coincidieron en que la falta de financiamiento y apoyo institucional ha coartado la continuidad y la expansión de esta intervención exitosa. Una investigadora, que formó parte del equipo de este estudio, compartió su punto de vista sobre las razones por las cuales no se ha replicado o expandido la experiencia:

La estrategia no se ha usado a escala mayor, no porque sea más caro, sino porque ellos [el gobierno] no ven la necesidad de implementarlo. Pero el hecho de que el joven tuviera el bono era un incentivo para que fuera a los servicios de salud. El bono promovía la competitividad entre las clínicas. Las que daban mejor servicio recibían más clientes jóvenes. Se contrataron clínicas privadas, ONG y del gobierno [públicas] pero escogían más las clínicas privadas que la del gobierno. Aquí nadie más lo ha retomado.

Investigadora de ONG

Otra barrera en la provisión de servicios de SSR es la sustentabilidad de las clínicas en el sector público. Dos participantes, una mujer y un hombre, mencionaron que el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes “Berta Calderón”, que operaba dentro de un hospital público en Managua, cerró en el año 2000 debido a la falta de fondos.

Empoderamiento de las y los jóvenes a través de actividades recreativas y programas alternativos de educación

La mitad de las personas entrevistadas mencionó que una de las barreras para prevenir el embarazo adolescente es la falta de oportunidades educativas y laborales que les permitan visualizar alternativas. Algunos programas en áreas urbanas y rurales están enfocados en esta problemática. Por ejemplo, Fabretto, ONG que brinda educación secundaria alternativa en áreas rurales en Nicaragua, trabaja en áreas fronterizas con Honduras, con mujeres y hombres adolescentes indígenas con altos niveles de pobreza y aislamiento. El programa brinda un currículo alternativo de educación secundaria, de habilidades técnicas y financieras que permite a esta población visualizar oportunidades dentro y fuera de sus comunidades. Una coordinadora del proyecto describió las actividades:

Es un programa de educación tutorial que busca formar capital humano local en salud comunitaria y desarrollo rural. Forma a estudiantes, madres y padres de familia como promotores de salud. A las y los jóvenes se les instruye en ciudadanía, liderazgo, empoderamiento, conocimiento financiero y se promueve la equidad de género. Las y los estudiantes se reúnen con los tutores ocho horas diarias por un total de 180 días al año.

Directora de ONG en educación

Otro componente más del programa es la creación de oportunidades para que las personas jóvenes interactúen con mentores y población adulta, quienes pueden ser modelos a seguir. Lo anterior permite a las y los adolescentes, pero sobre todo a las mujeres, mejorar sus habilidades de comunicación y vencer el aislamiento al que se enfrentan en áreas rurales:

Cuando iniciamos, la mayoría eran hombres, pero ahora tenemos 50% y 50%. El programa va [dirigido] a zonas indígenas, 85% de las personas jóvenes son chorotegas, pero hablan español. Las muchachas ahora ya están más empoderadas y hablan con sus padres, ya no tienen pena de hablar.

Directora de ONG en educación

Por otra parte, Voz Joven es un programa dirigido a la población adolescente que se encuentra fuera del sistema formal de educación secundaria. Este proyecto es colaborativo entre el Gobierno de Nicaragua y UNFPA, y se llevó a cabo en 43 municipios rurales con elevadas tasas de deserción escolar y escasas oportunidades para las y los adolescentes.²⁰

El programa incluyó una intervención educativa enfocada en la definición de un plan de vida, liderazgo juvenil, participación comunitaria, género, empoderamiento y derechos sexuales y reproductivos.²⁰ Uno de los gerentes del programa describió algunas actividades que se realizaron y los planes que tienen a futuro para la continuación y la expansión:

Voz Joven es un programa de educación no formal, extra muro. Se elaboraron guías didácticas de acuerdo a grupos etarios de 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años. Se formaron equipos locales que dominaban la metodología, y luego la multiplicaban, es decir, era una metodología en cascada. Se usaron casas de la juventud en 35 municipios para impartir el programa. Existe un proceso de diálogo con el Ministerio de Salud para que el Ministerio de la Juventud continúe esta estrategia.

Evaluador de ONG internacional

Con el fin de empoderar a las y los jóvenes, el programa Cuidado de la Salud Reproductiva para los y las adolescentes Enmarcado en La Comunidad (CERCA) busca mejorar la SSR de adolescentes que viven en barrios marginales de Managua. Este proyecto fue diseñado, implementando y evaluado por ICAS y el Centro de Investigación y Estudios de la Salud (CIES) de la Universidad Nacional Autónoma de

Nicaragua (UNAN). Además, forma parte de un proyecto ejecutado de manera simultánea en Ecuador y Bolivia.

La intervención tuvo una duración de 18 meses y se centró en tres enfoques: prevención del embarazo en adolescentes, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, y mejora en el acceso a servicios.^{21,22} Uno de los componentes más importantes para su éxito fue el establecimiento de un ambiente comunitario y familiar favorable para el ejercicio de los derechos de la SSR:

El proyecto tiene tres grupos meta, adolescentes, padres de familia y líderes de la comunidad, basado en un modelo en diferentes niveles de intervención: adolescentes, padres y madres, líderes comunitarios, comunidad en general, centros de salud y el marco jurídico. La idea es sensibilizar y reflexionar sobre el tema y el impacto del embarazo adolescente a nivel económico y social.

Investigadora ONG local

Emisión e implementación de leyes que aseguren los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes

La mayoría de las personas participantes mencionó la reciente publicación de una guía de educación sexual para el personal docente en escuelas públicas, la cual fue aprobada por el Congreso después de una larga negociación y a pesar de la oposición de grupos conservadores y de la iglesia católica.¹⁴ De acuerdo con las y los entrevistados, después de la aprobación el Ministerio de Educación, con el apoyo técnico de UNFPA, entrenó alrededor de 5 000 docentes en el contenido de la guía.

Lo anterior fue motivo de entusiasmo entre las personas entrevistadas, pero manifestaron varias preocupaciones; por ejemplo, que la guía no es amigable para quienes la usan y es difícil de entender para el profesorado, que a su vez tiene bajos niveles de escolaridad y poco entrenamiento. Además, el personal docente y directivo de las escuelas secundarias podría resistirse a enseñar los temas incluidos en ese documento, debido a sus creencias religiosas o valores personales acerca de la sexualidad.

Asimismo, señalaron la falta de apertura del gobierno para colaborar con las ONG, con el fin de mejorar la capacitación del personal docente e implementar un programa de monitoreo y evaluación del programa de educación sexual. Finalmente, indicaron que el contenido de la

guía no es comprensivo y ha sido criticado por algunos grupos porque, como lo explica el director de una ONG: “se enfoca más en valores y toca superficialmente el uso de métodos anticonceptivos, y no habla sobre aborto”.

Uno de los principales desafíos mencionados por dos entrevistadas es la falta de monitoreo en servicios de salud de la provisión de anticoncepción de emergencia para víctimas de violación. Aunque el levonorgestrel está incluido en el cuadro básico de medicamentos en centros de salud,²³ su abastecimiento no está incluido en los protocolos para la atención de la violencia sexual;¹⁶ por lo tanto, el personal de salud que atiende a víctimas de violencia sexual no está obligado a prescribirla.

Recortes presupuestales y colaboración intersectorial

La mayoría de las personas participantes mencionó que una barrera para la provisión de servicios de SSR para adolescentes es la falta de fondos en el sector público y privado. En la década de los 90 un grupo de donantes internacionales, como la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), la Organización Panamericana de la Salud, UNFPA, OMS, la Unión Europea y algunos gobiernos europeos proporcionaron fondos para el sector público y ONG en Nicaragua. Sin embargo, la mayoría de estas organizaciones han disminuido de forma drástica o han cerrado los programas en este país centroamericano y solo algunas entidades donantes han permanecido:

UNFPA ha sido un aliado importante para fortalecer al Ministerio de Salud, ha sido la única agencia que ha estado proveyendo métodos. USAID se retiró del país. El Ministerio de Salud ha asumido el costo de los métodos gradualmente.

Evaluadora, organización internacional

De acuerdo con el punto de vista de las y los entrevistados, la falta de apoyo de donantes públicos y fundaciones privadas internacionales ha disminuido la actividad de ONG locales en Nicaragua y ha propiciado la colaboración entre organizaciones nacionales. Asimismo, señalaron que la cooperación entre el gobierno y el sector civil se ha convertido en una relación tensa:

El gobierno no es abierto a las ONG. El gobierno no quiere trabajar con las ONG de forma institucional y pública, pero a nivel local sí hay alianzas.

Director de ONG

Así, se observa que la falta de colaboración se debe a la alianza entre el gobierno, la iglesia católica y los grupos conservadores, lo que ha provocado que el primero abandone su compromiso hacia la estrategia de SSR y no exista una política más abierta de prevención del embarazo que pueda ser difundida en los medios de comunicación y a través del sector civil.



Courtesy of Mark Tuschman for Planned Parenthood Global

Discusión

Los resultados de las entrevistas evidencian varios desafíos clave que enfrenta Nicaragua, así como estrategias prometedoras para la prevención del embarazo adolescente. Nuestros hallazgos apuntan a que en las áreas rurales existen serias limitaciones para acceder a servicios de SSR, sobre todo por la ausencia de confidencialidad, el estigma y los juicios de valor asociados con el uso de métodos anticonceptivos por parte de personas proveedoras e integrantes de la comunidad, lo que coincide con lo reportado en otros estudios realizados en este país centroamericano.^{22,24}

En este sentido, es factible que las y los promotores pares ayuden a difundir información y a distribuir algunos métodos anticonceptivos a adolescentes en situación de marginación, garantizando la privacidad y respondiendo a preguntas que pueden ser percibidas como vergonzosas, en particular por las mujeres, quienes viven con mayor frecuencia e intensidad del estigma, el

aislamiento y la discriminación, en comparación con los hombres de este grupo etario.

Cabe subrayar que el nivel socioeconómico bajo influye en un mayor riesgo de embarazo temprano, por lo que las y los adolescentes necesitan más apoyo para acceder a los métodos anticonceptivos y a otros servicios de SSR. Los programas de incentivos han demostrado que quienes tienen estas condiciones utilizan los servicios de SSR cuando se les proporciona la oportunidad.¹⁹ La estrategia de incentivos se debería apoyar y ampliar, sobre todo en las zonas rurales y con adolescentes vulnerables, como quienes no finalizan la escuela secundaria, tomando en cuenta que la deserción en este nivel escolar es más frecuente en mujeres que en hombres, por lo que es fundamental enfocarse en apoyarlas en su empoderamiento y así mejorar el uso de servicios de SSR.

Por lo tanto, a esta población debe ofrecerse una amplia gama de anticonceptivos, incluidos los condones, los orales, los inyectables y los de acción prolongada, como el DIU y los implantes subdérmicos. El entrenamiento en la consejería y la inclusión de estos métodos debe aumentar entre el personal de salud y las redes de promotoras y promotores jóvenes.

La anticoncepción de emergencia también es una opción importante para prevenir los embarazos no deseados y está legalmente disponible sin receta médica y a bajo costo en Nicaragua.²⁵ Asimismo los medios de comunicación deben difundir una mayor cantidad de mensajes sobre educación en SSR y métodos anticonceptivos, como se ha realizado en otros países en la región y como se llevó a cabo en la década de los 90 y principios del nuevo milenio en el país centroamericano.^{26,27}

Las entrevistas permitieron identificar que hay ciertas medidas iniciales positivas que el gobierno nicaragüense está realizando para mejorar la educación en SSR en las escuelas. Sin embargo, la nueva guía tiene que reforzarse con temas de empoderamiento, género, corresponsabilidades, masculinidades e interculturalidad. También es fundamental incluir planes de lecciones fáciles de usar y mejorar la formación del cuerpo docente y personas educadoras en salud que imparten el currículo.

En el caso de que el personal docente se negara a enseñar ciertos temas, las escuelas deben considerar la colaboración con organizaciones para que proporcionen la educación integral

en SSR. Al igual que con otros programas, esta estrategia educativa debe ser monitoreada para evaluar su alcance y calidad.

Por lo tanto, se requiere una aproximación y atención multisectorial con el involucramiento de personas tomadoras de decisiones a diferentes niveles, con el fin de prevenir el embarazo adolescente, sus causas y consecuencias. En América Latina y en Nicaragua, la influencia de la iglesia católica y de otros grupos conservadores ha creado conflictos con organizaciones que trabajan temas de SSR. En este sentido, el gobierno, las ONG y los grupos religiosos deben identificar áreas de interés común y puntos potenciales de colaboración para apoyar el bienestar y el desarrollo de la población adolescente, así como reducir los niveles de pobreza. Todos estos actores sociales tienen interés en mejorar el control prenatal, garantizar el acceso a educación secundaria y prevenir la violencia doméstica.

Asimismo, se deben fomentar oportunidades para crear vínculos entre sectores, en particular respecto al recorte de fondos en el país. Por ejemplo, las y los promotores de salud en las

escuelas deben proveer información y referencias a centros de salud donde las y los adolescentes pueden obtener métodos anticonceptivos. También es indispensable la colaboración de personas que son líderes juveniles con otras organizaciones y empresas para mejorar el acceso a oportunidades de trabajo.

Finalmente, en Nicaragua el embarazo adolescente es un evento multifactorial y complejo que requiere una respuesta integral, en la cual es prioritario incluir la perspectiva de género como eje transversal en la agenda de las instituciones internacionales donantes, las ONG y el gobierno nicaragüense.

Agradecimientos

A Dee Redwine, de Planned Parenthood Federation of America-América Latina por sus comentarios sobre la metodología del estudio. También agradecemos al doctor Rafael Cortez del Banco Mundial por el financiamiento parcial para la realización de este proyecto.



1. Pan American Health Organization. A Panorama of Adolescent and Youth Health and Development in Latin America and the Caribbean. Washington DC: PAHO; 2013.
2. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011-2012. Managua, Nicaragua: INIDE-Ministerio de Salud; 2014.
3. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007. Managua, Nicaragua: INIDE y Ministerio de Salud; 2007.
4. Sampson RJ. The neighborhood context of well-being. *Perspect Biol Med.* 2003 Sum;46(3):S53-4.
5. Samandari G, Speizer IS. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2010 Mar;36(1):26-35.
6. Program for Appropriate Technology of Health, Nicasalud, United States Agency for International Development. Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua: Determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje. Managua, Nicaragua: PATH-InterCambios; 2012.
7. Salazar M, Ohman A. Who is using the morning-after pill? Inequalities in emergency contraception use among ever partnered Nicaraguan women; findings from a national survey. *Int J Equity Health.* 2014 Sep 10;13:61.
8. Tebbets C, Redwine D. Beyond the clinic walls: empowering young people through Youth Peer Provider programmes in Ecuador and Nicaragua. *Reprod Health Matters.* 2013 May;21(41):143-53.
9. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: OMS, 2009.
10. International Center For Research On Women. Child Marriage Facts and Figures 2014 [Consultado 11 enero 2014]. Disponible en: <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>
11. United Nations Fund For Population. The power of state of world 1.8 billion youth. State of world population 2014. Adolescent, youth and the transformation of the future. New York, USA; 2014.
12. Ministerio de Salud de Nicaragua. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud de Nicaragua; 2008.
13. Asamblea Nacional de Nicaragua. Ley N° 392. Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud. Gaceta N° 126; 2001.
14. Ministerio de Educación de Nicaragua. Educación de la sexualidad: Guía básica de consulta para docentes. Managua, Nicaragua: Ministerio de Educación de Nicaragua; 2010.
15. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Studies in Family Planning.* 2011 Sep;42(3):199-220.
16. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y Protocolos para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua, Nicaragua: MINSa; 2009.
17. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
18. Meuwissen LE, Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA. Does a competitive voucher program for adolescents improve the quality of reproductive health care? A simulated patient study in Nicaragua. *BMC Public Health.* 2006;6:204.
19. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJ. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *J Adolesc Health.* 2006 Jan;38(1):56.
20. United Nations Fund For Population. Estudio sobre la situación de adolescentes y jóvenes en 43 municipios de Nicaragua. Derechos, convivencia, participación, y salud sexual y reproductiva. Managua, Nicaragua: UNFPA; 2013.
21. Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Segura Z, et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. *BMC Public Health.* 2013;13:31.
22. Jaruseviciene L, Orozco M, Ibarra M, Ossio FC, Vega B, Auquilla N, et al. Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. *Glob Health Action.* 2013;6:20444.
23. Ministerio de Salud de Nicaragua. Lista Básica de Medicamentos Esenciales 2013. Managua, Nicaragua: MINSa; 2013.
24. Meuwissen LE, Gorter AC, Kester ADM, Knottnerus JA. Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH.* 2006;11(6):889-98.
25. Barker GK, Rocky M, Van Horn L. Reaching the hard-to-reach: health strategies for serving urban young women. CHILDSHOPE-USA, Inc. conference report, December 3-4, 1991, Bellevue Hotel, Washington, DC. Little Silver, New Jersey, CHILDSHOPE USA; 1992.
26. García SG, Lara D, Landis SH, Yam EA, Pavón S. Emergency contraception in Honduras: knowledge, attitudes, and practice among urban family planning clients. *Stud Fam Plann.* 2006 Sep;37(3):187-96.
27. Lacayo V, Obregón R, Singhal A. Approaching social change as a complex problem in a world that treats it as a complicated one: the case of puntos de encuentro, Nicaragua. *Investigación & Desarrollo.* 2010;16(2).

Efectividad de una intervención educativa en personal de enfermería para realizar actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo



Ruth Verónica Pámanes-González

División de Desarrollo Integral Infantil
Coordinación del Servicio de Guardería
para el Desarrollo Integral Infantil
Instituto Mexicano del Seguro Social

Laura del Pilar Torres Arreola®

Investigadora externa
Dirección de Calidad de la Atención en Sistemas de Salud
Centro de Investigación en Calidad y Encuestas
Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción

En la actualidad, la violencia de pareja es considerada como un problema de salud pública: en el mundo, una de cada tres mujeres la vive.¹ En nuestro país, 21.5% de las mexicanas reporta haber experimentado violencia por parte de su pareja actual,² y quienes estuvieron o están embarazadas no están exentas de esta situación. En este sentido, diversos estudios reportan que en México 32% de las mujeres han vivido violencia durante el embarazo.^{3,4}

Los efectos en la salud de las embarazadas que han sido violentadas son: aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta; fracturas, anemia, hipovolemia y muertes fetales; inflamación de las membranas amnióticas, parto prematuro y bajo peso al nacer.⁵ Además, tienen mayor riesgo de consumir drogas, alcohol y tabaco, sustancias que están asociadas con bajo peso en las y los recién nacidos.^{6,7}

En este panorama, los gobiernos de todo el mundo han implementado leyes para brindar atención a esta problemática, pero la tarea no ha sido fácil. En los años 90, la violencia contra las mujeres se constituyó como el centro de atención e interés de organizaciones internacionales. Actualmente es considerada uno de los principales problemas sociales, de derechos humanos y de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con lo anterior, diversas investigaciones reportan que entre 10% y 69 % de las mujeres de todo el mundo han indicado que en algún momento de su vida recibieron agresiones físicas por parte de una pareja masculina.^{8,9}

En el año 1999, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reveló información relacionada con la violencia intrafamiliar en la Ciudad de México, en la cual indicó que uno de cada tres hogares han vivido en ambientes de violencia con situaciones de maltrato emocional, intimidación, abuso físico o sexual. Así, en 14.4% de los hogares en los que ocurrieron actos de violencia se buscó algún tipo de ayuda y en 70.2% se tenía la expectativa de que estos hechos ocurrieran de nuevo.¹⁰

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003, que se realizó

entre usuarias de los servicios de salud, reportó una prevalencia de 33.3% de violencia en mujeres ejercida por parte de su pareja actual.¹¹ Asimismo, en 2011, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) señaló que 35% de las mexicanas de 15 años o más había experimentado al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses.¹²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante el año 2004, 58% de las mujeres indicó haber experimentado violencia al menos una vez en su vida, mientras que 20% afirmó estar en esa situación al momento de la encuesta y 32% la vivía de parte de su pareja con la que habían permanecido muchos años. Además, las usuarias del IMSS reportaron violencia psicológica (18%), física (9%), sexual (7%) y económica (5%).¹³

Lo anterior permite afirmar que las mujeres embarazadas no están exentas de ser agredidas. Al respecto, en diferentes investigaciones se ha estudiado la violencia durante el embarazo; en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) 8% de las mujeres manifestó haber experimentado violencia durante el embarazo actual, entre ellas, 87% había vivido abusos con anterioridad.^{14,15} Mientras que en Canadá, 6.6% de las mujeres que han acudido a control prenatal reportaron violencia física durante el embarazo y 11% antes del mismo.^{16,17}

En México se cuenta con información obtenida en 1998, en un estudio realizado en los Servicios de Salud de Morelos, con una prevalencia de 32% de violencia durante el embarazo. Otra investigación, llevada a cabo en tres hospitales públicos de la Ciudad de México, reportó una prevalencia de 7.6% de violencia física y sexual en embarazadas.¹⁸ Lo anterior implica que durante esta etapa las mujeres viven violencia de manera similar a aquellas que no están transitando por este proceso reproductivo.⁴

En el IMSS, 31% de las mujeres reportó abuso psicológico, físico y/o sexual durante el embarazo por parte de su pareja. Los tipos de violencias más frecuentes fueron la psicológica (93.3%), la física (35.8%) y la sexual (8.3%).³ Asimismo, hay una diversidad de factores asociados con la violencia por parte de la pareja, como el consumo de alcohol y drogas, el maltrato en la infancia y la pobreza, entre otros.

Marco conceptual: género

En las décadas de los 60 y 70 surge el concepto de género, con los aportes de las ciencias sociales y de la mano con los movimientos de mujeres por la reivindicación de sus derechos sexuales, reproductivos y sociales. Durante este proceso se han cuestionado los estereotipos que consideran naturales las diferencias culturales entre mujeres y hombres, lo que las ha colocado a ellas en una relación de subordinación y a ellos en situaciones de poder.

Los estereotipos de género posicionan a las mujeres en el papel de madres y cuidadoras de otras personas y a los hombres como proveedores y jefes de familia. En este sentido, el concepto de género se centró inicialmente en distinguirlo del término sexo, definiendo este como las diferencias entre mujeres y hombres por su condición biológica y fisiológica; es decir, por sus características cromosómicas, hormonales, genitales y reproductivas, además de las sexuales que se definen en la pubertad.¹⁹

Por su parte, el género se define como el conjunto de atributos socialesⁱ que se asignan a las personas, según se identifiquen como mujeres u hombres. Estos atributos son socialmente construidos, por lo que cada grupo social le da un sentido diferente a lo que significa “ser mujer” y “ser hombre”. El interés por identificar lo biológico y social en las diferencias entre los sexos y cómo se reproducen situaciones de desigualdad, inequidad y discriminación, ha sido el punto de partida para el desarrollo de este concepto.

La desigualdad de poder en las relaciones de género determina la autonomía de las personas y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento. En particular, para las mujeres se observan afectaciones en su bienestar y salud; además, se manifiesta en diversas formas y grados de violencia en su cotidianidad y durante todo el ciclo de vida.²⁰

En el ámbito sanitario, la perspectiva de género permite visibilizar y comprender las diferentes necesidades y expectativas de las mujeres y los hombres sobre el cuidado de la salud. Asimismo, amplía las posibilidades de entender las circunstancias por las cuales acuden unas y otros a los servicios de salud, su respuesta al tratamiento y el apego a las recomendaciones médicas.²¹



Violencia de género

Respecto a este concepto, es indispensable comprenderlo como un componente estructural del sistema de opresión de género. Este tipo de violencia es un problema de salud pública importante y también de derechos humanos. En este sentido, se define como

todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.²²

Los efectos de la violencia durante el embarazo son físicos, psicológicos y sociales. Las mujeres violentadas desarrollan un cuadro de estrés asociado con depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Además, se ha detectado que los factores de riesgo de homicidio en mujeres maltratadas son mayores durante el embarazo que durante el año previo a este evento.²³

En México, un estudio señala que las mujeres violentadas durante el embarazo enfrentan tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato, y cuatro veces más probabilidades de tener hijas e hijos de bajo peso.²⁴ Asimismo, se incrementa la mortalidad materna.

ⁱ Es decir, formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas, su lugar en el mundo

A partir de la metodología de autopsias verbalesⁱⁱ, una investigación realizada en nuestro país indica que alrededor de 16% de las muertes maternas están asociadas con la violencia doméstica.²⁶ Debido a las múltiples y graves consecuencias de la violencia de pareja para la sociedad, las mujeres y sus familias, se han organizado acciones que tienen el objetivo de prevenirla, detectarla y orientar a las mujeres que viven este problema, con el fin de otorgar la atención adecuada y oportuna.

A pesar de la importancia del personal de salud en la detección de las mujeres que viven violencia de pareja, se ha reconocido que el objetivo no se logra a cabalidad. En gran parte, esto se debe a que en su formación profesional no han recibido información, sensibilización y capacitación específicas sobre el género en el ámbito de la salud.

En este sentido, un estudio realizado en el IMSS muestra que 90% del personal médico nunca ha recibido capacitación sobre violencia hacia las mujeres.²⁷ De igual forma, la ENVIM 2003 indica que 16% de las y los médicos aceptaron conocer la Norma Oficial Mexicana Sobre Violencia (NOM-190-SSA1-1999).² Además en 2006, 32.7% del personal médico aceptó haber sido convocado a algún curso sobre violencia familiar en los últimos tres años.¹¹ Es importante señalar que en el año 2016 esta norma oficial se modificó en los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9, cambiando su denominación a NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

En el primer nivel de atención del IMSS existe la categoría administrativa de Enfermera Materno Infantil (EMI), quien tiene un consultorio específico para realizar el control prenatal de las mujeres con embarazo de bajo riesgo.ⁱⁱⁱ La función del personal EMI es el cuidado de la salud de la mujer durante esta etapa, la prevención de complicaciones, la identificación de signos de alarma, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer durante el embarazo, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación.

Las enfermeras EMI son claves para la identificación de las mujeres embarazadas que viven violencia, quienes en pocas ocasiones refieren experimentar este tipo de situaciones, por lo que es necesario sensibilizar a este personal de salud para que lleven a cabo actividades de detección de violencia que permitan su identificación temprana y la posibilidad de ofrecer una alternativa de apoyo de manera oportuna.

Con el propósito de mejorar el conocimiento de las EMI sobre el problema de violencia de pareja, así como romper con las barreras de atención, el presente artículo propone conocer la efectividad de una intervención educativa de sensibilización y capacitación técnica dirigida a las EMI adscritas a Unidades de Medicina Familiar (UMF), con el fin de incrementar las actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo. Para lograr lo anterior es fundamental incluir la perspectiva de género como marco de análisis.

Metodología

Para esta investigación se realizó una intervención en enfermeras materno infantil de UMF del IMSS, la cual se desarrolló en el período del 1 de septiembre de 2006 al 31 de agosto de 2007 y consistió en dos sesiones de seis horas cada una, con el fin de sensibilizar al personal EMI y brindarle capacitación técnica para realizar las actividades de detección de violencia de pareja en mujeres embarazadas, además de establecer los mecanismos para la referencia oportuna.

En la intervención se incluyó a todas las EMI de UMF con más de 20 consultorios de la Ciudad de México. Dos meses antes de la intervención se aplicó un cuestionario con el que se obtuvo información sobre las características sociodemográficas, los antecedentes personales de violencia en la infancia y de pareja, el estado emocional y la presencia de estrés ocupacional, en este último caso a través del test de Maslach Burnout (MBI-GS).²⁸ Además, se identificó el grado de sensibilización (actitud afectiva) y capacidad

ⁱⁱ La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Ha sido utilizada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en países donde los registros son deficientes y las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que tienen el parto en sus hogares.²⁵

ⁱⁱⁱ En esta categoría hay enfermeras y enfermeros; sin embargo, la presencia de las primeras es abrumadoramente mayor, por lo que en este artículo se utilizara "enfermera EMI" para referirse a este personal, reconociendo que hay hombres que realizan esta labor.

técnica del personal EMI para realizar actividades de detección de violencia de pareja en mujeres embarazadas.

Antes de la intervención también se entrevistó a seis usuarias de los servicios de salud por cada EMI y otras seis mujeres en una etapa posterior. El cuestionario se aplicó al salir de la consulta con la EMI y se obtuvo información sobre las características sociodemográficas de las usuarias, si la enfermera le interrogó acerca de la presencia de violencia, si recibió información sobre el problema de violencia de pareja y si le hicieron saber sobre los sitios a los que puede acudir para recibir apoyo, en caso de vivir una situación como las descritas.

Resultados

Las edades del personal EMI se encontraron entre los 37 y los 57 años, la mediana fue de 47 años, 87.5% eran enfermeras especialistas y 12% eran licenciadas en Enfermería, con una mediana de cinco años de antigüedad en el servicio y 62% refirió tener capacitación para dar atención prenatal. Entre las 16 EMI, cinco señalaron haber recibido formación sobre violencia de pareja. Además, 69.23% de las entrevistadas indicó haber experimentado esta forma de violencia en algún momento de su vida (cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas del personal EMI de UMF

	n = 16 Frecuencias (%)
Edad mediana (rango)	
Años	47 (37-57)
Grado académico	
Licenciada en Enfermería	3 (12.50)
Enfermera especialista	14 (87.50)
Antigüedad en el servicio de EMI Mediana (rango)	
Años	5 (1-20)
Capacitación sobre la atención prenatal	
Sí	10 (62.50)
Estado civil	
Casadas o en unión libre	8 (50.00)
Divorciadas	3 (18.75)
Solteras	5 (31.24)
Tiene pareja	
Sí	12 (75.00)
Capacitación previa sobre violencia de pareja	
Sí	5 (31.5)
Antecedentes personales de violencia en la infancia	
Sí	12 (75.00)
Antecedentes personales de violencia de pareja	
Sí	9 (69.23)

Fuente: elaboración propia.

Con relación al Síndrome de Estrés Laboral Crónico, 12.5% de las EMI presentaba cansancio emocional medio y ninguna presentaba cansancio emocional alto ni despersonalización. Solo dos enfermeras manifestaron realización personal alta (12.5%) (cuadro 2).

Cuadro 2. Características de Síndrome de estrés laboral crónico en las EMI de UMF

	n = 16 Frecuencias (%)
Cansancio emocional	
Baja	14 (87.50)
Media	2 (12.50)
Alta	0
Despersonalización	
Baja	14 (87.50)
Media	2 (12.50)
Alta	0
Realización personal	
Baja	13 (81.25)
Media	1 (6.25)

Fuente: elaboración propia.

De esta forma, en la medición basal y la final no se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas de las mujeres. La media de edad de las entrevistadas fue de 27 años, con una media de escolaridad de 11 años de estudios. Alrededor de 80% era casada o estaba en unión libre, 50% refirió tener un trabajo formal y 5% continuaba estudiando. En la medición basal, para 30.12% era su primera consulta con la EMI y en esa situación se encontraba 18.18% de las usuarias en la medición final. La mayoría cursaba el tercer trimestre del embarazo y entre 1 y 3% transitaba por el primero (cuadro 3).

Cuadro 3. Características de las mujeres embarazadas que acuden a atención prenatal con EMI antes y después de la intervención.

	Basal n = 83 Frecuencias (%)	Final n = 88 Frecuencias (%)	Valor de P
Edad Media (DS)			
Años	26.8 (5.06)	26.9 (4.61)	0.907**
Escolaridad Media (DS)			
Años	11.78 (2.97)	11.38 (2.92)	0.381**
Estado civil			
Casadas	53 (63.86)	58 (65.91)	0.535*
Unión libre	14 (16.87)	17 (19.32)	
Divorciadas	0 (0)	1 (1.14)	
Solteras	16 (19.28)	11 (12.50)	
Viudas	0 (0)	1 (1.14)	
Ocupación			
Trabajo remunerado formal	41 (49.40)	45 (51.1)	0.594*
Hogar	37 (44.58)	35 (39.77)	
Estudiante	4 (4.82)	4 (4.55)	
Trabajo remunerado informal	1 (1.20)	4 (4.55s)	
Número de consultas con EMI			
Primera consulta	25 (30.12)	16 (18.18)	0.454***
Una a tres consultas	27 (32.53)	37 (42.05)	
Más de tres consultas	31 (37.35)	35 (39.77)	
Trimestre de embarazo			
Primer trimestre	1 (1.20)	3 (3.41)	0.495***
Segundo trimestre	25 (30.12)	23 (26.14)	
Tercer semestre	57 (68.67)	62 (70.45)	
Violencia de pareja			
Si refieren sufrir o haber sufrido de violencia física	2 (2.41)	7 (7.95)	0.170*

Fuente: elaboración propia.

* Fisher

** T de Student

*** U. de Mann Whitney

Con relación al conocimiento de las EMI sobre violencia de pareja, antes y después de la intervención, los resultados obtenidos muestran un ligero incremento respecto a los tipos y el ciclo de la violencia. Así, se detectó un aumento en el conocimiento de las mujeres respecto a las consecuencias de la violencia (p 0.072), aunque no fue significativo en cuanto a las consecuencias en la o el bebé.

De esta forma, en la medición basal, 25% de las EMI refirió estar al tanto del contenido de la NOM en la materia; mientras que en la final 68.75% indicó conocerla (p 0.013). Los resultados revelan que después de la intervención incrementó el uso del cuestionario para identificar violencia de pareja [0 vs 43.75%(p 0.007)]. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre la medición basal y la final en relación con el conocimiento de las EMI sobre las acciones a emprender en el caso de identificar a una mujer que vive violencia de pareja (cuadro 4).

Cuadro 4. Conocimientos de la EMI sobre el problema de violencia antes y después de la intervención

	Basal n = 16 Frecuencias (%)	Final n = 16 Frecuencias (%)	Valor de P
Tipos de violencia	4 (25.00)	6 (37.50)	0.446*
Ciclo de la violencia	0	0	
Consecuencias en las mujeres embarazadas	7 (43.75)	12(75.00)	0.072*
Consecuencias en sus bebés	8 (50.00)	9 (56.25)	0.723*
Conoce las leyes	0	0	
Sabe que existe la NOM	12 (75.00)	16 (100)	0.101*
Conoce la NOM	4 (25.00)	11 (68.75)	0.013*
Utiliza cuestionario	0	7 (43.75)	0.007**
Sabe qué hacer	12 (75.00)	16 (100)	0.101*
Conoce centros de apoyo	6 (37.50)	9 (56.25)	0.288**

Fuente: elaboración propia

* Chi²

** Fisher

*** U. de Mann Whitney

Antes de la intervención, las EMI solo realizaron actividades de detección de violencia de pareja en cinco de las 83 mujeres (6.02%) y después de la intervención hubo un incremento a 16 de 88 entrevistadas (18.18%) (p0.013) (cuadro 5).

Cuadro 5. Actividades de detección de violencia de pareja que realizaron las EMI antes y después de la intervención

	Basal n = 83 Frecuencias (%)	Final n = 88 Frecuencias (%)	Valor de P*
No realizaron actividades de detección	78 (93.98)	72 (81.82)	0.013
Sí realizaron actividades de detección	5 (6.02)	16 (18.18)	

Fuente: elaboración propia.

* Fisher



Discusión

Los servicios de salud se enfrentan con el reto de identificar a las mujeres que viven violencia de pareja y en particular detectar a quienes la experimentan cuando están embarazadas. Para el personal de salud es complicado identificarlas, pues este problema social tiene grandes implicaciones socioculturales en las que ellas y ellos también pueden estar involucrados.

En este estudio encontramos que la mayoría de las EMI (69.23%) habían vivido violencia de pareja en algún momento, dato similar al reportado en un estudio realizado con personal de salud de Morelos, en el que 42.3% había experimentado

algún tipo de situación similar.²⁹ Esto podría influir en la capacidad de las EMI para realizar actividades de detección de violencia de pareja.

Entre las entrevistadas, la prevalencia de violencia de pareja en la etapa de embarazo es de 5.26%, porcentaje menor al reportado por la División de Estadística e Informática del IMSS, que indica 9.6% entre las usuarias de esta institución.

Lo anterior se debe a que utilizamos una pregunta directa durante la consulta habitual de la EMI, para identificar si vivían alguna situación de violencia por parte de su pareja, antes o durante el embarazo, pero sin utilizar un cuestionario validado para dicho fin. Sin embargo, los resultados son similares a los reportados por Olavarrieta: 7.6%.¹⁰

Cabe retomar el objetivo planteado para esta investigación: incrementar las actividades de las EMI en la detección de la violencia que pudieran vivir las mujeres embarazadas, el cual se logró, pues se observó un aumento de 6.02% a 18.18%, con un valor de p de 0.013.

En comparación con otros estudios, como el de Wiist WH³⁰ que incrementó sus actividades de detección de 0 a 80%, nuestro logro fue menor, pero hay que tomar en cuenta que en dicha investigación el objetivo final fue el aumento de la detección de mujeres embarazadas que vivían violencia y su objetivo intermedio se enfocó en las actividades. Además, el proceso fue muy supervisado y contaban con especialistas en el tema, quienes apoyaban al personal de salud en la realización de las tareas. Por nuestra parte, las actividades fueron el resultado principal.

Entre las limitaciones del estudio está no haber podido contar con un grupo control, por lo que los factores asociados con la temporalidad pudieron haber influido en la realización de actividades de detección de violencia por parte de las EMI. Además, se debe entender que para un porcentaje importante de las entrevistadas era su primera consulta con la EMI, quien tenía otras prioridades en ese momento, por lo que se considera que las actividades de detección de violencia de pareja comenzaron a realizarlas a partir de la segunda consulta de control prenatal.

De esta forma, existen diversos factores que intervinieron en la detección de violencia de pareja por parte del personal de salud y en especial de la EMI, por ser en su mayoría personal femenino. Cabe mencionar que la profesión de enfermera ha sido considerada como área de apoyo en el cuidado de la salud y regida por las indicaciones del personal médico, donde las diferencias de

género han estado permeadas por las relaciones del poder hegemónico.

Finalmente, es importante destacar que el incremento en el conocimiento de las EMI no se relacionó con los conceptos de violencia de pareja, sino con las habilidades y recursos que se requieren para identificar a las mujeres que viven esa situación. Así, otra limitante del estudio es no haber podido controlar todos estos factores que pudieron haber intervenido en los resultados, pero es evidente un cambio de actitud y de comportamiento entre las EMI que participaron en la investigación.

Un aspecto que se debe mencionar con relación a la respuesta de las EMI para identificar y detectar violencia en las mujeres con embarazo es su propia experiencia respecto a la temática, lo que puede ser un elemento facilitador a considerar en cualquier protocolo de atención y detección de la misma. Sin embargo, en algunos casos dicha experiencia puede ser un factor que influye al considerar que es un asunto que pertenece al ámbito privado, lo que propicia que las EMI sean más sensibles a cualquier manifestación que presenten las mujeres con embarazo durante su control prenatal.

Consideraciones finales

Los resultados de este estudio deben servir como punto de partida para incorporar acciones específicas en la atención prenatal, encaminadas a la identificación y detección de violencia antes, durante y después del embarazo.

El hecho de que la mayor parte del personal de enfermería sean mujeres, pudo ser un factor que facilitara la identificación del problema, sobre todo cuando alguna de las EMI vivió una experiencia similar.

En este sentido, un objetivo que debe buscarse en cualquier programa encaminado a la capacitación y orientación sobre el problema de la violencia en las mujeres es la sensibilización de las EMI sobre las formas de enfrentar el problema con empatía y responsabilidad. Además, los programas de sensibilización sobre los distintos tipos de violencia deben incorporar la perspectiva de género como marco conceptual para su cabal comprensión.



1. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*, 2001 Mar;32(1):1-16.
2. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2003. México: INSP-SSA, 2003.
3. Doubova S, Pámanes V, Billings D, Torres-Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(4):582-90.
4. Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Rev Saúde Pública*, 2004 Feb; 38(1):62-70.
5. Mc Farlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Association with pregnant health and infant birth weight. *Nursing research*, 1996;45(1):37-42.
6. Bayatpour M, Wells RD, Holford S.. Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *Journal of adolescent health Mar*, 1992; 13(2):128-132.
7. Parker B, et al. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adults and teenage women. *Obstetrics and gynecology*, 1994; 84(3):323-8.
8. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*, 2001 Mar;32(1):1-16.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of public health, Population information program, 1999; (populations reports, series L, No. 11).
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar, 1999. México, D.F.: INEGI, 1999 [Consultada 6 marzo 2016]. Disponible en <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/envif-138/encuesta-nacional-sobre-violencia-intrafamiliar>
11. Olaiz G, Uribe P, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres. México, D.F.: CNEGSR, 2009.
12. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [base de datos en Internet]. México, D.F.: INEGI. C2011, [consultada 6 marzo 2016] 2011. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>
13. División técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras: La violencia contra las mujeres derechohabientes. *Revista Médica del IMSS*, 2004;42(6):525-30.
14. Helton AS, McFarlane J, Anderson ET. Battered and Pregnant: A Prevalence Study. *American Journal of Public Health*, 1987;77(10): 1337-9.
15. Agrawal A, Ickovics J, Lesis JB, Magriples U, Kershaw TS, Postpartum Intimate Partner Violence and Health Risks Among Young Mothers in the United States: A Prospective Study. *Maternal Child Health J*. 2014 October;18(8):1985-92.
16. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*, 1993;149(9):1257-63.
17. Daoud Nihaya, Urquia ML, O'Campo Patricia, Heaman Maureen, Janssen Patricia, Smylie Janet, et al. Prevalence of Abuse and Violence before, during, and after Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *Am J Public Health*. 2012;102:1893-901.doi:10.2105/AJPH.2012.300843.
18. Díaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martínez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007;97:57-64.
19. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Política de Igualdad de Género. [libro en Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2009. Disponible en http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS_politica%20de%20igualdad%20de%20genero.pdf
20. Liendro Zignoni E. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. México, D.F.: CNEGSR; 2005.
21. Gómez Gómez E. Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López P, Rico B, Langer A. (Compiladoras). Género y Política en Salud. México, D.F. Secretaria de Salud; 2003.
22. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York: ONU; 1993.
23. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mex*, 1996 Sep-Oct;38(5):352-62.
24. De Castro F, Place JM, Hinojosa N, Billings D. Violencia de pareja durante el embarazo y depresión postnatal: prevalencia y asociación en mujeres mexicanas. *Género y salud en cifras 2014*;12(3):13-22
25. Sloan N, Langer A, Hernandez B, Romero M, Winikoff B. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?. *Bull. World Health Organ*. 2001;79(9):805-10.
26. Comité promotor de una maternidad sin riesgos. Boletín semestral No. 9. México, D.F.: CPMSR; 1999.
27. Mendez-Hernandez P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velazquez L, Rivera-Rivera L, Salmeron-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica de México*, 2003;5:472-82.
28. Gil-Monte PR. Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 2002 enero-febrero;44(1):33-40.
29. Ortega-Ceballos PA, Mugdal J, Flores Y, Rivera-Rivera L, Díaz Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Publica Mex* 2007;49:357-66.
30. Wiist WH, McFarlane, J. The effectiveness of an abuse Assessment protocol in Public Health Prenatal Clinics. *American Public Health Association*, 1999;89(8):1217-21.

El aborto como problema de salud pública en Tlaxcala¹



María del Rosario Taxis Zúñiga[@]

Maestra en Ciencias Sociales

Docente

Facultad de Trabajo Social, Sociología y Psicología

Universidad Autónoma de Tlaxcala

Edith Salazar De Gante

Maestra en Ciencias Sociales

Coordinadora de la Maestría en Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Tlaxcala

Introducción

Para fines de este artículo, el aborto se entiende como la interrupción del embarazo, ya sea de forma espontánea o inducida, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹ Sin embargo, advertimos que el término aborto posee una connotación que conlleva creencias más profundas acerca de la vida y la muerte, las cuales están relacionadas con la religión y trastocan las opiniones de valor que transitan entre lo bueno y malo, por lo que algunas personas y grupos sociales lo consideran un acto reprobable. No obstante, en este texto se utiliza eliminando las valoraciones negativas o positivas.

En este sentido, se afirma que el aborto es un problema de salud que merece un espacio en la agenda pública. De acuerdo con la OMS, es la interrupción del embarazo antes de que el embrión sobreviva de manera independiente fuera de la matriz; puede ser espontáneo, por cuestiones fisiológicas, o elegido, por lo que los motivos para practicar este procedimiento son variados y dependerán de la historia de vida de cada mujer.¹

Por lo tanto, es un tema que evidencia la controversia entre las diferentes posiciones religiosas, políticas y culturales. Además está colocado en el ámbito personal y social, pues es reconocido como un problema de salud pública y también implica una carga ideológica que aprueba o desaprueba su práctica. En este último punto existe una serie de consideraciones de carácter moral que ponen en entredicho el momento en que el embrión adquiere el estatus de ser humano.^{2,3}

La decisión de abortar no es tomada de forma única y unilateral por las mujeres, pues su sexualidad no siempre es controlada por ellas. El aborto se vincula con el ejercicio de la sexualidad de las mujeres y sus consecuencias reproductivas, por lo que socialmente se concede optar por esta práctica como un privilegio privado en lugar de que se construya como un derecho público.⁴

Las cifras relacionadas con el aborto se basan en datos registrados en los sistemas de salud, pero existe la denominada “cifra negra”, que se refiere a los abortos practicados que no se registran en los

servicios de salud ni en sistemas de procuración de justicia. Es decir, no existe evidencia de ellos.

Por tanto, en México el aborto es un problema social y asunto de derechos humanos, democracia, justicia social y salud pública. Generalmente, las leyes del país no han dado una respuesta adecuada a la práctica del aborto, lo que implica la violación al derecho a la salud, a la vida y a la libertad de conciencia de las mexicanas.⁵

Criminalización de las mujeres que interrumpen un embarazo

El control sobre la sexualidad propia es un derecho humano fundamental para las mujeres y se relaciona con la salud sexual y reproductiva, sobre la cual ellas pueden y deben decidir de forma libre, sin estar sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia.⁶

En este sentido, el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción requiere de relaciones igualitarias entre las mujeres y los hombres, exige el respeto a la integridad de la persona y demanda el consentimiento recíproco, así como la voluntad de asumir de forma conjunta y con responsabilidad las consecuencias de las prácticas sexuales.⁷

En muchos países se violentan los derechos de las mujeres en relación con el aborto,^{8,9,10} en particular porque las leyes les exigen –contra su voluntad– el sacrificio de su libertad, autonomía, privacidad, dignidad, integridad corporal y vida futura, lo que se concreta en códigos penales que criminalizan el aborto y a quienes deciden recurrir a él.¹¹

De tal manera, el aborto es un problema socialmente relevante, por lo que en diversas legislaciones se ha decidido eliminar la connotación de delito y despenalizar su práctica. Estos avances legislativos son producto de una serie de consideraciones vinculadas con la cuestión médica, ya que al marcar un plazo en el que se permita este proceso, se reconoce el derecho

¹ Ponencia presentada en el XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS) Chile 2013.

@ Correos electrónicos: rosslim13@hotmail.com y edithsa.degante@yahoo.com.mx

de las mujeres para interrumpir el embarazo en los primeros tres meses y después se protege el derecho del feto.

De acuerdo con la OMS, hacia 2003 más de 42 millones de mujeres que se encontraban con un embarazo no deseado realizaron un aborto y un aproximado de 20 millones de ellas recurrieron a procedimientos inseguros que pusieron en peligro su vida.¹² Así, en América Latina y el Caribe 3 700 000 mujeres se sometieron a un aborto ilegal en el periodo referido.¹¹

Por lo tanto, el hecho de que sea considerado como delito no impide que se sigan realizando abortos ni que se reduzcan; por el contrario, se incrementan los riesgos para las mujeres e incluso propician su muerte. La penalización para quienes abortan es distinta en cada estado de la República Mexicana; esto se debe a que cada entidad elabora su propio código penal y establece la sanción que considera pertinente, la cual puede ser de seis meses a seis años de prisión.⁵

Así, mujeres de diversas condiciones sociales han sido privadas de su libertad y las más pobres son quienes han sido encarceladas con mayor frecuencia por haber realizado un aborto. Además, Guanajuato es el estado con el mayor número de reclusas por este hecho, con un aproximado de 130 procesadas en el año 2010.¹³

En este sentido, en Tlaxcala también se han establecido penas para las mujeres que interrumpen un embarazo y para quienes las ayudan en el proceso, las cuales oscilan entre 15 días y dos meses de prisión; en comparación con las legislaciones de la mayoría de las entidades del país, en las que se establecen penas de entre de uno y seis años de prisión. Hasta el momento, 17 estados de la República Mexicana tienen constituciones que protegen la vida desde la concepción y que penalizan este procedimiento: Colima, Yucatán, Guanajuato, Baja California, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Morelos, Chihuahua, Durango, Jalisco, Puebla, San Luís Potosí, Sonora, Chiapas, Tamaulipas y Oaxaca.¹⁴

En estas entidades se reformaron las constituciones locales, considerando que desde el momento de la fecundación todo ser humano tiene derecho a la protección de la ley y por lo tanto, se asume que ha nacido para todos los efectos legales hasta su muerte natural, lo que está contenido en los cambios legislativos que se han llevado a cabo desde el año 2008.



Método, análisis y discusión de resultados

A partir de la metodología mixta se tomaron en cuenta técnicas cuantitativas y cualitativas para revisar con mayor integralidad el fenómeno. Se utilizaron tres técnicas: la observación, realizada a 72 mujeres que interrumpieron su embarazo; la aplicación de una entrevista en profundidad a cinco mujeres que narraron sus experiencias vinculadas con el aborto y finalmente, la realización de una encuesta a mujeres y hombres mayores de 18 años residentes en el estado de Tlaxcala.

Respecto a quienes fueron sujetas de observación, se trata de 72 casos que interrumpieron su embarazo y cuyas edades se encuentran entre los 14 y 34 años, que contaban con diferentes condiciones socioeconómicas. Así se identificó que la mayoría de ellas posee estudios mínimos de nivel secundaria.

De esta forma, se detectó que la tasa más alta de abortos se ubicó entre los 18 y 24 años. En cuanto al estado civil, la mayoría eran solteras y tenía tres hijos antes de los 30 años, con una afiliación religiosa al catolicismo y con ocupaciones como estudiante, comerciante o a cargo de las tareas de limpieza y cuidado en el hogar.

La mayoría de ellas utilizó medicamentos para la interrupción del embarazo y en segundo lugar se identificó que les fue realizado el procedimiento denominado Aspiración Manual Endouterina (AMEU), que se utiliza en la Ciudad de México, única entidad donde el aborto es legal.

Entre las 72 mujeres a quienes se dio seguimiento, se eligieron cinco casos para realizar las entrevistas en profundidad. Así, se presentan las experiencias de Ariana (30 años, profesora de primaria, con licenciatura, vive con sus padres), Lisa (15 años, estudiante de tercero de secundaria, vive con su mamá, y quien vivió violencia sexual), Sandra (28 años, con preparatoria trunca, madre soltera de un hijo y vive con sus padres), Daniela (22 años, empleada y estudiante, vive con sus padres y es soltera) y Alma (34 años, realiza trabajo del hogar, con tres hijos y casada).

En cuanto a la encuesta, se aplicó para conocer la opinión de 270 personas en los cuatro municipios de mayor concentración poblacional en el estado de Tlaxcala, a partir de lo cual se realizó una muestra probabilística y se llevó a cabo un análisis estadístico.

Circunstancias del embarazo

Por lo general, para las mujeres que nacieron y han vivido en un contexto social y familiar con pocas posibilidades de educación y laborales, así como con un nivel económico bajo, el matrimonio y la maternidad se erigen como una vía para adquirir el estatus de “mujer”: ser esposas y madres constituye el centro de su identidad femenina. En este sentido, casarse y tener hijas e hijos es algo que está predeterminado para ellas y va de la mano con la aparente imposibilidad de pensar en un proyecto de vida diferente.¹⁵

Las circunstancias de los embarazos no deseados o no planeados se relacionan con no utilizar métodos anticonceptivos y con la violencia física y sexual que viven algunas mujeres:

Pues ya sabes, una nunca se cuida y yo no me cuidé porque era seguro que me casaría, ‘ora sí con mi novio. Y pues no, a veces una planea las cosas y muchas veces la vida así no es... estar embarazada fue una situación difícil, muy difícil y todo se complica.

(Sandra, 28 años)

A pesar de la existencia de una variedad de métodos de control de natalidad, encontramos mujeres que vivían embarazos no deseados y otras que por distintas circunstancias recurrieron al aborto. De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, 40% de los embarazos en México fueron de este tipo y se calcula que 17% terminó en abortos inducidos y 23% en nacimientos no deseados.¹⁶

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general, se supone que la mayoría se debe a la falta de responsabilidad de las mujeres o porque carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Aun cuando el acceso a la información permite un ejercicio responsable de la sexualidad y disminuye el riesgo de embarazos no deseados, esto no es suficiente en todos los casos, pues existe la posibilidad de falla en cualquier método.

Por lo tanto, para muchas de las mujeres que viven un embarazo sin desearlo, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad y más aún si se trata de una adolescente, pues ve trasgredido su proyecto de vida, aunado a la violencia física y sexual que muchas de ellas viven, lo que propicia que el embarazo sea un acto deshumanizante y que violenta su integridad:

Pensaba que estaban en un error los resultados que el médico me había dado, le pedía a mi mamá que me apoyara para otro estudio, no podía estar embarazada, lloré mucho y le pedía a Dios que esto no pasara, me sentí muy mal y quería matarme, mi vida no podía estar más arruinada.

(Lisa, 15 años)

Algunos estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para las niñas y los niños que nacen en estas circunstancias:

se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de [las y] los hijos deseados.¹⁷

En la actualidad, existen dos tendencias relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, las cuales cuestionan la representación de la

maternidad como el único destino para las mujeres dentro de una familia de pareja heterosexual, con el fin de procrear. La primera es el incremento de maternidad voluntaria practicada por mujeres que deciden no estar en pareja. La segunda es el aumento de quienes eligen la opción de no ejercer la maternidad y tienen un proyecto de vida distinto:

El embarazo llegó en un tiempo no deseado, dentro de mis planes de vida está no tener hijos y precisamente por eso yo me sentía mal.

(Daniela, 22 años)

Cabe destacar que en México sigue prevaleciendo la concepción de la masculinidad vinculada con la hombría, en la que el cuerpo de las mujeres es visto desde la experiencia de los varones y su virilidad, y se atribuye que ser “más hombre” implica ser quien tiene más hijas e hijos, aunque no se asuma la responsabilidad del cuidado y la manutención. Esto le sucedió a Alma, quien al momento de la entrevista vivía violencia física y sexual por parte de su esposo; además, ella aportaba la mayor parte de los recursos para cubrir los gastos familiares y con este fin se insertaba en empleos temporales, mal pagados y con pésimas condiciones:

Yo no quería embarazarme, pero como los otros embarazos así fueron, yo tenía que aceptarlos. Pero esta vez no, no haría lo mismo, esto no se hace y que todos los hijos son una bendición, pero yo ya no quería traer otro hijo a sufrir conmigo.

(Alma, 34 años)

En pocas ocasiones se ha explorado el vínculo entre la violencia y la salud reproductiva, a pesar de las diversas formas en las que se expresa, como es el caso de las maternidades forzadas por las parejas y por el medio social, así como los casos de violaciones dentro y fuera del matrimonio, y que continúan incluso durante el embarazo.

Por otra parte, se reconoce que una de las dimensiones más importantes de análisis es la identidad femenina, la cual se aprende en la socialización primaria, avanza y crece con el paso de la vida, por lo que los estereotipos propician que algunas mujeres no decidan sobre el ejercicio de su sexualidad de manera libre.⁴

En este sentido, la mayoría de las mujeres abordadas en esta investigación, al saber que estaban embarazadas tuvieron sentimientos encontrados: sentían felicidad, pero también abandono de sus parejas. Esto se evidencia en el

caso de Ariana, quien se sentía feliz, pero al ver las actitudes de su novio decidió separarse de él y finalmente interrumpió el embarazo.

Este hecho se explica a través de la dominación masculina, pues socialmente a las mujeres aún se les asigna la responsabilidad completa del proceso reproductivo y del embarazo en particular, pero se les pide la aprobación de los hombres. Lo anterior es un acto de despojo de su cuerpo y la subordinación en todas sus relaciones sociales.^{18,19}

La violencia hacia las mujeres es una de las determinantes que exhibe la subordinación de género. En nuestra cultura, las mujeres que viven de manera abierta su sexualidad son sujetas de agresión por parte de los hombres y de la sociedad, como sucedió con Lisa, quien vivió violencia sexual:

Me puse una faldita, bailé mucho y tomé más, y cinco de mis compañeros me violaron. Quedar embarazada me daba tanto asco, tristeza y coraje, porque sabía que mi vida ya estaba arruinada y que nada podía hacer.

(Lisa, 15 años)

Sucesos como el anterior se deben a que las mujeres son vistas por los hombres como objetos sexuales y no como sujetos de derechos, pues la trasgresión y la violencia sexual que no se castiga, se reproduce. En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003, señala que entre cuatro y seis de cada 100 mujeres han declarado haber sido víctimas de esta práctica alguna vez en su vida; 65% entre los 10 y 20 años, es decir, en pleno inicio de la etapa reproductiva.²⁰ También se ha evidenciado que las mujeres que usan anticonceptivos pueden embarazarse por alguna falla del método utilizado.²¹

Por otra parte, Joaquina Erviti considera que las mujeres que están viviendo en pareja muchas veces dejan de tener dominio sobre su cuerpo, con una baja o nula capacidad para el control de los embarazos, delegando la responsabilidad en su pareja.²² Lo anterior se observa en el caso de Alma, cuyo esposo tomaba las decisiones sobre ella y la reproducción:

Tuve miedo de saber que mi esposo lo supiera y me obligara a tener un hijo más, es muy difícil decidir cuando tienes un marido que cuando se emborracha te golpea y luego te toma a la hora que quiere. Además, nunca me deja ir al Servicio Estatal de Salud [SESA] para que me operen.

(Alma, 34 años)

Por lo tanto, es fundamental la experiencia de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo al no ser parte de su proyecto de vida. Este fue el caso de Daniela, quien consideraba que la maternidad no debería ser impuesta; ella no quería tener hijas o hijos y ya lo había decidido:

Cuando fui al médico y confirmó que estaba embarazada me sentí acorralada, encerrada, no me sentía a gusto, no quería tener un bebé. Yo no estoy hecha para ser mamá y no quiero arruinar mis planes por esta situación.

(Daniela, 22 años)

En este sentido, Marcela Lagarde señala que a las mujeres se les considera seres sociales que deben estar definidas y especializadas en el trabajo doméstico y en la reproducción, como único fin de su sexo. Así, el género trasciende en sus vidas y la subordinación explica las condiciones de desventaja que viven.²³ Este hecho es fundamental, pues escuchar las voces de las mujeres sobre un evento trascendental en sus vidas, como es la maternidad, obliga a una aproximación metodológica a través de las sujetas como unidades de descripción y análisis, pero también como agentes transformadores.¹⁵

Como se evidencia en esta investigación, las circunstancias del embarazo de las mujeres es diverso, así como los sentimientos y emociones que les causa este hecho y la manera como lo asumen en su interior y en su entorno social. Por ello, es importante reconocer que las experiencias de las mujeres varían dependiendo de los factores revisados y del proceso de decisión que cada una experimente, ya sea para continuar o interrumpir el embarazo.

Razones de la interrupción

32

El aborto afecta directamente los cuerpos y las mentes de las mujeres, ya que no suelen ser tomadas en consideración debido a una lógica patriarcal igualitaria que coloca al hombre como la regla y a la mujer como la excepción. De este modo, ella tiene que asumir esa responsabilidad, aún en contra de su voluntad.⁴

Las mujeres deciden interrumpir el embarazo después de reflexiones racionales e incluso afectivas. No es un acto que sea tomado a la ligera por ellas, como algunas personas piensan. Ninguna mujer se embaraza para abortar.

Ahora bien, entre las principales razones asociadas con el aborto y descritas en la literatura consultada se identifican las siguientes: porque no estaba en su proyecto de vida, no estaban preparadas para ser madres y no lo consideraban dentro de sus prioridades; el embarazo fue consecuencia de la falla o la no utilización de métodos anticonceptivos; fue producto de violencia sexual; por presiones por parte de la pareja u otras cuestiones personales. Sin embargo, Schiavon resume lo anterior con las siguientes palabras: “porque hay embarazos no deseados”.²⁴ La decisión es una cuestión personal, aunque se reconoce que la información difundida sobre el tema influye en la percepción social del aborto.



El uso de métodos anticonceptivos no es una responsabilidad exclusiva e individual, es colectiva y debe existir apoyo del Estado y de las instituciones, con el fin de garantizar el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos e información al respecto disponible para toda la población. En particular, debe ponerse mayor atención en quienes podrían estar en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, las y los jóvenes y adolescentes, personas de bajo nivel socioeconómico y educativo.

Entre las mujeres que entrevistamos, y quienes decidieron realizar un aborto, encontramos la reincidencia de este procedimiento en una de ellas. Mientras que en la encuesta aplicada se identificó a 25 personas que declararon haber tomado la decisión del aborto ellas mismas o sus parejas –en el caso de los hombres–, esto significa que 15.6% vivió de forma cercana esta experiencia.

Respecto a los métodos utilizados para la interrupción del embarazo, los más recurrentes fueron el legrado, el aborto médico, las pastillas y los tés abortivos. También se mencionaron algunas causas imprudenciales, como caídas y golpes que derivaron en la interrupción involuntaria del embarazo. Asimismo se señaló que existen recetas tradicionales o métodos que no están

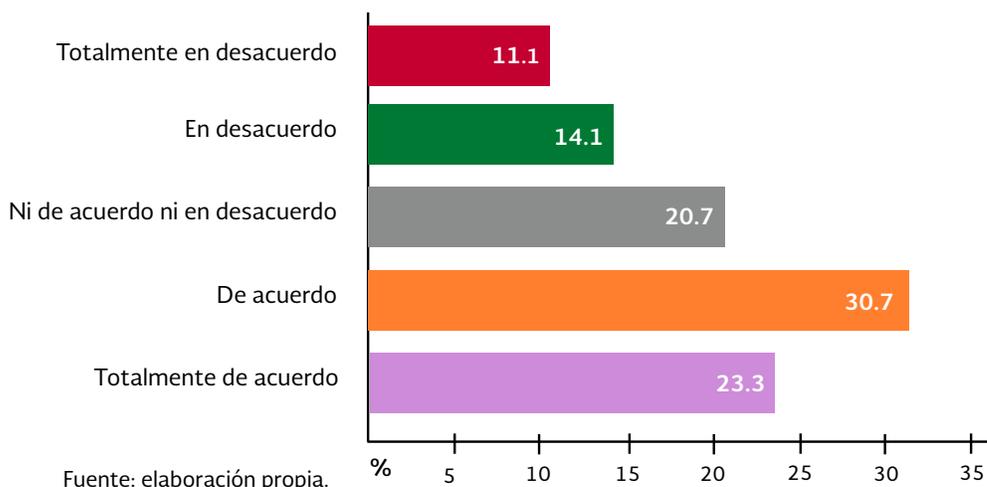
aprobados por el personal de salud, los cuales utilizan un sinnúmero de mujeres que no cuentan con un marco legal que les posibilite la atención médica adecuada.

Consideraciones públicas sobre el aborto en Tlaxcala

Las autoras sostenemos que el aborto es un evento que no se planea de forma premeditada, por lo que las mujeres toman decisiones ante un embarazo no deseado, aun cuando todavía se visualiza como un acto reprobable, inmoral e incluso hay lugares donde se enuncia y persigue como un crimen. Las posiciones ante el aborto se centran en dos ejes: el valor de la vida del feto y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sus expectativas de vida.^{2,6}

No obstante, al cuestionar a la población encuestada sobre si es un problema de salud pública, 54% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo, aunque 25.5% se declaró en desacuerdo ante la afirmación (gráfica 1).

Gráfica 1. Posición de la población encuestada respecto a que el aborto es un problema de salud pública



En este sentido, se observa que las opiniones en torno al tema se modifican dependiendo de la cercanía que se tenga con el aborto. Por lo tanto, se comparó lo señalado por una mujer antes de vivir la experiencia y lo que indicó después de interrumpir el embarazo. Lo anterior permite afirmar que a partir de la vivencia se modifica la estructura del pensamiento y las ideas sobre este problema social, como se muestra con el caso de Ariana:

Antes. Yo pensaba que el aborto era la peor manera de salir de esta situación de estar embarazada, donde había una gran irresponsabilidad por parte de las mujeres al no cuidarse, a pesar de que hay tantos métodos.

Después. Sí, cambió mi forma de pensar después de que aborté... Creo que ahora lo veo...lo veo, como una nueva oportunidad que la vida te da o nos da para reforzar nuestro camino, nuestra identidad y nuestra decisión.

(Ariana, 30 años)

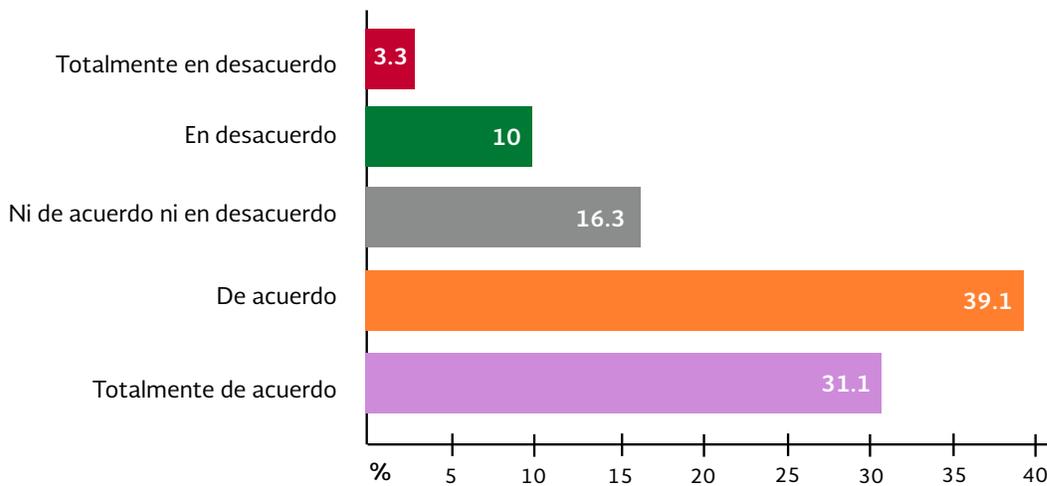
Las diferencias de comportamiento de las mujeres de distintas culturas en torno a la reproducción y la maternidad muestran divergencias, que constatan que la asignación de género en cada cultura es algo aprendido y reproducido a través de complejos procesos cognitivos. Estos son reforzados por las estructuras sociales, lo que no permite la libre decisión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Por ello, existen mujeres que se apegan al cumplimiento de los roles y estereotipos de género que están establecidos en sus entornos sociales y que dictan lo que la sociedad espera de ellas.^{25,26} Lo anterior influye en su posición

respecto al aborto; por un lado, algunas que no lo han vivido tienen prejuicios y creencias sobre el procedimiento. Sin embargo, después de experimentar esa situación, otras cambian su percepción, lo cual es relevante.

Cabe señalar que el aborto es más aceptado por la población cuando la mujer fue víctima de violencia sexual. Como se observa en la gráfica 2, 70.2% está totalmente de acuerdo o de acuerdo con la realización de este procedimiento cuando el embarazo fue resultado de una violación, esto evidencia que en ciertos casos la sociedad tlaxcalteca aprueba el aborto.

Gráfica 2. Posición de las personas encuestadas respecto al aborto en el caso de que el embarazo sea producto de una violación



Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, la realidad es que todavía existen impedimentos para ejercer el derecho de abortar cuando el embarazo es consecuencia de una violación, por lo que aumenta la angustia de las mujeres y son revictimizadas por el personal de salud y de impartición de justicia. Además, se identificó el cambio de opinión de una mujer que vivió esta experiencia:

Antes. No pensaba que el aborto fuera bueno, ni siquiera hablaba del tema, sí pienso que es malo... Siempre pensé que solo les pasaba a las mujeres por andar de locas.

Después. Cuando eres violada tu vida se vuelve triste y fea, más con un hijo que ni siquiera sabes de quién es y con tanto asco... Yo creo que el aborto era mi derecho y creo que fue lo mejor que la vida me pudo regalar.

(Lisa, 15 años)

Opinión sobre las situaciones jurídicas respecto al aborto

En el caso de Tlaxcala se contemplan cinco causales por las cuales se permite a las mujeres la interrupción de un embarazo: por imprudencia, cuando es resultado de una violación, cuando al continuar el embarazo la vida de la mujer corre peligro de muerte o de un grave daño a su salud, por inseminación artificial no consentida y por malformaciones congénitas o genéticas graves en el embrión.^{27,28}

El análisis de los testimonios recabados indica que la mayoría de las mujeres que acudieron a este procedimiento lo hicieron de forma ilegal. A pesar de ello, las tlaxcaltecas siguen llevando a cabo abortos. El caso de Sandra muestra la magnitud que esta decisión tuvo en su vida:

No me importó que por abortar me metieran a la cárcel o que corría peligro mi vida... Estaba muy desesperada, no quería un hijo más, no estaba dispuesta y por eso fui a una clínica "patito" y estuve a punto de morir... Hasta ese momento me di cuenta que mi desesperación por no seguir embarazada casi me hacía perder la vida... Pero aquí, en Tlaxcala, no puedes confiar en los médicos o en los SESA, porque capaz que te obligan a tenerlo o te meten presa.

(Sandra, 28 años)

En la encuesta realizada se preguntó sobre el conocimiento acerca de las acciones legales y jurídicas con respecto al aborto que hay en México. Por un lado, se solicitó su opinión en relación con el encarcelamiento en Guanajuato de mujeres que decidieron abortar y 75% señaló que es una medida extrema y no debe ser de esa manera, pues no se resuelve el problema.

En cuanto a la despenalización de aborto en la Ciudad de México, 82% de las personas encuestadas afirmó que está de acuerdo, pues las mujeres ya no se exponen a riesgos en su salud y las condiciones legales les ayudan a no perder la vida.

El castigo penal vinculado con el aborto amplía la desigualdad jurídica, económica y social en

materia de derechos sexuales y reproductivos, pues la despenalización muestra que quienes tenían recursos económicos acudían a hospitales privados, mientras que aquellas que se encontraban en condiciones de pobreza vivían procedimientos inseguros y en condiciones insalubres, y cuando llegaban buscando atención en los hospitales públicos, eran denunciadas y encarceladas.

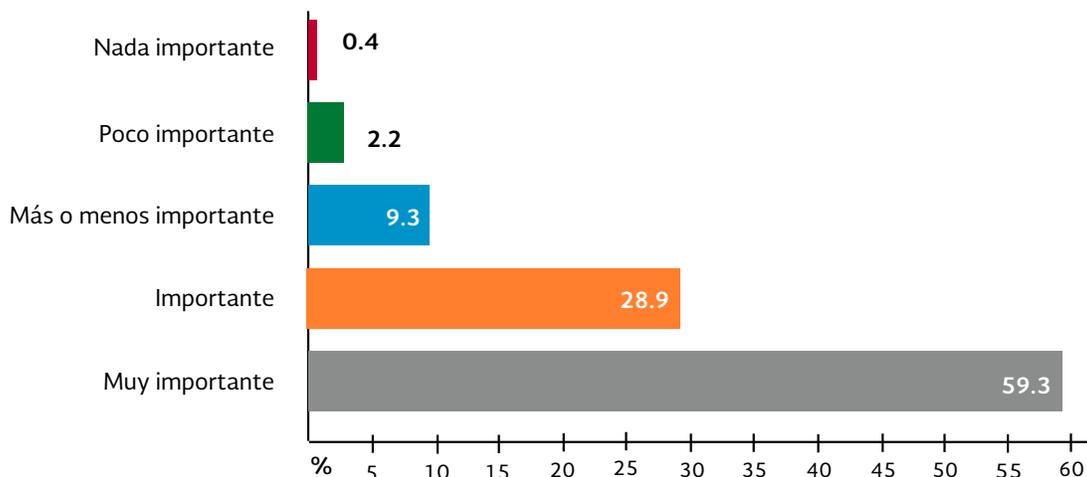
Sin embargo, en la Ciudad de México las disposiciones legales respecto a la interrupción del embarazo propician la igualdad entre las mujeres, pues garantizan el acceso a servicios seguros, lo que sin duda es un avance en materia legislativa.²⁹ Además, se esperaría que este derecho sea posible en todas las entidades federativas, ya que el aborto se seguirá practicando de forma legal o ilegal, y lo importante es que las mujeres cuenten con las condiciones de salud necesarias:

Sé que es un delito abortar, pero aun así nosotras lo hacemos. Lo importante es no tener un hijo indeseado... Las leyes deben ver las necesidades de la gente y no encarcelarnos por decidir sobre nuestro cuerpo... Hay delitos por los cuales se deben preocupar... También deben ver las necesidades que tenemos en nuestra salud.

(Daniela, 22 años)

Lo señalado en las entrevistas y en la encuesta indica que las políticas públicas y sociales deben cambiar, pues las leyes severas no resuelven el problema. En la gráfica 3 se observa que la población tlaxcalteca reconoce la importancia de crear programas de salud sexual y reproductiva para prevenir los embarazos y disminuir los abortos.

Grafica 3. Posición de las personas encuestadas respecto a la creación de programas de salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazos



Fuente: elaboración propia.

Los mecanismos que las personas encuestadas consideraron como indispensables para la prevención y la reducción de embarazos no deseados fueron: métodos anticonceptivos, información objetiva y talleres de planificación familiar. Además, solicitaron tener espacios adecuados para la atención de las mujeres que necesiten y deseen interrumpir un embarazo.

Conclusiones

Esta investigación permite afirmar que en Tlaxcala el aborto ha existido desde muchos años atrás, independientemente de las condiciones en las que las mujeres lo realicen, por lo que debe considerarse un problema de salud pública. La manera de abordar el tema depende de las prácticas, los argumentos, las leyes y las circunstancias que las mujeres viven para tomar decisiones vinculadas con la salud sexual y reproductiva. El largo proceso por el que ha transitado el aborto, saliendo de la sombra y discutiéndose en el ámbito público, se relaciona con los cambios legales, políticos, institucionales y sociales que ha vivido México a partir del siglo XIX.³⁰

Las experiencias de las mujeres y las opiniones de la población tlaxcalteca respecto al aborto han evidenciado su importancia como asunto de salud pública. En este sentido, los resultados obtenidos apoyan la interpretación y el análisis de la experiencia del aborto en Tlaxcala, y las vivencias descritas muestran que es importante continuar con la tarea de concientización y reconocimiento de los derechos de las mujeres a la salud, la vida y la maternidad elegida. Por lo tanto, el aborto no debe ser más un asunto privado, se debe visualizar desde todas las vertientes posibles.

En el contexto en el que se encuentra la gran mayoría de las mexicanas (con excepción de la Ciudad de México), no hay la posibilidad de acceder a los servicios de salud para interrumpir un embarazo, lo que propicia que las mujeres pongan en riesgo su vida ante la necesidad de llevar a cabo un aborto, incluso en la clandestinidad.

Desde el punto de vista de la intervención social, es importante reflexionar sobre las razones por las cuales las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos, lo que obliga a considerar problemas de abastecimiento y dificultades para que ellas se acerquen a los servicios de salud para solicitarlos.³¹

Por último, es fundamental tomar en cuenta en la legislación estatal de salud y de impartición de justicia, una propuesta para incluir una iniciativa de ley que proteja la vida de las mujeres y garantice el derecho a la interrupción legal del embarazo. Lo anterior tendría que reforzarse con una campaña de difusión sobre los beneficios derivados de la prevención de embarazos no deseados y los posibles escenarios vinculados con la salud materna.

Finalmente, se afirma que es impostergable la creación de leyes que regulen el aborto seguro en Tlaxcala, lo que requiere de la sensibilización del personal de salud en materia de género. Lo anterior permitirá reducir las complicaciones derivadas de estos procedimientos y se velará por la seguridad, integridad y la vida de las mujeres.

Con información verídica, actualizada, objetiva y oportuna, las mujeres podrán decidir cuál es el mejor momento para iniciar su vida sexual activa, evitar embarazos no planeados, elegir el momento de tener hijas e hijos y el espaciamiento entre cada nacimiento. Además de ejercer sus derechos al sexo seguro y protegido, así como a la interrupción legal del embarazo, de acuerdo con su proyecto de vida. Lo anterior está estrechamente vinculado con el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a los derechos humanos.



Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
- Ferrajoli L. La cuestión del embrión entre derecho y moral. Jueces para la democracia. Información y debate. Julio 2002;(44):3-12.
- Carbajal M. El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente. Buenos Aires: Paidós-Tramas Sociales 55; 2009.
- Torres M, compiladora. Nuevas maternidades y derechos reproductivos. México, D.F.: El Colegio de México; 2005.
- ddeser. Red por los derechos sexuales y reproductivos en México [Homepage en Internet]. México: Red por los derechos sexuales y reproductivos en México: c2012 [consultada 30 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.ddeser.org/>
- Alianza Nacional por el Derecho a Decidir y Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos [libro electrónico]. Uruguay: Cotidiano Mujer; 2008 [Consultado: 30 agosto 2016]. Disponible en: http://cotidianomujer.org.uy/1_aborto12.pdf
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995. México, D.F.: Instituto Nacional de la Mujer; 2010.
- Dides C, Benavente R, Sáez I. Estudio de Opinión Pública sobre Aborto. Brasil, Chile, México y Nicaragua. Chile: FLACSO-Programa Inclusión Social y Género; 2010.
- Pheterson Gail, Azize Y. Aborto ilegal seguro: un estudio entre islas del Caribe Nororiental. Un documento de trabajo de la Iniciativa del Caribe Sobre Aborto y Anticoncepción [Monografía en Internet]. Lima: Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro; s.f. [Consultado 30 agosto 2016]. Disponible en: http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/742/Aborto%20ilegal_seguro%20en%20el%20Caribe-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Petracci M. Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América latina [Monografía en Internet]. Argentina: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer-CEDES-IPPF; 2001. [Consultado 30 agosto 2016]. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/01_petracci.pdf
- Ortiz G. La moralidad del aborto. México, D.F.: Siglo XXI Editores; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2003.
- Torres Ruiz G. Justicia desigual para las mujeres en Guanajuato [Internet]. México, D.F.: CIMAC Noticias; 2010. [Consultado 30 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/2015/node/41595>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. México, D.F.: GIRE; 2015.
- Tuñón Pablos E. Género y Salud en el Sureste de México. Chiapas: Colegio de la Frontera Sur-Consejo Estatal de Población; 1999.
- Instituto Alan Guttmacher. Aborto clandestino. Una realidad latinoamericana. Nueva York: Instituto Alan Guttmacher; 1994.
- David HP, Dytrych Z, Matejcek Z, Schuller V. Hijos no deseados. México: Edamex; 1991.
- Bourdieu P. La dominación masculina. España: Editorial Anagrama; 2010.
- Bourdieu P, Hernández A, Montesinos R. La masculinidad: aspectos sociales y culturales. Quito, Ecuador: Editores Abya-Yala; 1998.
- Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos: INSP; 2003.
- Enríquez L, De Anda C, coordinadoras. Despenalización de aborto en la ciudad de México. Argumentos para la reflexión. México: IPAS; 2008.
- Erviti J. El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia. Cuernavaca: UNAM-CRIM; 2005.
- Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madre, esposas, monjas, putas, presas y locas. Tercera reimpresión. México: UNAM; 2001.
- Schiavon R. Aborto médico: Alternativas terapéuticas actuales. Gaceta Médica de México 2003;139(supl.1):s55-63.
- Lamas M. El género la construcción cultural de la diferencia sexual. México: UNAM-Porrúa; 1996.
- Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. México: Taurus; 2002.
- Palermo TM, Wilson KS, García S, Díaz-Olavarrieta C. El aborto y el rol de las mujeres en la sociedad: resultados de una encuesta de opinión en Tlaxcala, México. Sal Pub de Mex, enero-febrero 2010;52(1):46-51.
- Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala. Periódico Oficial del Gobierno del Estado. Última reforma (19-05-2016).
- Population Council. ¿Qué piensan quienes habitan el Distrito Federal sobre la ley que permite a las mujeres obtener la interrupción legal del embarazo hasta las primeras doce semanas de gestación? México. Population Council; 2009.
- Márquez E. Derechos reproductivos en mujeres estudiantes de una universidad pública en la ciudad de Guadalajara. Jalisco: s.e.; 2009.
- González de León D, Salinas Urbina AA. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. Cad. Saúde Pública 1997;13(2):227-36.

En la región latinoamericana el incremento en las tasas de embarazo adolescente evidencian inequidades sociales que tienen estrecho vínculo con el género. Debido a las consecuencias que afectan el desarrollo integral de las personas, se ha considerado como “la puerta de entrada o un reproductor del círculo de la pobreza”.¹

Aunque las consecuencias son vividas por las y los adolescentes, son ellas quienes tienen peores expectativas para su futuro, pues debido a la construcción social de género, el cuidado de la descendencia sigue asignándose a las mujeres. Lo anterior incide en deserción escolar, desempleo, fracaso o insatisfacción en su relación de pareja e ingresos precarios.^{1,2}

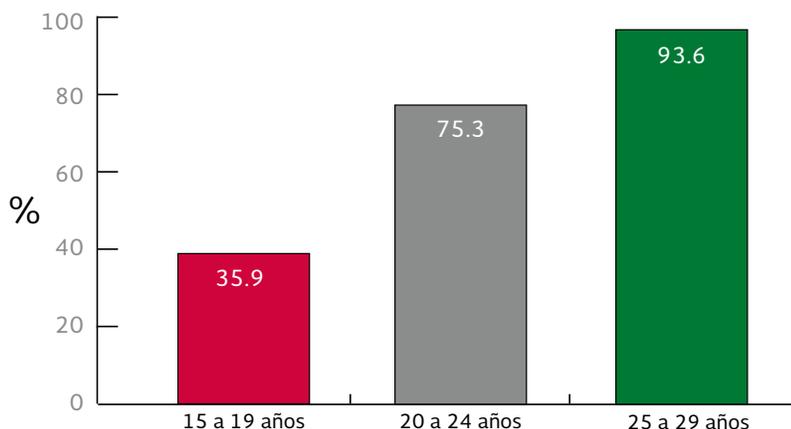
De acuerdo con la organización “Save the children”, el incremento del embarazo adolescente “deriva del incumplimiento de los derechos humanos de [esta población] y la falta de oportunidades de desarrollo, de educación, salud y protección”.² Por lo tanto, es un problema de salud pública, pues debido a un desarrollo físico no adecuado, la vida de las adolescentes está en riesgo ante la posibilidad de complicaciones durante el embarazo o el parto. Asimismo, se incrementa la probabilidad del nacimiento prematuro de su hija o hijo.^{2,3}

En México, dos de cada diez nacimientos son de mujeres menores de 20 años y “una de cada dos adolescentes de 12 a 19 años que inicia su vida sexual se embaraza por causas relacionadas con la violencia sexual, la nupcialidad temprana y el no uso o uso incorrecto de anticonceptivos”.²

Sin embargo, no todos los embarazos adolescentes son no deseados, debido a las precarias condiciones socioeconómicas por las que atraviesa nuestro país, hay una falta de oportunidades para esta población, lo que aunado a la normatividad de género propicia que la maternidad sea una opción ante un contexto en el que ese rol continúa siendo altamente valorado, en particular entre quienes están en los sectores más desprotegidos.^{2,3}

En este sentido, hacia 2014, 35% de las mexicanas entre 15 y 19 años indicaron que habían iniciado su vida sexual, por lo que es indispensable reconocerlas como sujetas con derechos sexuales y reproductivos (gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres jóvenes (15 a 29 años) que iniciaron su vida sexual, por grupo de edad. México, 2014



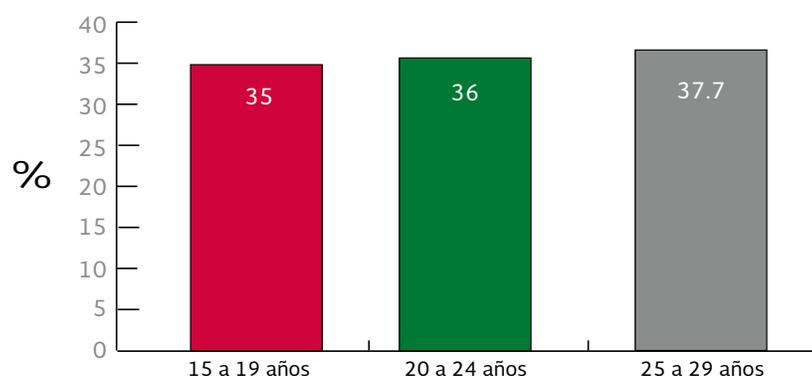
Fuente: Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años).
Con información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2014.

Entre las causas estructurales del embarazo adolescente es posible identificar la ausencia de un proyecto de vida ante la falta de oportunidades laborales y educativas, así como la negación social de pensarles como sujetos de derechos, entre ellos los sexuales y reproductivos.

La situación es compleja para unas y otros, pero en el caso de las mujeres también operan las normas de género, que aún restringen su acceso a la información y les asigna un papel pasivo para la toma de decisiones vinculadas con el ejercicio de su sexualidad, lo que las coloca en situación de vulnerabilidad. Mientras que en el caso de los adolescentes, la construcción social de “ser hombre” les lleva a tener conductas de riesgo que incluyen la “posibilidad de embarazarse” ante la negativa a utilizar algún método anticonceptivo.¹

Estas expectativas de género influyen en que las mujeres no utilicen ni exijan a sus parejas métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, lo que se evidencia en la gráfica 2, en la que se observa que las diferencias entre los tres grupos de edad no son significativas, por lo que es necesario reflexionar en cómo influyen los estereotipos de género en el ejercicio de su sexualidad.

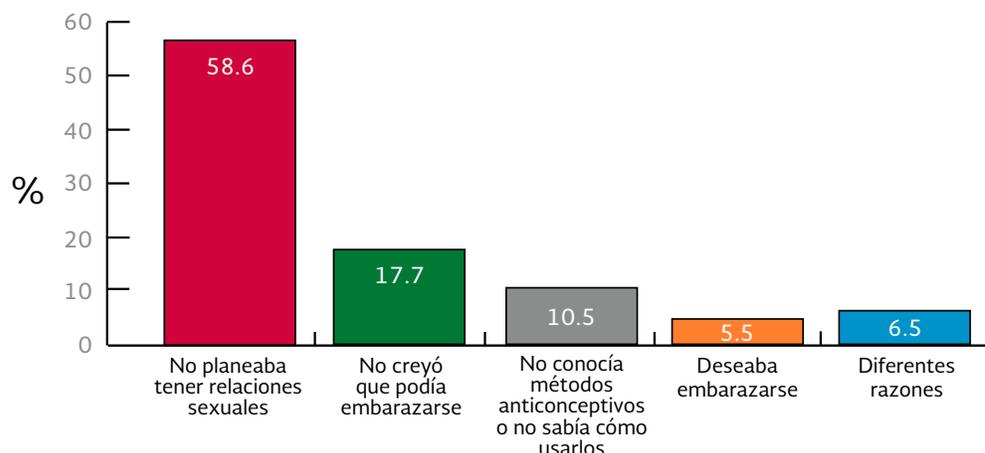
Gráfica 2. Porcentaje de mujeres jóvenes que no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, por grupo de edad. México, 2014



Fuente: Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años).
Con información de la ENADID, 2014.

Las consecuencias del embarazo a temprana edad son conocidas por la población adolescente, es por ello que la problemática no se limita a contar con información sobre los diferentes métodos anticonceptivos (gráfica 3); es decir, no se restringe al ámbito de la salud, es un problema de índole estructural.

Gráfica 3. Razones por las cuales las jóvenes de 15 a 29 años no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual. Porcentaje. México, 2014

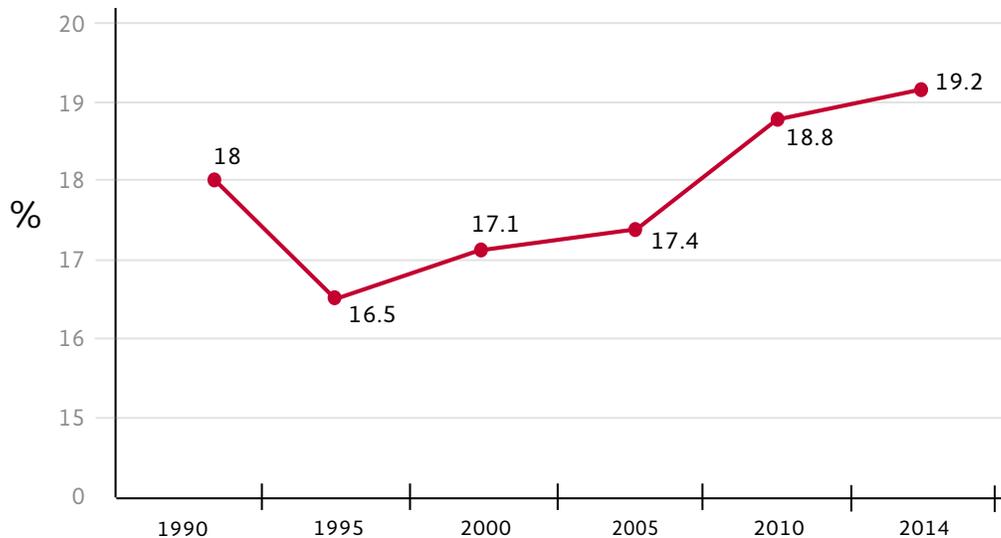


Fuente: Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años).
Con información de la ENADID, 2014.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en la actualidad hay aproximadamente 22.4 millones de mexicanas y mexicanos adolescentes entre los 10 y 19 años de edad,³ lo que indica que de no abordar la problemática en el corto plazo, el embarazo en este grupo etario se incrementará, como ha ocurrido desde el año 2000 (gráfica 4).

Lo anterior es un reto que el gobierno mexicano ha enfrentado con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que se dio a conocer en enero de 2015 y cuyo objetivo es “reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos”.³

Gráfica 4. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes. México, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2014



Fuente: Estadísticas de natalidad. INEGI.

Fecha de actualización: 13 de noviembre de 2015.

Nota: Para el cálculo se usó la edad de la madre al momento del nacimiento (menores de 20 años).

Incluye los nacimientos ocurridos en el extranjero. Además, excluye la edad de la madre no especificada.

La ENAPEA es una estrategia intersectorial que abarca todos los ámbitos que constituyen la causa o consecuencia del embarazo adolescente. Sin embargo, “Save the children” asegura que es necesario considerar “la importancia del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, pues una tercera parte de las adolescentes reportaron su último embarazo como no planeado”.²

Para alcanzar el objetivo de la ENAPEA es fundamental considerar a las y los adolescentes como sujetos de derechos. Lo anterior requiere abordar esta problemática social desde las perspectivas de derechos humanos, de género y de no discriminación.

Referencias bibliográficas

1. Prevención del embarazo en adolescentes con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: hacia una política nacional. Santo Domingo: Despacho de la Primera Dama-Ministerio de Salud Pública-Ministerio de Educación-CONANI-UNFPA-OPS-UNICEF; 2011.
2. Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A.C. Save the children. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estado de las madres en México. México, D.F.: Save the children: 2016.
3. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, D.F.: Presidencia de la República: 2015.



Referencias bibliográficas

1. Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A.C. Save the children. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estado de las madres en México. México, D.F.: Save the children: 2016.

Entrevista
Brenda Deysi Aguilar Martínez
Coordinadora estatal de los Programas
Prevención y Atención a la Violencia Familiar
e Igualdad de Género en Salud

Alejandra Oyosa Romero



Desde la primera frase se percibe la fortaleza y decisión de Brenda Deysi Aguilar Martínez, médica cirujana general, con posgrado en Administración y Gestión de los Sistemas de Salud Públicos y Privados. En cada una de sus palabras se evidencia la vocación de servicio a su comunidad, misma que ha encauzado al compromiso para reducir las brechas de género en su carácter de coordinadora estatal de los Programas Prevención y Atención de la Violencia Familiar e Igualdad de Género en Salud.

¿Cómo fue tu infancia?

Crecí en una familia muy particular; somos tres hermanas y cuatro hermanos, quienes hacíamos actividades de todo tipo. Por ejemplo, sé desde ordeñar una chiva o vaca, castrar un cerdo, hasta sembrar alfalfa, maíz o manejar tractor. Todas son actividades de campo porque provenimos de una comunidad cien por ciento rural, indígena y con altos índices de marginación. Entonces desde muy pequeña aprendí esas actividades, así como las del hogar, en las cuales siempre nos repartíamos tareas.

Así fue como crecí, mis primeros 17 años los viví en mi localidad, hasta que decidí estudiar medicina.

¿Cuáles fueron las razones por las cuales te decidiste por la profesión médica?

Desde niña me interesó conocer las funciones fisiológicas de los seres vivos. Crecí con una figura familiar muy importante en mi vida: una tía paterna, a la cual soy idéntica físicamente. Ella fue un factor importante que me motivó a decidirme por mi profesión.

Provengo de una familia matriarcal, en la cual mi abuela fue partera comunitaria de muchas generaciones, no solo en su comunidad, sino a nivel municipal y regional. Eso me permitió que desde pequeña tuviera cercanía con los procesos de vida, de medicina y de atención comunitaria. Creo que esos fueron los dos factores que me ayudaron a decidir.

En realidad estaba en la disyuntiva de estudiar medicina o ciencias políticas. Desde luego, con mi abuela siendo mi mayor ejemplo y una persona a quien quise muchísimo, pues influía en la comunidad y en el municipio, era una líder en toda la extensión de la palabra. Yo creo que de ahí provienen esos dos intereses.

Sin embargo, al decidir la profesión, como hermana menor recibí las observaciones de mis hermanos, quienes también influyeron en que eligiera la

medicina, pues de acuerdo con su opinión, era un campo laboral en el que las mujeres podían tener mayores oportunidades. Eso implicaba que no iba a estar tan expuesta en el ámbito político, como lo están otras mujeres.

Así, hice exámenes en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Escuela Médico Militar y en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). En todas las instituciones fui aceptada, pero debido a problemas de salud de mi padre decidí estar cerca de la familia, por lo que estudié en la UAEH, mi alma máter. Para ese momento, mis hermanos habían migrado y decidí quedarme en Pachuca.

Ya incorporada en el área laboral y con oportunidades de continuar mis estudios, realicé el posgrado en el Instituto Tecnológico Autónomo de México, en el área de Administración y Gestión de los Sistemas de Salud Públicos y Privados. Actualmente estoy estudiando la maestría en Administración Hospitalaria, en Pachuca.

¿Qué te motivó a elegir estas áreas vinculadas con la gestión de la salud?

La formación que tuve desde niña, retomé el ejemplo de mi abuela y su entrega al servicio público, que va ligado a la política, a la administración y a mi pasión, que es la medicina. Así logro fusionar y hacer un híbrido de estos intereses, por lo que continúo trabajando en ese sentido.

Además, tuve la oportunidad de conformar la asociación civil “Revolución emprendedora”, que se dedica a proyectos productivos, sobre todo de desarrollo sustentable en comunidades indígenas en Hidalgo, así como en otras entidades, tal es el caso de Puebla, Querétaro, Guerrero y Tlaxcala –en una red de asociaciones civiles–. Mi pasión es servir y sobre todo en el ámbito comunitario.

Es interesante gestionar mayores beneficios para la población. Y desde niña siempre quise servir y ayudar. Por eso elegí la medicina, porque es la más noble de las profesiones en cuanto a los apoyos que ofrece.

Cuando fui avanzando en mi necesidad de ayudar, me di cuenta que hay muchos procesos en el servicio y en la política pública, en los cuales se detienen los apoyos y los objetivos. Justo en estos procesos identifiqué mi otra pasión, la administración, pues para implementar políticas públicas y alcanzar objetivos de impacto en cualquier tema tienes que dominar el proceso administrativo, de control y de dirección. Es una herramienta que me permite avanzar para incidir en grupos sociales vulnerables.



El género en mi historia

¿Cómo aparece el género en tu vida?

44

Literalmente me puse las gafas de género cuando entré a la Subsecretaría de Salud Pública. Por cuestiones generacionales y culturales, en el ámbito donde me desarrollé hay cuestiones muy marcadas en mi vida sentimental, personal y profesional que fueron determinadas por desigualdades de género.

Esta parte siempre estuvo vigente, desde el momento en que pensé que algún día estudiaría ciencias políticas y mi hermano me dijo: “la política es para hombres y si te metes, vas a sufrir; dedícate a algo que sea más de mujeres”.

Recuerdo que algunas actividades del hogar se repartían en casa y si bien es cierto que en mi familia también había un patriarcado, reconozco la influencia del sistema, la cultura, la comunidad y las tradiciones, lo que nos va acotando hacia ciertos extremos que generan brechas en nuestra formación como personas.

¿Cómo conociste el género en tu desarrollo profesional?

En un principio creí que era casualidad haber llegado a estos temas en la Subsecretaría de Salud Pública. Sin embargo, en estos años me he desarrollado en otras áreas como gestión y calidad o en el área aplicada, como médica. También he colaborado en el área de adicciones, en hospitales, en particular en urgencias, pues tengo un posgrado en urgencias médico quirúrgicas y esa parte me llenó durante mucho tiempo. Hasta hace dos años, cuando la subsecretaria de Salud Pública, la maestra María Dolores Osorio Piña me honra con la invitación para formar parte de su equipo de trabajo. Por supuesto, reconozco el apoyo de la doctora María Concepción Carmona Ramos, directora de Políticas y Estrategias en Salud Pública; ambas son mujeres que han incidido en mi vida en las áreas profesional, personal y afectiva.

Tanto la maestra Osorio Piña como la doctora Carmona Ramos son mujeres empoderadas que han trabajado muchos años en el área de la salud pública. En el primer caso, ha implementado procesos productivos en Hidalgo y hoy, como subsecretaria de Salud Pública, sigue siendo un bastión, por lo que muchas seguimos sus pasos.

Así, cuando llegué a la subsecretaría iba a estar en el área de salud materna, investigando temas epidemiológicos de mortalidad materno-infantil o

en el área de enfermedades crónico degenerativas. Ambos eran temas cómodos y de mi interés, por mi formación. Sin embargo, coincidió que había una vacante en violencia y género, por lo que me incorporé en esa área.

Honestamente me pregunté qué voy a hacer ahí, no soy psicóloga ni socióloga. El *habitus* médico, parte de mi formación, siempre nos hace enfocarnos en áreas muy clínicas, por lo que en muchas ocasiones, la parte de la psicología y del desarrollo humano se deja a un lado.

Fue todo un reto y empecé de cero; hoy puedo decir que nada es casualidad, todo tiene una razón y lo digo con humildad, me ha ayudado mucho en mi crecimiento como persona. Esa es la parte más importante, porque llega un momento en el que puedo seguir creciendo profesionalmente y generar mayores procesos, beneficios y grados de responsabilidad. Pero cuando no logras tener esta conexión con tu persona, con tu integridad, con tu “yo”, pues se complica toda la situación, no es tan fácil de sobrellevar, en particular con responsabilidades que implican presión, tienes que lidiar y concertar muchas voluntades.

Los temas relacionados con género, derechos humanos, interculturalidad, atención al grupo vulnerable de mujeres en situación de violencia, son las mejores oportunidades que pude haber tenido. Por ejemplo, tuve acceso a procesos de sensibilización y capacitación, además he trabajado lo personal para identificar que fui víctima de muchas situaciones de género en este sistema patriarcal y que ni siquiera las identificaba.

Sí me tocó ponerme los lentes de género y veo mucho mejor, con más claridad y puedo observar todo de una mejor manera y con herramientas para avanzar en mi vida.

¿Conocer de género impactó tu vida profesional y personal?

Totalmente, creo que en cualquier política, pero sobre todo en salud, debes ser un ejemplo en muchas situaciones y en estos temas se requiere empoderarnos, esto tiene que ver con procesos humanísticos, terapéuticos y de reencuentro, que implica introyectarlos y vivirlos.

El trabajo con la perspectiva de género y los derechos humanos ha traído cambios exponenciales en mi vida: desde cómo a partir de mi reconocimiento individual puedo generar cambios en mis personas cercanas y de ser posible a nivel población, lo cual es magnífico. En los Servicios de Salud de

Hidalgo realizamos una labor como salubristas, que tiene impacto a nivel poblacional y si eso lo haces con conocimiento y reconocimiento, así como con conciencia de lo que traes dentro, lo reflejas en logros interesantes.

Igualdad de género en salud: los retos

Entre los desafíos que has tenido al colaborar en el Programa Igualdad de Género en Salud (PROIGS), ¿cuáles consideras que son los más importantes?

En cuanto a la implementación de políticas públicas en salud hay retos importantes, como el cambio cultural. Trabajamos con sociedades y con personas, eso implica generar transformaciones a nivel conductual, de percepción, cultural e ideológico. Ese es el mayor reto que tienen estos programas, sobre todo el PROIGS, modificar esos paradigmas, lo cual no es tarea fácil y creo que cuando se ha logrado es porque se conjuntó la suma de muchos esfuerzos. Tenemos la ventaja de contar con un gobierno estatal sensible en ese tema, por lo que hay avances importantes en la institucionalización de los procesos de perspectiva de género y de igualdad.

Los problemas de salud pública están marcados por brechas de género, por lo que requieren la atención de los servicios de salud y la participación activa de diversas instituciones, con el fin de generar cambios a nivel comunitario y personal. Considero que ese ha sido uno de los retos, el cambio en las barreras culturales y sociales, pero lo hemos enfrentado con la suma de esfuerzos. La clave es la vinculación y la comunicación. Desde luego, tenemos la voluntad política en todos los niveles, por lo que hemos permeado la transversalización de la perspectiva de género.

Otro reto es la capacidad de infraestructura, en específico, el capital humano y el financiero. Por lo tanto, requerimos mayores recursos para potenciar y hacer sinergia con estas voluntades y hay varios caminos para llevar a cabo estas acciones.

¿Cómo entiendes la institucionalización de la perspectiva de género?

Es un poco complicado, pareciera que es cualitativa y subjetiva para algunas personas. Sin embargo, en cualquier política pública que se implementa se debe formalizar. Institucionalizamos con objetivos claros, pero antes es necesario tener un diagnóstico para saber cuál es la situación y qué avances se han logrado, porque se han hecho cosas importantes, pero que no son suficientes.

En el tema de la institucionalización como planeación estratégica, primero tenemos que identificar los logros alcanzados: hacer un diagnóstico situacional de actividades y procesos. También es cierto que algunas políticas públicas pueden generar mayores brechas de género o, por el contrario, aportan acciones afirmativas que reducen las desigualdades.

En el caso de la nueva agenda 20/30 vimos que hay acciones que no cumplieron sus metas, como en el tema de mortalidad materna, pues seguimos con números rojos. En otras áreas de salud pública identificamos problemas derivados de las brechas de género. Considero importante que a partir de la situación existente en Hidalgo podamos definir objetivos claros, precisos y medibles.

¿Cómo transversalizar la perspectiva de género en salud?

La transversalización es tema y trabajo de todos los días. Además, va desde lo personal hasta lo institucional. Es decir, para lograr la transversalización, que sin duda alguna es generacional, estamos aportando un granito de arena a este tren que ya nadie para. Pero es importante tener logros definidos y específicos que aporten de forma precisa al gran objetivo, que es la igualdad de género.

En ese tema y con apego al PROIGS 2013-2018, que nos indica el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), hemos logrado identificar los objetivos principales y adaptarlos a las necesidades de nuestra entidad. De esta forma, reflexionamos hacia dónde llegar y qué logros queremos alcanzar en los próximos tres años.

¿Cómo se lleva a cabo este proceso de transversalización del género en salud en Hidalgo?

Hemos diseñado una programación basada en las necesidades de nuestra entidad. Una vez que tenemos la planeación estratégica, identificamos la problemática, los objetivos y las posibilidades que tenemos como Servicios de Salud de Hidalgo. Considero que la suma de voluntades se lleva a cabo con procesos jurídicos, administrativos y de gobernanza.

Una parte del proceso de institucionalización fue conformar un grupo de planeación estratégica para la transversalización de la perspectiva de género, el cual está integrado por las áreas de la Secretaría de Salud estatal: Recursos Humanos, Planeación, Presupuesto y Evaluación, así como las

Subsecretarías de Finanzas y de Administración y los 32 programas de acción específicos que tenemos en salud, los cuales están incorporados en este grupo técnico compuesto por personas tomadoras de decisiones.

En este sentido, la titular de la Unidad para la Igualdad entre Mujeres y Hombres es fundamental, pues con su apoyo logramos conformar la sinergia de la institucionalización. Ella es nuestro enlace con la Secretaría de Gobierno y nos ha permitido fortalecer este proceso.

¿Cuáles son los puntos importantes del proceso de institucionalización y transversalización de la perspectiva de género en salud en Hidalgo?

Son tres ejes: la Unidad Institucional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres –antes llamada Unidad de Género de Salud–, el grupo técnico de planeación estratégica –que lleva todo el seguimiento– y un área de gestión de recursos materiales, financieros y humanos.

El objetivo que hemos trabajado de forma intensa en los últimos años es evitar que las personas servidoras públicas repliquemos cuestiones de estereotipos, acoso y hostigamiento laboral, de sexismo y de otras situaciones que ocurren avaladas por el sistema patriarcal. En este sentido, es importante lograr un cambio conductual, pero también en el ámbito de la cultura laboral.

Desde el área central hasta la jurisdiccional hospitalaria, tenemos proyectado seguir con acciones de capacitación al personal de Planeación y Presupuesto en el tema de indicadores con perspectiva de género y presupuestos sensibles al género. Esa parte es indispensable, pues para institucionalizar los procesos, necesitas contar con recursos financieros que tengan esta alineación.

En este trabajo, ¿has gestionado el apoyo de instancias internacionales?

En el grupo de planeación estratégica, uno de los acuerdos fue incorporar la vinculación interinstitucional y la comunicación. Así, se gestionó el apoyo del Programa Estatal de Cooperación (PEC-HIDALGO), que baja a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y hemos sesionado constantemente, centrándonos en los tres ejes que ya mencioné.

En el PEC-HIDALGO identificamos necesidades, las planteamos a nivel estatal con todas las instituciones y nos hemos vinculado con las demás

Secretarías de Gobierno. Al final, la claridad de las necesidades y de los procesos nos permite saber qué queremos y hacia dónde vamos a dirigir nuestros esfuerzos. En esta área de gestión nos acercamos con UNFPA-MÉXICO, que nos recibe gustoso porque varios productos relacionados con el PEC-HIDALGO requieren la transversalización de la perspectiva de género y la atención a los grupos vulnerables.

De esta forma, la Subsecretaría de Salud Pública logró acuerdos con UNFPA-MÉXICO. La dinámica fue tocar puertas, cualquiera de ellas se podría abrir y así expresamos nuestras necesidades, las cuales fueron claras. Reconocemos que las gestiones son inacabadas, pues siempre hay instituciones a las cuales solicitar apoyo.

También tuvimos un trabajo interesante con un fondo fiduciario de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); aun cuando no se logró, nos quedamos con experiencias para seguir gestionando en 2016 y en años subsecuentes. Además hicimos distintas diligencias y tenemos la Dirección de Proyectos Especiales en Género e Interculturalidad, que se acaba de implementar y busca vincularse con otras instancias.

En específico, ¿qué aporta UNFPA a las tareas de institucionalización y transversalización de la perspectiva de género en salud?

UNFPA ha sido noble con nuestro trabajo, ha sido una de las mayores sinergias que pudimos hacer en el año 2015, pues es una institución que es un centro gestor, por lo que además de incorporarnos en el PEC-HIDALGO, nos apoyan con recursos financieros y asesorías externas, con consultoras especializadas y con ponentes, pues cuentan con un equipo multidisciplinario especializado en los enfoques de género, juventudes, interculturalidad

y derechos humanos. Esto ha fortalecido nuestros talleres de sensibilización en género.

Tienen un fondo financiero y la experiencia ha sido que si no hay posibilidad de apoyarnos al 100%, nos ayudan como área gestora ante fondos fiduciarios de otras instituciones, con las cuales estamos canalizando nuestras necesidades. UNFPA ha sido un respaldo para las acciones de transversalización de la perspectiva de género.

Además, hicimos propuestas para el año 2017, de tal forma que la gestión no termine y no cortemos los procesos por los ejercicios anuales, sino que tengamos una planeación estratégica por cada año, con el fin de tener continuidad.

Otro logro, como eje de la transversalización, es el fortalecimiento de las actividades que realiza la Unidad Institucional para la Igualdad de Género, pues es un área que nos apoya bastante. Nadie mejor que esta Unidad para ser nuestro representante a nivel de Secretaría de Gobierno y evidenciar las necesidades que existen. Desde el Plan Nacional de Desarrollo la perspectiva de género está señalada como eje transversal para alcanzar la igualdad, por lo que se han destinado esfuerzos presupuestales, con el fin de que se pueda avanzar.

La Unidad Institucional para la Igualdad de Género es congruente con lo indicado a nivel federal, por lo que ha evolucionado y diseñado indicadores precisos. Lo más importante es que sus objetivos e indicadores estén alineados con los que tenemos como programa de acción específico y los que tenemos como grupo de planeación estratégica. De tal forma, ocurre la suma de esfuerzos, que se formaliza a través de objetivos claros, medibles y precisos.



¿Qué otras instancias están incluidas en la sinergia que mencionas?

Tenemos excelente comunicación con el Instituto Hidalguense de la Mujer (IHM), a través de la Unidad Institucional para la Igualdad de Género, pues realizan actividades de capacitación y gestión en los procesos de transversalización. Así, generamos fondos y actividades que van de la mano con los objetivos del IHM y que podrían ayudar a la sinergia entre las instituciones.

Todas vamos hacia un mismo objetivo, queremos cerrar las brechas de desigualdad de género, realizar acciones afirmativas y avanzar. En ese sentido, hemos logrado sumar voluntades gracias a los puntos en común con las instituciones.

Esto permite que tengamos un cronograma de actividades diseñado por el grupo técnico de planeación estratégica, en el cual se definen ejes precisos para tener productos específicos a finales de 2016.

¿En qué consisten dichos ejes?

Uno de ellos es la institucionalización, en particular el diseño de la política de prevención de acoso y hostigamiento sexual, que va de la mano con el interés expresado por el CNEGSR, por lo que el recurso asignado hace sinergia con otros que podemos sumar y con la asesoría de consultoras externas, con el fin de lograr este objetivo.

Otro eje es la especialización de nuestro personal responsable de la formación de indicadores en salud, de los cuales tenemos a nivel estatal y federal. Para lograr esta actividad es fundamental tener personas especializadas en indicadores y presupuestos sensibles al género, por lo que esto es prioritario en este año, lo que nos lleva a gestionar un diplomado específico.

Un eje más lo constituye la tarea constante de la sensibilización y capacitación en género del personal operativo: de base, del área médica y paramédica –psicología, enfermería, trabajo social, medicina- y otras profesiones que participan en la atención a la salud. También continuamos con la difusión de la perspectiva de género, que es indispensable para lograr la institucionalización.

Asimismo, es importante el trabajo con el personal directivo, que va alineado con los objetivos del PROIGS, por lo que estamos gestionando más apoyos para que 100% de las unidades hospitalarias estén dirigidas por

personal sensible a la política de género. Además, agregamos el respeto a los derechos humanos con enfoques de juventudes e interculturalidad, que son indispensables para otorgar atención a la salud con calidad y con calidez. Esos son algunos de los objetivos del área de institucionalización.

En el ámbito de la transversalización tenemos actividades interesantes. Por ejemplo, se va a incorporar un programa relacionado con la profesionalización de la partería, pues Hidalgo cuenta con un bagaje cultural muy rico en zonas con alta y muy alta marginación que se vinculan con la cultura indígena, como es la Huasteca, la Sierra Gorda y el Valle del Mezquital.

Por lo tanto, tenemos la necesidad de atención a la salud con enfoques de género, juventudes e interculturalidad, en particular respecto a la salud materna y perinatal, pues nos hemos enfrentado a grandes retos. En este sentido, tenemos la encomienda de profesionalizar a las parteras.

Experiencias en el PROIGS

Entre las acciones que se deben implementar a través del PROIGS, ¿cuáles consideras que han sido las más importantes en Hidalgo?

Todas. Además, respetamos los objetivos que nos marca el Programa. Tenemos el Centro de Entretenimiento Infantil (CEI), que ha sido una experiencia maravillosa, es una intervención ejemplar para muchos hospitales, por lo que estamos esperando poder implementar más.

Desde luego está la parte de capacitación y sensibilización al personal operativo y directivo, lo que aporta en la suma de logros.

Respecto al CEI, ¿cómo fue la experiencia de implementación?

Ha sido una experiencia maravillosa. Decidimos incorporar este servicio en la institución más grande y de mayor demanda, el Hospital General de Pachuca, que es de concentración y al cual llegan personas usuarias de la Huasteca, la Sierra Gorda y de muchas comunidades más. Desde esa perspectiva identificamos la necesidad de apoyar a las familias con las niñas y los niños.

Contamos con el apoyo del CNEGSR con el recurso financiero para el personal y eso ha generado cambios. Hasta el día de hoy, además de ser un centro conocido por la población, también ha ayudado al personal que labora en el propio

hospital. Hemos tenido experiencias en las que mujeres que están en la situación complicada de cuidar por algunas horas a sus hijas e hijos, son apoyadas por el CEI y eso ha dejado muchas satisfacciones. Esto se confirma en encuestas que hemos aplicado y en comentarios en el buzón de opiniones, quejas y sugerencias, adonde han llegado felicitaciones de la población beneficiada.

En cuanto a la vinculación entre las acciones que se promueven desde el CNEGSR y el trabajo de transversalización, ¿qué áreas de oportunidad identificas?

El tema de la igualdad y de los avances en la transversalización de la perspectiva de género es un trabajo diario que no termina. Las instituciones están haciendo lo propio, hemos observado a lo largo de este tiempo que el CNEGSR ha implementado políticas que dan respuesta a problemáticas como el hostigamiento y el acoso sexual, que son urgentes de atender y prevenir.

Consideramos que esta necesidad de ser gestor de más recursos financieros es importante, porque pareciera que en la implementación de las políticas públicas hay temas prioritarios y otros que no lo son tanto. Entonces, la asignación de recursos financieros es un reflejo de cómo nuestras autoridades a nivel nacional identifican dichas políticas.

El recurso financiero siempre ha sido un indicador del nivel de prioridad que tiene la política pública; por eso estamos gestionando y solicitando mayores recursos. No es la única solución, pero refleja la importancia que se le da a nivel nacional a las enfermedades en el área de prevención y promoción a la salud.

Otro reto del PROIGS, y de todos los programas, es la contextualización. Es una tarea difícil, pero considero que es fundamental, pues cada entidad es diferente y tiene ciertas particularidades y problemáticas. Si bien hay situaciones generales, a partir de las cuales se estipulan prioridades a nivel nacional, también hay problemáticas específicas que vale la pena analizar, porque muchas generan condiciones que propician que los estados se rezaguen o avancen en los logros hacia la salud.

No es lo mismo evaluar un indicador en Nuevo León que en Tabasco, Hidalgo o Yucatán, por lo que en la evaluación es importante contextualizar cada entidad, pues aun cuando hay problemáticas similares, las soluciones no son las mismas en cada estado.

Otra cosa importante, derivada de la alta movilidad de las personas responsables del PROIGS en las entidades, es asegurarse de que quienes llevan a cabo esta labor cuentan con la formación mínima en temas administrativos, gerenciales, de sensibilización y capacitación en género. Este no es un tema fácil y requiere de un profundo conocimiento y conciencia de la problemática.

Desconozco el caso de las demás entidades, pero como responsable del programa considero importante el diseño de un diplomado, seminario o maestría que fortalezca los temas de género y de igualdad, así como de administración.

El mayor reto es cómo vamos a institucionalizar la perspectiva de género en nuestras entidades, porque la suma de voluntades personales, de grupos y organizaciones puede generar resultados; sin embargo, para lograr cambios a mediano y largo plazo se requiere formalizar los procesos. Para ello es importante tener personal capacitado y especializado, que somos las y los líderes de todos los programas de acción específicos (PAES).

De acuerdo con tu experiencia en la implementación del PROIGS, ¿qué requieres para continuar con las tareas pendientes?

Yo pediría tres cosas. La primera es la vinculación con los PAES de todo el país y con los centros nacionales, esta es tarea de estos últimos, porque en las entidades vemos que bajan intervenciones y estrategias buenas y válidas, pero tienen coincidencia y vienen de distintos orígenes. Si a nivel estatal se complica unificar estas intervenciones, a nivel jurisdiccional y unidad de salud es aún más difícil. Esa es un área de oportunidad para el CNEGSR, la vinculación y comunicación efectiva con los demás centros y áreas nacionales que diseñan e implementan políticas públicas en salud.

La segunda es la capacidad de gestión financiera, de infraestructura, de capacitación y sensibilización a nuestro personal tomador de decisiones. La tercera tiene que ver con el diseño de políticas públicas contextualizadas, tal vez no para cada entidad, pero sí identificando grupos de entidades con problemáticas y situaciones similares.

¿Cómo identificar a estas regiones o grupos?

Hay indicadores que ayudan a diferenciarlas: el índice de desarrollo humano, la dispersión demográfica, la distribución de la riqueza y la marginación. Esto nos ayudaría a entender el contexto de seguridad y gobernanza, entre

otras cosas. A partir de ello, sería posible identificar y agrupar estas entidades para definir cuánto presupuesto se le otorgará con base en sus necesidades.

Para definir cómo evaluar los avances, todas las entidades van en el camino, pero otras van más avanzadas. Por lo tanto, agruparlas permite diseñar formas de evaluación y seguimiento acorde con el estatus que tiene cada una.

Respecto a qué se espera de cada entidad, seguro que lo referente a Hidalgo no es lo mismo que para Nuevo León, Oaxaca o Veracruz. Por ello, es importante tener identificadas estas tres cosas, para trabajar con los estados de manera diferenciada.



Una mirada al futuro

¿Cómo te ves en cinco años en todos los ámbitos de tu vida?

La parte personal va ligada a la profesional, porque desde niña he tenido el sueño de ayudar, incidir y generar cambios, tal vez solo en un grupo específico de personas, quizás en mi familia, pero sí quiero crecer en ese sentido. Hoy, creo que lo único que hacía falta para tener claridad en lo que quiero lograr, son esas gafas de género y de la lucha por los derechos humanos. Creo que esta herramienta, sumada a mi necesidad de ayudar en temas de salud, ha conformado algo que quiero lograr y es continuar ayudando a la población en mi entidad.

Me llama la atención el trabajo comunitario y para los grupos vulnerables de población, porque considero que hay que trabajar por estas comunidades en rezago, para alcanzar la reducción de las brechas de desigualdad en la sociedad.

¿En qué lugar te ubicas en cinco años?

Espero tener la capacidad de asumir mayor responsabilidad en la toma de decisiones en salud y a mediano plazo quiero estar a nivel nacional para nutrirme de las experiencias de otras entidades, creo que desde fuera se puede ver mejor mi estado. Para lograrlo, planteo estar en otras áreas con el mismo tema, creo que ya me casé con él y me apasiona. En cinco años, tal vez ya sea tiempo de regresar a mis orígenes y apoyar los temas de desarrollo social y comunitario con estos enfoques.

¿Consideras continuar estudiando un doctorado?

No es prioritario en mi vida y la maestría que curso actualmente es porque quiero entender más cómo funciona el ámbito hospitalario y cómo puedo incidir en los procesos desde el enfoque administrativo.

Estudiar un doctorado implica especializarme en un tema muy específico e investigar algo muy particular que tiene una gran valía. Es una experiencia muy importante, pero no es algo que esté planeando.

Considero que como persona, en mis prioridades está el desarrollo de una familia. No tengo hijas o hijos, no estoy casada y tampoco tengo novio, pero a lo mejor en algún momento de mi vida decida procrear. No está en mis planes en estos momentos y no sé si más adelante, pero tampoco es algo que haya decidido que no va a ocurrir, está en segundo plano, tal vez después de cinco años.

Desde que eras niña has trabajado al servicio de la población, ¿quieres continuar ese camino?

Sí, de hecho he ocupado algunos espacios de representación popular y tengo una formación política que es una herramienta más, como la maestría. Soy política por pasión, por tradición y por convicción, por lo que es posible que vuelva a ese camino en un corto o mediano plazo. Ya fui regidora y la primera presidenta de un partido político en mi municipio (PRI), así como la más joven. Ese hecho me dotó de experiencias en los temas que estoy desarrollando.

También quiero seguir aportando como presidenta y representante legal de la asociación civil que tengo. Además, no quiero dejar el trabajo comunitario, ha sido el nutriente activo de mi persona y me llena de satisfacciones personales.

Los diarios del cáncer de Audre Lorde: historias íntimas de violencia estructural normalizada

Alejandra Nallely Collado Campos*



©Dagmar Schultz. Del documental "Audre Lorde – The Berlin Years 1984 to 1992
(www.audrelorde-theberlinyears.com)

*“Porque soy una poeta negra que hace su trabajo, vengo aquí a preguntarte:
¿estás tú haciendo el tuyo?”¹*

* Licenciada en Comunicación Social y maestra en Estudios de la Mujer por la Universidad Autónoma Metropolitana-unidad Xochimilco. Investigadora en materia de comunicación y género. Promotora cultural y profesional en difusión y divulgación. Integrante fundadora de la estación UAM Radio, medio de comunicación universitario. Correo electrónico: ale.collado.campos@gmail.com

Audre Lorde se identificó a sí misma como una “guerrera, mujer, negra, madre, lesbiana, poeta”, con todas esas identidades fluyendo dentro de ella y sin reducirse a una sola. Nacida en Nueva York en 1934, esta escritora y activista continúa erigiéndose como una de las voces elementales del feminismo afroamericano. Tras 23 años de su muerte, su obra evidencia la importancia de narrar la propia experiencia para contar una parte de la historia de las mujeres, las negras, las madres, las lesbianas.

Debido a sus características raciales, por pertenecer a una clase social no privilegiada y por tener una preferencia sexual que “no le correspondía”, decidió utilizar la creación literaria y el activismo como herramientas de denuncia y crítica hacia la sociedad que la excluía, bajo la premisa de que todas esas vivencias no son únicas ni aisladas, sino múltiples y compartidas por muchas mujeres, todo el tiempo y en todos los lugares.

En este sentido, “Los diarios del cáncer”, libro publicado en 2008 por Hipólita Ediciones, es el resultado de las experiencias y reflexiones que la activista afroamericana habitó durante el proceso de diagnóstico del cáncer de mama, desde procedimientos médicos, como biopsias y otras pruebas, hasta la mastectomía.

La escritura formó parte fundamental en la práctica feminista de Lorde, por lo que sus anotaciones acerca de la mastectomía radical modificada y del cáncer de mama comienzan seis meses después de la intervención quirúrgica que le fue realizada. De esta forma, la autora seleccionó algunos escritos elaborados durante este periodo, los cuales “ejemplifica[n] el proceso de integración de esta crisis con [su] vida”,¹ y que permiten observar cómo se posiciona como una mujer después de una mastectomía, con las implicaciones que conlleva, como lo detalla en la introducción de este texto.

La feminista tenía la convicción de que la voz de cada experiencia particular tendría repercusiones tangibles para otras mujeres, funcionando como un aliciente para que, a su vez, ellas contaran su historia y pudieran llegar a más personas, sanar sus heridas a través de la ruptura de esos silencios opresores y también saberse acompañadas.

Las anotaciones diarias acerca de su experiencia con el cáncer de mama y con sus distintos procesos, también dan a conocer las injusticias, las diferencias, la falta de sensibilidad y la violencia estructural que muchas mujeres viven en las instituciones de salud, independientemente del procedimiento al que se enfrenten.

En este sentido, es necesario recordar que, en general, los procesos de atención médica y hospitalaria atraviesan el cuerpo de las mujeres de maneras singulares, como una suerte de repositorio en el que están contenidos los estigmas de su identidad, cuerpos que por tradición han de parir, ser necesariamente bellos y femeninos, para ser “normales” y aceptados. Por lo anterior, no es difícil imaginar que al remover alguno de los pechos de las mujeres existan implicaciones y consecuencias en su autopercepción.

Esto se hace evidente desde la primera nota del diario, fechada el 26 de enero de 1979, en la que la expresión del dolor y la desesperación remiten a los significados de vivir el cáncer de mama y de lo que hasta ese momento ha encarnado para la autora la vida post-mastectomía. Así, a lo largo de esta obra Audre habla en su totalidad desde el cuerpo: expone todas sus sensaciones, crisis, faltas, vacíos y los efectos físicos que la ansiedad, el miedo y la depresión le producen.



La lectura de este texto evoca la habitación de Lorde, los otoños transcurridos en un aislamiento sensible y esa especie de limbo emocional que la situaba entre la vida y la muerte, en un cuerpo que se encontraba vivo, pero que se sentía muerto y fragmentado por las ausencias palpables, porque en algún punto toda la situación hace sentir a Audre que sin un pecho jamás volvería a ser una mujer. ¿Una mujer? Una persona. Viva. Completa.

De esta forma, el primer capítulo está centrado en la escritura como liberación y como herramienta de acción. Por lo tanto, si no hubiera escrito este diario, de qué manera habrían podido leerlo otras mujeres con cáncer e identificarse con ella, o cómo las personas allegadas habrían podido comprender esa experiencia corporal de su compañera, amiga, hermana o madre. En este sentido, qué es un “diario personal”, sino un documento histórico que da cuenta de un contexto, un momento particular, del estado de una sociedad y sus instituciones; es decir, es una bitácora de la vida pública y privada de una persona escrita por ella misma.

Al respecto, Lorde enuncia: “tu silencio no te protegerá”, pues este puede ser la diferencia entre la víctima en la sombra y la guerrera que abandona la penumbra, que da a conocer sus circunstancias y contribuye a la transformación de las mismas:

¿Cuáles son las palabras que todavía no tienes? ¿Qué necesitas decir? ¿Cuáles son las tiranías que te tragas día a día e intentas hacer tuyas, hasta que te enfermes y mueras de ellas, todavía en silencio? Quizás para algunas de ustedes [...] soy la cara de alguno de sus miedos. Porque soy una mujer, porque soy negra, porque soy lesbiana, porque soy yo misma...¹

¿Cuántas mujeres conocemos que experimentan la sensación del cuerpo roto por la mastectomía y que hablen de su experiencia? Narrarse sin seno. Sin la mitad de su “ser mujer”. La sensación de soledad y retraimiento, además de los dolores físicos, termina por ahondar la sórdida experiencia corporal de este procedimiento y del miedo permanente a las consecuencias sombrías de vivir con cáncer de mama.

A este terreno se dirige Lorde en el segundo capítulo, en el que se remonta a marzo de 1978, cuando aún no era diagnosticada con cáncer de mama. En octubre de ese mismo año, la autora evoca el momento en el que, después de la intervención quirúrgica, despierta con un sobresalto de pérdida y carencia.

¿Qué fue lo que perdió Audre en la sala quirúrgica? ¿Quién era esa mujer sin seno que ahora escribía en su diario acerca del dolor y de un quebranto físico y emocional? ¿Quién era esa “no-más-mujer” que se veía en el espejo con un solo bulto en el pecho?

La vivencia de la autora refiere a una experiencia habitual que enfrentan las mujeres en los procesos que anteceden y preceden una mastectomía: no reconocerse en su propio cuerpo, no parecer una mujer ni sentirse como una de ellas. A eso se añade el dolor físico permanente, devenido de las posturas en las que se encuentran por tiempos prolongados, el suministro de medicamentos y el desorden completo de todos sus sistemas (digestivo, nervioso, circulatorio).

En las notas del diario también se pueden vislumbrar distintos procesos por los que transitó Lorde: el vértigo inicial después de las malas noticias; el rechazo a sí misma y a su cuerpo; el miedo de estar más cerca de la muerte que de la vida; la falta de autocontrol y de poder sobre ella misma; incluso la carencia de placer, de calor y de sonrisas. Son las consecuencias de la separación de una parte del cuerpo que la había acompañado durante toda su vida y sin el que ninguna mujer se imagina o que ninguna persona concibe a su madre, a su compañera de vida, a su hermana o a su tía.

En este punto es importante detenerse un momento en la lección acerca del consejo común de “soltar”, el cual aborda la autora. De pronto, es muy fácil, pedir a las personas que dejen ir algo o alguna situación, pero ¿cómo decir eso a una mujer? De acuerdo con Lorde es un proceso necesario y para ella fue una lección encarnada que no tuvo más remedio que aprender.

Lo anterior se vincula con las condiciones hospitalarias que rodeaba a Audre y que influyeron en su estado de ánimo y en la forma en que percibió los procesos por los que transitó, como fueron los instantes posteriores a la biopsia que le fue realizada:

El gong en mi cerebro de “maligno”, “maligno”, y las gélidas sensaciones de esa habitación frígida, atravesaron los restos de anestesia como una manguera de bomberos apuntada a mi cerebro. Lo único que podía focalizar era salir de esa habitación y entrar en calor. Grité y aullé y me quejé del frío y pedí por favor más frazadas, pero no las hubo. Las enfermeras se sintieron muy molestas por el griterío y me mandaron rápido a mi habitación [...] Yo no podía creer que este hospital no podía apagar el aire acondicionado o darme más frazadas.¹

Asimismo, la autora relata las sensaciones que vivió antes, durante y después de la cirugía, así como la forma en que el ambiente del hospital y las actitudes del personal de salud influyeron en su bienestar/malestar:

Está el horror de esas luces relampagueantes que pasaban sobre mi cara, y el sonido metálico de ruidos destripados que no tienen contexto ni relación conmigo [...]. Está la velocidad con que había dejado de ser una persona que era yo misma y me había convertido en una cosa sobre una camilla que debía ser entregada a Moloch [...] Recuerdo que grité y maldije de dolor en la sala de recuperación y recuerdo a una enfermera enojada que me dio una inyección. Recuerdo una voz que me decía que me callara porque ahí había gente enferma, y que yo dije, bueno, tengo derecho, porque yo también estoy enferma.¹

De esta forma, es importante evidenciar la función cardinal que cumple el personal de salud a cargo de la atención de estos casos, así como las políticas de cuidado del hospital para estas usuarias.

El caso narrado en este libro sucede en Estados Unidos a fines de la década de los 70 e inicio de los 80, en un momento histórico en el que asumirse negra y lesbiana resultaba ominoso e incluso peligroso. Los prejuicios de una sociedad también están encarnados en las personas servidoras públicas, quienes a su vez lo adquirieron, aprendieron y reforzaron en su entorno familiar y escolar, así como en su historia laboral.

Así, para Audre Lorde, como para otras mujeres, pareciera como si la institución hospitalaria tratara de mantenerla fuera de la realidad con somníferos que prolongaban su sueño y con tranquilizantes con los que permanecía sedada, ya sea para tratar el dolor o para evitar alguna reacción emocional incontrolable. Por otro lado, de acuerdo con la escritora, el apoyo psicológico y emocional que se brindaba en este caso consistía en:

...negar las realidades de nuestros cuerpos que acaban de sernos tan gráficamente enseñadas, y estos viejos y estereotipados modelos de respuesta nos presionan para que rechacemos la aventura y la exploración de nuestras propias experiencias, por más difíciles y dolorosas que sean (...).¹

La autora se refiere a la fijación constante y permanente de estandarizar los cuerpos. ¿Qué sucede si quería quedarse sin un pecho? Tal vez implicaría conocerse, aceptarse, amarse y descubrirse desde esa nueva constitución

corporal, valorando su experiencia, sus dolores y sus sensaciones. ¿Por qué disfrazar su realidad con un implante muerto o un sostén con relleno, solo para no verse diferente a todas las demás mujeres?

Tal como lo explica Lorde, una mujer que vivió la experiencia de la mastectomía no tiene menos valor si decide quedarse sin pecho. No es como si estos tuvieran un valor fijo que se pierde al extirparse en una cirugía de esta naturaleza y que se puede recuperar con un postizo para seguir igualando el valor. Por lo tanto, es necesario transmitir esta idea y apoyar las decisiones de la usuaria sobre su cuerpo y las que considere mejor para su sanación.



El trabajo de Audre Lorde

55

La denuncia de esta feminista inició antes de su experiencia con cáncer de mama, con trabajos como “La hermana, la extranjera” y “Zami. Una nueva forma de escribir mi nombre”. La constante de sus obras es la reafirmación de sus identidades como estrategia de lucha y su denuncia a través de la creación literaria. Así, desde su contexto, sus posturas e identidades, Audre cumplió una misión.

Entonces, en la atención pública en materia de cuidado de la salud, ¿cuánto podría hacerse por las mujeres que transitan por alguna fase de esta enfermedad? Con la cercanía a las usuarias y tomando en cuenta los distintos procedimientos que experimentan, ¿cuál es la misión de las personas servidoras públicas dedicadas al ámbito sanitario?

Más allá de las condiciones existentes en materia de políticas públicas, a lo que se puede apelar a partir de la historia de Audre Lorde es a la parte humana de quienes atienden y cuidan a estas mujeres en el ámbito laboral o familiar y por supuesto, a las perspectivas de género, de derechos humanos y de no discriminación en la salud pública.

Si bien es cierto que los procedimientos a los que tienen que enfrentarse las mujeres que viven con cáncer de mama están ceñidos a un protocolo médico, también deben corresponder a un manual que los estipule, regule y evalúe, en el cual el personal médico tiene responsabilidad humana, no solo laboral o institucional, sino de sensibilidad hacia las usuarias.

Por ello, es necesario observarse hacia el interior y evaluar las acciones propias, cuestionarse si en algún momento se ha incurrido en actos discriminatorios por motivos de prejuicios

referentes a la raza, género, clase social, situación de discapacidad, edad o algún otro rasgo específico de la identidad de otras personas. Es probable que dada la normalización de la violencia estructural que se encuentra filtrada en todos los ámbitos, sea difícil detectar estas actitudes, puesto que están interiorizadas. De esta forma, es fundamental reflexionar sobre la atención que se está brindando a las personas usuarias de un servicio público de salud.

En este sentido, es imprescindible que quienes estén a cargo de la atención de las mujeres con cáncer sean personas sensibles e involucradas en temas de salud, que incluyan en su actuar cotidiano los enfoques de los derechos humanos y de género. El trabajo humano es compatible con la labor institucional, por lo que es fundamental reforzar las conductas y actitudes con capacitaciones específicas que tengan aplicación en su trabajo diario.

La normalización y la interiorización de las diferencias producidas social y culturalmente provocan que no se cuestionen los roles, los estigmas, los patrones culturales y los comportamientos aprendidos. Por lo tanto, la violencia estructural en las instituciones es una expresión de poder desigual en las relaciones sociales y personales, e implica una violación a los derechos humanos de las mujeres, en este caso particular.

Sin duda, Audre Lorde llevó a cabo su trabajo y misión como guerrera, mujer, negra, madre, lesbiana y poeta visibilizando las violencias y exigiendo-ejerciendo su derecho humano a la salud y a la atención médica que requería de acuerdo con sus identidades. El trabajo mínimo que corresponde a las personas dedicadas a los cuidados de la salud es la incorporación de las perspectivas de género y de derechos humanos en la atención que brindan.

Referencias bibliográficas

1. Lorde A. Los diarios del cáncer. Rosario, Argentina: Hipólita Ediciones; 2008.

Diplomado en “Intervención con hombres desde un enfoque de género y las masculinidades”

Inicio: noviembre 2016

Hombres por la Equidad, A.C.
Nicolás San Juan, núm. 525, departamento 9
Colonia del Valle, Ciudad de México
Teléfono: (52 55) 1107-7797



Su objetivo es profundizar en la comprensión de la violencia de los hombres hacia sus parejas y familias desde un enfoque de género y los estudios de masculinidades con la finalidad de implementar estrategias de intervención psicoeducativas que contribuyan a la participación equitativa de los hombres en la sociedad y a detener la violencia hacia las mujeres.

www.hombresporlaequidad.org.mx

Facebook: [hombresporlaequidad](https://www.facebook.com/hombresporlaequidad)

Curso “Yo sé de género”

Modalidad virtual
Duración aproximada: 2.5 horas

ONU Mujeres
Centro de capacitación



El curso propone compartir conocimientos y concientizar sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, como primer paso para propiciar el cambio en la conducta y la incorporación de la perspectiva de género en el trabajo del personal de la ONU a nivel sede, regional y país. También está disponible para cualquier persona que desee incorporar estos saberes en sus tareas cotidianas, quienes recibirán un certificado al concluir los tres primeros módulos.

<https://trainingcentre.unwomen.org/course/index.php?categoryid=1>

Facebook: [numujeres](https://www.facebook.com/numujeres)

Reunión Nacional de Planeación del Programa Igualdad de Género en Salud

Con el fin de dotar de herramientas y estrategias para transversalizar la perspectiva de género en las 32 entidades federativas, del 23 al 25 de mayo se llevó a cabo la Reunión Nacional de planeación del Programa Igualdad de Género en Salud (PROIGS), en Toluca, Estado de México.

El equipo de trabajo de la Dirección de Género y Salud, encabezado por Norma A. San José Rodríguez, se enfocó en cuatro ejes: Programa de Cultura Institucional (PCI), transversalización de la perspectiva de género en salud, documentación de inequidades y ajustes en los indicadores del PROIGS.

De esta forma se llevaron a cabo presentaciones y talleres que permitieron a las y los 25 responsables estatales asistentes, a sus acompañantes y representantes, interactuar con el personal para plantear dudas, identificar áreas de oportunidad y proponer metas que permitan alcanzar los objetivos del Programa referido.



Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres 2016

“Los problemas de salud de las mujeres están relacionados con el complejo contexto económico, político y social de nuestro país”, señaló la doctora Aurora del Río Zolezzi en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, llevado a cabo el 26 de mayo en el auditorio del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. La directora general adjunta de Equidad de Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) añadió: “es fundamental reconocer cada una de las problemáticas y realizar un análisis desde los determinantes sociales de la salud, lo que permite incluir los enfoques de derechos humanos, igualdad de género y no discriminación en la búsqueda de las mejores soluciones posibles y el avance hacia la equidad sanitaria que incida en alcanzar el bienestar y la salud de las mexicanas”.

Además de la doctora del Río Zolezzi, quien acudió en representación del doctor Ricardo Juan García Cavazos, director general del CNEGSR, también formaron parte del presidium la licenciada Lorena Cruz Sánchez, presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres; el doctor Mucio Moreno Portillo, director del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y la doctora Amalia Ayala, asesora en Salud Familiar y Comunitaria de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud México, quien reiteró: “el derecho de las mujeres a gozar de salud integral a lo largo de todo su ciclo vital, es un derecho humano universal”.

Durante la segunda parte de esta conmemoración se llevó a cabo el panel “Políticas públicas de salud: incorporación a nivel transversal”, cuyo objetivo fue reflexionar sobre la inequidad de género y la desigualdad social, ambas presentes en la tarea de incorporar la perspectiva de género en políticas de salud. Este panel contó con la participación de la doctora María del Rosario Cárdenas Elizalde, coordinadora de la especialización y maestría en Población y Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, quien se enfocó en la “Información para la medición del estado de salud: características y propuestas”. Por su parte, la doctora María Asunción Lara Cantú, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” ofreció una ponencia sobre la socialización de género y salud mental.

Asimismo, la doctora V. Nelly Salgado de Snyder, del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, centró su participación en los “Estilos de vida, determinantes sociales y salud en mujeres” y la doctora Luz María Moreno Tetlacuilo, del Programa de Estudios de Género y Salud del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, expuso el tema “Algunos avances en la investigación sobre la salud de las mujeres”. Finalmente, la sexóloga Nancy Herrera García, del Instituto Mexicano de Sexología cerró el evento con el análisis “Retos y desafíos de la salud de las mujeres que tienen sexo con mujeres”.



4to. Foro Nacional de Lactancia Materna 2016. Ceremonia de Fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna

En los últimos tres años, la lactancia materna exclusiva en México incrementó de 14.4 a 30.8%, destacó el titular de la Secretaría de Salud, doctor José Narro Robles, durante la ceremonia de Fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que se realizó el pasado 1° de agosto. El funcionario federal subrayó que aun cuando la cifra es alentadora deben mantenerse los esfuerzos y fortalecerse todas las acciones para alcanzar el objetivo principal: el beneficio de la lactancia materna para la mayoría de la población infantil de nuestro país.

En las instalaciones del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPER), Narro Robles afirmó que la lactancia materna tiene un efecto positivo sobre la salud de las y los niños, así como para su futuro, por lo que reconoció el apoyo y la participación de los diferentes sectores de la sociedad que hacen posible avanzar en esta práctica.

Por su parte, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, doctor Pablo Kuri Morales, presentó la Estrategia Nacional de Lactancia, Acciones y Sigüientes Pasos y recalzó que la alimentación exclusiva al seno materno proporciona beneficios a corto y largo plazo, pues previene la desnutrición, fortalece el vínculo madre e hijo, mejora la capacidad inmunológica y disminuye el riesgo de vivir con sobrepeso, obesidad y diabetes.

Asimismo, Kuri Morales enfatizó que el desconocimiento y la falta de apoyo durante el parto son las razones más importantes por las cuales las madres no inician o continúan la lactancia. Por lo tanto, “el reto es aumentar el



número de niñas y niños que son alimentados al seno materno, desde el nacimiento y hasta los dos años de vida, posicionar el tema en la agenda y fortalecer la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en las instituciones”.

El subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud advirtió que en esta tarea es fundamental la capacitación del personal de salud y añadió que otra acción prioritaria es el fomento de los bancos de leche humana, de los cuales en nuestro país hay 20 en operación y 13 en proceso de implementación, así como 158 salas de lactancia en el territorio nacional.

Finalmente, el director general del INPER, doctor Jorge Arturo Cardona Pérez, indicó que esta institución se encuentra en vías de obtener la acreditación como Hospital del Niño y de la Niña, lo que se vincula con la lactancia materna, pues 71% de las madres atendidas en 2016 reportaron que sus hijas e hijos están lactando.

A este evento también asistieron la titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Laura Vargas Carrillo; la representante de Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en México, Gerry Eijkemans; la legisladora Araceli Madrigal Sánchez, secretaria de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados; la senadora Liliana Merodio, representante en México y el Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el representante de Un Kilo de Ayuda A. C., Pablo Reverte.



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 a 25 cuartillas (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 15 cuartillas. 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 solo 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-ElabCitasY-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 respecto 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

cnegsr.salud.gob.mx