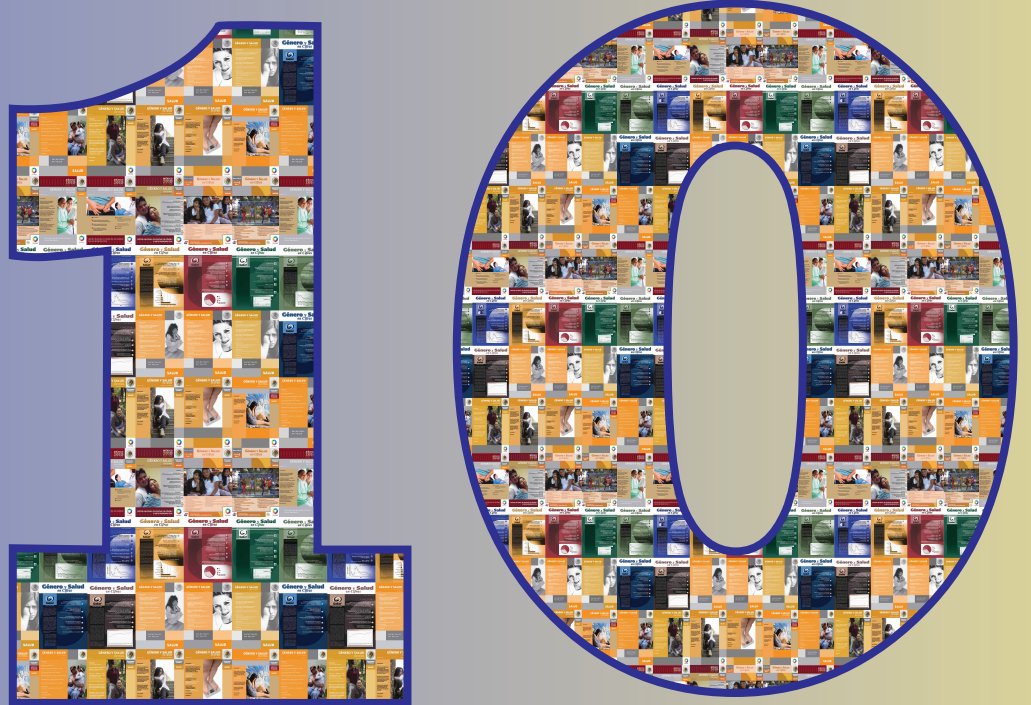




Mayo - Diciembre 2012  
MAY-DIC 2012  
GÉNERO Y SALUD en Cifras

Mayo - Diciembre 2012

Volumen 10  
Núm. 2/3



Años

# GÉNERO Y SALUD en Cifras

**Salud, género y derechos humanos**  
*Blanca Rico Galindo*

**GÉNERO Y SALUD en Cifras: una mirada innovadora en la salud pública**  
*Olivia López Sánchez*

**Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México**  
*Luz Arenas Monreal, Benno de Keizer, Pastor Bonilla Fernández, Sandra Treviño Siller, Isabel Hernández Tezoquipa(f)*

**Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010**  
*Raffaella Schiavon Ermani, Adrián Gabriel Delgado Lara, Patricia Veloz Ávila, Edna ML Corona Sánchez*

**Análisis de la construcción y reproducción de la masculinidad en la trata de personas: un enfoque revisionista con propuestas para impulsar el trabajo con hombres**  
*Mauro Antonio Vargas Urías*

**Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio**  
*José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez, Vicente Vargas Vite*

**Los derechos reproductivos y los hombres ante la interrupción del embarazo**  
*Elsa Guevara Ruiseñor*

**Vivencias de las mujeres trans: base para la formulación de políticas públicas**  
*Oralia Gómez-Ramírez y Frida García*

**Para compartir  
Detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino: obstáculos para la atención y seguimiento**  
*Delia Ramírez Cruz*

**Reseña del libro *La salud sexual y reproductiva de los jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención***  
*Jahel López Guerrero*

[www.cnegsr.gob.mx](http://www.cnegsr.gob.mx)



Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



**SALUD**

**GOBIERNO FEDERAL**



# SECRETARÍA DE SALUD

GÉNERO Y SALUD en Cifras - Vol. 10 • Núm. 2/3

Mayo - Diciembre

2012

<b>SECRETARIO DE SALUD</b>
Salomón Chertorivski Woldenberg
<b>SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>
Pablo Kuri Morales
<b>SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD</b>
Germán Fajardo Dolci
<b>CONSEJO DIRECTIVO</b>
Prudencia Cerón Mireles Aurora del Río Zolezzi
<b>COMITÉ EDITORIAL</b>
Héctor Ávila Rosas Raffaella Schiavon Ermani Ivonne Szasz Pianta Ma. Beatriz Duarte Gómez Yuriria A. Rodríguez Martínez Cecilia Robledo Vera Olivia López Sánchez Dubravka Mindek Jagic Luis Botello Lonngi
<b>SECRETARÍA TÉCNICA</b>
Cecilia Robledo Vera Ma. Guadalupe López García
<b>Comentarios y Correspondencia:</b> gysenc@gmail.com o cecilia.robledo@salud.gob.mx

GÉNERO Y SALUD en Cifras - Vol. 10 • Núm. 2/3, mayo-dic 2012. Publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Homero 213, 3er piso, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D.F., Tel + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.cnegsr.gob.mx. **Editoras responsables:** Cecilia Robledo Vera y Ma. Guadalupe López García. **Diseño editorial:** María Adriana García Hernández. **Impreso por:** Impresora y encuadernadora Progreso, S.A. de C.V (IEPSA), Calz. San Lorenzo 244, 09830, México, D.F. Este número se terminó de imprimir en el mes de octubre de 2012 con un tiraje de 3500 ejemplares. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Colaboración en la recopilación de materiales de este número: María Adriana Ulloa Hernández

Diseño de Portada: María Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR - Secretaría de Salud.

## Contenido

### Presentación

Yuriria Rodríguez Martínez - Directora de Género y Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ..... 1

### Especial de Aniversario

**Salud, género y derechos humanos**  
Blanca Rico Galindo ..... 3  
**Género y Salud en Cifras: una mirada innovadora en la salud pública**  
Olivia López Sánchez ..... 5

### Artículos

**Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México**  
Luz Arenas Monreal, Benno de Keijzer, Pastor Bonilla Fernández, Sandra Treviño Siller, Isabel Hernández Tezoquipa (†) ..... 7  
**Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010**  
Raffaella Schiavon Ermani, Adrián Gabriel Delgado Lara, Patricia Veloz Ávila, Edna ML Corona Sánchez ..... 17  
**Análisis de la construcción y reproducción de la masculinidad en la trata de personas: un enfoque revisionista con propuestas para impulsar el trabajo con hombres**  
Mauro Antonio Vargas Urías ..... 34  
**Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio**  
José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez, Vicente Vargas Vite ..... 44  
**Los derechos reproductivos y los hombres ante la interrupción del embarazo**  
Elsa Guevara Ruiseñor ..... 60  
**Vivencias de las mujeres trans: base para la formulación de políticas públicas**  
Oralia Gómez-Ramírez y Frida García ..... 69

### Para Compartir

**Detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino: obstáculos para la atención y seguimiento**  
Delia Ramírez Cruz ..... 77

### Reseña de libro

**La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de investigación**  
Jahel López Guerrero ..... 85

Para Descifrar ..... 88

Notigénero ..... 92

Información para autoras y autores ..... 99



Centro Nacional de  
**Equidad de Género y Salud Reproductiva**



# Género y Salud en Cifras

## Presentación

Tengo el agrado de presentar el segundo número especial con motivo del X Aniversario de **Género y Salud en Cifras**, en una edición doble, cuyo contenido abarca una serie de trabajos que tocan distintas temáticas relacionadas con la salud y los derechos humanos, además de incluir la opinión de dos especialistas quienes han estado presentes en diversas etapas de la revista, desde su creación y en la actualidad.

En la primera parte, la Dra. Blanca Rico Galindo reflexiona en su texto **Salud, género y derechos humanos**, sobre la importancia de incorporar la perspectiva de género, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud y el enfoque de derechos humanos, en las intervenciones y las mediciones del bienestar de la población. Durante su gestión como coordinadora del Programa Mujer y Salud de la Secretaría de Salud, antecedente del CNEGSR, la Dra. Rico impulsó, junto con otras autoridades de la dependencia federal, este proyecto editorial que a la fecha sigue vigente.

A su vez, la Dra. Oliva López Sánchez, integrante del Comité Editorial desde 2008, narra su experiencia en este órgano colegiado y su papel en la revisión de los contenidos de cada número en **Género y Salud en Cifras: una mirada innovadora en la salud pública**. Ella subraya cómo las investigaciones de corte cualitativo y mixto (con datos desagregados por sexo) permiten conocer y entender las trayectorias de los padecimientos, así como sus diferentes manifestaciones entre mujeres y hombres, y que se deben recuperar para la planeación de acciones en el campo de la salud.

**Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México** es una aportación de Luz Arenas Monreal, Benno de Keijzer, Pastor Bonilla Fernández, Sandra Treviño Siller e Isabel Hernández Tezoquipa (†), en la que se presentan los resultados de un estudio de la influencia que el género ejerce sobre el autocuidado de hombres y mujeres universitarias que laboran en instituciones de salud en México. En el componente cualitativo se encontró que las mujeres del grupo estudiado realizan más prácticas de autocuidado que los hombres, y son ellas quienes apoyan a las/os demás integrantes de la familia para su propio cuidado; en tanto que esa práctica no se ubica como un aspecto de la construcción de la identidad masculina, por lo que consideraron fundamental ahondar en los estudios al respecto, considerando la variable de género.

Raffaella Schiavon Ermani, Adrián Gabriel Delgado Lara, Patricia Veloz Ávila y Edna ML Corona Sánchez exponen los resultados de la **Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010**, con la conclusión de que las acciones comunitarias revisadas impactan en la referencia y acceso oportuno de las mujeres embarazadas a los servicios de salud, aunque todavía se requiere de su fortalecimiento e incrementar la participación de actores comunitarios para lograr mayor equidad y crear un sistema de salud más participativo y democrático.

**Análisis de la construcción y reproducción de la masculinidad en la trata de personas: un enfoque revisionista con propuestas para impulsar el trabajo con hombres**, es la colaboración de Mauro Antonio Vargas Urías, quien revisa la masculinidad tradicional en México y cómo se refleja en el problema de la trata de personas. Sus propuestas se enfocan en la prevención para cambiar patrones culturales y sociales que contribuyen en la comisión de ese delito cometido principalmente por hombres.

En el artículo **Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio**, José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez y Vicente Vargas Vite presentan al modelo de parto humanizado con un enfoque de interculturalidad, enmarcado en el respeto de los derechos humanos de las mujeres y de las/os recién nacidas/os. Los autores resaltan la importancia de implantar ese modelo en todos los servicios de atención materna y perinatal del Sistema Nacional de Salud.

En este número, Elsa Guevara Ruiseñor presenta **Los derechos reproductivos y los hombres ante la interrupción del embarazo**. A partir de los testimonios de mujeres y hombres que se han enfrentado a la decisión —o imposición— de interrumpir un embarazo, se propone hacer visible el papel que toman algunos hombres, parejas de mujeres que tienen que recurrir a esa práctica. La autora muestra los costos físicos, emocionales, legales, morales o económicos, que recaen principalmente en las mujeres, lo que se agudiza cuando no reciben apoyo por parte de su compañero.

Finalmente, Oralia Gómez-Ramírez y Frida García, en **Vivencias de las mujeres trans: base para la formulación de políticas públicas**, enfatizan la importancia de considerar el tema de la diversidad sexual en la toma de decisiones en el sector salud para contribuir a la formulación de políticas públicas y de salud adecuadas y en consonancia con las realidades de las personas transexuales, transgénero y travestis.

La sección **Para Compartir** incluye el trabajo de Delia Ramírez Cruz, **Detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino: obstáculos para la atención y seguimiento**. La autora destaca los aspectos culturales, relativos al género, que limitan a las mujeres su acceso a los servicios de prevención y detección temprana para asegurar su tratamiento oportuno.

En este número presentamos también la **Reseña** de Jahel López Guerrero sobre el libro *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención*, obra coordinada por Adriana Leona Rosales Mendoza y Samantha Mino Gracia. Además, encontrarán las secciones **Para Descifrar** y **Notigénero**. En especial compartimos con gran satisfacción el refrendo de la certificación del CNEGSR en el cumplimiento de la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres, como resultado del proceso de vigilancia realizado el pasado mes de junio.

En esta ocasión tan especial, extendemos nuestro más amplio agradecimiento a quienes han contribuido a que **Género y Salud en Cifras** haya llegado a una década de vida: autoras y autores, el Consejo Directivo, especialistas quienes participan en el proceso de dictaminación de artículos, las y los integrantes del Comité Editorial, el secretariado técnico, personal de la Dirección de Género y Salud, y a quienes de diferentes maneras han participado a lo largo de diez años en este proyecto de divulgación del CNEGSR.

**Yuriria A. Rodríguez Martínez**  
**Directora de Género y Salud**  
**Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.**

**Género y Salud**  
*en Cifras*

# Salud, género y derechos humanos

Blanca Rico Galindo<sup>i</sup>

Agradezco que me hayan invitado a colaborar en la revista *Género y Salud en Cifras* en su décimo aniversario, y me sumo con entusiasmo a la celebración. Siendo una de las impulsoras de este proyecto, es obvia la importancia que desde mi punto de vista tiene documentar las diferencias que la condición de género imprime a la salud de mujeres y hombres, y esta publicación ha sido el único esfuerzo que se ha hecho en nuestro país, de manera permanente y sistemática, a lo largo de esta década.

El trabajo de muchos años del movimiento feminista por llamar la atención de las diversas instituciones del Estado, sobre las diferencias que han puesto a las mujeres en situaciones de desventaja respecto de los hombres, se inició por los derechos civiles y políticos, con las sufragistas, que no lograron el derecho al voto para las mujeres en México sino hasta 1953. Desde entonces a la fecha, lentamente, estas desigualdades han sido documentadas en todos los ámbitos del desarrollo y del quehacer humano, a través de la incorporación de la perspectiva de género, que por su traducción directa del inglés (*gender*), genera cierta confusión en nuestro idioma.

El sector salud ha sido muy resistente a ponerse los lentes con el color del cristal del género, y fue apenas al inicio de la primera década del siglo XXI, en estos últimos años, que finalmente se logró que las estadísticas en ese campo se hayan empezado a desagregar por sexo, lo que permitió realizar análisis que han arrojado resultados para reconocer mejor, incluso, el impacto que las diferencias biológicas imprimen sobre la población, en padecimientos que afectan a ambos sexos —como la diabetes o la hipertensión—, y no digamos en aquellos que nos perjudican de manera distinta por la influencia que tienen los desiguales roles sociales asignados a mujeres y hombres; es decir, por las diferencias de género.

Quisiera señalar que la frase célebre “**lo que no se mide, no existe**” que ya se ha vuelto lugar común, es una verdad en este mundo donde todo lo que se toma en serio —y el trabajo del Estado debe tomarse muy en serio—, debe ser analizada y evaluada, y eso es precisamente lo que *Género y Salud en Cifras* está contribuyendo a hacer.

Desafortunadamente todavía hay cosas que no se están midiendo en el sector salud y que, a mi juicio, son básicas para que existan. Desde que en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como “el estado completo de **bienestar** físico, mental y social **y no solamente la ausencia de enfermedades**”, el concepto ha sido repetido cual letanía, por estudiantes y personal médico, paramédico y salubristas; sin embargo, en más de medio siglo, el sector salud no parece haberlo comprendido.

Hago esta afirmación remitiéndome a las pruebas: en lo que se enfoca el sector salud es fundamentalmente en la enfermedad, sea de manera preventiva o curativa, y lo que estudia, mide y registra son indicadores de morbilidad y mortalidad en los servicios de salud, casi de manera exclusiva.

Habitualmente, el análisis de las intervenciones y los estudios sobre el bienestar de la población, en general, o de los individuos, en particular, brillan por su ausencia. Han sido economistas quienes han ido construyendo algunos

---

<sup>i</sup> Médica cirujana con maestría en Ciencias Biomédicas en el área de Inmunología de la UNAM. Directora Ejecutiva de la Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, A.C. Correspondencia: blanca.rico@semillas.org.mx

indicadores de bienestar, aunque por obvias razones, los datos se centran en aspectos de ingresos y de bienes materiales.<sup>1</sup> A pesar de lo contundente de la evidencia científica que relaciona los determinantes sociales como definitivos para mejorar la salud de las poblaciones, éstos no suelen estar en el radar del sector salud, aun cuando están estrechamente vinculados con el bienestar.

La misma OMS no tiene dentro de su estructura un área o cuando menos un grupo encargado de estudiar y proponer políticas para —e indicadores sobre— el bienestar de la población; inclusive, hace apenas siete años, en 2005, estableció por primera vez un cuerpo encargado de estudiar ese aspecto: la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.<sup>2</sup> Inmediatamente después de la definición de salud de la OMS, aparece que el bienestar consiste en que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Por lo tanto, es claro que se necesita un cambio de paradigma para que estos factores entren al radar del sector, puesto que han pertenecido a otros sectores como el de Desarrollo Social, Educativo, de Vivienda, a la Comisión Nacional del Agua, de Derechos Humanos, etcétera, y solo en asuntos muy puntuales y para coyunturas específicas, se articulan con el sector salud.

Hay otros determinantes de la salud que han sido todavía menos tomados en cuenta, como la equidad en un sentido amplio, que incluye de manera fundamental la brecha entre la población rica y la pobre, que ha crecido de manera desmedida desde hace por lo menos 30 años, y la equidad de género.

Respecto a la equidad de género, Kofi Annan, anterior Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) relacionó elocuentemente, en la siguiente cita, la salud sexual y reproductiva —uno de los aspectos donde la inequidad de género golpea fuertemente a la salud de las mujeres— con los derechos humanos y el desarrollo:

No pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la pobreza y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y la salud reproductiva.<sup>3</sup>

La incorporación de la perspectiva de género, de la mirada étnica, de los determinantes sociales y del bienestar, y por lo tanto, con una perspectiva de derechos humanos, supone un verdadero cambio de paradigma, indispensable si se quiere avanzar hoy en salud pública.

## Referencias Bibliográficas

1. Borghesi S, Vercelli A. Happiness and health: two paradoxes. *Journal of Economic Surveys* 2012 april;26(2):203-233.
2. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Preguntas y respuestas. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html)
3. Vergara M. Población y desarrollo, prioridad para la agenda legislativa. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Comentario. Jopará, Paraguay 2005, julio año 5;(21):3. Disponible en <http://www.unfpa.org.py/download/jopare21.pdf>

# GÉNERO Y SALUD en Cifras: una mirada innovadora en la salud pública

Oliva López Sánchez<sup>i</sup>

En el 2008 fui invitada a integrarme al Comité Editorial de *Género y Salud en Cifras*. Debo confesar que las primeras reuniones de este cuerpo colegiado a las que asistí me descubrí un poco tensa, pues *Género y Salud en Cifras*, publicación que yo misma había consultado algunas veces y para la que también había contribuido con algún artículo, presentaba, a mi parecer, una línea “muy epidemiológica y cuantitativa”, lo cual contrasta un tanto con mi inclinación científica social. Si bien considero importante esta línea de trabajo —y la retomo—, en los años recientes hemos hecho patente el esfuerzo por rescatar la parte subjetiva de los procesos sociales que se investigan en salud pública, con base en metodología cualitativa que complementa a la cuantitativa y proporciona una visión integral y más humana. Me temía que mi postura estuviera fuera de lugar.

Con el paso de los meses, y ahora puedo decir de los años, me siento muy cómoda; realmente disfruto pertenecer al Comité Editorial por varias razones: primero, por la seriedad del proceso de preparación de cada número, desde la recepción de las colaboraciones, la revisión técnica, la dictaminación por especialistas, la devolución de los textos a las/os autores, y la revisión final y corrección de estilo por la secretaria técnica, para enseguida convocar al Comité, previo envío de los contenidos para ser discutidos. Segundo, me resulta un placer compartir con sus integrantes cada reunión, pues se supondría que es un mero formalismo, como suele suceder incluso en las revistas más prestigiadas, sobre todo si, como lo he referido, cada uno de los materiales

por publicar ha pasado por varios filtros, pero no es así. Las reuniones de Comité son apasionadas, porque cada integrante expone sus puntos de vista y en la mayoría de las ocasiones se revisa cada material página por página.

Justo esa es la riqueza del órgano de consulta conformado por médicos y médicas, antropólogas, sociólogas y especialistas en estudios de género. Y relato todo esto porque constituye el trabajo valioso e invisible en una publicación que ha vivido los embates del presupuesto y la falta de recursos humanos para su preparación. Suele pasar, como la limpieza y la comida en la casa, no se notan hasta que se dejan de hacer.

Mantener una publicación como *Género y Salud en Cifras*, amén de depender de las disposiciones políticas en el campo de la salud, a todas luces ha sido resultado también de la voluntad, esfuerzo y persistencia de un grupo de mujeres y hombres que siempre están en búsqueda de colaboraciones, que impulsan y hacen todo a su alcance por darlas a conocer a través de la revista.

Después de cuatro años de participar en el Comité regularmente, he visto reforzada la tarea editorial de manera importante en *Género y Salud en Cifras*; de ser una publicación con un formato, digo yo “muy médico”, a otra que da cabida a contribuciones de carácter cualitativo que presentan análisis desde diferentes disciplinas sociales aplicadas a la temática de salud pública.

<sup>i</sup> Profesora-investigadora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Premio de Investigación 2009 de la Academia Mexicana de Ciencias, área de Humanidades. Integrante del Comité Editorial de *Género y Salud en Cifras*. correspondencia: olivalopez@campus.iztacala.unam.mx

Los más recientes números tienen un formato distinto, armonioso, atractivo, con fotografías de calidad documental importante, que no solo ilustran cada uno de los artículos, sino que además, inscriben en la publicación la instantánea social del tema en cuestión como lo es la portada del volumen 9, núm. 2 que trata sobre la diversidad sexual y la salud durante el embarazo.

En la revista hay secciones interesantes como “**Para Compartir**”, en donde se presentan resultados de experiencias en la práctica de la salud pública que incorporan la perspectiva de género y que constituyen un referente de la potencialidad y las ventajas de su aplicación; “**Reseña de libros**”, que resulta fundamental para dar a conocer el valor de investigaciones desde las ciencias sociales, humanas y médicas con perspectiva de género en el campo de la salud, y “**Para Descifrar**”, espacio con datos y estadísticas útiles para consultar y tener en cuenta en el momento de generar análisis, de impartir clases y de exponer frente a un público los temas de salud y género.

Ahora bien, al principio dije que la publicación me parecía “muy epidemiológica y cuantitativa”; quiero insistir, no es que desdeñe lo numérico y lo estadístico, pero siempre es importante contar con colaboraciones que profundicen sobre los aspectos sociales, culturales e históricos en los cuales se manifiestan los sentidos subjetivos de mujeres y hombres, respecto de los procesos salud-enfermedad-atención.

Las representaciones sociales y las prácticas de la salud son aspectos medulares a tomar en consideración para implementar las políticas públicas en el campo de la salud en todas y cada una de las áreas, no solo en la sexual y reproductiva. Cuando las y los autores ofrecen análisis sólidos sobre las implicaciones de la trayectoria de las enfermedades de acuerdo al género, nos permiten entender, por ejemplo, por qué son más las mujeres que mueren por diabetes mellitus con respecto a los varones, o por qué los varones obtienen diagnósticos tardíos en diabetes mellitus.

Evidentemente, el solo dato epidemiológico segregado por sexo y el discurso médico, no podrían explicar lo que se está jugando en la arena social en materia de procesos de la salud y, sobre todo, en las representaciones y prácticas del cuidado de la misma en hombres y mujeres, fenómeno tan de la mano con la identidad y el rol de género.

Así nos lo dejaron ver las doctoras Aurora del Río Zolezzi y Yuriria A. Rodríguez Martínez, la licenciada Cecilia Robledo Vera y la maestra Irma Blas Rodríguez, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en su valioso trabajo “Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus en México” que en el 2008 ganó el concurso “Buenas Prácticas que incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género en Salud”, convocado por la Organización Panamericana de la Salud.

De 44 experiencias provenientes de 18 países, el trabajo presentado por quienes he citado fue el ganador de este reconocimiento. Los contenidos y reflexión de tal investigación sirven de ejemplo para destacar la importancia de la perspectiva de género, y los estudios desde la antropología y la sociología médica que han sido vitales para visibilizar lo que por milenios se ha naturalizado en los cuerpos de hombres y mujeres.

En ese sentido, la perspectiva de género es una estrategia analítica para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres y evidenciar que las representaciones sociales de lo femenino y lo masculino constituyen un conocimiento cultural e histórico de la diferencia sexual y no un dato natural y mucho menos neutro que pasa por la lente de la biología.<sup>ii</sup>

Estudios con perspectiva de género en salud nos posicionan dentro del paradigma interpretativo-comprensivo de las ciencias sociales, que buscan describir y comprender, en este caso todos y cada uno de los elementos sociales y simbólicos que se juegan en la salud de hombres y mujeres.

Las investigaciones de corte cualitativo y mixto están permitiendo conocer y entender las trayectorias de todo tipo de padecimientos, así como sus diferentes manifestaciones entre mujeres y hombres. Recuperar las explicaciones que ellas y ellos dan a los padecimientos tiene valor indiscutible para el trabajo de organización y planeación de las acciones de todo tipo en el campo de la salud. Por lo tanto, la revista, que ahora cumple su primera década, resulta ser un medio muy valioso de tenerse en cuenta para innovar la mirada, la política y las acciones de salud en favor de mujeres y hombres.

ii Scott J. Género e Historia. México: Fondo de cultura Económica; 2008



# GÉNERO Y AUTOCUIDADO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN MÉXICO<sup>i</sup>

Luz Arenas Monreal,<sup>ii</sup> Benno de Keijzer,<sup>iii</sup> Pastor Bonilla Fernández,<sup>iv</sup>  
Sandra Treviño Siller,<sup>v</sup> Isabel Hernández Tezoquipa<sup>vi(†)</sup>

## Resumen

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio cuanti-cualitativo en el que se analiza la influencia que el género ejerce sobre el autocuidado de mujeres y hombres universitarios que laboran en instituciones de salud en México. La investigación se realizó de marzo del 2000 a febrero del 2001 en un hospital general y una institución que efectúa investigación en salud, ambas pertenecientes al Sistema Nacional de Salud en México.

La población participante en este estudio fueron los profesionistas universitarios que laboraban en dichas instituciones, con edades entre 40 y 50 años, quienes contestaron un cuestionario. Del total, 142, se eligió un subgrupo integrado por cuatro varones y cuatro mujeres para aplicar entrevistas en profundidad.

En las variables con significancia estadística por género se encuentran el consumo de bebidas alcohólicas (68% varones y 51.5% mujeres,  $p=0.030$ ), utilización de condón (2.8% varones y 9.7% mujeres,  $p= 0.002$ ), sobrepeso (50% varones y 31.4% mujeres,  $p=0.078$ ).

En el componente cualitativo se encontró que el cuidado de los miembros de la familia recae en las mujeres de este grupo y que hay una diferencial de autocuidado por género.

## Introducción

Diversos autores señalan que el género, junto con la clase social, ocupación y etnia, marca una clara influencia en las experiencias de vida y envejecimiento,<sup>1</sup> en el cuidado de la salud, el tipo de enfermedades, las causas de muerte y en la esperanza de vida entre hombres y mujeres.<sup>2,3,4</sup> Esta manera diferenciada de vivir, enfermar y morir evidencia que existen prácticas y comportamientos distintos de acuerdo con la condición de género, entre otras.

El género se define como una categoría dinámica, construida socioculturalmente y que parte de la interpretación que cada cultura da a las diferencias biológicas sexuales. A través de los procesos de socialización, hombres y mujeres incorporan expectativas sociales, valores, maneras de interpretar el mundo y prácticas específicas dentro de la vida cotidiana que repercutirán de manera significativa a lo largo de toda la vida. Es por medio de la socialización que se construyen las identidades femenina y masculina y que se van desarrollando una serie de conductas y hábitos diferenciados que impactan en la condición de salud-enfermedad.<sup>5</sup>

<sup>i</sup> Se reproduce con la autorización de las y los autores. El texto se adecuó al formato de un artículo de revista, con cambios mínimos.

<sup>ii</sup> Doctora en antropología, Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud (CISS)/Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Correspondencia: mareanas@insp.mx

<sup>iii</sup> Doctor en salud mental comunitaria, ISP/Universidad Veracruzana/Salud y Género, A.C. Correspondencia: bennodek@hotmail.com

<sup>iv</sup> Maestro en Ciencias, CISS-INSP. Correspondencia: pastor.bonilla@insp.mx

<sup>v</sup> Doctora en antropología, CISS-INSP. Correspondencia: sandra.trevino@insp.mx

<sup>vi</sup> Doctora en sociología, CISS-INSP



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

Estas conductas y hábitos constituyen un sistema de percepción, pensamiento y acción que Bourdieu denomina *habitus*, el cual explica las disposiciones diferenciales de mujeres y hombres ante la salud, la enfermedad y el cuidado.<sup>6</sup> Así, diversos trabajos señalan cómo el ser hombre se relaciona con diversas conductas de riesgo específicas: mayor incidencia en accidentes de tránsito, alcoholismo, lesiones por violencia, accidentes laborales.

Por su parte, el ser mujer, en muchos contextos culturales, se asocia con la subordinación, colocándola en diversas situaciones de violencia y de riesgo en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. La condición femenina conlleva asimismo una serie de tareas de cuidado de las/os otras/os, que las lleva a limitar su propio autocuidado.<sup>7-10</sup>

El sexo divide a la humanidad en hombres y mujeres en la dimensión biológica, y el género en la dimensión sociocultural;<sup>vii</sup> el sexo explica la exclusividad del cáncer prostático en los hombres y el cérvico uterino en las mujeres, pero es el género el que permite entender la mayor frecuencia del cáncer pulmonar en los hombres.<sup>4</sup> En muchos padecimientos se articulan vulnerabilidades que combinan lo biológico y lo social como en el VIH y el alcoholismo.

Los varones viven con privilegios sociales que tienden a convertirse en desventajas para su salud y específicamente para su autocuidado. La masculinidad exige que los hombres, para afirmarse en su identidad, establezcan relaciones de dominio y corran riesgos, lo que les genera dificultades para establecer acciones de autocuidado.<sup>8-10</sup>

De Keijzer propone analizar a esta masculinidad como *factor de riesgo*, para lo cual plantea que los riesgos se presentan en al menos tres ejes: para las mujeres, niños y niñas; entre hombres y para el hombre mismo. Este tercer eje es el que se vincula directamente con el autocuidado; no obstante, la manera de interrelacionarse con la pareja, la familia y con sus pares influye también en las áreas emocional y social del autocuidado de los hombres. Su tendencia a tener dificultades para la expresión de emociones y sentimientos, constituye un detrimento del autocuidado y su salud.<sup>9</sup>

Szasz señala que la identidad de género puede tener consecuencias en la salud a partir de la percepción que se tiene del propio cuerpo, su uso y su cuidado.<sup>11</sup> Otra de las

consecuencias de la socialización diferencial se encuentra en el papel que la sociedad le ha delegado a la mujer acerca del cuidado de la salud de las y los otros.

Menéndez señala que esta cercanía de la mujer con el proceso salud-enfermedad-atención propicia que realice en mayor medida acciones de autocuidado,<sup>12</sup> aunque Hernández Tezoquipa, *et al*, reportan que las mujeres suelen postergar su propio autocuidado<sup>viii</sup> por cuidar a las/os otras/os miembros de la familia.<sup>13</sup> Por el contrario, diversos autores señalan que los varones perciben su cuerpo como un instrumento de trabajo para ser utilizado y controlado sin escuchar sus necesidades;<sup>9,10,14</sup> de esta forma, Valdez y Olavarría afirman que los varones presentan una noción de invulnerabilidad que los conduce a la búsqueda de riesgos y limitación de acciones de autocuidado.<sup>15</sup>

Esta percepción del cuerpo se refleja en las distintas formas de morir de hombres y mujeres. En el análisis de la mortalidad general para la región de las Américas, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobresale que en el continente, dos problemáticas de las diez principales causas de mortalidad general de hombres no figuran en las causas de defunción de mujeres. Estas son las agresiones y homicidios y los accidentes de transporte terrestre.<sup>16</sup>

En el caso de México, las estadísticas muestran una clara sobremortalidad masculina que llegó a su punto más bajo en 2005 con un porcentaje de 23%, para comenzar a aumentar de nuevo hasta 27.3% en el 2009, junto con el franco incremento de la violencia social ligada al narcotráfico.<sup>17</sup> En México, los hombres presentan un consumo mayor de bebidas alcohólicas que las mujeres. La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 reporta que ocho de cada 1000 personas informaron consumirlas todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. El consumo consuetudinario presenta una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las mujeres adolescentes.<sup>18</sup>

El análisis de género es igualmente central para entender los riesgos específicos provenientes de la división sexual del trabajo, y cómo la actividad laboral es asumida y vivida de manera diferencial entre mujeres y hombres.<sup>19,20</sup> Ante estos datos se ha señalado la necesidad de realizar

vii A pesar de que en lo biológico existen los intersexos, la mayoría de las culturas generalmente admiten sólo dos géneros claramente diferenciados.

viii En la investigación citada de Hernández Tezoquipa, ese grupo de mujeres postergan el cuidado de sí mismas, aunque están conscientes de que necesitan atención. Por el contrario los varones no hacen consciente la necesidad de autocuidado porque lo relacionan con debilidad.



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

investigaciones que aporten información para diseñar estrategias que promuevan el autocuidado y la salud tanto de mujeres como de varones.<sup>21</sup>

En este estudio, el concepto de autocuidado se ubicó dentro de la antropología médica, de tal manera que se define como el conjunto de acciones que cada persona (sin el apoyo de profesionales de la salud) puede realizar en la vida diaria para potenciar la salud en las dimensiones física, emocional y social. Se entiende que el autocuidado es resultado de la acción de determinantes sociales, aspectos socioculturales, patrones familiares, experiencias previas y percepciones individuales.<sup>22</sup>

El objetivo de este manuscrito es analizar la influencia que el género ejerce sobre el autocuidado en mujeres y hombres universitarios que laboran dentro del contexto de instituciones de salud.

## Material y métodos

### Estudio cuanti-cualitativo realizado de marzo del 2000 a febrero del 2001

#### Componente cuantitativo

**Población.** El estudio cuyos resultados aquí presentamos fue aprobado por los comités de Investigación y de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. La investigación se efectuó en un hospital y en una institución de investigación en salud donde se aplicaron los instrumentos metodológicos; se solicitó al departamento de personal una plantilla para identificar a profesionistas universitarios/as que pertenecieran al grupo de edad entre 40 y 50 años.<sup>ix</sup>

Además de la edad, las y los profesionistas fueron seleccionados por contar con grado universitario, tanto de áreas de la salud como ajenas a la misma, quienes laboraban en las instituciones mencionadas y ejercían en esos momentos su profesión.

**Variables.** *Género:* Construcción social sistemática de lo masculino y lo femenino que está poco o nada determinada por la biología (sexo), presente en todas las sociedades y que permea todas las dimensiones de la vida social y privada.

*Autocuidado.* Esta variable contempló los siguientes aspectos: peso corporal, tipo de dieta, ejercicio físico, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, sueño/descanso, actividades de esparcimiento, acatamiento de las normas de circulación vial, aseo dental, visitas al dentista y al urólogo, frecuencia de *Papanicolaou*, uso de condón y sexo protegido, autoexploración de mama, estado de ánimo, facilidad o dificultad para la expresión de sentimientos, pensamientos positivos y negativos hacia sí mismo/a y los demás, satisfacción/insatisfacción con auto-imagen, proyecto de vida, desarrollo personal y profesional, situación laboral y económica, calidad de la comunicación interpersonal y de las relaciones familiares, participaciones en asociaciones o grupos.

**Instrumento.** Para el levantamiento de información se

<sup>ix</sup> El autocuidado de la salud varía en las distintas etapas de la vida, es decir, las prácticas de cuidado a la salud que se prodigan los adultos jóvenes son diferentes de aquellas que se proporcionan los adultos maduros; por tal razón se eligió el grupo de edad entre 40 y 50 años porque habría dificultades metodológicas al analizar las prácticas de autocuidado en adultos de distintas edades.

diseñó un cuestionario pre-codificado de auto-aplicación que incluyó cuatro áreas: datos demográficos, salud de las áreas física, emocional y de la vida de relación.

La confiabilidad de este instrumento se estableció de la siguiente manera: se seleccionaron 10 informantes típicos, es decir, que reunieran las características de las/os participantes del universo de trabajo, y a cada uno de ellas/os se les aplicó el cuestionario para: a) asegurar que los términos usados en el mismo tuvieran la misma connotación para la población encuestada que la que está usando el/la investigador y, b) para indagar si la respuesta de las/los encuestados es fidedigna, lo cual se hizo mediante la inclusión de preguntas cruzadas y de cotejo para establecer el grado o coeficiente de consistencia.

Una vez realizada esta validación del instrumento se le hicieron los ajustes convenientes para obtener un lenguaje unívoco y con las preguntas que aseguren un grado de consistencia en las respuestas mayor de 8. Posterior a la aplicación de confiabilidad en el instrumento se aplicó una prueba piloto en un grupo de profesionistas de la salud y universitarias/os de áreas distintas a la salud, ajenos al universo de trabajo; por último, se hicieron las correcciones pertinentes y se aplicó en la población sujeto de estudio.

**Análisis.** Utilizando el paquete estadístico STATA 6.0 se llevó a cabo un análisis exploratorio de los datos para conocer las características generales de la población de estudio, y mediante tablas de contingencia y usando la prueba de  $\chi^2$  de Pearson a un nivel de confianza del 95%, se establecieron diferencias estadísticas en el autocuidado entre hombres y mujeres.

## Componente cualitativo

**Participantes.** Todas las personas entrevistadas fueron contactadas en las instituciones donde laboraban. El grupo para las entrevistas a profundidad fueron cuatro varones y cuatro mujeres, tres sin pareja y cinco con pareja. Quienes no tenían pareja, una no tenía hijas/os, y quienes eran casados, uno no los tenía; la mayoría con hijas/os, tenía dos. Cuatro eran médicos/as y cuatro no médicos (NM), con un promedio de edad de 43 años. El grupo de los médicos/as tenía las siguientes especialidades médicas: pediatría, medicina interna, epidemiología y medicina general y familiar. En el grupo de los NM tenían las siguientes profesiones: arquitectura, biología, química, sociología. Del grupo de los médicos/as, tres de ellos (pediatra, internista, medicina general y familiar) tenían multicontratación institucional y consulta privada.

**Procedimientos.** A cada participante se le pidió su consentimiento a través de una carta, en la cual se enunciaban los fines del estudio, la confidencialidad de la información y se pedía autorización para audiograbar las entrevistas. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas a profundidad, transcritas con un procesador de textos y codificadas con el programa de cómputo *Ethnograph v. 4*.

**Análisis.** Las fases en que se dividió el análisis de las entrevistas fue la siguiente:

1. Lectura de las entrevistas y elección de códigos
2. Definición de códigos
3. Codificación de las entrevistas



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

4. Análisis por códigos, diferenciando cada entrevista por grupo de hombres y mujeres con la intención de encontrar regularidades y diferencias

5. Elaboración de tablas de concentración a partir de los significados en cada uno de los códigos, agrupándolos en el grupo de hombres y mujeres

Los códigos en que se analizaron las entrevistas giraron alrededor de la categoría del autocuidado. En este manuscrito se presentan únicamente los datos relacionados con las prácticas de autocuidado en relación con el género y las variables que resultaron significativas.

## Resultados

### Componente cuantitativo

**Características sociodemográficas.** El total de las/os profesionistas con la edad que interesaba en el estudio era de 162, pero solo se aplicaron 142 cuestionarios; el resto no quiso participar por diversas razones, principalmente por considerar que tocaba temas demasiado personales. Así, la tasa de respuesta fue de 88%.

El 51% (72) de los participantes fueron hombres y el 49% (70) mujeres. El 75% de la muestra se ubicó entre los 40 y 45 años; 59% eran casadas/os, 16.2% solteras/os, 11.2% unión libre y el 11% divorciadas/os, viudas/os o separadas/os. Por otro lado, 68% eran jefes de familia; 44% (62) médicos/as y 56% (80) profesionistas universitarias/os de otras áreas.

**Características del autocuidado.** Los datos del cuestionario mostraron que los varones incurren en prácticas de mayor riesgo en comparación con las mujeres, como el consumo de bebidas alcohólicas (68% contra 51.4%,  $p=0.030$ ), mayor sobrepeso (50% contra 31.4%,  $p=0.078$ ), menor utilización del condón (2.8% contra 9.7%,  $p=0.002$ ) y fidelidad autoreportada (41.6% contra 70%). En el caso de las bebidas alcohólicas, los varones las consumen hasta llegar a la embriaguez, con una frecuencia mayor en comparación con las mujeres (32% contra 18.5%).

En contraparte, en las mujeres se encontró mayor insatisfacción sexual que en los varones (10.0% contra 2.7%,  $p=0.057$ ), mayor participación en organizaciones de autoayuda (21.4% contra 4.1%,  $p=0.0006$ ) y mayor incremento en relaciones sociales (64.2% contra 55.5%,  $p=0.042$ ). En otras variables como tabaquismo, sueño/descanso y ejercicio físico, entre otras, los datos son muy semejantes.

### Componente cualitativo

**Género y autocuidado.** Hubo aspectos distintos entre varones y mujeres: el consumo de bebidas alcohólicas, la sexualidad, la manifestación del estado de ánimo y los motivos de insatisfacción. Los hombres consumían en mayor medida bebidas alcohólicas. Por el contrario, las mujeres no lo consumían o lo hacían en cantidades mínimas:

Yo empecé a padecer gastritis, porque hasta hace año y medio mi dedicación al aspecto social era bastante fuerte y tomaba yo, por ejemplo, jueves, viernes, sábado y a veces hasta el domingo; no a caerme de borracho, pero sí tomaba (Hombre, casado. Ent. 07/1: 1023-1034).

Las mujeres relacionaron su consumo nulo o mínimo de bebidas alcohólicas con experiencias desagradables dentro de la familia (pleitos y violencia intrafamiliar):

A mí me disgusta el alcoholismo, tengo cuñados que son alcohólicos y que se ponen mal, entonces sí, yo le tengo total aberración al alcohol (Mujer, unión libre. Ent. 2/1: 365/369).

En la sexualidad hubo una clara diferencia. Las mujeres manifestaron practicar la monogamia (en el caso de ser viuda, la abstinencia sexual), mientras que los hombres afirmaron que se permiten relaciones ocasionales con parejas distintas a la usual, algunos de ellos sin el uso de condón:

No porque no era tan casual, porque no era con una prostituta ni con una mujer que tuviera una vida promiscua, fue un contacto casual; ese sí fue un contacto casual. No lo uso [el condón] porque no me considero una persona en riesgo de contraer o de contagiar (Hombre, divorciado. Ent. 3/3: 1171/1177).

El estado de ánimo fue otra diferencia. Los hombres señalaron que su ánimo no se afecta a pesar de las dificultades de la vida diaria, al contrario de las mujeres que incluso encontraron justificación para la modificación del mismo:

No hay programas que te preparen para recibir la menopausia. Es más, el estado anímico de uno cambia. Te deprime, es terrible la depresión, estás triste, estás como apagado. (Mujer, soltera. Ent. 4/2: 100/104,716/720).

Pues ahorita como que estoy, no te voy a decir que deprimido, sacado de onda un poco por toda esta cuestión del divorcio, pero siento que va a todo dar. Finalmente resolví un problema y se está resolviendo bien, no caí en la angustia, en la depresión, en el autoflagelamiento (Hombre, divorciado. Ent. 3/3: 680/688).

En el mismo sentido, las mujeres manifestaron mayores insatisfacciones que los varones. Los hombres solo señalaron estar insatisfechos en el área laboral por los ingresos que perciben. Las mujeres manifestaron insatisfacciones en la vida personal/familiar y en el área laboral por falta de reconocimiento a su trabajo:

Bueno yo creo que me faltó una... ser mamá. Yo creo que va a ser mi gran frustración, no se pudo, todavía reniego... (Mujer, unión libre. Ent. 2/3: 469/476).

Pues la competencia de los compañeros, hay algunas veces que los jefes te tratan mal y eso hace el ambiente muy desagradable... Una compañera y yo estábamos comentando para qué estudié la maestría, para qué estudié el doctorado, qué me va a motivar a mí a seguir calificándome, ni que digamos voy a ganar más o voy a seguir igual. No hay reconocimiento ni económico ni académico (Mujer, casada. Ent. 8/1,2: Mujer, viuda 1060/1063, 626/635).

Un hallazgo del análisis cualitativo fue el cuidado que se brinda a las/os otras/os, el cual fue diferenciado por género. Son las mujeres quienes prodigan cuidados para potenciar la salud y atender en caso de enfermedad a los distintos miembros de la familia. El mismo fenómeno se encontró aún en caso de mujeres solteras o viudas con hija/os adultos, ellas cuidan de otros integrantes de la familia (padres, hermanos) aún cuando no compartan la misma vivienda:

Siempre he estado al cuidado de la salud de mi mamá, de los hermanos, de los sobrinos, de tal manera que es como utilizar mi red social para poder atender problemas de salud o algún tipo de complicación que puedan tener ellos... Sí me toca cuidar porque estoy conectada con el sector [se refiere al sector salud], siempre ha sido eso: de que van a operar a fulana, que van a tener consulta y entonces tratar de apoyar a través de la red social. Es el papel que me tocó y es muy difícil que me desprendan, me la enseñaron desde chica y eso te lleva a desprotegerte a ti misma por proteger a los demás. (Mujer, soltera. Ent. 4/2:697-703, 749-753).



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

Las mujeres de este estudio mostraron incluso sorpresa y desconcierto cuando se les preguntó acerca de quiénes le apoyan para su autocuidado. El análisis mostró que las mujeres son apoyadas por otras mujeres como sus madres, hermanas y amigas. Al contrario, los varones son apoyados en su autocuidado por las mujeres, aún cuando se viva en ocasiones con desagrado el cuidado que se proporciona:

¿A usted quién le apoya para su autocuidado? No lo había pensado, no. Yo cuidaba de los tres, mi esposo y mis dos hijos, pero no, nadie me decía: oye haz esto, cuidate, no, no lo había pensado (Mujer, viuda. Ent. 1/3: 1426-1440).



Foto: María de Lourdes Tokunaga Bravo. Acervo del CNEGSR

Tanto el que la mujer profesionalista asuma el cuidado de la familia como las otras prácticas de autocuidado, muestran claras diferencias por género a pesar de que este es un grupo de profesionistas universitarios ligados al contexto de la salud.

## Discusión

Este trabajo muestra que, tal y como lo reportan diversos estudios, las mujeres de este grupo realizan más prácticas de autocuidado que los varones y son ellas quienes apoyan a los demás miembros de la familia para su propio cuidado, debido a que así lo aprendieron y lo internalizaron como el deber ser propio de su género.

Los datos reportados en este estudio en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas son semejantes a lo reportado por las estadísticas nacionales, en las cuales se reporta que los varones consumen alcohol en mayor proporción que las mujeres.<sup>18</sup>

En relación al sobrepeso, los datos de esta investigación son diferentes de lo reportado por la Encuesta Nacional de Nutrición 2006, la cual señala que existe una prevalencia de obesidad mayor en las mujeres que en los hombres (71.9% contra 66.7%).<sup>23</sup>

En esta investigación se encontró un uso menor del condón por parte de los varones, lo cual es similar a lo reportado por Stall y Catania, quienes señalan que sólo una sexta parte de los adultos norteamericanos de mediana edad y mayores usarían el condón.<sup>24</sup> En otro estudio, Seage G y col. reportan que los varones mayores de 40 años tenían una probabilidad 4.5 veces mayor de

tener sexo sin protección.<sup>25</sup> En esta misma tónica y en el contexto mexicano, Nieto e Izozola encontraron que a mayor edad hubo una menor proporción de quienes notificaron haber usado condón en su última relación sexual.

Así, en el grupo de 30 a 44 años hubo 35% y en el grupo de 45 a 60 años 25%.<sup>26</sup> Gutiérrez *et al* reportan que al indagar la utilización de condón en la última relación sexual con alguno de los tipos de pareja del último año, encontraron que el 55% de las mujeres y el 71.5% de los hombres no lo utilizan.<sup>27</sup> Este hallazgo es congruente con los planteamientos de Doyal y Phillips en sus reflexiones sobre cómo los varones asumen conductas de mayor riesgo en comparación con las mujeres debido a su condición de género y como expresión de su identidad masculina.<sup>28,29</sup>

Los resultados encontrados en este estudio confirman lo que menciona Menéndez en el sentido que se delega en la mujer el rol de cuidadora de la salud de los otros, aún cuando se encuentre incorporada al trabajo productivo y posea alta escolaridad, así como que las mujeres efectúan mayores acciones de autocuidado por su cercanía con el proceso salud-enfermedad-atención.<sup>12</sup> En efecto, las mujeres de este estudio se prodigan más autocuidado, lo cual es diferente con lo señalado por Hernández Tezoquipa quien reporta que las mujeres privilegian el cuidado que brindan a los otros integrantes de la familia a costa del autocuidado y búsqueda de atención temprana que se pueden brindar a sí mismas. Entre estos dos estudios, la diferencia puede deberse a varios elementos: clase social, escolaridad e inserción laboral dentro de las instituciones de salud.



El autocuidado diferencial de hombres y mujeres mostrado por los datos de este estudio refuerza lo señalado por diversos autores en el sentido que la salud y el autocuidado no se ubican como un aspecto central en la construcción de la identidad masculina; por el contrario, se constata la noción de invulnerabilidad de la que hablan Valdez y Olavarría y la búsqueda de riesgos como una manera de ser varón.<sup>5,8,9,15</sup>

Varios autores han señalado la dificultad de los varones para la expresión de emociones y sentimientos, lo cual es una característica del modelo de masculinidad imperante.<sup>8,10,15</sup> Los datos de este estudio concuerdan en ese sentido y se muestra la diferencia para manifestar las emociones que tienen hombres y mujeres.

## Conclusiones

Las diferencias de autocuidado entre hombres y mujeres, aún entre profesionistas universitarios con alta escolaridad, muestra la fuerza que la categoría de género tiene en relación con prácticas de autocuidado y en el rol social de cuidadora de los otros de las mujeres.

Desde la salud pública es necesario avanzar en el componente de autocuidado y género, para lo cual se proponen varias acciones:

- 1) Continuar con estudios para profundizar en el conocimiento sobre el autocuidado por género con distintos grupos sociales y durante el ciclo de vida.
- 2) Incluir dentro de los programas para formación de recursos humanos un análisis de la salud por género y específicamente las diferencias del autocuidado.
- 3) Es necesario abrir más espacios de discusión sobre el modelo de masculinidad imperante que está en la base de la sobremortalidad masculina y como fondo de telón para las menores acciones de autocuidado que se prodigan los varones.



Foto: Yessica Sánchez Rangel. Acervo del CNEGSR

## Referencias Bibliográficas

1. Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pub Mex* 2006; 48(1):67-81.
2. Mathers CD, Sadana R, Salomon J, Murray CJ, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 2001; 357:1685-1697.
3. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Estadísticas de mortalidad. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx). Información estadística.
4. Doyal L. Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services*. 2003;33(3):569-579.
5. De Keijzer B. Los hombres ante la salud sexual reproductiva: Una relación contradictoria. En: Bronfman M, Denman C, ed. *Salud reproductiva*. Cuernavaca: INSP. 2004:59-81.
6. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones; 1991.
7. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5/6):454-461.
8. Hardy E, Jiménez AL. Masculinidad y género. En: Briceño-León R, De Souza Minayo MC, Coimbra Carlos EA Jr, coord. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro: LACSO, Editora Fiocruz; 2000:349-367.
9. De Keijzer B., Salud y Género AC. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E, coord. *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR, UJAD; 1997: 67-81.
10. De Keizer, Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres et al. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001: 137-152.
11. Szasz I. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman M, Castro R, coord. *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México: Edamex/INSP; 1999:109-121.
12. Menéndez E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Ciesas; 1990.
13. Hernández Tezoquipa I., Arenas Monreal L, Valdez Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Publica* 2001;35(5):443-450.
14. Rodríguez ME. Masculinidad y sexualidad en Costa Rica. En: Figueroa JG, Nava R, ed. *Sexualidad, salud y reproducción. Memorias del seminario-taller: identidad masculina, sexualidad y salud reproductiva*. México, D.F.: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/Colegio de México; 2001:32-35.
15. Valdés T, Olavarría J. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Chile: FLACSO; 1998.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: 2007*. Washington, D.C.; 2007.
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2010. Disponible en <http://www.inwgi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo52&s=est&c=23593>
18. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca, Mor.; 2009.
19. Messing Karen, Punnett L., Bond Meg, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, et al. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *American Journal of Industrial Medicine* 2003;43:618-629.
20. Garduño A. *Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada [Tesis doctoral]*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
21. Meryn S., Jadad AR. The future of men and their health. Are men in danger of extinction. *BMJ* 2001;323:1013-1014.
22. Haro-Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E, Comelles JM, ed. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000:101-161.
23. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, Mor.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
24. Stall R., Catania J. AIDS risk behaviors among late middle-aged and elderly Americans. *The National AIDS Behavioral Surveys*. *Arch Intern Med* 1994;154(1):57-63.
25. Seage GR, Holte S, Gross M, Koblin B, Marmor M, Mayer KH, Lenderking WR. Case-crossover study of partner and situational factors for unprotected sex. *JAIDS* 2002;31(4):432-9.
26. Nieto B, Izazola-Licea B. Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1999;41:85-94.
27. Gutiérrez JP, López Zaragoza JL, Valencia Mendoza A., Pesqueira E., Ponce de León S, Bertozzi SM. Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿a respuesta organizada? *Rev Invest Clín* 2004;56(2):242-252.
28. Doyal L. Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of World Health Organization*. 2004;82(3).
29. Phillips. Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology Community Health*. 2008;62:368-371.

# Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010

Raffaella Schiavon Ermani,<sup>i</sup> Adrián Gabriel Delgado Lara,<sup>ii</sup>  
Patricia Veloz Ávila,<sup>iii</sup> Edna ML Corona Sánchez<sup>iv</sup>



Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

i Directora General de IPAS México, A.C. Correspondencia: schiavonr@ipas.org

ii Asesor en Salud Pública de IPAS México, A.C. Correspondencia: adriandelgado@hotmail.com

iii Directora de Desarrollo Comunitario, Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal, CNEGSR. Correspondencia: patricia.veloz@salud.gob.mx

iv Subdirectora de Redes Sociales, Dirección de Desarrollo Comunitario, CNEGSR. Correspondencia: edna.corona@salud.gob.mx

**RESUMEN.** Se realizó una evaluación cualitativa y comparativa en nueve municipios de cinco estados de la República, con los objetivos de 1) identificar la situación de las intervenciones comunitarias en salud materna y, 2) formalizar recomendaciones para que las intervenciones comunitarias se desarrollen de acuerdo con el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se hizo un estudio de campo, de octubre a noviembre de 2011, en los estados seleccionados. Los universos de estudio y las actividades de campo se dividieron en dos grupos: 1) Población. Se incluyeron a usuarias embarazadas y puerperas, madrinas, funcionarias/os municipales, proveedores de primer y segundo niveles de atención y, 2) Servicios de salud. Para el análisis de la información cuantitativa se empleó el programa Excel (versión 2007). Se llevó a cabo el análisis por tipo de informante, realizando manualmente codificación mediante palabras clave relacionadas con temas específicos de cada acción evaluada. Se establecieron gradientes de desempeño basados en los testimonios de las/os informantes, los cuales se complementaron con observaciones de campo e información secundaria de los servicios estatales de salud.

**RESULTADOS.** La coordinación con los gobiernos municipales y la participación comunitaria favoreció, en la mayoría de los casos observados, la operación de las Posadas y del Transporte de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME). La participación y el liderazgo de actores jurisdiccionales favorecieron la vinculación y coordinación con ese nivel de Gobierno. El apoyo más valorado por las usuarias es la acción de las madrinas y padrinos obstétricos.

**CONCLUSIONES.** Para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, se requiere de múltiples estrategias. Entre ellas, es fundamental fortalecer las intervenciones comunitarias y promover medidas participativas con los gobiernos municipales. Esta evaluación indica que las madrinas y los apoyos para el traslado y alojamiento de mujeres con complicaciones obstétricas son elementos comunitarios básicos de la red de apoyo a la salud materna, que permiten mejorar el acceso oportuno a los servicios de atención. Se requiere fortalecer la participación de las autoridades municipales para dar cabal cumplimiento a los objetivos y metas del Programa de APV. Las intervenciones comunitarias en salud necesitan mayor impulso y continuidad para garantizar la interacción con la población; en especial con los actores comunitarios relacionados con la salud de las mujeres.

## Justificación

La mortalidad materna representa uno de los indicadores básico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el monitoreo de la salud reproductiva; su reducción es una de las principales metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En México el número de muertes maternas sigue siendo inaceptablemente elevado por el nivel de desarrollo del país. En 2006, en el diagnóstico del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 (APV), se reportaron 1,166 muertes maternas con una razón de mortalidad materna de 60 defunciones por 100,000 nacidos vivos (NV) estimados.<sup>1</sup> En el mismo Programa, se señala que el mayor riesgo relativo de morir por causas obstétricas se encuentra entre las mujeres pobres y en las regiones con más rezago socioeconómico.

En 2006, en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), la razón de muerte materna se estimó en 158 por 100 mil nacidos vivos, cifra tres veces superior a la que se registró en aquéllos con nivel de marginación bajo o muy bajo. En este año, el promedio nacional en la atención del parto por personal institucional era de 94.1%, sin embargo, en las zonas rurales, uno de cada tres partos, no era atendido por personal médico; y 13.5% de las mujeres que fallecieron, lo hicieron en su hogar sin haber recibido ninguna atención médica.<sup>1</sup>

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se planteó reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, que facilitaran el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud, a través de múltiples estrategias educativas y operativas. En el Programa APV, se comprometió la disminución en 24% de la razón de muerte materna a nivel nacional y de 50% en los 100 municipios con menor IDH.

En 2009, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, se registraron 1,207 defunciones maternas y la razón de muerte materna fue de 62.2 por 100,000 nacidos vivos estimados. En 2009, la razón de muerte materna fue de 130 por 100,000 nacidos vivos estimados, en los municipios con menor IDH. Las cifras para 2010 indican que la mortalidad materna fue ligeramente menor a mil defunciones, con una razón de 51.5 defunciones por 100,000 NV.<sup>2</sup> La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 reporta una creciente cobertura institucional del parto: en el periodo 2004-

2009 la atención del parto por personal institucional se incrementó a 95.3%; en las áreas rurales, el 84.4% de los partos fue atendido por personal médico.<sup>3</sup>

## Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo transversal y comparativo. El trabajo de campo se realizó de octubre a noviembre de 2011 en los estados de Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Puebla y Tlaxcala. Se hizo una selección de municipios, incluyendo aquellos donde se hubieran desarrollado al menos cuatro de siete intervenciones comunitarias:

1. Acciones de información y sensibilización
2. Identificación de mujeres embarazadas (Censo de Embarazadas)
3. Traslado oportuno (Transporte AME)
4. Acciones para apoyar el alojamiento (Posadas AME)
5. Acciones para la difusión de los apoyos de la red social
6. Acciones de registro e información
7. Madrinan/padrinos obstétricos

Con este filtro, se seleccionaron nueve municipios:

ESTADO	MUNICIPIO
1) Guerrero	José Joaquín Herrera
	Heliodoro Castillo
2) Hidalgo	Huejutla
	Tenango de Doria
3) Nayarit	El Nayar (Jesús María)
	Cuetzalan
4) Puebla	Huehuetla
	Tlatlauquitepec
5) Tlaxcala	Huamantla

El trabajo de campo se realizó aplicando las siguientes técnicas de investigación: observación directa no participativa, entrevistas semiestructuradas y listas de verificación. Los instrumentos para levantar información de campo se aplicaron en el periodo anteriormente señalado; se contó con cédulas de registro de información que fueron aplicadas a los actores involucrados:

- a) Beneficiarias embarazadas
- b) Familias de las usuarias
- c) Autoridades o habitantes del municipio
- d) Madrinan o padrinos del programa

A cada intervención se asignó una calificación ponderada:

CÉDULAS DE INVESTIGACIÓN	PONDERACIÓN
A) Información y sensibilización a la población	15%
B) Acciones para la identificación de mujeres embarazadas a través de censos	5%
C) Apoyo al traslado	15%
D) Alojamiento de mujeres en posadas AME	15%
E) Acciones para la difusión de los apoyos de la Red Social	10%
F) Acciones para el registro de información	10%
G) Madrinan y padrinos comunitarios	30%

Los universos de estudio y las actividades de campo se dividieron en dos grupos:

1. Población. Previo consentimiento informado, se entrevistó a 27 usuarias embarazadas y puérperas, 11 madrinan, ocho funcionarias/os municipales, 17 proveedores de primer y segundo niveles de atención, para indagar conocimiento, participación y experiencias en las intervenciones comunitarias.

2. Servicios de salud. Se visitaron las sedes de cinco sistemas estatales de salud, ocho centros de salud, cuatro hospitales integrales rurales, cinco hospitales generales, tres posadas maternas, siete jefes jurisdiccionales y cinco tomadores de decisión de nivel estatal.

Para el análisis de la información cuantitativa, se empleó el programa Excel (versión 2007). Las entrevistas se analizaron por tipo de informante y se realizó manualmente codificación mediante palabras clave relacionadas con temas específicos de cada acción evaluada. La información se complementó con observaciones de campo e información secundaria.

Mediante entrevistas, se indagó sobre la participación de las autoridades estatales y municipales, en la gestión de apoyos para la referencia de embarazadas, así como la existencia de acuerdos entre estas autoridades jurisdiccionales y los gobiernos municipales.

## Resultados

### A. Información básica

En los municipios seleccionados de los cinco estados, la población de mujeres de 10 a 49 años se incrementó significativamente, de poco menos de 49 mil en 2007 a 102,443 en 2010 (52%). Esta cifra se consideró como el universo de trabajo en donde se realizaron las intervenciones comunitarias evaluadas. El número de embarazadas se incrementó de 3,737, en el año 2007, a 5,697 en 2010, con un incremento de 34.4% (Fig.1).

Figura 1. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Mujeres y embarazadas de 10 a 49 años, estados evaluados

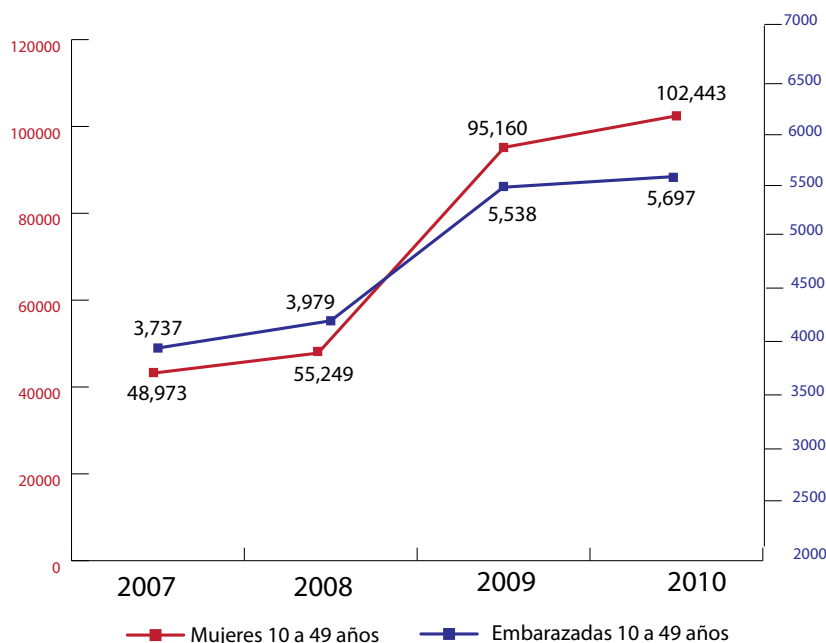


Figura 2. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Mujeres y embarazadas de 10 a 49 años, según estado evaluado

Los estados evaluados no aportan en la misma proporción a la población en estudio: el Estado 5 participa en 2007 y 2008 con más del 85% de la población de mujeres de 10 a 49 años y de las embarazadas. A partir de 2009, se incorpora el Estado 2, que aporta 41% de la población. En ambos estados se incluyen municipios urbanizados y ciudades medias como cabeceras municipales. La aportación de los otros tres estados es significativamente menor, ya que incluyen municipios poco poblados o rurales. Los porcentajes de aportación son, para el Estado 1, del 3%, para el Estado 3, del 1% y para el Estado 4, del 6% del total (Fig. 2).

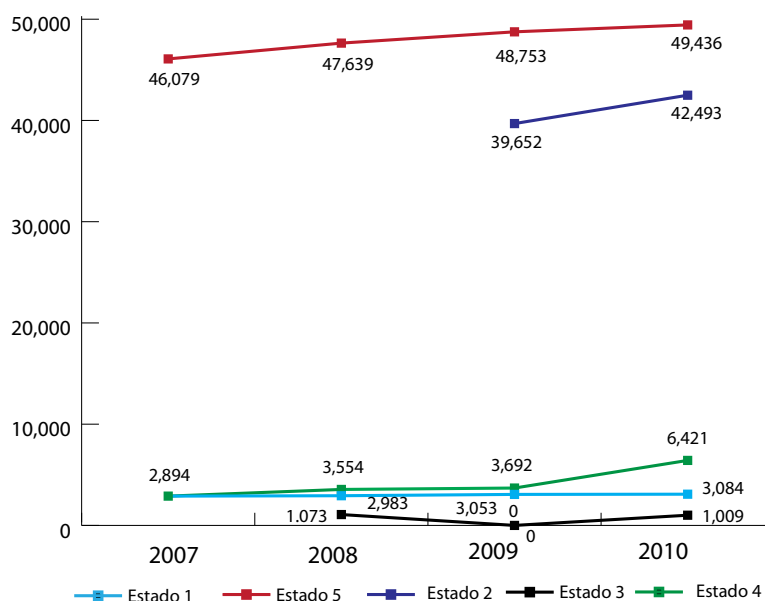
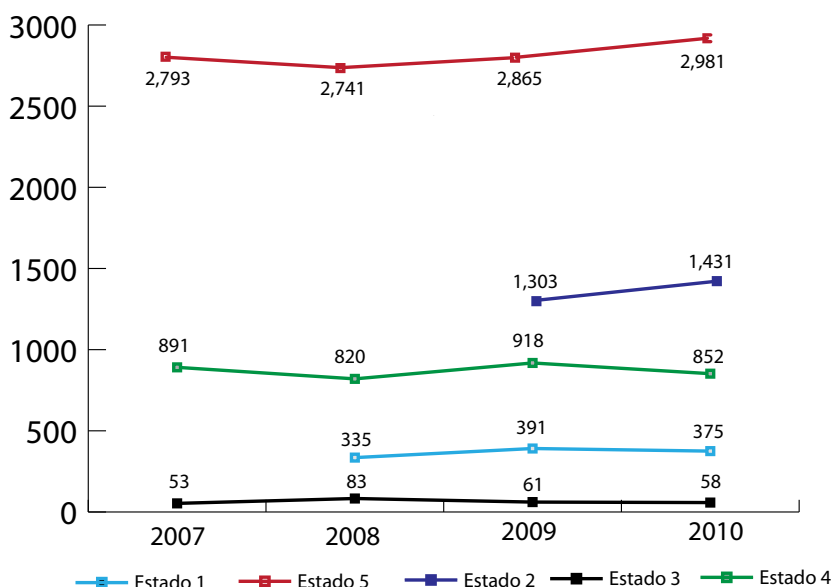
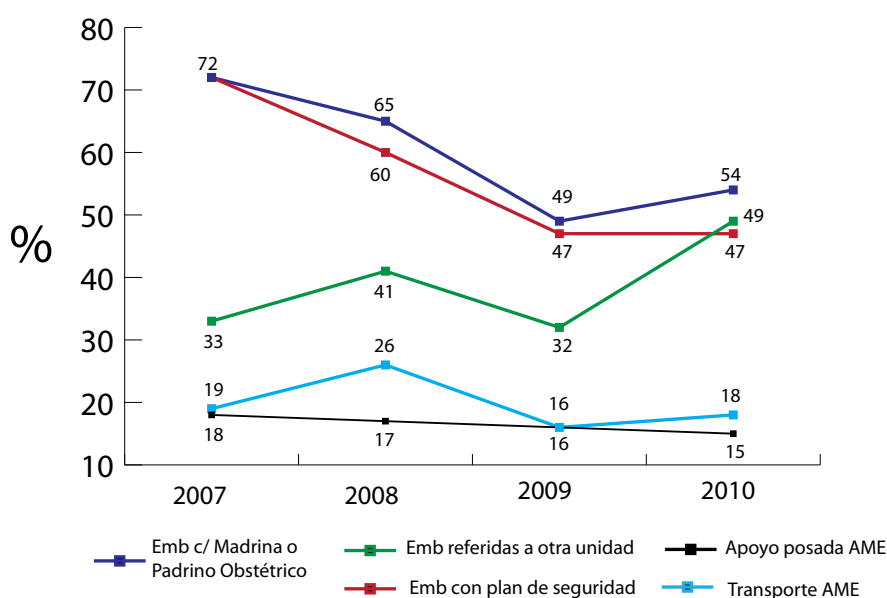


Figura 3. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Embarazadas de 10 a 49 años, según estado evaluado



El número de embarazadas incluidas en las intervenciones comunitarias varía de manera semejante. El Estado 5, en 2007 y 2008, incluyó el 75 y 69% respectivamente, del total de embarazadas. En todo el periodo en evaluación, este Estado participó con 61% del total de embarazadas, los demás estados contribuyeron de la siguiente forma: el Estado 1, 5.5%, el Estado 2, que se incorpora solo a partir de 2009, 12.2%, el Estado 3, 1.4% y el Estado 4, 19% del total de mujeres embarazadas (Fig. 3).

Figura 4. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Intervención evaluada, porcentaje, 2007 a 2010



#### B. Evaluación de intervenciones

Se evaluaron cinco intervenciones en las mujeres embarazadas: 1) que tuvieran asignada/o Madrina/Padrino Obstétrico, 2) que tuvieran Plan de Seguridad, 3) que tuvieran apoyos en Posada AME, 4) con Transporte AME y, 5) embarazadas referidas a otra unidad de salud.

No está entre los objetivos del estudio analizar el impacto de cada estrategia sino su aplicación en los municipios señalados; por ejemplo, se asume, de acuerdo con la Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal,<sup>4</sup> que entre mayor sea el porcentaje de embarazadas con madrina o padrino, mejor y más oportuna será la atención durante el embarazo, parto y puerperio, por personal calificado y en servicios institucionales (Fig. 4).

El porcentaje de embarazadas con madrina o padrino fue de 72 en el primer año evaluado y desciende a 54 en 2010 en todos los municipios analizados. Se debe considerar que en el año 2007, el 72% de las embarazadas significó que 2,691 embarazadas tenían madrina o padrino obstétrico; para el año 2010, el porcentaje referido representó que 3,076 mujeres tuvieran madrina o padrino obstétrico. Un fenómeno similar ocurrió para mujeres embarazadas con plan de seguridad.

Se identificó un incremento en las embarazadas referidas a otra unidad. En 2007 fue de 33%, mientras que en 2010, casi 50% de las embarazadas fue referida a otra unidad. Esto puede relacionarse con la detección oportuna de probables complicaciones y/o con la referencia a unidad de mayor capacidad resolutive.

En el periodo evaluado, el apoyo de Posada AME fue disponible, en promedio, para 18% de las embarazadas; el apoyo con Transporte AME se encontraba disponible en promedio para el 20% de las embarazadas. Ambas intervenciones deben interpretarse reconociendo que no todas las embarazadas requieren este tipo de apoyos.

### C. Contribuciones de cada estado evaluado

Las intervenciones comunitarias evaluadas tuvieron comportamientos diferentes en los estados analizados.

La cantidad más alta de embarazadas con madrina o padrino se registró en el Estado 5. Los estados 1, 2 y 4 tuvieron incrementos en la cobertura de embarazadas con madrinas/padrinos conforme avanzó el periodo de implementación de las intervenciones. Esta información no se registró en el Estado 3 (Fig. 5).

Figura 5. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con madrina/padrino obstétrico, según estado evaluado

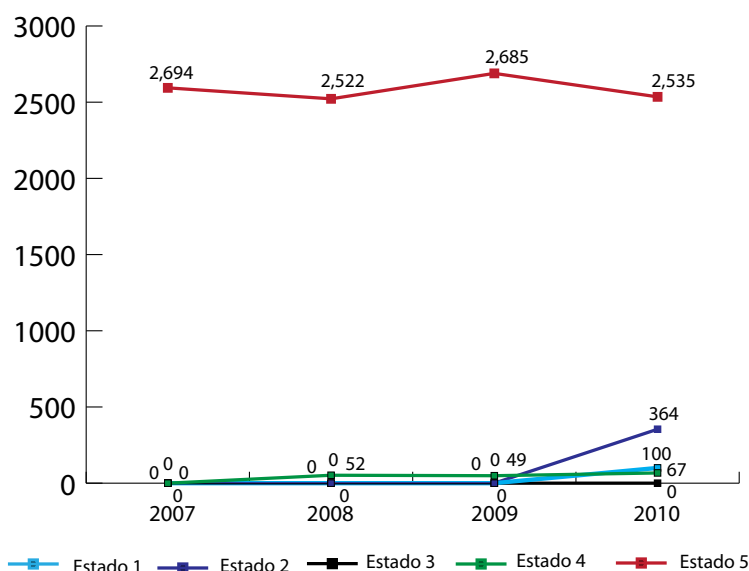


Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario



Figura 6. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con Plan de seguridad, según estado evaluado

En números absolutos, las mujeres embarazadas con Plan de Seguridad se mantienen durante el periodo de la evaluación, 2,680 en 2007 y 2,674 en 2010; la mayor contribución proviene de los estados 2 y 5. Los estados 1 y 4 incrementan su participación partiendo de cero. El Estado 3 tampoco contaba con registro de información sobre esta intervención (Fig. 6).

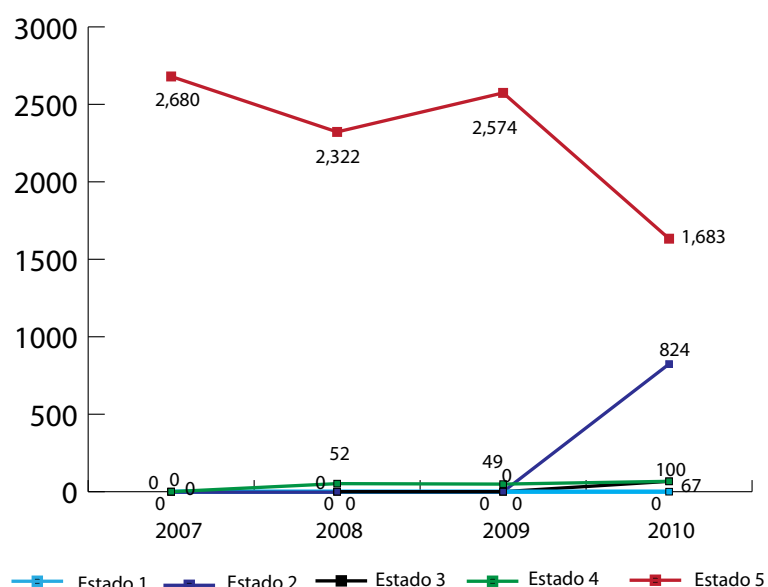


Figura 7. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas referidas a otra unidad, según estado evaluado

En cuanto a las embarazadas referidas a otra unidad de salud, en el Estado 5 se realiza el mayor número de canalizaciones, seguido del Estado 2. En general, en 2010 se observa un aumento de referencias en todos los sitios estudiados. Cabe mencionar que estos municipios no cuentan con hospital resolutivo, por lo que se asume que las referencias fueron apropiadas e incluso, que la cantidad de mujeres referidas podría ser mucho mayor (Fig. 7).

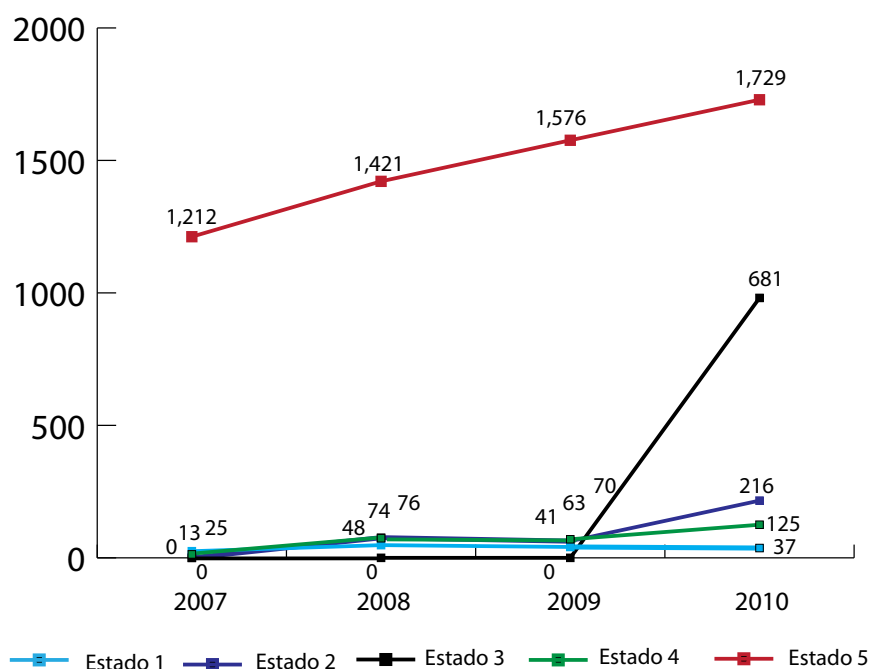


Figura 8. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con Apoyo de Posada AME, según estado evaluado

El apoyo para el alojamiento de embarazadas en una Posada AME tuvo variaciones; en los estados 2 y 3 no se brinda este apoyo a las embarazadas. En el Estado 1, se apoya al 7% de las embarazadas, en el Estado 4 al 15% y en el Estado 5 al 23% de ellas. En el Estado 4, el número de mujeres atendidas en Posadas aumentó de manera importante a lo largo del periodo analizado (Fig. 8).

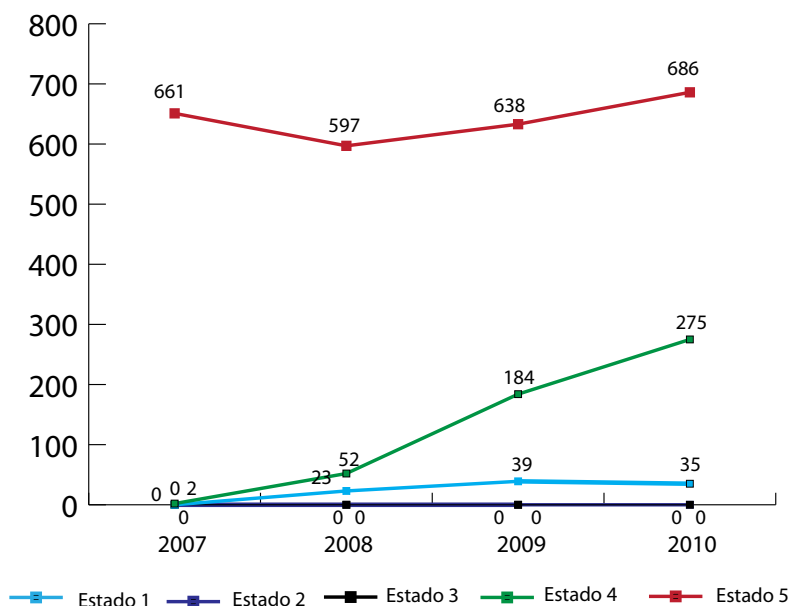


Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

Figura 9. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con Apoyo de Transporte AME, según estado evaluado

En la evaluación del Transporte AME, las variaciones van desde 1.1% de embarazadas en el Estado 2 hasta 24.3% en el Estado 5. En los estados 1 y 4 se apoyó al 14.4 y al 13.2% de las embarazadas, respectivamente. No se dispone de información en el Estado 3 (Fig. 9).

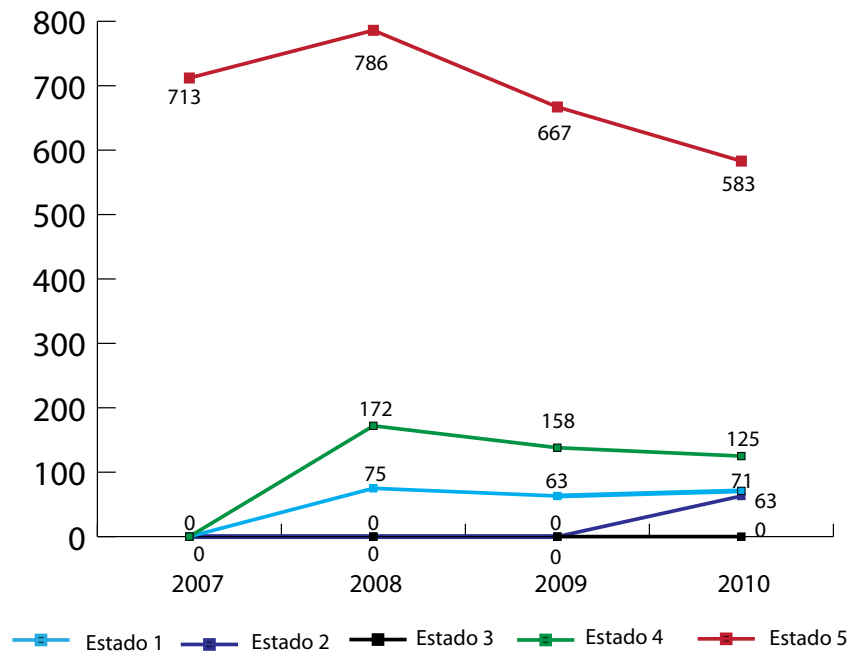


Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

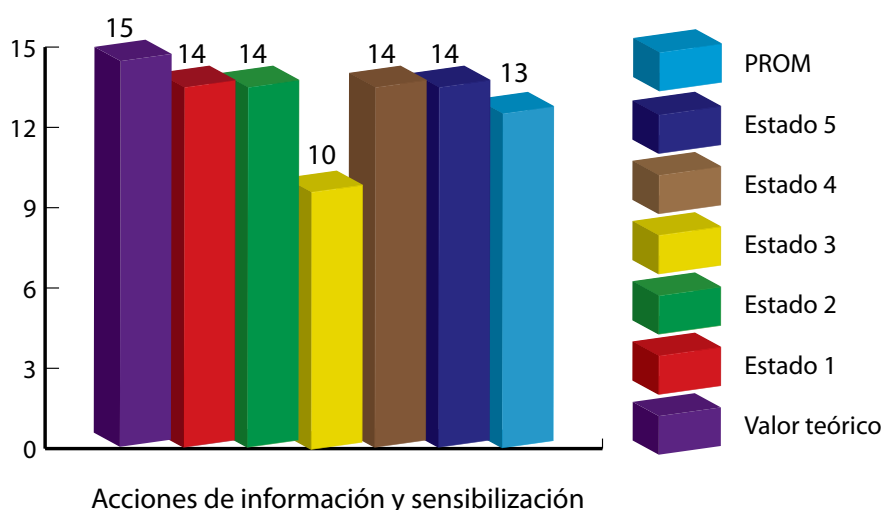
## D. Evaluación de campo, calificación por intervención

Al aplicar las cédulas a beneficiarias embarazadas, familias de las usuarias, autoridades o habitantes del municipio y madrinas o padrinos del programa; se obtuvieron los siguientes resultados:

### 1. Información y sensibilización a la población<sup>v</sup>

La calificación teórica ponderada para las acciones de información y sensibilización era de 15 puntos, la cual no fue alcanzada por ningún estado. Las calificaciones más altas (14 puntos) se obtuvieron en los estados 1, 2, 4 y 5. El Estado 3 obtuvo la calificación de 10 puntos; el promedio de los cinco estados evaluados es de 13 puntos en esta intervención. El aspecto con menos respuestas afirmativas fue "La comunidad cuenta con una red de apoyo social para la atención de mujeres embarazadas", que podría estar condicionado por una falta de reconocimiento del concepto de "red social" por parte de las personas entrevistadas (Fig. 10).

Figura 10. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones de información y sensibilización a la población



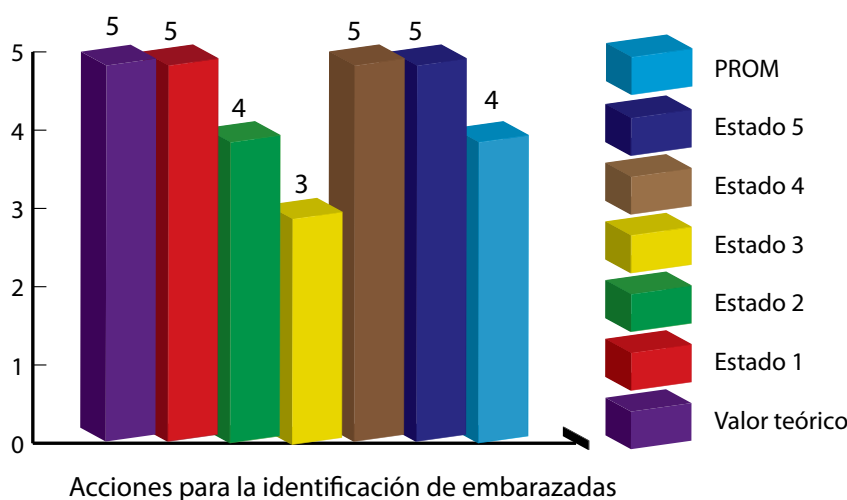
### 2. Acciones para la identificación de mujeres embarazadas

La Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal señala:

Las redes sociales necesitan saber quiénes son (las embarazadas), dónde viven, qué tan avanzado está su embarazo, qué riesgos tiene y qué apoyos necesita para acudir a las unidades médicas. Para obtener esta información se realiza un censo de embarazadas y de mujeres en la cuarentena a través de visitas casa por casa.<sup>4</sup>

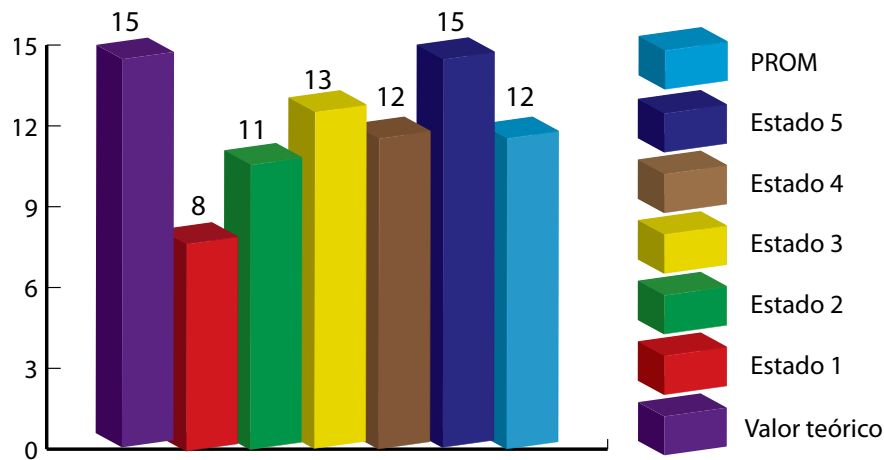
En esta intervención, la calificación teórica fue de 5 puntos, misma que fue alcanzada por los estados 1, 4 y 5. La calificación promedio de esta intervención, en todos los municipios, fue de 4 puntos (Fig. 11).

Figura 11. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para la identificación de embarazadas (Censo de embarazadas)



<sup>v</sup> Para más información de los contenidos de cada una de las intervenciones, consultar la referencia bibliográfica 4.

Figura 12. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para favorecer el traslado de embarazadas

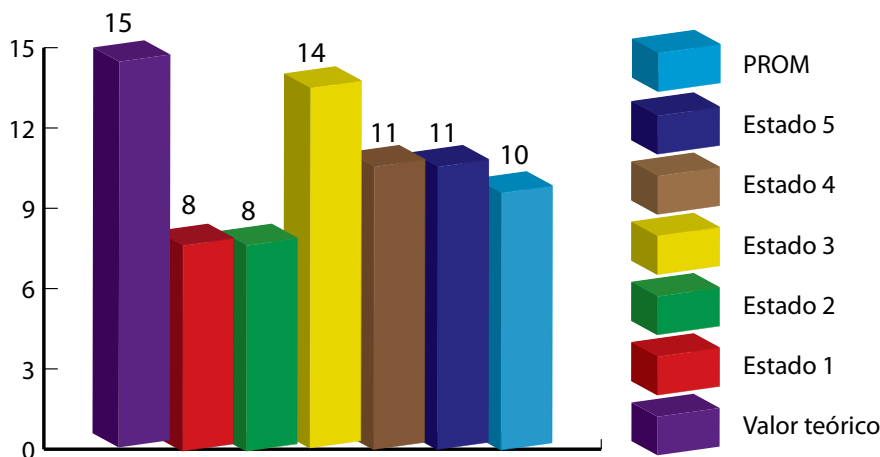


Acciones para favorecer el traslado de embarazadas

### 3. Apoyo al Traslado AME<sup>4</sup>

La calificación teórica fue de 15 puntos registrada en el Estado 5; los cuatro estados restantes se ubican en torno al promedio general (12 puntos). El Estado 1 se ubica cerca del 50% de la calificación teórica (Fig. 12).

Figura 13. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para apoyar el alojamiento en posadas AME



Acciones para apoyar el alojamiento en posada AME

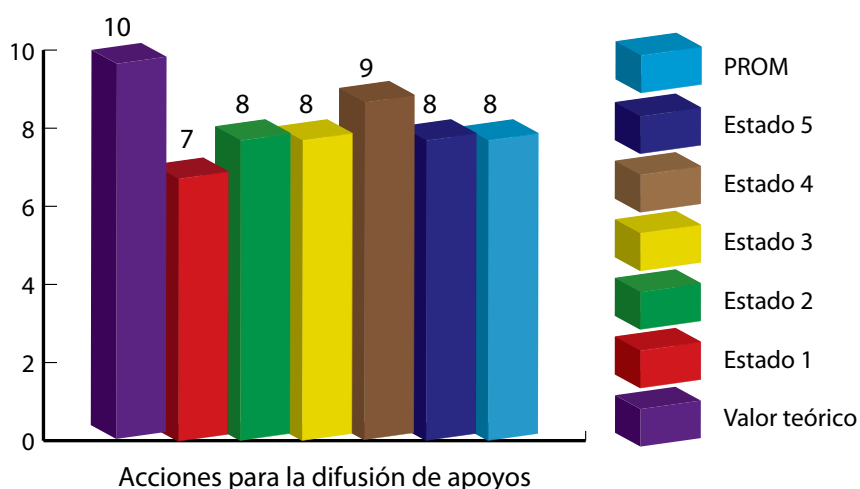
### 4. Alojamiento de mujeres en Posadas AME<sup>4</sup>

La calificación teórica para esta intervención fue de 15 puntos y el Estado 3 presentó la calificación más alta con 14 puntos. El Promedio de los cinco estados evaluados es de 10 puntos y los estados 1 y 2 son los de más baja calificación, cercana al 50% del valor teórico (Fig. 13).

### 5. Acciones para la difusión de los apoyos de la red social

El valor teórico sobre la intervención fue de 10 puntos; la calificación más alta se identificó en el Estado 4 con un valor de 9. El promedio de la puntuación fue de 8, y el Estado 1 obtuvo la calificación más baja con 7 puntos (Fig. 14).

Figura 14. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para la difusión de apoyos a la población



### 6. Acciones para el registro de información

La calificación teórica de esta intervención fue de 10 puntos, y el promedio de los cinco estados evaluados fue de 9 puntos. Dos estados lograron la puntuación máxima (Fig. 15).

Figura 15. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para el registro de información

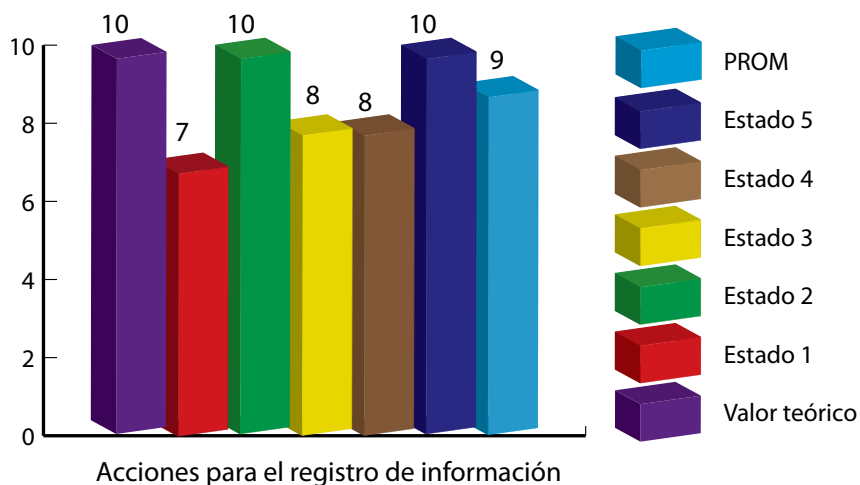
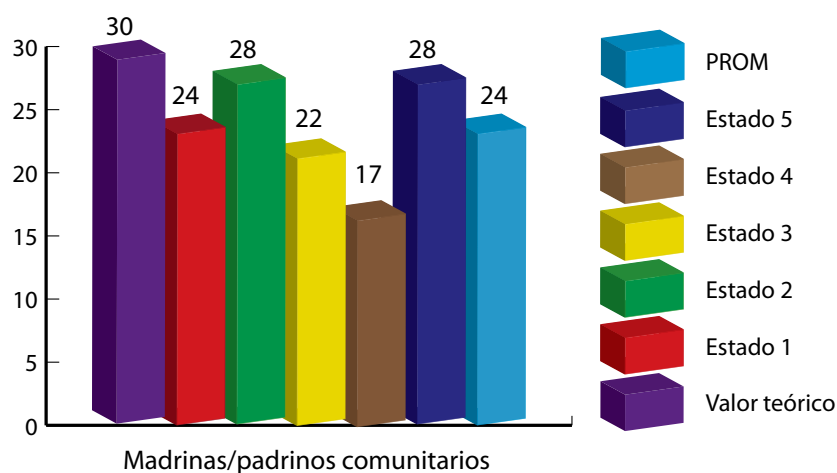


Figura 16. Evaluación de campo; calificación por intervención Madrinas/padrinos comunitarios



## 7. Madrinas y padrinos comunitarios

La calificación ponderada para esta intervención fue de 30 puntos. Las calificaciones más altas se ubicaron en los estados 2 y 5. La calificación más baja se observó en el Estado 4. La calificación promedio fue de 24 puntos (Fig. 16).

La figura de madrina o padrino comunitario en los estados 1, 2 y 5 fue asumida por parteras tradicionales, promotoras voluntarias y familiares directos de la embarazada, quienes

recibieron capacitación específica. En el Estado 1 se logró disponer de un personaje intermedio entre la comunidad y los servicios de salud. La estrategia desarrollada en el Estado 1 facilita la coordinación y los enlaces entre la comunidad y los servicios de salud a nivel de la Jurisdicción Sanitaria. Esta acción deberá ser evaluada por separado, analizando su replicabilidad en otros municipios o jurisdicciones sanitarias.

Cuadro 1. Evaluación externa; intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2009 Evaluaciones a nivel municipal

Clave estado	Clave Mpio.	Calificación general	Acciones de información y sensibilización	Acciones para la identificación de embarazadas	Acciones para favorecer el traslado de embarazadas	Acciones para apoyar el alojamiento en Posada AME	Acciones para la difusión de apoyos	Acciones para el registro de información	Madrinas y padrinos comunitarios
Valores teóricos		100	15	5	15	15	10	10	30
Promedio de los Mpios. evaluados		81	13	4	12	10	8	9	24
1	1.1	80	14	5	11	11	8	6	24
	1.2	67	14	5	6	5	6	8	24
2	2.1	73	12	4	7	5	7	10	28
	2.2	94	15	5	15	11	10	10	28
3	3.1	78	10	3	13	14	8	8	22
	4	4.1	65	14	5	13	5	8	10
	4.2	94	14	5	11	14	10	10	30
5	4.3	72	14	5	13	14	10	5	12
	5.1	92	14	5	15	11	8	10	28

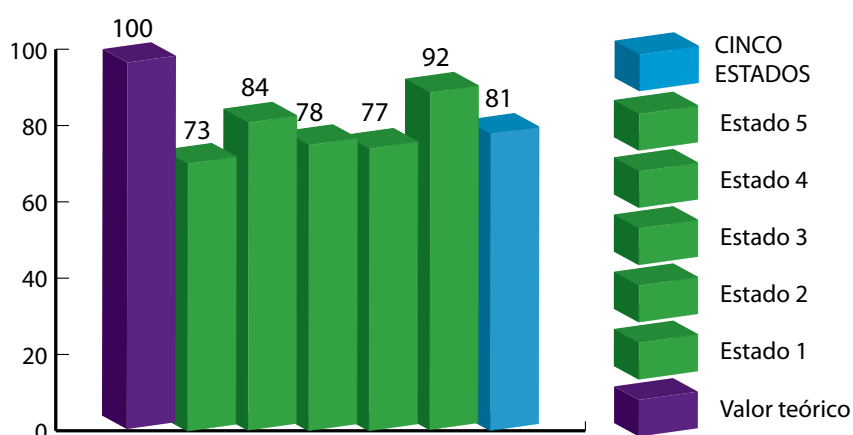
## E. Calificación de los municipios evaluados

La calificación de los municipios evaluados se presenta en el Cuadro 1. El promedio general fue de 81 puntos. Los municipios con calificaciones más altas son los identificados con 2.2 y 4.2. En ambos municipios se logró una calificación de 94 puntos. Las menores calificaciones se obtuvieron en el municipio 4.1 (65 puntos) donde las intervenciones para Posadas AME tuvieron una calificación baja; en ese mismo municipio, las acciones con las madrinas/padrinos comunitarios están en fase inicial. Otro municipio con calificación baja es el denominado 1.2 (67 puntos) donde se requiere reforzar el traslado y el alojamiento en Posadas AME. La diferencia en las calificaciones se debe en parte a que el inicio de las actividades no fue simultáneo, y a que las intervenciones se aplicaron de forma integral solo en los municipios del Estado 5.

## F. Calificación de los estados evaluados

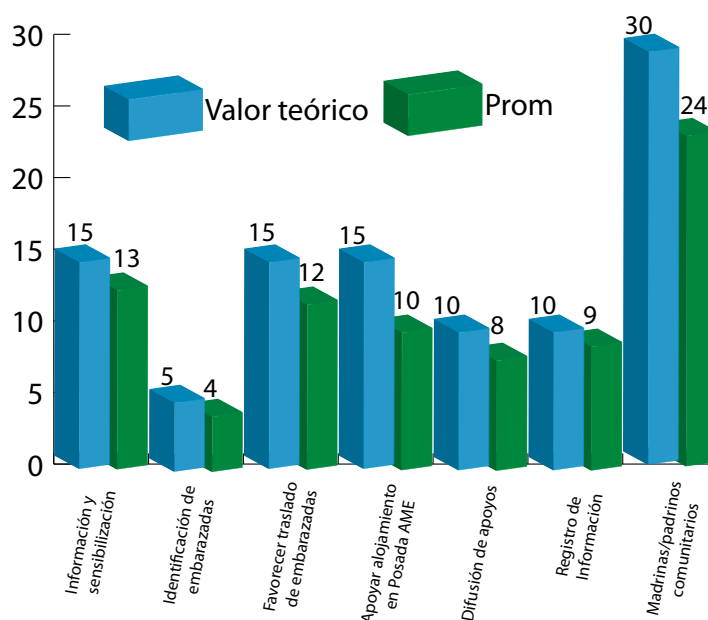
Se identificó el nivel de avance para alcanzar los valores teóricos óptimos de cada una de las intervenciones, teniendo como parámetro de comparación la guía Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal.<sup>4</sup> La calificación de la evaluación de las intervenciones varía entre 73 y 92 puntos de un total teórico de 100, con un promedio de 81 puntos. Las calificaciones más altas son para los estados 5 y 2 (Fig. 17).

Figura 17. Evaluación de campo; calificación por estado  
Valor teórico/promedio general



Al evaluar el promedio general de cada intervención contra el valor teórico de cada una de ellas, se identificó que las intervenciones con menor variación son las de información y sensibilización, la identificación/censo de embarazadas, la difusión de apoyos, y el registro de la información. Las acciones para Traslado y Posada AME fueron las que se alejaron más de los valores esperados. Estas acciones son las que requieren de apoyos más estructurales, de continuidad y de financiamiento. En estas acciones deberán focalizarse los esfuerzos conjuntos y coordinados de los responsables de la operación, seguimiento y sustentabilidad del Programa (Fig. 18).

Figura 18. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Valor teórico/promedio general



## I. Elementos cualitativos

### 1. Actores y procesos de la participación en intervenciones comunitarias

Los actores identificados para el desarrollo de las intervenciones comunitarias fueron tomadores de decisiones de la jurisdicción sanitaria, equipos médicos de unidades de primer nivel, autoridades municipales, transportistas, voluntarios, madrinas/padrinos obstétricos, parteras, parientes y usuarias. La vinculación de estos actores fue más favorable donde había mayor asignación y disponibilidad de recursos. En tres estados se documentó un mayor apoyo de las autoridades, equipos de salud, madrinas, parientes, voluntarios y usuarias para la referencia oportuna de mujeres con urgencias obstétricas.



Uno de los principales apoyos de los gobiernos estatales fue la asignación de ambulancias a los ayuntamientos, apoyos financieros para la referencia oportuna de embarazadas y las acciones de formación de madrinas/padrinos obstétricos y parteras tradicionales. En el Estado 4 se documentó pago a choferes o a taxis de la localidad para el transporte de casos críticos. En el Estado 2 existe un fondo que asegura la solvencia para traslados en situaciones de emergencia. En los otros tres estados, las autoridades municipales entrevistadas señalaron que apoyan los trabajos de los equipos de salud en comunidades de difícil acceso. Se identificaron algunos retos, los cuales se relacionan con problemas de seguimiento sistemático de los casos referidos y barreras culturales de accesibilidad a servicios de salud en zonas de diversidad cultural.

## 2. Instalación y operación de Transporte y Posadas AME

El Programa de Acción APV establece que las Posadas y el Transporte AME deben operar con participación de las comunidades. Se observó que cada estado o jurisdicción sanitaria realizan adaptaciones para la operación de los Transportes AME. En el Estado 1, se refirió que en diversas circunstancias, era necesario transportar a pie a las mujeres entre varias personas, en hamacas o camillas de varas, por falta de acceso a vehículos automotores.

Las Posadas AME, también denominadas “Casa Materna” y “Posada Materna”, son muy bien valoradas en los tres estados donde funcionan. Dan servicio a un promedio de tres mujeres por semana, quienes proceden de municipios cercanos, y están acompañadas en promedio por dos personas; los servicios son gratuitos para las usuarias y sus parientes. En el aseo y la preparación de los alimentos participan el voluntariado, parteras y familiares. Se informó que la atención no generaba pagos por parte de las usuarias.

## 3. Coordinación entre intervenciones comunitarias y la red de servicios médicos

La mayoría de las autoridades municipales entrevistadas señalaron que fueron convocadas por las jurisdicciones sanitarias para proveer acciones de apoyo a mujeres embarazadas y urgencias obstétricas, en particular el transporte y las posadas AME. En el Estado 2, los Municipios otorgan directamente financiamiento para el médico y las ambulancias.

En los estados 3 y 4 se observó una experiencia más desarrollada de coordinación; se ha institucionalizado la

colaboración de los presidentes municipales como parte de los programas y políticas de bienestar social, a partir de la formulación de planes municipales de desarrollo y proyectos a ser financiados por los fondos de Municipios por la Salud. En estos proyectos, los presidentes municipales gestionan apoyos para la ambulancia, la referencia de embarazadas, así como el mantenimiento de las unidades y el apoyo a las posadas y la capacitación de madrinas/padrinos comunitarios. En los estados 2 y 4, las parteras entrevistadas señalaron una vinculación notable con los servicios de salud, favorecida por el apoyo de los presidentes municipales. Estos últimos fueron identificados como patrocinadores de los programas de salud materna.

En los cinco estados, las funciones de madrinas son desempeñadas, en un porcentaje alto de los casos, por parteras. Las madrinas y padrinos obstétricos tuvieron la mayor valoración por parte de las usuarias; se reconoció la importancia de su apoyo durante el embarazo, el parto y el cuidado de las y los recién nacidos.

## Discusión

La evaluación de las intervenciones comunitarias en salud materna permitió identificar acciones relevantes para la implementación de políticas de salud que requieren de la vinculación y participación de actores comunitarios clave, para la consecución de los objetivos finales, es decir, la reducción de la mortalidad materna. Si bien la evaluación es limitada en términos de la muestra de municipios seleccionados y los resultados no permiten identificar tendencias homogéneas, hay observaciones y recomendaciones puntuales que pueden extraerse, así como lecciones generales sobre la aplicación y funcionamiento de las intervenciones a nivel comunitario.

En todos los municipios estudiados, se pudo documentar la aplicación y operación de las intervenciones comunitarias, lo que habla de un avance sustancial en un periodo de cuatro años. Sin embargo, se debe hacer un esfuerzo para que en todas las localidades en donde se aplique el Programa APV se sistematice el registro y análisis de la información, lo que facilita la evaluación de las acciones, permite espacios de reflexión y la propuesta de nuevas intervenciones comunitarias.

A nivel comunitario, las usuarias expresaron que una fuente de apoyo está constituida por los personajes comunitarios (madrinas/padrinos obstétricos), lo que resulta complementario con las acciones de los presidentes municipales y los proveedores de servicios,

como partes del proceso de atención. Además, se observó que otro apoyo para las usuarias provino de sus redes de parentesco, que constituye la relación con mayor contenido simbólico y cultural en la red social de apoyo a las embarazadas.

Esta evaluación identificó la relevancia de la vinculación entre los servicios de salud y las comunidades. En el caso de los servicios, fue amplia la participación donde hubo mayor relación entre proveedores de servicios de salud y municipios. Esta coordinación fue mejor cuando se formalizó mediante convenios para su operación, lo que sugiere que los mismos deben institucionalizarse en un futuro inmediato. Un ejemplo concreto que ilustra la necesidad de más acompañamiento y fortalecimiento estructurales es la disponibilidad de transporte AME. Esta fue mayor en cabeceras municipales y unidades de segundo nivel; sin embargo, es indispensable que se disponga de Transporte AME, sobre todo en las comunidades más lejanas y marginales.

Se requiere además fortalecer los mecanismos locales para difundir los apoyos de la red social, logrando que todas las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y no embarazadas los conozcan, en especial el Transporte y Posadas AME. Para ambos recursos, sería oportuno estimar el número/porcentaje promedio de mujeres embarazadas, a través de análisis periódico del censo de las mismas, para utilizarlos como indicadores de planeación de las necesidades de apoyo, transporte y alojamiento en posadas en cada municipio, y en consecuencia establecer acciones correctivas y adecuaciones locales que lleven a dar cumplimiento a los objetivos del Programa.

La operación y la sustentabilidad de tales intervenciones requieren de una mejor participación y coordinación, dentro de los ayuntamientos, entre comuneros, madrinas/padrinos, autoridades municipales, autoridades jurisdiccionales de salud y representantes de los servicios estatales de salud. En conjunto, todos ellos deben apoyar y gestionar recursos para que la solidaridad social de las comunidades se refuerce, para asegurar fondos que garanticen el traslado y alojamiento de las mujeres que lo ameriten y se brinde atención a la salud materna con calidad, aceptada culturalmente y participativa.

Finalmente, la participación activa de los gobiernos municipales resultó significativa por los apoyos otorgados y la movilización de recursos (ambulancias, dineros para pagar traslados, actualización de personal de salud, formación de personal comunitario). Sin embargo, se debe asegurar la permanencia de los apoyos, dar sustento

a largo plazo a las intervenciones comunitarias, lograr la institucionalización de los convenios e identificar en cada caso las barreras para la continuidad. Los mayores retos se encuentran de hecho en el contexto de la política local. Esto se corroboró, ya que el trabajo de campo coincidió con dos procesos electorales en entidades en donde se suspendió temporalmente el otorgamiento de algunos de estos servicios comunitarios. No se debe olvidar que “el éxito de los esfuerzos en la salud de la comunidad depende sustancialmente del contexto, incluyendo el grado de desarrollo de la infraestructura, los servicios y los recursos económicos”.<sup>5</sup>

## Conclusiones

La evaluación realizada a las intervenciones comunitarias en salud materna, en los municipios y jurisdicciones sanitarias estudiadas sugiere que las acciones informativas, la presencia y actuación de las madrinas obstétricas y sobre todo la coordinación y gestión para disponer de Transporte y Posadas AME, influyen en acercar a las mujeres embarazadas a la atención institucional del embarazo, parto, puerperio y aborto. Todas estas acciones impactan en la referencia y acceso oportuno de las mujeres embarazadas a servicios de salud.

La amplia valoración de las redes sociales de apoyo (madrinas obstétricas) señala la importancia de estos agentes comunitarios para lograr un acompañamiento más efectivo y la detección oportuna de riesgos obstétricos. El modelo actual de los servicios de salud y la participación real de las autoridades de distintos órdenes de gobierno, por sí mismos no bastan para lograr mejoras en la salud materna.

Es indispensable incluir todos los componentes del modelo, desde la participación de la comunidad y en especial de agentes comunitarios específicos como las madrinas y los padrinos obstétricos, su fortalecimiento como agentes de salud en el nivel de atención primaria, hasta los elementos estructurales (transportes y posadas) que faciliten el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de atención de las emergencias obstétricas. Sin embargo, es esencial entender que solo en razón de la calidad y capacidad resolutoria de estos servicios, tales acciones comunitarias tienen el potencial de impactar en la reducción de las complicaciones y de las muertes maternas.

Estas conclusiones deben considerarse en el diseño y actualización de futuros programas de salud, retomando

la experiencia de las intervenciones comunitarias en salud materna. Con una mayor participación de los actores comunitarios se logrará mayor equidad y se creará un sistema de salud más participativo y democrático.

### Agradecimientos

Las autoras y el autor agradecen la gran disponibilidad de las usuarias, las madrinas y padrinos obstétricos, el personal de los servicios de salud, los munícipes y las autoridades estatales para la realización de la investigación de campo. También se reconocen las facilidades brindadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para la Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias en la salud materna 2007-2010.

## Referencias Bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida. 2007-2012. México; 2007.
2. Freyermuth G, Luna M, Ochoa P. Mortalidad Materna en México, Numeralia 2010; Observatorio de Mortalidad Materna. México: CIESAS, OPS, OMM; 2011. Disponible en [www.omm.org.mx](http://www.omm.org.mx)
3. CONAPO. ENADID 2009. Principales Indicadores de Salud Reproductiva, Salud Materna. México. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/7%20Salud%20materna.pdf>
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal. Guía de Operación. México; 2010.
5. World Health Organization. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). Geneva; 2011.



Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

# Análisis de la construcción y reproducción de la masculinidad en la trata de personas: un enfoque revisionista con propuestas para impulsar el trabajo con hombres

Mauro Antonio Vargas Urías <sup>i</sup>



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

<sup>i</sup> Director General de GENDES, A.C. Sociólogo y maestro en Estudios sobre Estados Unidos de Norteamérica; facilitador de grupos y psicoterapeuta; participante en procesos de difusión, promoción y defensoría de los derechos humanos. Correspondencia: mauro@gendes.org.mx

## Introducción

El presente artículo aborda, desde una mirada que incluye elementos sociológicos y antropológicos, la relación entre la construcción y reproducción de la masculinidad en México, con ciertos aspectos del fenómeno de la trata de mujeres y, en ese tenor, la importancia de trabajar en materia de prevención desde el sector salud, aspecto en el que se centrará este texto.<sup>ii</sup>

Se parte de que la construcción de la masculinidad tradicional en este país no solo se constituye como el gran marco de actuación para la mayoría de los hombres nacidos aquí, sino que también justifica y promueve el desarrollo de proxenetas o padrotes,<sup>iii</sup> imagen asociada a varias representaciones del poder patriarcal:<sup>iv</sup> hombres con elevado poder adquisitivo, libres, seductores, temidos, impunes, respetados por otros hombres y por las mujeres que trabajan para ellos. Es un modelo tan atrayente para algunos jóvenes que resulta difícil imaginar otros arquetipos no violentos más atractivos.

Por esos motivos creemos necesario analizar los elementos que permiten que el modelo de “hacerse hombre” permee el imaginario social, no solo de muchos varones jóvenes sino de mujeres también, y diseñar propuestas metodológicas dirigidas a hombres de diferentes edades, para evitar su involucramiento en el delito de la trata de personas con fines de explotación sexual.

Cabe resaltar que existen pocas evidencias de trabajo académico sistemático en el tema de trata de personas basado en la perspectiva de género, con énfasis en el análisis de las masculinidades, que busquen transformar esa mentalidad machista en una basada en la equidad para fomentar el respeto por la dignidad humana y los derechos de las mujeres, por lo que en esta introducción conviene mencionar a grandes rasgos la relevancia del trabajo con hombres desde la perspectiva de género.

Núñez<sup>2</sup> y Ramírez<sup>3</sup> señalan que el estudio y el trabajo con hombres parte de los estudios feministas —en tanto epistemología— al nombrar, analizar, despejar y visibilizar la construcción social y cultural de mujeres y hombres basada en las diferencias de sexo; así como de las crecientes demandas de movimientos feministas —como lucha por la emancipación—, los cuales planteaban que para avanzar en la búsqueda de la equidad, particularmente en la erradicación de la violencia doméstica y el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, era fundamental la revisión y transformación de la participación de los hombres en las relaciones de género.<sup>4</sup>

En GENDES, asociación civil sin fines de lucro, ni compromisos con partidos políticos ni credos religiosos,<sup>v</sup> retomamos esos estudios y algunas premisas como elementos rectores de nuestra labor. Fundada en 2003 por un grupo multidisciplinario de profesionales en ciencias sociales, conformamos un equipo de mujeres y hombres comprometidos con el análisis de la condición masculina y con la erradicación de la violencia de género en nuestro país, que ofrece distintas estrategias de atención, intervención social e investigación, para desarrollar formas de ser hombres alternativas al modelo hegemónico de la masculinidad (tradicional o machista).

Los enfoques utilizados son los que promueven el afecto y la *noviolencia*,<sup>vi</sup> así como la equidad e igualdad de género vividas bajo pleno conocimiento y convencimiento, pero, sobre todo, buscando la concordancia entre lo público y lo privado; es decir, en el ámbito de nuestra vida personal, en el de nuestra praxis laboral y en otros espacios de socialización.

Nuestro acrónimo *GENDES* surge de fusionar las palabras *Género y Desarrollo*, conceptos complementarios que no deben disociarse al hablar de propuestas tendientes a la

ii Agradezco los aportes a este artículo, realizados por Melissa Fernández Chagoya, colaboradora de GENDES, A.C. y doctorada en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).

iii Conceptos utilizados para definir a quienes explotan sexualmente a las personas de cualquier sexo.

iv El patriarcado es un sistema que justifica la dominación sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres. Tiene su origen histórico en la familia, cuya jefatura ejerce el padre y se proyecta a todo el orden social, económico, cultural, religioso y político, que determina que las mujeres, como categoría social, estén subordinadas a los hombres, aunque una o varias mujeres ejerzan poder sobre otras y otros.<sup>1</sup>

v [www.gendes.org.mx](http://www.gendes.org.mx)

vi La *noviolencia* (o “no violencia”) es un concepto utilizado para definir una forma de canalizar la agresividad. Se trata también de fuerza, pero constructiva, empleada para transformar y mejorar las condiciones de vida. Aunque está cercano al concepto positivo de paz, va todavía más lejos, haciendo de la coherencia entre fines y medios, y entre compromiso personal y social, sus puntos fundamentales.

promoción del cambio social. En seguimiento a esta premisa, para nosotros/as, la participación ciudadana y el fortalecimiento democrático deben contemplar la perspectiva de género, con el fin de construir una ciudadanía informada, sensibilizada, sensible, desestereotipada y activa, que tome en cuenta las diferencias y aquello que, peligrosamente, las convierte en simulaciones, desigualdades e inequidades.

De ahí el interés por abordar la construcción y reproducción de la masculinidad en la trata de personas, un problema violatorio de los derechos humanos generado por múltiples factores, por lo que para su prevención y erradicación deben intervenir todos los sectores de la sociedad.

## Construcción y reproducción de la masculinidad en el delito de la trata de mujeres

La trata de personas es un problema histórico cuyas causales, como sus impactos y consecuencias son multifactoriales. Millones de vidas, principalmente de niñas, niños, adolescentes y mujeres son sometidas actualmente a la voluntad de sistemas de control —generalmente dominados por hombres— motivados por la ganancia generada por la explotación de sus cuerpos. Este delito se define como

La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.<sup>5</sup>

Se sabe que hombres adultos son los principales promotores, consumidores, agresores y reproductores de este tipo de esclavitud moderna; sin embargo, niños y hombres jóvenes también pueden ser víctimas o ser susceptibles de ser enganchados como cómplices o victimarios en la ruta crítica de dicho flagelo social.

Castro<sup>6</sup> hace énfasis en la relación entre género y mujeres como principales víctimas de este delito, puesto que esa

población se encuentra —respecto de los hombres— en una posición socialmente desfavorable, toda vez que en no pocos escenarios de la vida cotidiana, el reconocer a una persona como mujer puede implicar discriminación, maltrato, obediencia o exclusión. Por su condición de género, muchas mujeres corren mayor riesgo de ser elegidas, captadas e ingresadas al circuito de compra-venta de seres humanos. En otras palabras, es indispensable reconocer que la red de trata de personas ineludiblemente incorpora, como parte de su funcionamiento, una lógica de género androcéntrica y misógina, bajo el modelo hegemónico de masculinidad, el cual es definido como

La configuración de una práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres. [...] La hegemonía se refiere a la dominación cultural en la sociedad como un todo.

Tanto en América Latina como en países anglosajones y europeos en general, el modelo hegemónico masculino es aquel que normaliza las acciones y conductas de los hombres, aquello que legitima su poder y dominio sobre las masculinidades periféricas o alternativas y, muy puntualmente, sobre las mujeres y todo lo considerado como “femenino”, es decir, lo opuesto a lo “masculino”.<sup>7</sup>

Dicho patrón alude a la exaltación de parámetros considerados tradicionalmente masculinos. Se trata de características pensadas de acuerdo con el contexto y la cultura de pertenencia, el estatus social, económico, étnico, racial o educativo y la sociedad donde se viva.

De esta forma, “masculinidad” no es sinónimo de hombre, sino de proceso social, estructura, cultura y subjetividad. Coincidimos con Amuchástegui,<sup>8</sup> quien identifica la noción de masculinidad(es) como una categoría social presta a ser instrumentalizada y aún en construcción, por lo que propone pensar en el estudio y trabajo con hombres mediante la categoría de “construcción de la masculinidad”, retomando al género como una herramienta conceptual, en concreto, como una categoría relacional, toda vez que

Construir “masculinidades” múltiples (indígena, negra, blanca, transnacional, judía, etc.) como si fueran una lista organizada de atributos, características o conductas, me parece un camino que corre el riesgo de homogeneizar, no sólo entre los grupos, sino también dentro de los mismos

“grupos”, lo que la evidencia ofrece como una riqueza infinita de significados y prácticas que no se agrupan “natural” ni necesariamente bajo una identidad unitaria de género.<sup>8</sup>

A su vez, Montiel<sup>9</sup> define a la masculinidad como un proceso sociocultural construido históricamente en el que los hombres detentan el poder, en este caso a través de la violencia y la explotación sexual del cuerpo de las mujeres. Para mirar el fenómeno de la explotación sexual con este referente, el autor analiza en una investigación pionera desde la perspectiva de género,<sup>10</sup> la construcción social de la masculinidad de los *padrotes* —privilegiando su voz—, con lo que contribuyó de manera significativa a la comprensión del vínculo entre masculinidad hegemónica y la reproducción del fenómeno de la trata de personas y del lenocinio.

Aludiendo a un contexto específico de “producción de padrotes” en el estado de Tlaxcala, México, y aportando una descripción detallada sobre su *modus operandi*, Montiel<sup>10</sup> define al *padrote* como un hombre cuya identidad de género se construye en relación con su posición social en la red de trata de personas a la que pertenece, pero que básicamente consiste en la actividad de captar mujeres para fines de explotación sexual.

Basándose en las narraciones elaboradas por los participantes en su investigación, este autor concluye que, en general, los hombres involucrados como proxenetas en la trata de personas emplean y justifican la coacción ejercida sobre las mujeres en términos de una lógica de género: desarrollar patrones de violencia sustenta la identidad masculina de los tratantes. El *padrote* es en extremo masculino hegemónico: él lleva al límite elementos de la masculinidad tradicional (o machista) que comparten varones rurales en ciertos contextos del México actual.<sup>10</sup>



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

La lógica patriarcal en la que vivimos propicia condiciones de conflicto, control y dominio, dentro de las cuales opera la captación de mujeres para fines de explotación sexual. Los mecanismos de enganche son variados, pero siempre implican alguna forma de violencia, es decir, una transgresión a la voluntad de las mujeres, sea mediante engaños, coacción, amenazas o incluso el secuestro. Las víctimas son generalmente obligadas a trasladarse a otro sitio, donde les espera una pesadilla que jamás habrían imaginado.<sup>11</sup>

Al respecto, Montiel<sup>10</sup> se refiere a los mecanismos de enganche como la “vieja escuela” y “nueva escuela”: la primera relacionada con la violencia y la segunda caracterizada por el uso de dispositivos simbólicos como la seducción; ambas, ligadas a la construcción de la masculinidad y la femineidad.

### **La violencia: componente de la masculinidad hegemónica y de la trata de personas**

La violencia machista, como afirma Montero,<sup>12</sup> es selectiva; dirigida fundamentalmente en contra de las mujeres. Consiste en emplear la fuerza para imponer una determinada visión del mundo, de las relaciones interpersonales y del comportamiento; busca imponer a las mujeres una manera de ser. Esa visión del mundo es la que ha determinado, arbitrariamente, al agresor.<sup>12</sup>

Es común pensar que la violencia es producto de la agresividad, un componente “natural” en los seres humanos. No obstante, las múltiples caracterizaciones de la violencia han contribuido a condicionar nuestra percepción para construir un significado psicopatologizado de la violencia, que nos aleja, en cierta medida, de comprenderla íntimamente.<sup>12</sup> De esta forma, se puede caer en el error de considerar al agresor como una persona enferma y que, por ello, comete actos violentos.

Cuando la violencia machista no se justifica por enfermedad (psicopatologización), se minimiza al relacionarla con el abuso del alcohol, la depresión de los hombres o el estrés, entre otros factores; parecería que siempre hay una justificación de la violencia ejercida por hombres hacia las mujeres. En ese tenor, ejercer violencia contra una mujer también implica una decisión y responsabilidad asumida:

En ningún momento, o en muy pocas ocasiones y personas, se parte de la base que un hombre está agrediendo porque quiere agredir, porque considera que es la conducta más efectiva para conseguir un

propósito, propósito que responde a su manera de entender interpersonal con una mujer y al papel que ésta tiene que representar en esa relación.<sup>12</sup>

De la misma forma, en el artículo citado, Montero agrega cómo la tipificación de la violencia ha sido excusa para que sectores gubernamentales se deslinden de la responsabilidad de prevenirla, atenderla y disminuirla hasta erradicarla.

Con todo lo anterior, desde el discurso médico, pasando por el legal, pareciera que la violencia ejercida por hombres sobre las mujeres es solo un asunto del Estado, pero no queda claro cuáles sectores y, puntualmente, mediante cuáles herramientas jurídicas, educacionales y de salud, han de ocuparse para erradicarla. Según el autor, esta “perversa trampa” coadyuva a que la violencia de género, como un componente de las relaciones entre mujeres y hombres, prevalezca.

En este marco, siendo la violencia un fenómeno multifactorial, sus ejecutores también resultan ser múltiples y diversos. En el caso del delito de la trata de personas con fines de explotación sexual, participan en una amplia red, integrada además del proxeneta, por quienes trasladan a los “interesados” al lugar en donde se ubican las mujeres, las/os empleadas/os de los hoteles que se utilizan para ese fin, jóvenes (en su mayoría hombres) que fungen como vigilantes de la zona y cuidadores de las mujeres cooptadas, y mujeres —quienes habrían ejercido el trabajo sexual— que instruyen a otras para su explotación.<sup>13</sup> Consustancial a estos análisis es la presunción de que tal lógica de género, masculinidad y violencia (empleada por el tratante como herramienta para captar a sus víctimas), es una expresión clara de los “acuerdos patriarcales” entre los hombres. En el sistema proxeneta surge el poder ligado a la violencia, aspecto legitimado al darse un proceso de cosificación de la mujer, lo que implica la negación de su voluntad y, consecuentemente, una naturalización de la violencia.<sup>10</sup>

### **Seducción: engaño y violencia disfrazada**

La práctica de trata de personas —particularmente de mujeres— es un fenómeno cambiante que se ha vuelto más efectivo. Montiel<sup>10</sup> ha encontrado —a partir de su trabajo de campo— que la “nueva escuela” se diferencia de “la vieja” porque se emplea violencia física (salvo en secuestros y otras manifestaciones visibles) “solo cuando se estima necesario”, ya que utiliza mecanismos simbólicos como la seducción, haciendo alusión a lo que nuestra sociedad concibe como formas de “amar” y



“cuidar” a las mujeres. En otras palabras, promueven la sumisión a cambio de protección, premisa emanada directamente desde la base del patriarcado.

La seducción únicamente funciona si las mujeres se apegan a una lógica de género tradicional que define las expectativas sobre, por ejemplo, quién debe ser el soporte afectivo de una relación de noviazgo, quién el proveedor de los recursos económicos y, en última instancia, debe sostenerse en la creencia de que el destino ineludible de las mujeres es unirse en matrimonio con los hombres.

Para Montiel,<sup>10</sup> el trabajo de seducción y engaño es una práctica social inherentemente asociada con la identidad masculina. El proxeneta formado en la “nueva escuela” se convierte en un “hombre de verdad” en la medida que capta mujeres para la explotación sexual mediante la seducción. Ello implica, en la construcción de la identidad masculina, al menos, la disciplina corporal y emocional del sujeto para poder engañar y someter a las mujeres. El investigador agrega que estas relaciones de género producen cierto tipo de expectativas sobre qué deben hacer y pensar las mujeres y los hombres cuando éstos cortejan a aquéllas.

Lo anterior se relaciona con el fenómeno de considerar el delito de la trata de personas como una herencia cultural. En su diagnóstico sobre Trata y Masculinidad, Fernández y Vargas establecen que

La práctica social que permite el fenómeno de trata de mujeres en la zona sur de Tlaxcala es, además, percibida como una herencia cultural. Incluso, a decir de las personas entrevistadas, ser padrote para los proxenetas, es digno de orgullo en buena medida por la yuxtaposición de poderes que se están enlistando hasta ahora: la autoridad, la paternidad, el poder adquisitivo y la seducción.<sup>13</sup>

Además de ello, el fenómeno de la trata es visto como un *modus vivendi* que va de padres a hijos, de mayores a menores, de manera aparentemente perenne; una forma de vida proveedora de bienes y servicios (materiales y simbólicos) que ningún otro “oficio” les puede ofrecer en ese contexto.

Si a lo anterior sumamos la herencia cultural del tráfico

de mujeres<sup>14</sup> que se vive en nuestro país, incluso en la actualidad (ejemplo de ello puede ser el caso tan conocido del “robo de la novia” sobre todo en contextos rurales y/o indígenas), la praxis de los proxenetas da cuenta de los mandatos hegemónicos de la masculinidad, mismos que se promueven entre varones (y algunas mujeres también, como es el caso de las *madrotas*).

## El control de la sexualidad de las mujeres

La estructura del patriarcado —sus códigos de orden moral sobre lo masculino y femenino, así como las líneas de prescripción de conducta asociadas a éstos—, determina los roles de hombres y mujeres, a través del sistema de organización social, económico y político, concretizado en instituciones ideológicas —como la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia o los medios de comunicación masiva— y en relaciones de poder; todo ello con efectos directos sobre la vivencia de la sexualidad de mujeres y hombres, los patrones de dominio, subordinación y, claro está, de control y explotación sexual.

Bajo este esquema interpretativo, a las desventajas de su posicionamiento —relativo a la autonomía y toma de decisiones de las mujeres en la sociedad— y a la desigualdad social,<sup>vii</sup> se suma el hecho de que la sexualidad y el cuerpo de las mujeres se consideran objetos consumibles de hombres, cuyo impulso sexual nunca es satisfecho plenamente.

En la versión más extrema de la tesis del patriarcado, se afirma que los hombres básicamente sustentan su identidad buscando incesantemente mujeres para dar cauce a una supuesta fuente inagotable de “energía sexual”, reforzando ese enfoque con la idea de que el cuerpo de la mujer es una mercancía a su servicio, disposición, rentable y que puede por ello ser consumido sexualmente.

Al mismo tiempo, algunas mujeres se ubican, dentro del marco de la estructura patriarcal, en la posición de concebir su cuerpo como un recurso disponible y explotable en el mercado de la prostitución. Pero aquí no debe olvidarse que las trabajadoras sexuales, en todo caso, pueden formar parte de las infractoras de carácter administrativo, mientras que las mujeres en situación de trata son, clara y llanamente, víctimas.

vii La pobreza, el desempleo, los ambientes familiares disfuncionales, y la idea de sí mismas de subordinación frente a figuras masculinas, hacen más vulnerables a las mujeres para ser víctimas de trata de personas o de la prostitución.<sup>15</sup>

Las primeras realizan un acto presumiblemente volitivo, o al menos existen mediaciones diversas entre su voluntad y la “obligación” de prestar sus servicios sexuales; las segundas son obligadas a hacer algo en contra de su voluntad individual, prácticamente sin mediaciones, o con mediaciones de otro tipo, violentándose leyes como las migratorias o —en el caso de menores de edad— derechos internacionalmente reconocidos.<sup>16</sup>

Aun cuando el trabajo sexual, en tanto transacción comercial entre un oferente (mujer) y un consumidor (hombre), las mujeres que supuestamente se interesasen en desarrollar su trabajo bajo tal figura, seguirían siendo explotadas. Es así como la forma en que se aprenden, se desarrollan y se viven las demandas de la masculinidad y la sexualidad masculina es una muestra de cómo actúa el patriarcado y de sus más acendrados componentes, entre los cuales la violencia machista desempeña un papel preponderante.

Por otro lado, no se debe omitir a los hombres víctimas de trata con fines de explotación sexual. Suelen ser niños, adolescentes o jóvenes que fueron enganchados desde su infancia en dinámicas orientadas a ofrecer placer a otros (y/o a otras) a través de sus cuerpos, expuestos a prácticas sexuales de todo tipo y sin medidas de protección para su salud corporal, menos aún, su salud emocional.

En sociedades altamente marcadas por enfoques culturales machistas, llama la atención que el uso de estos individuos no sea tan limitado ni tan oculto, aunque es necesario subrayar la falta de datos duros para aclarar la magnitud de un fenómeno en el que la puesta en práctica de los códigos y mandatos patriarcales son también dirigidos al daño de otros hombres considerados inferiores: niños, homosexuales e indígenas, generalmente en extrema pobreza.

### El rostro oculto de la demanda

¿Quiénes son los hombres invisibles que constituyen la demanda? ¿Es posible establecer una tipología del consumidor-prostituyente? ¿Qué mueve a muchos hombres a consumir cuerpos femeninos sin cuestionarse en ningún sentido? Los estudios demuestran que los hombres que compran servicios sexuales son de todas las nacionalidades, razas y niveles económicos. La mayoría están casados y los hay de todas las edades; uno de los resultados más notables del análisis de las entrevistas realizadas en un estudio francés, es que la mayoría de los varones consumidores de prostitución no pertenecían a edades avanzadas, ni eran jóvenes acuciados por la erupción hormonal típica del ciclo vital, sino hombres de entre 35 y 50 años, casados o viviendo en pareja. De entre ellos, el 55 por ciento tenía uno o más hijos.<sup>17</sup>



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

Cabe aquí una reflexión sobre las formas en que las regiones Norte-Sur se vinculan con el fenómeno de la trata y cómo, a partir de tal interacción, el uso de nuevas tecnologías potencia el desarrollo de estos mercados en los que, usualmente, se promueve el flujo de hombres blancos con alto poder adquisitivo, en viajes de negocio o de placer en los que países como México ofrecen, en un gran marco de impunidad, cuerpos de mujeres jóvenes, adolescentes o niñas *vírgenes*, como parte de la aventura profesional o hedonista que de “hombre del Sur” a “hombre del Norte” se puede pactar.

Pero, ¿qué relevancia tiene para el estudio de la explotación sexual de las mujeres conocer las características o incluso el hecho del estado civil de los consumidores de sexo-servicio? Los usuarios (“clientes”) del trabajo sexual de las mujeres víctimas de trata también son parte del problema: “sin oferta no hay demanda”. En este caso, el ejercicio de violencia por parte del cliente hacia la víctima de trata podemos definirlo como “indirecto”, en tanto que el cliente no necesariamente es consciente de que la trabajadora sexual es víctima de trata; no obstante, la violencia está en juego en tanto que el “cliente” contribuye a esta complejísima red de delincuencia organizada.<sup>viii</sup>

## La prevención para evitar la trata de personas

En México se está trabajando incipiente pero decididamente en protocolos, reformas al marco legal y en otras medidas punitivas con el fin de endurecer las penas para los tratantes, se fortalezcan las redes de protección a las víctimas y se presten servicios a la comunidad en materia de información de derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, a pesar de las voluntades políticas, los hechos de corrupción, impunidad e injusticia que se llegan a presentar, la delincuencia que, —desde sus varias modalidades— tiene en jaque al país y la violación a los derechos humanos, limitan e impiden el cumplimiento de las leyes. Asimismo, la trata de personas en nuestro país tiene una complejidad mucho mayor, pues se trata de una práctica cultural antigua con una asombrosa capacidad de adaptación, heredada de generación en generación, cuyo origen es multifactorial y multisectorial, aderezada por las extremas condiciones de pobreza estructural que se padecen en muchos puntos de la república.

Así, no basta penalizar el trabajo sexual con el endurecimiento de las penas, ni con atender a las víctimas —que siempre las habrá si no se ataca de raíz el problema— pensado todo esto como lo urgente. Nuestra propuesta es focalizar la atención en lo que consideramos importante: se requiere de acciones creativas proyectadas bajo una lógica multifactorial, de largo aliento, tendientes a promover y restaurar la cohesión social. Todo lo anterior obliga a entender las necesidades específicas y los efectos diferenciales en mujeres y hombres.<sup>18</sup>

La trata de personas con fines de explotación sexual vista como una forma de violencia basada en el género, obliga a examinar cuidadosamente las relaciones de género y cómo éstas tienen consecuencias diferenciadas para unas y otros, con el fin de disminuir la vulnerabilidad de las mujeres, niñas, adolescentes y adultas como posibles víctimas de ese delito. Ante esto, trabajar con hombres revisando el ejercicio de sus masculinidades resulta fundamental.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)<sup>19</sup> expresó su intención de trabajar con hombres dentro del marco teórico de género y masculinidad. En tal sentido, es fundamental trabajar preventivamente con niños y jóvenes para que las creencias acerca de los roles de género se transformen a temprana edad,<sup>19</sup> pues es en virtud del aprendizaje de ciertos valores, que se prepara a los hombres para ejercer violencia sobre las mujeres y las/os niñas/os, y a oponer resistencia a cualquier intento de perder o negociar los privilegios derivados de su identidad.

El diagnóstico de la ACNUR<sup>19</sup> da constancia del siguiente hecho: el trabajo con mujeres, orientado a fortalecer su protección, es tan indispensable como el trabajo tendiente a analizar los papeles de los hombres en la trata de personas, y a prevenir el ingreso de niños y adolescentes en los sistemas y redes de abuso, para eliminar la discriminación hacia estas poblaciones y actuar para la consecución de la equidad de género. No obstante, hasta la fecha, las actividades de este organismo se han dirigido principalmente a trabajar con las mujeres y niñas refugiadas priorizando el riesgo de ser víctimas.

Asumiendo la prioridad para fortalecer las medidas de protección hacia todas las mujeres, desde nuestra experiencia, también es importante resaltar que la igualdad de género y la eliminación de la violencia en

<sup>viii</sup> La Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos establece la sanción de quien a sabiendas de su situación de trata, adquiera, use, compre, solicite o alquile servicios de una persona para cualquiera de los fines previstos en los delitos materia de la presente (Artículo 35).

contra de las mujeres no podrán avanzar sin la participación activa y responsable de los hombres. En ese tenor, consideramos imperioso generar propuestas en materia de políticas públicas con perspectiva de género, apelando al análisis de las masculinidades y dirigidas a la prevención, de manera prioritaria.

Si bien estamos conscientes de que evitar el involucramiento de más hombres en este delito no es tarea fácil, por todo lo afirmado, creemos que visibilizar otras formas de ser hombres (modelos alternativos al modelo hegemónico de la masculinidad) que promuevan el respeto a sí mismos, hacia las/os otros y hacia el medio ambiente, que fortalezcan el contacto con los sentimientos y la expresión emocional, favoreciendo la congruencia y la responsabilidad de sus actos. Lo anterior puede llevarlos a estar más conscientes de sí, a tener conexión consigo mismos y a generar cambios en sus comportamientos.

De igual forma, es pertinente crear políticas públicas acordadas con los posibles papeles que puedan tener los hombres en este delito: hombres jóvenes potencialmente *proxenetas*; hombres consumidores no necesariamente conscientes de que la prostitución puede ser parte del fenómeno de trata de mujeres; hombres responsables de administrar, procurar e impartir justicia o de atender el problema desde distintos ámbitos (médicos, psicólogos, abogados, policías, jueces, legisladores, etcétera); hombres involucrados de manera indirecta en las distintas etapas del fenómeno (taxistas, cantineros, meseros y responsables de hoteles, entre otros y hombres víctimas invisibilizados).

Trabajar en el sector salud desde un enfoque que incluya al modelo hegemónico de masculinidad como un factor de riesgo para la salud del hombre y de quienes le rodean, puede ser el principio del cambio. A través de dicha perspectiva se pueden identificar y modificar comportamientos que provocan daños para el hombre y otras personas, generar procesos reeducativos que lleven a los hombres a conocer otros modelos de masculinidad, promover y fortalecer la importancia de la prevención, del valor de su salud, de la protección de su vida y la de quienes le rodean, y visibilizar, desde un ejercicio de responsabilidad, la violencia que ejercen.

Los espacios de salud brindan una excelente oportunidad para el abordaje preventivo del problema, antes de la

comisión del delito: el potencial *proxeneta* y el consumidor incipiente pueden estar muy cercanos al sistema de atención solicitando alguna consulta o por información sobre su salud sexual, entre otras posibilidades.

Se le puede captar y canalizar a servicios especializados o a espacios de reeducación enfocados en la erradicación de la violencia de género, mediante las siguientes acciones:

1. Desarrollar investigación para el análisis de los perfiles y motivaciones de los consumidores y potenciales consumidores.
2. Crear centros de atención de salud sexual e informar sobre los riesgos en materia de infecciones de transmisión sexual.
3. Diseñar estrategias de información y difusión, a través de mensajes y folletería, para

a) desmitificar aspectos como el hecho de que “todas las prostitutas son alegres”, o cuyo oficio lo hacen por decisión personal o porque les gusta,

b) advertir que la prostitución —considerada falta administrativa— puede ser un delito de trata de personas,

c) presentar estrategias de cómo identificar una red de trata y qué hacer en tal caso, y

d) dar a conocer el aparato jurídico nacional e internacional sobre el delito de la trata de personas, en especial el relativo a la prevención del delito de la trata de personas.<sup>ix</sup>

Además, es importante fortalecer las capacidades profesionales específicas en el sector salud —doctoras/es, enfermeras/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, entre otros cuadros profesionales— con la sensibilización e incorporando la perspectiva de género, para que, desde este enfoque, puedan detectar y canalizar (o trabajar) de manera oportuna, con hombres relacionados directa o indirectamente con la trata, o que estén en riesgo de ser cooptados por estas redes.

Aún queda un camino vasto por recorrer, pero es importante reconocer también que ya se está andando. Sin afán de hacer uso optimista del cliché, creemos que las soluciones realmente efectivas para abatir el complejo

<sup>ix</sup> El Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños y la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos son parte de los instrumentos de relevancia en dicha materia.

fenómeno de la trata de personas, están en las manos de todas y todos. El Estado tiene una obligación determinante que debemos exigir pero también es tarea de ciudadanos y ciudadanas quienes compartimos y reproducimos esta cultura, esta lógica de género.

Somos mujeres y hombres mexicanos; nos han enseñado a ser “hombres y mujeres de bien”; el género (o la lógica de género) la hacemos día con día; por tal motivo, y siguiendo a Foucault,<sup>20</sup> quizá el objetivo de hoy en día no sea descubrir lo que somos sino rehusar lo que somos. Tenemos que imaginar y desarrollar lo que podríamos llegar a ser: responsabilicémonos, es importante, ya que lo urgente es actuar.

## Referencias Bibliográficas

1. Facio A. Feminismo, género y patriarcado. Disponible en: <http://cidem-ac.org/PDFs/bibliovirtual/VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20MUJERES/Genero,%20Derecho%20y%20Patriarcado.pdf>
2. Núñez G. Los estudios de masculinidades y la cultura política en México. En: Careaga G, Cruz S. Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México: UNAM; 2006. p. 377-392.
3. Ramírez JC. ¿Y eso de la masculinidad?: apuntes para una discusión. En: Careaga G, Cruz, S. Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México: UNAM; 2006. p. 31-56.
4. Cazés D. Metodología de género en los estudios de los hombres. La ventana 1998;(8):35-46.
5. Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños que complementa la Convención de las Naciones contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Disponible en <http://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC%20Convention/TOCebook-s.pdf>
6. Castro O. La Iniciativa Popular en Tlaxcala. Acciones Colectivas para el Combate a la Trata de Mujeres. México: Centro Fray Julián Garcés; 2008.
7. Connell RW. Masculinities: Knowledge, Power and Social Change. Berkeley: University of California; 1995.
8. Amuchástegui A. ¿Masculinidad(es)? Los riesgos de una categoría en construcción. En: Careaga G, Cruz S. Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México: UNAM; 2006. p. 159-184.
9. Montiel O. Reflexiones sobre la perspectiva de género y la violencia masculina: El caso del proxenetismo en la Tlaxcala rural. Disponible en [http://www.cednna.oaxaca.gob.mx/pdf/Observatorio\\_ESCENNA/Bibliografía/bib4.pdf](http://www.cednna.oaxaca.gob.mx/pdf/Observatorio_ESCENNA/Bibliografía/bib4.pdf)
10. Montiel O. Trata de Personas: Padrotes, Iniciación y Modus Operandi [Tesis de maestría]. México: CIESAS; 2010.
11. Torres M. Con sus propias palabras: Relatos fragmentarios de víctimas de trata. México: Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género-Cámara de Diputados; 2010. Disponible en: <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/view/full/5322>
12. Montero A. Psicología con agresores en violencia de género. En: San Segundo T. Violencia de género. Una visión multidisciplinar. Madrid: Universitaria Ramón Areces; 2008. p. 65-78.
13. Fernández M, Vargas MA. Diagnóstico sobre la construcción y reproducción de la masculinidad en relación con la trata de niñas y mujeres en Tlaxcala. México: INDESOL; 2011.
14. Rubin G. The traffic in women. En: Rayna RR. Toward an Anthropology of women, New York: Monthly Review Press. 1975. pp. 35-96.
15. Olamendi P. Trata de mujeres en Tlaxcala. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2008. Disponible en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/igamvlu/Tlaxcala/tlax01.pdf>
16. Casillas R. La Trata de mujeres, Adolescentes, Niñas y Niños en México. México: Comisión Interamericana de Mujeres-Organización de Estados Americanos-Organización Internacional para las Migraciones-Instituto Nacional de las Mujeres-Instituto Nacional de Migración; 2006.
17. Cannon I, editor. Compendio sobre Demanda Masculina de la Prostitución. Massachusetts: Coalición contra el Tráfico de Mujeres; 2006.
18. CNDH. Manual para la Prevención de Trata de Personas. México; 2009.
19. ACNUR. Manual del ACNUR para la Protección de Mujeres y Niñas. Ginebra; 2009. Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/7137>
20. Foucault M. Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1990.

# Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio<sup>i</sup>

José Alejandro Almaguer González <sup>ii</sup>

Hernán José García Ramírez <sup>iii</sup>

Vicente Vargas Vite <sup>iv</sup>



Foto: Hernán García Ramírez

- <sup>i</sup> En la elaboración de este trabajo se contó con el apoyo de la antropóloga Azálea Calleja Bello, la trabajadora social Carmen Contreras Villalvazo, el médico gineco-obstetra Felix Ángel Quintero Michel y la doctora Guadalupe Mainero del Paso.
- <sup>ii</sup> Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Secretaría de Salud (SS).  
Correspondencia: alejandroalmaguergonzalez@hotmail.com
- <sup>iii</sup> Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención DMTyDI-DGPLADES-SS. Correspondencia: educeverhg@hotmail.com
- <sup>iv</sup> Subdirector de Interculturalidad en Servicios de Salud, DMTyDI-DGPLADES-SS. Correspondencia: marakame07@gmail.com

En este artículo se abordarán los elementos centrales del nacimiento humanizado que ya se aplica en diversos hospitales y clínicas, pero del cual sigue existiendo desconocimiento y polémica, incluso, en cuanto al concepto utilizado. Se partirá de las características de ese modelo y de cómo puede ser la experiencia de las mujeres en trabajo de parto, de acuerdo con la atención y trato que reciban en los servicios de salud; además de presentar una revisión histórica, algunas experiencias con la aplicación del modelo y las características de otros esquemas clínicos y tradicionales, para centrarse en el modelo de atención humanizado, que incorpora el enfoque intercultural, el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género.

## Parto humanizado: definición y componentes

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias<sup>v</sup> y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>1</sup>

Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque

basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

El modelo de “nacimiento humanizado” incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.<sup>vi</sup>

Existe consenso<sup>vii</sup> en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

v Enfoque que responde a la ausencia de sustento científico de un alto porcentaje de las decisiones clínicas en la práctica médica, y que pretende mejorar su calidad fundamentado en el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente.

vi Con las modificaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 2011, se reconoce en el Artículo 1º, el derecho al goce de los derechos humanos contemplados en la misma Constitución y en los tratados internacionales suscritos por México. Cuentan con carácter vinculante: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), que obligan a las/os Servidores Públicos (incluyendo a los del sector salud) a evitar cualquier forma de discriminación y violencia contra la mujer.

vii Propuestas de parte de diferentes grupos, redes y personas en torno al nacimiento humanizado como ReHuna y Relacahupan (se describen más adelante).

## Debate: “No me gusta el término de parto humanizado. ¿Qué quiere decir, que somos deshumanizados?”

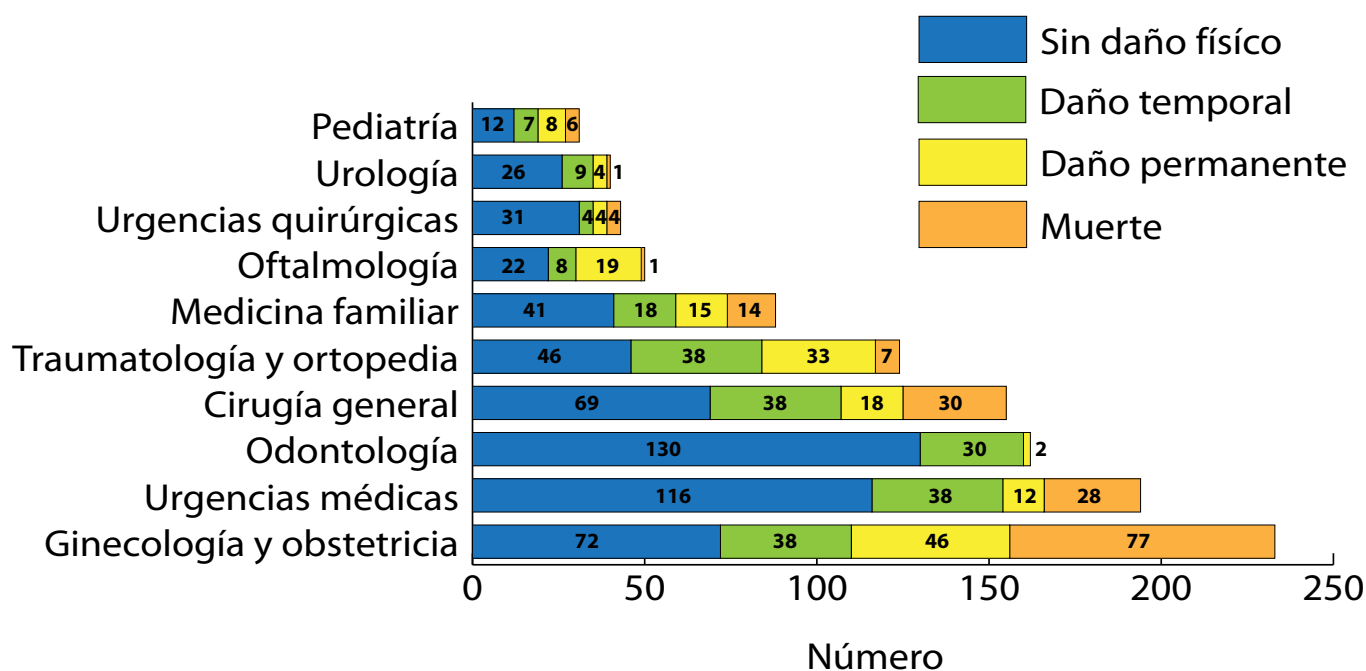
Siempre ha habido obstetras y médicos —hombres y mujeres—, sensibles a los sentimientos y deseos de las mujeres usuarias de sus servicios; muestran respeto, buen trato y adaptan su atención, aunque el modelo en el que fueron formadas/os no incluya estos elementos. Esto es relatado por el obstetra Carlos Burgo en su libro *Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento*.<sup>2</sup>

El cuestionamiento que se hace no es a las personas, sino al modelo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios de salud, el cual se ha *naturalizado* en la sociedad, y que toma en cuenta solo elementos técnico-biológicos sin considerar a las mujeres como sujetos de derechos en el momento del parto, realizando además por hábito, una serie de acciones que han sido identificadas y cuestionadas por el modelo científico basado en evidencias como perjudiciales para la salud emocional y física de las mujeres y sus hijas/os.

Además, el modelo convencional de atención posibilita el desarrollo de un importante número de acciones consideradas como violencia obstétrica, descritas en otras publicaciones institucionales.<sup>3</sup>

En la figura 1, a partir de los registros de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se comparan las quejas por mala práctica entre diversas especialidades médicas, se observa que la atención gineco-obstétrica es la que presenta el mayor número de casos —que son solo la punta del iceberg— y poco más de la mitad de ellos se clasificó como daño permanente y muerte.<sup>4</sup>

Figura 1. Diez especialidades con mayor evidencia de mala práctica médica, según gravedad del daño. México, 2003–2007



Fuente: Saqmed, Dirección General de Calidad e Informática. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.



## “Cielo” o “infierno”: la atención del parto como experiencia vital

Para muchas mujeres, el parto ha sido considerado una experiencia que puede representar el “cielo” o el “infierno”, percepciones en gran medida derivadas del cuidado y trato que hayan recibido, así como de la suficiencia o insuficiencia de recursos humanos, materiales, técnicos y especializados existentes en los espacios donde fueron atendidas.

El parto puede representar el “cielo” cuando se vive en una situación de tranquilidad, con la presencia de personal de salud que explica el curso del parto y atiende todas las situaciones que se presentan, disminuyendo el temor y la ansiedad; cuando se aprovechan las técnicas psicoprofilácticas con las que ya se cuenta para mejorar la posición, la respiración y la relajación con la subsecuente disminución del dolor y las molestias; cuando se respeta el pudor y la dignidad de la paciente y no se le agrede con procedimientos rutinarios sin sentido; cuando se le ofrece masajes y afecto; cuando se favorece que participe un/a acompañante para brindar apoyo físico-emocional y cariño, con la consecuente estimulación de oxitocina natural que favorece el trabajo de parto y la producción de endorfinas y relaxina; cuando se incluye un ambiente de poca luz, música relajante y temperatura ambiental adecuada, lo cual ayuda a la concentración, relajación y disfrute de ese momento tan especial disminuyendo la adrenalina, y cuando se reconocen los derechos de la mujer para “tomar las riendas” de su propio proceso de parto para vivirlo como una experiencia única, vital y gozosa.

En cambio, el mismo proceso puede ser vivido como “el infierno” si se atiende a la mujer de una manera rutinaria y fría, generando culpas con regañones, maltratos y humillaciones; cuando se le deja sola creándole temor, utilizando batas desechables casi transparentes o rotas y sin amarre que las cubra lo suficiente para respetar su

intimidad, si no es que quedan desnudas; cuando se utiliza, sin su consentimiento previo, su cuerpo —y su ser— como objeto de enseñanza a personal en internado y residencia; cuando se les impone una serie de procedimientos agresivos, molestos e intimidantes —la mayoría de veces sin necesidad—, como el rasurado de la región púbica, los enemas, los tactos continuos y rutinarios, la inducción-conducción con oxitócicos, las episiotomías, la imposición de posturas horizontales antifisiológicas y del pujo dirigido,<sup>viii</sup> así como la prohibición de moverse libremente, caminar, o beber líquidos, lo que atenta contra su integridad física y emocional.

Además, se les prohíbe la compañía de familiares o personas de su confianza y de parteras, tomar decisiones sobre las posturas de sus cuerpos para un parto natural, afectando su autoestima y confianza, con el consecuente dolor y la posibilidad de generar —por el exceso de acciones técnico medicalizadas innecesarias— complicaciones como distocias de contracción, atonías uterinas y sufrimiento fetal a consecuencia del efecto *Poseiro*<sup>ix</sup> y síndrome de vena-cava.<sup>x</sup> Estos elementos, junto con los regañones —efecto del personal de salud que trabaja con monotonía y estrés— y la cercanía de otras mujeres angustiadas, favorecen la producción de adrenalina y la inhibición de oxitocina, lo cual altera el proceso de parto.

En otros casos se les induce, también de manera habitual, a aceptar procedimientos presentados como una “alternativa” a la atención del parto natural, que alteran el trabajo de parto o la cesárea, por ejemplo, la analgesia epidural,<sup>xi</sup> pero sin informar adecuadamente de todas las consecuencias, riesgos y molestias concomitantes.

En algunos hospitales del país aun se practica de manera rutinaria la revisión de la cavidad uterina sin anestesia,<sup>xii</sup> desestimando el dolor causado por este procedimiento. Cuando por fin se culmina con el nacimiento del/la bebé, las experiencias negativas pueden continuar, puesto que

viii El pujo dirigido se aplica durante el proceso de parto, al indicar a las mujeres hacerlo sin importar su impulso natural de cuándo pujar. Se convirtió en la norma hace medio siglo, cuando las mujeres eran medicadas fuertemente durante el parto, y sigue siendo una práctica común, a pesar de que las pruebas demuestran que esta técnica puede ser riesgosa para la salud de la/el bebé, por lo que debería evitarse.

ix Compresión de la aorta abdominal y arterias ilíacas producida por el útero grávido contra la columna vertebral en la posición de decúbito supino.

x Compresión de la vena cava inferior por el útero grávido en los mismos términos. Como efecto de éste y del mecanismo anterior, se disminuye el gasto cardíaco y el retorno venoso, y se produce consecuentemente hipotensión arterial, predisponiendo al colapso circulatorio; así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y, por ende, reducir el oxígeno que recibe la/el bebé, repercutiendo a su vez, en sufrimiento fetal.

xi El abuso de la analgesia obstétrica incrementa normalmente el uso de oxitócicos, así como el parto asistido por fórceps, por extractor de vacío, o la necesidad de una cesárea.

xii La retención de membranas o restos de la placenta es la tercera causa en frecuencia de las hemorragias obstétricas, lo cual puede ser sustituido simplemente llevando a cabo un adecuado manejo del alumbramiento, así como la inspección inmediata y completa de la placenta y membranas.

no se les permite el contacto inmediato con su hijo/a. Resultado: vivir la experiencia de parto como un momento que puede cursar con sufrimiento, pena, dolor y frustración, sin la oportunidad de conectarse adecuadamente con el nuevo ser.

El “acceso al cielo” no requiere un gasto extraordinario para los servicios de salud o una inversión de tiempo adicional. De hecho, estimaciones señalan que el modelo de parto bajo las recomendaciones de la OMS produce una disminución significativa de los costos de atención. Los procedimientos técnicos propuestos, sus fundamentos científicos y la conciencia de querer vivir y disfrutar también, en tanto prestador/a de servicios de salud, el parto como una experiencia donde es posible participar y enriquecerse personalmente, respetando los derechos humanos y actuando con el principio de equidad hacia la mujer, se expondrán en los siguientes apartados de este documento.



Foto: Hernán García Ramírez

## Breve historia de la atención del parto humanizado

El parto, que ahora conocemos como humanizado, era considerado un proceso natural, atendido generalmente por mujeres que entendían y conocían el cuerpo femenino. Sin embargo, siempre existía la sombra de una complicación, generando toda una serie de mitologías y tradiciones para enfrentarlas y darle sentido a las muertes concomitantes. Esas mujeres se fueron especializando en la atención de partos, y ahora continúan existiendo en la mayoría de los países del mundo, incluso en los industrializados, como parteras tradicionales.

Hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, generalmente integrados por varones —salvo excepciones—, se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el *fórceps*, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobretecnificando y sobremedicalizando la atención de los partos normales.

Ya en el siglo XX, en 1930, El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, un grupo de médicos comenzó a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con ese reacondicionamiento conocido después como psicoprofilaxis.

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método

psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor. El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia en 1959 en su libro *Thank You, Dr. Lamaze*.<sup>5</sup> En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA).

En 1976 se publicó el libro *Por un nacimiento sin violencia*, de Frederick Leboyer,<sup>6</sup> que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia.

En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell,<sup>7</sup> del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent<sup>8,9</sup> y del médico David Chamberlain,<sup>10</sup> con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical.

Previamente, el tema de la lactancia materna había empezado también a tomar relevancia con la fundación de la Liga Internacional de la Leche, en 1956, por un grupo de mujeres de Illinois, Estados Unidos, que habían amamantado a sus hijas/os, para ayudar a quienes por diferentes razones —a menudo debido a la falta de información o a la presión social—, tenían dificultades o dudas sobre cómo amamantar a sus bebés. En 1964 se abrieron grupos en México y, en la actualidad, la Liga se extiende a más de 65 países, atendiendo mensualmente a más de 300,000 mujeres.

En 1974 se publicó en Londres *Nestlé the baby killer*, de Muke Muller,<sup>11</sup> explicando cómo la estrategia de la

empresa Nestlé, de regalar latas de leche a las madres en el tercer mundo al momento del nacimiento de sus hijas/os, facilitaba que perdieran la lactancia y la leche se contaminara, además de favorecer la desnutrición del/la bebé y aumentar la mortalidad infantil. La respuesta de Nestlé originó el lanzamiento de un *boicot* en su contra el 7 de julio de 1977, iniciando en Estados Unidos y expandiéndose a Europa en la década de los ochenta.

En 1985 se emitió la Declaración de Fortaleza, Brasil “El Embarazo y Parto no es una Enfermedad”,<sup>12</sup> con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS.<sup>13</sup> En tanto que en 1990, en Florencia, Italia, se efectuó el Consenso de Ministros de Salud para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, emitiendo la “Declaración de *Innocenti*”, con apoyo de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), ratificada en 2005. En 1997, la OMS publicó la Guía práctica en la atención del parto normal, y en 2001 se publicaron las Recomendaciones de la OMS acerca del cuidado perinatal.<sup>1,xiii</sup>

## Experiencias del modelo de parto humanizado con enfoque de derechos

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, la/el bebé y la pareja durante el parto, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

En América Latina surgieron, entre otras, tres organizaciones de la sociedad civil que han promovido arduamente y que proveen de información sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (Relacahupan).

La ReHuNa se creó en Brasil en 1993 con el objetivo de difundir la asistencia y atención perinatal basadas en la evidencia científica. La CIMS se creó en Estados Unidos en 1996 como una coalición de personas y organizaciones con la preocupación por el cuidado y bienestar de las

xiii Incluyen diez principios y recomendaciones para la atención de cada uno de los estados del trabajo de parto. Consultar referencia bibliográfica 3.



Foto: Félix Angel Quintero Michel

madres, las/os bebés y las familias. En 2000 se fundó la Relacahupan, conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer.

De 2000 a la fecha se han publicado investigaciones científicas que evidencian el impacto de la lactancia materna inmediata o tardía en el desarrollo del proceso de parto y en la salud del bebé,<sup>14,15,16,17,18,19,20,21,22</sup> la importancia del retardo del corte del cordón umbilical para prevenir anemia en la/el recién nacido,<sup>23,24,25</sup> el mecanismo del antagonismo adrenalina-oxitocina y sus implicaciones en las distocias de contracción,<sup>26,27,xiv</sup> así como las evidencias científicas en

torno a la importancia del acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto,<sup>28,29,30</sup> la reducción del dolor con técnicas de relajación<sup>31</sup> y acupuntura,<sup>32</sup> los procedimientos para reducir los desgarros perineales sin la utilización de la episiotomía,<sup>33</sup> y los beneficios de la posición vertical,<sup>34</sup> y del apego inmediato,<sup>35</sup> entre otros elementos, tanto para la mujer como para la/el bebé recién nacido.<sup>xv</sup>

En noviembre de 2004, se promulgó en Argentina la Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y se emitió, por parte del Senado de la Nación, la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado. De carácter obligatorio en toda la Argentina, tanto en instituciones públicas como privadas, se establece que todas las mujeres tienen derecho a:

- Ser protagonistas de su parto
- Ser consideradas personas sanas
- Decidir lo que necesitan en cada momento
- Ser informadas de todo lo que ocurre
- Elegir con libertad una compañía de sus afectos
- Elegir la posición para parir
- Expresar sus emociones
- Efectuar los rituales que acostumbra su cultura
- Ser respetadas en su intimidad

Con la aportación de Argentina, el enfoque de derechos aplicado en la atención del embarazo, parto y puerperio se propagó en América Latina. Otro referente regional fue cuando en marzo de 2007, se incorporó el concepto de violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela.<sup>36,xvi</sup>

xiv Presentados en el Instituto Nacional de Perinatología el 12 de octubre de 2009, por el médico e investigador gineco-obstetra francés Michel Odent.

xv Algunas investigaciones fueron proporcionadas por la doctora Guadalupe Mainero del Paso, colaboradora de la DMTyDI, y otras fueron obtenidas de la presentación Un encuentro con la historia.

xvi Ver referencia bibliográfica número 3.

## Desarrollo del modelo de parto humanizado en México

En México, después de décadas de trabajo y argumentaciones con base en investigaciones científicas, se logró, en los años noventa, institucionalizar la lactancia materna en las instituciones de salud pública. En 1990 se creó el Comité y Programa Nacional de Lactancia Materna que funcionó regularmente hasta 2004, y en 1991 se publicó el Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna, de la Secretaría de Salud (SS).

Es importante destacar el papel del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento-México (CIMIGen), desde 1987 bajo la dirección de Carlos Vargas García, el cual ha implantado un sistema de atención de maternidad singular y alternativo, con enfoque de riesgo, que no solo ha elevado la calidad de la atención de maternidad disponible, sino que ha logrado disminuir sus costos, favoreciendo la atención del parto por enfermeras obstetras, bajo las recomendaciones de la OMS.<sup>1</sup>

La Secretaría de la Defensa Nacional, tomando en cuenta también esas observaciones, opera desde 1999 la Clínica de Especialidades de la Mujer, con 14 cuartos combinados con camas obstétricas, donde se atienden los partos de manera vertical, y con cunas de calor radiante, pelotas kinésicas y kits de masaje. De acuerdo con sus registros, a mediados del 2011 llevaban más de 40,000 partos con el modelo humanizado.

Por parte de la sociedad civil, existen diferentes grupos de mujeres que en respuesta al incremento de la medicalización y mercantilización del parto, así como de la operación cesárea, difunden el derecho a un embarazo, parto y nacimiento humanizado, respetado y seguro, considerando a las mujeres como madres, ciudadanas y sujetos de derechos, además de promover la atención desmedicalizada del parto por personal profesional no médico. Destacan en este sentido Ticime, A.C. y Parto Libre, A.C.

En 2009, el Congreso del estado de Veracruz aprobó la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, incorporando el concepto de violencia obstétrica.<sup>3,37</sup> Los elementos sustantivos de esta Ley se encuentran en discusión en los estados de Chiapas y Oaxaca.

En el 2008 y 2009 se publicaron las guías de Práctica clínica desde el enfoque basado en evidencias, con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), en las que se incluyeron indicaciones para la vigilancia y manejo del parto,<sup>38</sup> la inducción del trabajo de parto,<sup>39</sup> el uso racional de la episiotomía<sup>40</sup> y la realización de la operación cesárea.<sup>41</sup>

Desde el 2009, en el Estado de Oaxaca, el médico gineco-obstetra Félix Ángel Quintero Michel,<sup>xvii</sup> tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS,<sup>1</sup> propuso que a las mujeres en trabajo de parto se les coloque un catéter heparinizado, para evitar aplicarles soluciones intravenosas —práctica rutinaria— y pueda favorecer la deambulación y comodidad de las embarazadas, manteniendo una vena permeable para poder actuar rápidamente y colocar una solución acuosa, en caso de alguna complicación repentina.

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) y el CENETEC, junto con Rochester-México, diseñó en 2007 diferentes implementos para la atención humanizada de las mujeres en el parto con el enfoque intercultural, respondiendo tanto a las expectativas de las mujeres del país —indígenas y no indígenas—, como a las del personal de salud y las de parteras tradicionales.

El primer producto fue una mesa obstétrica en posición vertical para facilitar la atención por personal médico de hospitales y centros de salud. Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el penduleo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales: sentada, en cuclillas o hincada.

xvii Adscrito al Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" de la Ciudad de Oaxaca y Coordinador del Centro Estatal de Capacitación en Parto Humanizado del Estado de Oaxaca, con sede en Tlaxiactac de Cabrera.

De igual forma, se diseñaron dos bancos obstétricos. Uno, en forma de “U”, permite la posición sentada de la mujer en trabajo de parto, con la posibilidad de que su acompañante esté sentado/a cómodamente en una silla; otro, ergonómico, posibilita que quien atiende el parto esté sentada/o a una altura baja, para que la mujer pueda hincarse, sentarse, o ubicarse en cuatro puntos (posición de Gaskin) y pueda, inclusive, recibir masaje. Hincada, el peso de la mujer se reparte entre la cadera, las pantorrillas y las rodillas, facilitando la liberación del nervio ciático y la circulación sanguínea. Los bancos tienen una base acojinada en donde se puede colocar la/el niña/o acabando de nacer, brindando la seguridad sugerida por las parteras tradicionales.

Escuchando las demandas de mujeres atendidas en los servicios de salud, sobre lo incómodo de las batas y ropa de parto, y de cómo atentan contra su intimidad, sin permitir el contacto físico con su hija/o al momento del nacimiento, se diseñó una bata que facilita la lactancia y el apego inmediato, con compensación de la gravidez y traslape suficiente para cubrir el cuerpo de las mujeres con dignidad, como no sucede con las batas convencionales. También se elaboraron unos calentadores para mantener el calor de las piernas y unos zapatos de tela para evitar que caminen descalzas.



Foto: Dra. Yolanda Victoria Illescas

## Los aportes de la partería tradicional indígena mesoamericana

Cuando se habla de “partería tradicional”, se incluyen de manera generalizada prácticas muy diferentes de distintos grupos de mujeres en el mundo, que van desde “cachar al niño”, sin mayores conocimientos o técnicas —como lo siguen haciendo grupos humanos donde el parto lo atiende un/a familiar, generalmente una abuela o tía—, hasta modelos completos de atención más elaborados como la partería que practican las mujeres indígenas de los pueblos de Mesoamérica, fundamentados en una cosmovisión sobre salud, y cuya transmisión cultural y social, con intercambios de saberes y prácticas entre parteras y generaciones bajo la forma de enseñanza de maestra–aprendiz, la han convertido en una especialización del conocimiento y la práctica.

En México, durante siglos, el modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que forma parte de la medicina tradicional indígena, fue ignorado, minusvalorado, rechazado y no estudiado en profundidad, pese a la relación de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del programa Oportunidades, con las parteras tradicionales. Ese esquema también fue estereotipado desde los estudios de otros modelos, como los africanos, como si la partería tradicional fuera igual en todo el mundo.

A partir de 2004, la DMTyDI-SS diseñó la metodología Encuentros de Enriquecimiento Mutuo,<sup>42</sup> que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona. Los encuentros se han realizado en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como en el Distrito Federal (DF). Esta metodología posibilitó recuperar y sistematizar un “modelo” de partería tradicional mesoamericano, con contribuciones importantes tanto para los cuidados del embarazo, la atención del parto y puerperio, y de la/el recién nacido/a.

La propuesta permitió, además, reafirmar el valor y la vigencia del conocimiento local, el cual puede ser accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignas portadoras; asimismo, consiguió que el personal de los servicios de salud institucional —desde este lado de la frontera cultural— interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo, y asumiera la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizarlo, pero dispuestas/os a identificar y reconocer los aportes<sup>43</sup> de un modelo de atención tradicional del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, común a los grupos indígenas de la región mesoamericana.<sup>xviii</sup>

La explicación antropológica de este modelo que sorprende por su profundidad e integralidad, es que esa región geográfica —comprendida entre el centro y sureste de México y el norte de Centroamérica— tuvo una civilización que desarrolló toda una racionalidad para entender y vincular su entorno, principalmente, con las prácticas agrícolas, a través de la observación de los movimientos de los astros y otros fenómenos naturales. Incluso, avanzó en las matemáticas y en elaboradas técnicas de construcción, que se aprecian en las pirámides y edificaciones de toda Mesoamérica, y para la agricultura, que siguen teniendo vigencia.

Este conocimiento a partir de observar la causa-efecto y la relación entre los elementos que conforman el universo, se hizo extensivo a la medicina en general y también a la partería tradicional, desarrollando toda una cosmovisión en salud<sup>44</sup> que derivó en un sistema holístico de prácticas que ahora se ha logrado sistematizar y entender de manera general.<sup>45</sup> Entre los elementos identificados gracias a la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo destacan:

1. El reconocimiento de la partera a nivel comunitario y la identificación de su papel que va más allá de la atención de los embarazos y partos.
2. Los procedimientos para “acomodar” al/la bebé, como las “manteadas”, con la mujer acostada boca arriba y a gatas.
3. La climatización del espacio donde se llevará a cabo el parto, cuidando que se mantenga el calor, eliminando las fuentes de aire, el frío y el exceso de luz.

4. El respeto a la intimidad de la mujer, utilizando ropa limpia.
5. La recomendación para que la mujer camine durante el trabajo de parto, bajo la vigilancia de la partera, cuidando que no se canse y pierda fuerza en el momento de pujar.
6. Los masajes en la espalda y cadera antes del parto, para relajar a la mujer y disminuir así el dolor.
7. Los métodos para conocer la proximidad del nacimiento —sin la realización de tactos— a través del descenso del fondo uterino con las manos, así como la observación del color de la cara, la sudoración y la temperatura de la cabeza.
8. Las diferentes posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas o en cuclillas) que se ofrecen a la mujer, respetando su decisión, para favorecer el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido.
9. La escasa distancia del piso en la atención del parto —que generalmente se cubre con petates, periódicos, cartones y cobijas—, lo cual disminuye los riesgos de accidentes con el/la bebé.
10. La participación de la pareja de la mujer u otra/o familiar o acompañante, si ella lo solicita, como “sostén” físico y emocional.
11. Los procedimientos para lubricar la vagina con aceites de plantas medicinales, y la utilización de compresas calientes para evitar desgarres del periné.<sup>46,xix</sup>
12. Las técnicas para posibilitar el pujo efectivo hacia “abajo y adelante”, con lo que además se evita la defecación durante el parto.
13. La estrategia para aumentar lo que las/os médicos llaman “la prensa abdominal”, colocando un rebozo en la espalda de la mujer durante el periodo expulsivo y jalando hacia la partera, lo cual aumenta la eficiencia de la presión abdominal sin riesgos.
14. El amamantamiento inmediato del/la bebé para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta.
15. La revisión y cuidados tradicionales de la/el recién nacido, donde se privilegia el contacto inmediato madre-hija/o, demorando prácticas como el baño, que alejan al/la bebé de su madre.

xviii En las actividades de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECOSA) con parteras tradicionales, realizadas en Guatemala, de 1984 a 2000, se remarcaron los mismos elementos identificados en México.

xix Lo cual ha sido ya confirmado con investigaciones científicas y el enfoque basado en evidencias.

16. Los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos que, a juicio de las parteras, previenen la caída de matriz y vejiga.
17. El uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la recuperación temprana de la mujer.
18. El empleo de plantas medicinales para generar la producción temprana de la leche materna y evitar otros problemas de la cuarentena.
19. La vigilancia estrecha y los cuidados a la madre durante los primeros días, con visitas subsecuentes.
20. El trato cercano, amable y humano y el acompañamiento psicoafectivo de las parteras en todo el proceso, en el cual se brinda una relación sin violencia hacia las mujeres. Se pone mucha atención a sus emociones y se trata de sentir lo que las mujeres sienten.
21. Los aportes de las parteras para el modelo de nacimiento humanizado con respecto al recibimiento de la/el recién nacido, a quien desde el vientre materno se le trata como persona y no como un producto, brindándole cariño y consejos.



Foto: Hernán García Ramírez

## La atención intercultural de las mujeres en la atención del parto

Nos gusta el parto en el hospital, porque es limpio y si se atora el niño, pues ahí lo sacan. Pero también nos gusta el parto con la partera porque nos habla bonito, nos da nuestro masaje en la cintura para que se nos caliente la cadera y no nos duela, nos deja que tengamos el parto sentadas o en cuclillas y así podemos respirar mejor y el parto es más rápido, nos da nuestras “apretadas” después del parto para cerrar la cadera y que no se nos caiga la matriz y vejiga, y nuestros baños de vapor para limpiarnos y no quedar crudas. ¿Qué no podríamos tener las dos cosas juntas?

Mujeres Indígenas de la Sierra de Zongolica, Ver. 2002.

Desde su creación (agosto de 2002) y con los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo, la DMTyDI ha identificado aportes y visiones de la partería tradicional sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, afines a las Recomendaciones de la OMS,<sup>1</sup> y mejoradas con otros elementos, enmarcando así una definición, profunda y humana en torno de esos procesos y de la/el recién nacido. Esos aportes no solo son válidos para la atención a población indígena, sino para todas las mujeres y bebés, con lo que se nutre la propuesta de nacimiento humanizado ya existente.

Más que ver al parto humanizado como una moda, es posible establecer una convergencia entre el conocimiento y la práctica milenaria, con la evidencia científica derivada de la investigación más rigurosa, enmarcada en los derechos humanos y la perspectiva de género. Esto va mas allá de parir para preservar a la especie humana, ya que con los conocimientos recuperados se fundamenta una visión cultural de una forma de vida amable, amorosa y armónica con la humanidad y el universo. Esta visión nos humaniza y retoma al ser humano en su globalidad y no solo como pedazos de una máquina con fallas mecánicas o funcionales.



De esta manera, por atención intercultural a las mujeres en el parto, nos referimos al modelo que tiene como esencia a la sinergia entre los métodos de la medicina occidental y los de las parteras tradicionales, además de retomar las demandas de los grupos de la sociedad civil en cuanto a un trato más humano y sin violencia, donde las mujeres sean protagonistas de su parto (figura 2).

Figura 2. Atención intercultural a las mujeres en el parto



Fuente: elaboración propia de los autores

Este modelo se diseñó escuchando las demandas y necesidades, primero, de mujeres y parteras indígenas y, posteriormente, de mujeres en general, sobre todo de zonas urbanas. También se tomó en cuenta la opinión del personal de salud, especialmente de profesionales gineco-obstetras, pediatras y enfermeras. Al principio se consideró como alternativa dotar de “amigabilidad cultural” a los servicios —y de esta manera colaborar en la lucha contra la muerte materna—, al evitar que las mujeres, sobre todo de origen indígena y rural, se alejaran de la atención médica. Más tarde se valoró el modelo por sí mismo, el bienestar producido y los beneficios concomitantes a la salud e integración entre la madre, la pareja y la/el niño. Como elementos esenciales de esta interacción intercultural, además de los elementos de la OMS,<sup>1</sup> sobresalen:

- Respeto a la cultura y decisiones de la mujer usuaria
- Intercambio y enriquecimiento entre diversos modelos de atención
- Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto

- Acompañamiento de un/a familiar si la usuaria lo demanda
- Uso de masajes durante el trabajo de parto
- Climatización de la sala de expulsión
- Apoyo de la tecnología y medicamentos solo cuando sea necesario
- Atención por parteras tradicionales y personal no médico, si la usuaria lo solicita, en condiciones de seguridad y eficacia.<sup>xx</sup>

A partir del 2007, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, a través de la DMTyDI, desarrolló el modelo de atención intercultural a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.<sup>47</sup> En 2009 y 2010 se dio a conocer, mediante la capacitación del personal de hospitales y centros de salud, en los estados de Oaxaca, Hidalgo, Tlaxcala y Morelos.

En 2011, con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y de médicas y obstetras expertos en la atención humanizada, se capacitó al personal de atención obstétrica de los hospitales del Ajusco Medio (DF) y del Niño y de la Mujer (San Luis Potosí), de los hospitales generales de Sayula (Jalisco), Ciudad Valles y Río Verde (San Luis Potosí), Escárcega (Campeche), Jilotepec (Estado de México), Valladolid (Yucatán), San Bartolo Tutotepec (Hidalgo), Parral y Guadalupe y Calvo (Chihuahua), y Amealco (Querétaro). También participaron los centros de salud ampliados de Tetela del Volcán (Morelos), Tlalixtac de Cabrera (Oaxaca)<sup>xxi</sup> y Aquismón (San Luis Potosí). En el ensayo del modelo se utilizaron los implementos diseñados (mesa, bancos y “batas humanizadas”).

A pesar de la resistencia inicial de obstetras, pediatras y personal de salud, para transformar paradigmas de conocimiento y práctica en la atención del parto, durante los cursos, la mayoría de las/os participantes tuvo un cambio gradual importante hacia la comprensión y ejercicio de su quehacer. A partir de las experiencias anteriores, se han realizado un número importante de partos, bajo los elementos recomendados por la OMS y con la incorporación de la sugerencia para utilizar catéteres heparinizados en varios hospitales, con la consecuente comodidad de las mujeres.

Para apoyar la concreción del modelo, la Secretaría de Salud desarrolló en 2011 la propuesta de “Posadas de

xx De preferencia en espacios contiguos a unidades médicas en donde se cuente con equipamiento, insumos y personal calificado para detectar y atender una emergencia obstétrica.

xxi La unidad de Tlalixtac de Cabrera está destinada para la atención de partos humanizados dentro del sector público y se estableció como centro estatal de capacitación.

Nacimiento”,<sup>xxii</sup> derivada del impacto positivo de los módulos de medicina y partería tradicionales contiguos a los hospitales.<sup>xxiii</sup> La Posada es un anexo del hospital con camas no censables en el que se ofrece hospedaje y atención a mujeres embarazadas y en la etapa del puerperio, servicio del parto normal de manera desmedicalizada y albergue a hijas/os y a acompañantes. Se pretende que en este espacio la atención de partos sea realizado por parteras tradicionales, parteras técnicas o enfermeras obstétricas. Esta propuesta recupera la experiencia de las Posadas AME (Atención a Mujeres Embarazadas) —en el marco del programa Arranque Parejo en la Vida—, que facilitan el hospedaje de las mujeres en situación de riesgo previo al evento obstétrico, lo cual permite la atención de una emergencia obstétrica, de manera expedita y oportuna.

## Aportes de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud

La atención intercultural reconoce y aprovecha diferentes modelos médicos. De esta manera, se propone incorporar en la atención del embarazo, parto y puerperio, los aportes de:

- Acupuntura.<sup>48,49</sup> Existen técnicas y esquemas de puntos que se utilizan para ayudar a la concepción<sup>50</sup> y tratar alteraciones del ciclo menstrual, molestias del embarazo,<sup>51,52</sup> pirosis, dolor de espalda y pélvico,<sup>53,54</sup> insomnio,<sup>55</sup> dolor abdominal, fortalecimiento del sistema inmunológico, anomalías de la posición fetal.<sup>56,57</sup> Durante el parto, como apoyo en su inducción,<sup>58</sup> manejo de la ansiedad, dolor de espalda, regulación del trabajo de parto y reducción del dolor,<sup>32, 59,xxiv</sup> retención de la placenta. Después del parto, para favorecer la tonicidad de la recién parida, tratar el dolor posparto, los problemas con la lactancia y la depresión postnatal.
- Homeopatía.<sup>60</sup> Durante el embarazo se utiliza para preparar el estado físico y emocional de la mujer; en el trabajo de parto: para controlar la intensidad de las

contracciones, mejorar los estados de ánimo de la paciente, coadyuvar en la expulsión de la placenta y el tratamiento de las hemorragias y para facilitar la cicatrización de las laceraciones perineales; en el puerperio: para la depresión postnatal y problemas de la lactancia; en las/os recién nacidos deprimidos, para facilitar su recuperación. Debido al uso de dosis infinitesimales, no existen riesgos.<sup>xxv</sup>

- Qi Gong. Disciplina oriental china de ejercicios suaves y lentos que normaliza la respiración y genera concentración y visualización; ayuda en la preparación física y emocional durante el embarazo, mejorando el estado emocional y aumentando la energía y capacidad pulmonar.<sup>61,62</sup>
- Yoga. Método originario de la India consistente en ejercicios de meditación, respiración, posiciones y movimientos suaves. En el embarazo: aumenta la capacidad respiratoria y fortalece la musculatura abdominal y de la espalda; durante el parto: favorece la elasticidad de los ligamentos perineales, disminuye la presión arterial<sup>30,63,64,65</sup> e impacta en la relajación y consecuentemente en el estado emocional de la mujer.
- Aromaterapia. Aplicación de aceites esenciales vegetales que pueden influir en el estado emocional de la mujer en el embarazo<sup>66</sup> y durante el trabajo de parto, así como en el de las personas acompañantes.<sup>67,68,69,70,71,72</sup> Es útil en la depresión posparto y en el puerperio.<sup>73,74,75,xxvi</sup>

## Propuestas para continuar

1. Consolidar una red de personas especializadas en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, con interés en impulsar el modelo de nacimiento humanizado.
2. Profundizar en el estudio del modelo tradicional

xxii Propuesta elaborada por la DGPLADES, el CNEGSR, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y el CENETEC.

xxiii La Situación que se hizo evidente con la obtención del Premio Nacional por la Calidad en Salud, en 2007, por el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla. En su tesis “Parteras tradicionales como agentes de salud para abatir la muerte materna en la región de Cuetzalan, Puebla”, el doctor Luis Arquímedes Hernández analiza esa experiencia en el periodo 2006-2010, lapso en el que esa población ha permanecido sin mortalidad materna.

xxiv Observaciones preliminares sugieren que la analgesia acupuntural para el dolor del parto no funciona adecuadamente cuando se realiza en posición de litotomía, dado que el dolor principal es una tetania muscular por la falta de oxígeno y la posición horizontal la favorece (efecto *Poseiro*). Se recomienda usar siempre variantes de la posición vertical.

xxv Información proporcionada por la homeópata Yolanda Victoria Illescas, con experiencia de 18 años en atención de partos humanizados con el apoyo de esta terapéutica.

xxvi Con aportes de Concepción Libertad Bastar Peregrino y la bióloga Eva Obregón Domínguez, del Instituto Mexicano de Aromaterapia, S.C.

mesoamericano para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, buscando su fortalecimiento, posicionamiento y promoviendo su práctica.

3. Establecer una estrategia para recuperar la opinión de las mujeres que se atienden durante el embarazo y el parto en instituciones públicas y privadas, para escuchar aciertos, conocer las formas de trato y sus propuestas para mejorar los servicios de salud.
4. Desarrollar estrategias que favorezcan la implantación de manera gradual del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural, en todos los servicios de atención materna y perinatal del Sistema Nacional de Salud.
5. Impulsar la investigación sobre los efectos de la atención intercultural del parto en las mujeres, las/os recién nacidos y sus familias.

## Conclusiones

El modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, con aspectos fundamentales, generalmente desestimados en la formación médica, pero que tienen un efecto determinante en la salud y bienestar físico y emocional de la mujer y del/la bebé.

Se trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la calidad y la seguridad de la atención de las mujeres y el desarrollo de la sociedad. Por otro lado, es necesario integrar otros elementos fundamentales como la promoción de la lactancia materna en el primer año de la vida del/la bebé, práctica que ha disminuido en los últimos años en nuestro país.

Es importante hacer conciencia y unir esfuerzos para combatir la sobremedicalización del parto, desarrollar estrategias que fomenten la aplicación del enfoque basado en evidencias científicas, y faciliten la difusión y aplicación del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural en todo el país.



Foto: Félix Angel Quintero Michel

## Referencias Bibliográficas

1. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: the Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 feb;(14):15. Disponible en [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org).
2. Burgo C. Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento. Buenos Aires: Longseller; 2004.
3. Almaguer J, García H, Vargas V. La Violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Género y Salud en Cifras 2010 sep-dic;8(3):3-12
4. Fajardo G, Hernández F, Santacruz J, Hernández M, Kuri P, Gómez E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Pública de México, 2009;(51):119-125.
5. Karmel M. Thank You, Dr Lamaze. London: Pinter & Martin Ltd. 2005; (first published 1959).
6. Leboyer F. Por un Nacimiento sin Violencia. Madrid: Mandala Ediciones; 1997.
7. Klaus M, Kennell J. Apego: El inicio de la relación padres-hijos. Buenos Aires: Panamericana; 1983.
8. Odent M. Nacimiento Renacido. Buenos Aires: Ed.Creavida; 1984.
9. Odent M. El bebé es un mamífero. Madrid: Mandala Ediciones; 1990.
10. Chamberlain DB. The mind of your newborn baby. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988.
11. Muller M. Nestlé the baby killer. London: War on want. 1974.
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza, Brasil. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Lancet 1985;(2):436-437.
13. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985;(2):436-437.
14. Kroegger M, Smith LJ. Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby conyinuum. Second ed. Dayton Ohio: Jones and Barlett, 2010.
15. Odent M. Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth. USA: Clairview Books; 2008.
16. Richard L, Alade M. Effect of Delivery romm routines on success of first breast-feed. Lancet 1990;(336):1105-1107.
17. Berman N. Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Leaven Care and Breastfeeding. Leaven 2001;(37):106-107.
18. Kroeger M. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. MA: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
19. Di Girolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. Maternity Care Practices: Implication for Breastfeeding. Birth 2001;28(2):94-100.
20. Wright A, Rice S, Well S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics 1996;(97):669-675.
21. Albani A, Addamo P, et al. The effect on breastfeeding rate of regional anesthesia technique for cesarean and vaginal childbirth. Minerva Anestesiol 1999;(65):625-30.
22. Organización Mundial de la Salud. Hipoglucemia del Recién Nacido. Ginebra. WHSCHED97.
23. Chaparro CM, Neufeld LM, Tena G, Eguía L, Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. Lancet 2006;(367):1997-2004.
24. Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ 2011 nov 15;(343):d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.
25. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD004074.
26. Bealer SL, Crowley WR. Stimulation of central and systemic oxytocin release by histamine in the paraventricular hypothalamic nucleus: evidence for an interaction with norepinephrine. Endocrinology 1999 Mar;140(3):1158-64.
27. Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. Endocrinology 1999 Aug;140(8):3713-9.
28. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Revisión Cochrane en: La Biblioteca Cochrane, February 16, 2011.
29. Smid M, Campero L, Cragin L, Hernandez D, Walker D. Bringing two worlds together: Exploring the integration of traditional midwives as doulas in Mexican public hospitals. Health Care for Women International 2010;31(6):475-498.
30. Hernández C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Source. Department of Psychology, Research Center for Behavioural Assessment, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.
31. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD009514.
32. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003521.
33. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
34. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
35. Anderson GC, Moor E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [review]. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003519.
36. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668; 2007 abril 23.
37. Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. Gaceta Oficial órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Xalapa-Enríquez; 2008 feb 28.
38. Secretaría de Salud. Vigilancia y manejo del parto. Evidencias y recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2009.
39. Secretaría de Salud. Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2009.

40. Secretaría de Salud. Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de evidencias y recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2009.
41. Secretaría de Salud. Realización de la Operación Cesárea. Evidencias y Recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2008.
42. Secretaría de Salud. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales. México; 2008.
43. Méndez RM, Cervera MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública de México* 2002 mar-abr;44(2):129-136.
44. López A. *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1984.
45. Secretaría de Salud. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: UNAM; 2010.
46. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
47. Secretaría de Salud. La Atención intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. México; 2009.
48. West Zita. *Acupuntura en el embarazo y parto*. Segunda Ed. Barcelona: Elsevier Churchill Livingstone; 2009.
49. Maciosa G. *Obstetrics and gynecology in Chinese medicine*. New York: Churchill Livingstone; 1998.
50. Paulus WE, Zhang M, Strehler E, El-Danasouri I, Sterzik K. Influence of acupuncture on the pregnancy rate in patients who undergo assisted reproduction therapy. *Fertility and Sterility* 2002;77(4):721-74.
51. Sahakian V, Rouse S, Spier D. Vit B6 is effective therapy of nausea and vomiting: a randomized double blind placebo control trial. *Obstetrics and Gynaecology* 1991;(78):33-36.
52. Smith C, Crowther C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized trial. *Birth* 2002;29(1):1-9.
53. Kvorning Ternov N, Grennert L, Aberg A, Algotssn L, Akeson J. Acupuncture for lower back and pelvic pain in late pregnancy: a retrospective report on 167 consecutive cases. *Pan Medicine* 2001;2(3):204-207.
54. Elden H, Ladfors I, Fagevik Olsen M, Ostard H, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilizing exercise as an adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: a randomized single blind controlled trial. *British Medical Journal* 2005;330 (7494):761.
55. Gurreiro da Silva JB, Nakamura M, Cordeiro JA, Kulay L. Acupuncture for insomnia in pregnancy. A prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupuncture in Medicine* 2005;23(2):47-51.
56. Neiri I, Airola G, Contu G, Allais G, Faccinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine* 2004;15(4):247-252.
57. Cardini F, Weixin H. Moxibustion for the correction of breech babies: a clinical study with retrospective controls. *Journal of the American Medical Association* 1998;280(18):1580-1584.
58. Dunn PA, Roger D, Halford K. Transcutaneous electrical stimulation at acupuncture points in the induction of uterine contractions. *Obstetrics and Gynecology* 1989;73: 286-290.
59. Martoudi S, Christofides K. Electroacupuncture for pain relief in labour. *Acupuncture in Medicine* 1990;8(2):51-52.
60. Sánchez P. *Introducción a la Medicina Homeopática, teoría y técnica*. México: Novarte; 1997.
61. Ji ES, Han HR. The effects of Qi exercise on maternal/fetal interaction and maternal well-being during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010 May-Jun;39(3):310-8.
62. Yu WJ, Song JE. Effects of abdominal breathing on state anxiety, stress, and tocolytic dosage for pregnant women in preterm labor. *J Korean Acad Nurs* 2010 Jun;40(3):442-52.
63. Rakhshani A, Maharana S, Raghuram N, Nagendra HR, Venkatram P. Effects of integrated yoga on quality of life and interpersonal relationship of pregnant women. *Qual Life Res* 2010 Dec;19(10):1447-55. Epub 2010 Jul 15.
64. Field T. Yoga clinical research review. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 Feb;17(1):1-8. Epub 2010 Oct 14.
65. Battle CL, Uebelacker LA, Howard M, Castaneda M. Prenatal yoga and depression during pregnancy. *Birth*. 2010 Dec;37(4):353-4. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00435\_1.x.
66. Igarashi T y Fujita, M. Effects of Aromatherapy for self-care during pregnancy. *Journal of Nara Medical Association* 2010;61(3-4):101-112.
67. Lee YL, Wu Y, Tsang HW, Leung AY, Cheung WM. A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *J Altern Complement Med* 2011 Feb;17(2):101-8. Epub 2011 Feb 10.
68. Wigham D. Aromatherapy for pregnancy and childbirth. *Beginnings* 2009 Fall;29(4):14-5.
69. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2007 Jul;114(7):838-44. Epub 2007 May 16.
70. Conrad P. Aromatic childbirth: developing a clinical aromatherapy maternity program. *Beginnings* 2010 Fall;30(4):12-4.
71. Tillett J, Ames D. The uses of aromatherapy in women's health. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010 Jul-Sep;24(3):238-45.
72. Mousley S. Audit of an aromatherapy service in a maternity unit. *Complement Ther Clin Pract* 2005 Aug;11(3):205-10.
73. Imura M, Misao H, Ushijima H. The psychological effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *J Midwifery Womens Health*. 2006 Mar-Apr;51(2):e21-7.
74. Yim VW, Ng AK, Tsang HW, Leung AY. A Review on the Effects of Aromatherapy for Patients with Depressive Symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009 Feb;15(2):187-195.
75. Morris N. The effects of lavender (*Lavendula angustifolium*) baths on psychological well-being: two exploratory randomised control trials. *Complement Ther Med* 2002 Dec;10(4):223-8.

# Los derechos reproductivos y los hombres ante la interrupción del embarazo

Elsa S. Guevara Ruisenior <sup>i</sup>

Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNECSR



<sup>i</sup> Maestra en Psicología Social, doctora en sociología. Profesora titular "B", Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: [elsaruisenior@hotmail.com](mailto:elsaruisenior@hotmail.com)

## Introducción

El presente escrito expone algunas reflexiones sobre el tema del aborto desde una perspectiva feminista y de género, a partir de testimonios de mujeres y varones que vivieron esta experiencia, con el propósito de hacer visible el papel de los hombres compañeros de mujeres quienes interrumpen su embarazo, el cual se ubica como un problema de salud pública, al representar la tercera o cuarta causa de mortalidad materna en México, y como parte de los derechos reproductivos de las personas, en especial en el caso de las mujeres, cuya situación ante las nuevas legislaciones sobre el aborto aprobadas en distintos estados de la república han anulado su derecho a decidir.

## El debate pendiente

Si bien no se puede negar que el aborto es un problema de salud pública, el debate se ha dado en el terreno jurídico y moral, donde con frecuencia se criminaliza a las mujeres. Ello ha aumentado los riesgos para su salud y su vida, al obligarla a realizarlo en condiciones de clandestinidad, además de la censura moral y penal que se le impone. Se trata de un tema que cuando se debate en el terreno de la moral no se llega al fondo del asunto, porque no se trata de un conflicto entre lo justo y lo injusto, entre lo moral y lo inmoral, entre matar y no matar, sino entre dos valores positivos: el de la vida y la libertad.

Nadie defiende la idea de que la vida del feto carece de valor, pero ¿la vida de las mujeres no reviste también valor?, ¿y la calidad de vida de las/os ya nacidas/os y de aquellas/os por nacer? Se trata de situar el debate en el terreno de la justicia social y la salud pública. Ello obliga a preguntarnos ¿por qué abortan las mujeres? Entre las diferentes causas se encuentran:

- Valores tradicionales y prejuicios respecto al cuerpo y la sexualidad de las mujeres que restringen sus opciones de prevención
- La falta de información, poder y asertividad de las mujeres
- Las contradicciones materiales y subjetivas que tienen para las personas los ideales de la maternidad y paternidad
- El deseo de no tener hijas/os
- No existe un método anticonceptivo ciento por ciento seguro

- La falta de difusión de la anticoncepción de emergencia
- La poca responsabilidad de los hombres para prevenir embarazos no deseados
- La presión de los hombres que no desean tener hijas/os

En estos últimos aspectos, existe un gran vacío de información para conocer el papel de los varones en esos procesos y cómo puede afectar en la decisión de las mujeres para interrumpir su embarazo.

## El aborto y los hombres

Diferentes investigaciones sobre el tema del aborto y los hombres<sup>1,2,3</sup> revelan tres aspectos fundamentales:

- 1) La escasa utilización de medidas anticonceptivas por parte de los varones tiene como resultado una gran cantidad de embarazos no deseados y de abortos clandestinos.
- 2) Los intereses, deseos y necesidades de los hombres son determinantes en la decisión de las mujeres de interrumpir o continuar un embarazo.
- 3) El tipo de responsabilidad que asumen los varones ante la realización de un aborto inducido tiene un importante impacto en las condiciones y riesgos en la salud de las mujeres, tanto en el plano físico como en el plano emocional, especialmente cuando se trata de relaciones ocasionales o extramaritales.

Estas conclusiones se pueden extraer no solo de las afirmaciones de las mujeres, sino de los relatos de las experiencias de los propios hombres sobre el aborto y en las que son evidentes las enseñanzas de género sobre su sexualidad, su malestar, enojo o incomodidad cuando no se respetan las reglas que ellos imponen.

Lo primero que destaca en las experiencias de hombres como pareja de las mujeres que interrumpen su embarazo es que los costos físicos, emocionales, legales, morales e, incluso, económicos, recaen en las mujeres, condiciones que se agudizan cuando no reciben apoyo por parte de su compañero. Se hace evidente también la necesidad de un abordaje que ponga en el centro del análisis el conjunto de relaciones sociales y no los atributos personales o determinados sentimientos de los hombres, pues éstos

no son rasgos inmanentes ni fijos, sino producto de la posición social que ocupan como varones y de la coyuntura específica en un momento determinado.

La incomodidad o malestar de los varones puede ser resultado de un sentimiento de solidaridad con su pareja, del propio malestar de su pareja, de una situación en la que sus deseos no pudieron concretarse o de una coyuntura que amenace su posición de privilegio; ello depende del tipo de relaciones establecidas con las mujeres y de la correlación de poderes entre ellos, pues su malestar puede obedecer a distintas razones, y una misma persona puede actuar de una forma en una relación y hacerlo de manera totalmente opuesta en otra. Dos relatos dan ejemplos de ello.<sup>ii</sup>

*Daniel*, de 37 años, participó en tres abortos: a los 23, 25 y 26 años. El primero y el tercero ocurrieron con una mujer con la que dijo tener solo citas casuales y a la que no amaba. Cuando se produjo el primero con esta persona, su único aporte fue económico, no la acompañó y solo se enteró del curso del proceso por teléfono. Respecto a esta experiencia señala:

En ese tiempo como los dos éramos estudiantes, no teníamos posibilidades, digamos, de hacer un legrado... Nos recomendaron unas inyecciones que se las puso una señora, pero no funcionaron. Después de determinados días no vio resultados y utilizó un té, yerbas que venden en los mercados. Finalmente abortó. La señora preparó los tés. Todo fue en casa de la señora, ya que la chica no podía realizarlo en su casa por su mamá. Creo que al final, pasado el aborto, tuvo una infección porque me comunicó que estaba enferma y tenía una infección o algo así. De hecho, le mandaron un medicamento y fui yo quien lo compró y se lo entregué... Mi responsabilidad... era la necesaria para ese momento... No, no tenía ninguna obligación... Sí, hice lo correcto porque tenía novia y con esta chava era algo casual.

Año y medio después, todavía como estudiante, aconteció otro embarazo no deseado con su novia, y ambos deciden realizar un aborto. En esta ocasión se llevó a cabo en un hospital, bajo las mejores condiciones sanitarias. Él consiguió el dinero con amigos, investigó el lugar adecuado y la acompañó en todo momento:

Yo me volvía loco, le pedí a un amigo que me acompañara al hospital porque no soportaba estar solo en la sala de espera... Asumí toda la responsabilidad, era mi novia y la amaba... La amaba

tanto que no me agradó que ella pasara por esta situación... Creo que hice lo correcto porque, como ya te mencioné, éramos estudiantes y no era el momento para casarnos. De todos modos después lo haríamos, pero en ese momento yo hice todo lo que pude por hacerle menos difícil la situación.

Al siguiente año sobrevino el segundo embarazo con su pareja ocasional. *Daniel* se encontraba haciendo su tesis, trabajaba y tenía un sueldo modesto. El costo del aborto se distribuyó entre él y su compañera, pero el aborto es practicado en condiciones totalmente distintas a la anterior:

Se hizo en una casa acondicionada, donde no había ni camillas, muy feo, no tenían cuarto ni nada. Cuando terminó el legrado la sacaron al patio en una silla, y cuando se sintió mejor la dejaron ir a su casa. Debido a que era la segunda vez que nos veíamos en un aborto creo que lo poco que podía hacer era apoyarla... Yo no tenía ninguna obligación porque ella no se cuidó por segunda vez y yo tampoco... Hice lo que debía hacer. Faltaba poco para casarme con mi novia y ella tampoco lo quería tener; no quería ser madre soltera. Creo que me porté bien.

El caso de *Alicia* da una idea más precisa del poder de decisión de los hombres, incluso en relaciones formales. Ella es una mujer de 23 años que a los 20 sostuvo un noviazgo y se embarazó a raíz de una falla en la inyección anticonceptiva que se ponía cada mes (tal vez estaba caduca, pero en realidad no supo qué pasó). Su novio decidió que debía hacerse un aborto. Ella relata:

De momento fue agradable [saber que estaba embarazada] porque era, no sé... era muy bonita la idea de llegar a tener un bebé... Pero él tenía otros planes, su idea no era de que nos casáramos, ni tener familia ni nada de eso... Entonces, cuando se enteró se enojó, se molestó mucho, me culpó y... decía que yo no me había cuidado bien, que algo no había hecho, que no se qué... Después hablamos. Él me dijo que no había otra opción, mas que buscar quien lo hiciera... y que pagaría todo. Así lo hizo. Él buscó el lugar, me dijo que fuera y pagó, pero me parece que fue una situación muy injusta porque se hubiera podido llegar a otra decisión; pero no me dio oportunidad de nada, ni siquiera me preguntó, y fue injusto que él no hubiera estado conmigo porque yo tuve que pasar por todo sola.

Estos relatos, sin ser representativos ni generalizables, ilustran cómo los hombres pueden decidir la interrupción

<sup>ii</sup> Los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados, para preservar el anonimato.



de un embarazo sin consultar a sus parejas o cuando lo consideran una amenaza para sus intereses y deseos, sin tomar en cuenta que son ellas quienes pagan los costos físicos, emocionales y económicos de realizar un aborto clandestino. Esto no significa que los varones no puedan tener derecho a decidir también en estos procesos, pero habría que pensar que para conciliar los derechos de unos y otras se requiere tomar en cuenta cuatro principios fundamentales<sup>4,5</sup> sobre los derechos reproductivos: integridad corporal, autodeterminación, igualdad y diversidad.

En otro escrito<sup>6</sup> señalaba la importancia de considerar el sentido político de los derechos reproductivos como un concepto indisolublemente ligado al carácter emancipatorio de la lucha de las mujeres y orientado a reequilibrar las relaciones de poder. Cuando hombres y mujeres negocian en el terreno de la reproducción, no lo hacen solo por las relaciones coitales, ni sus acuerdos son únicamente coyunturales; de hecho, discuten su proyecto de vida, su proyecto de pareja, sus expectativas de paternidad o maternidad y su propia relación.

Pero estas negociaciones difícilmente se establecen en condiciones de paridad, pues el proceso reproductivo ocurre en el cuerpo de las mujeres; así que interrumpir un embarazo o continuar con él, es algo que tiene costos directos para ellas, tanto en el plano personal como en el social. Biológicamente, estos procesos están asociados a sus probabilidades de enfermar o morir y, psicológicamente, en ellas recae la responsabilidad moral y penal de este acto. En estas condiciones, es válido preguntarse ¿cuáles son entonces los derechos de los varones frente a la interrupción de un embarazo?



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNECSR

## Los derechos de los varones

Sin duda, el hecho de que los procesos reproductivos ocurren en el cuerpo de las mujeres, puede otorgarle prerrogativas para decidir continuar o interrumpir un embarazo; ello puede colocar a los varones en desventaja sólo si ellas cuentan también con otros recursos de poder. Veamos: los procesos reproductivos además de hechos biológicos, son hechos políticos porque se juegan proyectos de vida y de relación social entre personas que suelen tener importantes diferenciales de poder. Por otra parte, la procreación y la paternidad son fenómenos distintos, no solo material sino simbólicamente; de manera que algunas mujeres podrán imponer a su pareja la decisión de continuar con el embarazo —si es que él no lo desea— pero difícilmente podrán obligarlo a asumir su paternidad si él no quiere.

En primer lugar, porque el embarazo y su interrupción no ocurren en un vacío social, sino que se concretan en el ámbito de una

relación erótica y/o afectiva, legal o cultural, definida desde la posición ocupada por hombres y mujeres en la sociedad y al interior de su relación; y en segundo lugar, porque en nuestro país no existen las herramientas jurídicas, sociales y políticas que obliguen a los hombres a asumir las responsabilidades económicas, afectivas y familiares de la paternidad. Basta con que un hombre se niegue a reconocer a un/a hijo/a para que no se le pueda imputar ninguna responsabilidad sobre ese/a infante.

Como ejemplo está el caso de César, soltero de 26 años, a cuya novia le anticipó que no asumiría la paternidad ante su embarazo; circunstancia para que ella “decida” abortar. Él relata su experiencia ocurrida cuatro años atrás:

Ella, tomó la decisión del aborto porque no quise casarme. De antemano sabía que yo no tenía intenciones de casarme. Le dije que si quería tenerlo que lo tuviera, pero que yo no me haría cargo... Y ella dijo que iba a abortar... —¿Asumiste alguna responsabilidad?, se le preguntó.

—Claro, toda: de hecho fue hombre cien por ciento, mujer cero, porque supuestamente ella fue la que sufrió y yo tenía que pagar su sufrimiento. Para hacernos responsables debería ser 50 y 50. Uno no es el único culpable ¡yo no le dije abre las piernas y no te tomes las pastillas!... Yo creo que no era mi obligación... Ella pensaba que yo tenía toda la responsabilidad y ¡no!... La responsabilidad era de los dos y no solamente mía... A grandes rasgos, yo fui el que hizo todo, ella nomás fue a la plancha y ya.

—¿Cómo te sentiste?

—Ay... —suspira— consternado... Tenía ganas de ser papá, pero también de no cortar mi libertad por un engaño así... El asunto es de que sí me sentía a gusto con el hecho de que iba a ser padre, pero yo había dicho algo de antemano y no se respetó; además, no nada más porque la señorita quiere, te tienes que casar a fuerzas... La relación se fue deteriorando; ya no era tan confiable la relación, ella seguía siendo igual, pero mi sentimiento hacia ella era ya un poco hostil y yo propuse separarnos por el hecho de que ya no sentía tanta confianza y cariño como sentía antes, porque la verdad una relación así, ya no, ¡y por la fuerza menos!... Por eso hay tanto divorcio.

Este relato también ilustra la diferencia que tiene para los hombres su capacidad de fecundar y la opción de ejercer la paternidad. Para el entrevistado, la primera fue motivo de orgullo e incluso lo llevó a sentir cierta consternación ante el aborto; pero para él estaba muy claro que, en ese momento y con esa mujer, no deseaba asumir las responsabilidades de la crianza ni los compromisos de una relación conyugal.

Como señala Kabee<sup>7</sup>, el poder reside no solo en la capacidad de los hombres para movilizar recursos materiales y promover sus intereses, sino también en su capacidad para construir las “reglas del juego”, de manera que se disfrazan las operaciones de poder y se fabrica la ilusión de consenso e igualdad. Es frecuente que cuando los hombres viven un embarazo no deseado en una relación ocasional o extramarital, la continuación del embarazo ni siquiera entra en la negociación; si acaso se negocia el apoyo material que ellos pueden ofrecer para realizar un aborto, pero no su paternidad. Esas son las reglas del juego que ellos establecen y no están dispuestos a modificar. A diferencia de las mujeres, los hombres tienen muchas más posibilidades de defender sus derechos frente a sus compañeras sexuales y definir su proyecto de vida de acuerdo con sus intereses.

En primer lugar, porque ellos cuentan con más recursos materiales y simbólicos para ejercer su actividad sexual en los términos que ellos decidan, y cuando asumen su responsabilidad en la anticoncepción tienen mayores garantías de que sus prácticas sexuales no tendrán consecuencias reproductivas. En segundo lugar, por tener más probabilidades de influir en las decisiones de las mujeres para interrumpir un embarazo y si llegaran a vivir prácticas sexuales forzadas, éstas no tienen efectos reproductivos en sus cuerpos.

En cambio, si una mujer decide tener un/a hijo/a en contra de la voluntad del varón, él sencillamente puede abandonarla, además de que las mujeres cuentan con pocos recursos legales para impedirlo. Los hombres pueden, incluso, recurrir a la violencia para imponer sus decisiones mediante la fuerza, y la propia clandestinidad de la vida sexual de las mujeres, así como la penalización del aborto, evitan que ellas puedan protegerse de esta situación.

La narración de una mujer muestra los alcances de esta realidad. *Nora* y su novio viven un embarazo cuando ella tiene 26 años. Cuando él se entera, le dice que debe interrumpirlo. Como no tienen dinero, *Nora* consigue el nombre de unas pastillas y una inyección que le pone una amiga, pero no tienen efecto. En el siguiente encuentro con su novio se lo dice:

Nos quedamos de ver en un departamento que es de sus papás y que lo rentan, pero en ese tiempo estaba vacío. Cuando llegué creo que estaba tomado o algo así. El caso es que le dije que no había pasado nada con la inyección. Y que se pone furioso: se enojó, me gritó, me insultó y me dijo que yo tenía la culpa ¡hazme favor! Yo me puse de malas, le grité y entonces que se enoja más y me empieza a pegar, me... me pegaba y me pateaba el vientre y mientras me pegaba me decía ¡ahora lo sacas cabrona! Total, que cuando se dio cuenta de que empecé a sangrar se fue... Yo me quedé ahí y como pude me levanté, pero estaba sangrando mucho. Entonces me puse una toalla de

manos para no chorrear. Total, que llegué a mi casa en un taxi y cuando entré me preguntaron ¿qué te pasó? Y sabes lo que contestó la estúpida de mí... que me atropellaron, así que me llevaron al hospital y ahí... [silencio] ... Ahí me quitaron la matriz, no me preguntes más, simplemente te digo que me la quitaron.

El control de los hombres sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres no se ejerce solo mediante la fuerza o la amenaza de violencia, sino a través del conjunto de relaciones sociales que hacen posible que ellos movilicen una gama mayor de recursos: símbolos y significados, autoridad y reconocimiento, objetos y servicios, en una gama mayor de terrenos institucionales como son el político, económico, familiar y afectivo.<sup>7</sup> Las limitaciones de las mujeres para imponer una paternidad forzada no son sólo físicas, sino sociales, culturales y emocionales.

Lo que muestra esta investigación, es que los poderes de que disponen las mujeres dependen de los vínculos afectivos sostenidos con sus compañeros sexuales, de las redes sociales que las protejan y de los códigos morales que detentan los varones con los que se relacionan. Sin embargo, las mujeres no son sujetos pasivos del poder masculino, así que ellas pueden resistirse, negociar o actuar conforme a sus intereses sin considerar los deseos de su compañero sexual; es ello lo que limita los poderes de los hombres.

## Los poderes de las mujeres

El hecho de que estructuralmente las mujeres ocupen una posición subordinada en la sociedad, no significa que se encuentren inermes en todos los espacios de su vida; sus poderes dependen del conjunto de relaciones sociales en las que se encuentren inmersas. La mujer, dice Alcoff,<sup>8</sup> se define no solo por un conjunto particular de atributos que la conforman sino por el contexto externo en donde se sitúa, puesto que ser mujer no es un dato biológico sino una posición en un contexto histórico. La situación externa determina la posición relativa de la persona en un momento determinado en virtud de las distintas relaciones que configuran su red de interdependencias. Así como la posición de un peón en un tablero de ajedrez se considera segura o peligrosa, poderosa o débil, según sea su relación con otras piezas, las posiciones de hombres o mujeres pueden ampliar o reducir sus márgenes de acción de acuerdo con el lugar que ocupen en la familia, la sociedad o la relación amorosa.

La definición posicional, continúa Alcoff,<sup>8</sup> hace que la condición de género sea siempre relativa, pues depende de un contexto cambiante. Si es posible definir a las mujeres por su posición dentro de esta red de relaciones, entonces son viables las reivindicaciones políticas, no sobre la idea de que existen capacidades innatas que han sido obstruidas en razón del sexo, sino que la posición dentro de la red social en que se mueve es lo que le permite tener o no poder y movilidad.

De esta manera, al analizar los poderes de las mujeres, debemos entender el poder en su sentido más amplio; es decir, como la capacidad del agente de alterar el curso de los acontecimientos.<sup>9</sup> Ello obliga a pensar en el conjunto de relaciones que hacen posible que las mujeres puedan decidir sobre un embarazo y sobre las implicaciones en los deseos de sus compañeros, pues sus posibilidades están sujetas a otro tipo de dependencias (económicas, políticas,

Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR





Foto: Adriana García Hernández, Acervo del CNECSR

emocionales), de acuerdo con la etapa de vida en la que se encuentren, su red de relaciones familiares y con los significados culturales de la maternidad y la paternidad.

En ese sentido, sería necesario reflexionar sobre las condiciones sociales más amplias en que se desarrollan las relaciones eróticas y afectivas precedentes a un embarazo, y también lo que ocurre en ese espacio íntimo de amor o desamor entre hombres y mujeres. Si bien existe la posibilidad de que, al igual que las mujeres, los hombres puedan enfrentarse a un embarazo no deseado, para que se concrete la paternidad se requiere de cierta aceptación y conveniencia de su parte, o bien existir ciertas condiciones sociales que los presionen a actuar de una manera en que no pueden colocar sus intereses en primer lugar, como ser muy jóvenes o tener compromisos familiares o legales ineludibles.

El hecho de que en nuestro país la maternidad sea tan valorada culturalmente y que para los hombres el compromiso amoroso de su pareja se exprese en el deseo de tener un/a hijo/a con él, hace que la experiencia de un embarazo se viva de maneras muy contradictorias. Con frecuencia, hombres y mujeres se debaten entre el deseo de tener un/a hijo/a y las posibilidades reales de enfrentar esta situación. La inconsistencia entre las posibilidades de afrontar las responsabilidades económicas y sociales de la paternidad, los deseos de tener la/el hija/o y los proyectos de vida de ambos, se ponen en juego ante la decisión del aborto.

En ese proceso, las mujeres pueden tomar decisiones contrarias a los deseos de los hombres, pero se debería considerar que ellas también están defendiendo su propio proyecto de vida y que muchos hombres actúan como la sociedad espera que lo hagan, y no precisamente como ellos desearían. El siguiente testimonio es un ejemplo de esta situación. *Alondra* tenía 17 años cuando quedó embarazada. Cuando lo supo su novio, de 18 años, él le plantea la posibilidad de tener al/la niño/a, casarse e irse a vivir al Norte, donde vive su papá quien lo apoyaría a conseguir trabajo, pero...

Pues en verdad no teníamos nada de nada, ninguno de los dos habíamos terminado la carrera y entonces era como un sueño de que nos casamos y todo bien. Pero la realidad era otra. Cuando mis papás lo supieron, me dijeron que el aborto era una opción, y yo, pues, sí lo estuve pensando y lo platicué con él y como que se exaltó. Me dijo "¿Cómo que abortar? ¿Cómo crees!"... Ya después lo convencí y me dijo que sí me iba a apoyar porque me quería mucho y lo que yo decidiera estaba bien. Pero en realidad ya no hubo oportunidad de que hiciera nada porque todo lo hicieron mis papás... No, él no fue conmigo, fui solo con mis papás y ellos como que lo ignoraron. No le dije ya nada sino hasta que ya había pasado... Yo creo que él estaba tan asustado como yo, pero supongo que pensaba que eso de casarnos era lo que se debía hacer, pero en realidad no sé. Creo que en ese momento no le gustó mucho la decisión que tomé, pero ahora creo que piensa que fue lo mejor.

En este caso como en otros, resulta evidente que la calidad del vínculo amoroso abre posibilidades a las mujeres para

influir en las decisiones de los varones, para hacer visibles sus intereses y crear condiciones reales de negociación; pero ello requiere de códigos éticos que hagan posible otras formas de relación que permitan a los varones reconocer a las mujeres el derecho a decidir.

El caso de *Víctor* es otro ejemplo de ello, pero también de las contradicciones que ellos viven ante la decisión de su pareja, más aún cuando ellos no expresan abiertamente sus aspiraciones respecto de la decisión a tomar; con todo, él se comprometió de una manera solidaria en la decisión de su compañera, e hizo suyos sus intereses y necesidades. *Víctor*, quien vive en unión conyugal, tenía 22 años cuando ocurrió su única experiencia de aborto:

Ella dijo que iba a abortar y yo quería tener al chaval... Pero más bien pienso que yo tampoco hablé claro. No quería obligarla, aunque tampoco quería ser el obrero asalariado que mantiene una familia... Era su cuerpo, era su decisión. Si ella quería tenerlo, yo quería tener al chaval. Si ella no quería, yo tampoco quería... Yo quería lo que ella decidiera... Hice todo lo que pude: investigar el lugar, el médico, seguir las recomendaciones, cuidarla, estar con ella... Considero que yo tenía toda la obligación del mundo, la veía mal tanto física como psicológicamente... Me sentía responsable, hasta culpable, porque ninguno de los dos nos cuidamos. Ambos nos habíamos metido en esto y ambos teníamos que salir.

Así, existen situaciones para los hombres en que la salud y la vida de sus compañeras son tan importantes como su propia salud y su propia vida; otras, en las que la responsabilidad compartida disminuye las asimetrías y en las que las mujeres pueden contar con más poderes y recursos para protegerse y negociar. En estos casos, los derechos reproductivos de las mujeres y de los hombres son perfectamente coincidentes, y muchos hombres agradecen que así sea. Ellos, como varones, no viven los procesos reproductivos en sus cuerpos, pero, en ocasiones, el lazo que los une con su compañera puede tener una enorme fuerza simbólica.

Es la calidad de este vínculo lo que, algunas veces, hace inseparables los derechos de unos y otras. Sin embargo, en aquellas situaciones donde no hay coincidencia, se deben considerar los mecanismos de negociación y los poderes de cada uno, porque éstos se definen en función de las opciones disponibles en los sistemas de desigualdad que los rigen y de las distintas formas de relación amorosa en que se encuentren. Más aun cuando el cuerpo de las mujeres es el terreno en disputa y cuando

no puede haber equivalente en la otra parte.

Indudablemente, es en el área de la reproducción donde los cuerpos de las mujeres y las experiencias sociales difieren más significativamente de las de los hombres, pues el mundo biológico impone límites en la participación del mundo social que constriñe diferencialmente la elección individual. Por ello, señala Macklin,<sup>10</sup> el hecho de que los procesos reproductivos se gesten en los cuerpos de las mujeres, les confiere a ellas un derecho de autodeterminación que no tiene contraparte o paralelo en los hombres. No puede apelarse a la equivalencia en este plano, puesto que la ética señala que se debe tratar de manera semejante casos semejantes y de manera diferente los casos diferentes; por ello, cuando existen divergencias, el principio de libertad individual demanda que prevalezca el derecho de las mujeres.

Esto no significa que las mujeres deban imponer sus intereses y deseos sobre los de los hombres sino que, al otorgar a las mujeres un lugar principalísimo en el ejercicio de los derechos reproductivos, se genera otra forma de conciliar diferencias. Desde la ética y la filosofía moral, la libertad de elección y el ejercicio de derechos, siempre se involucra a otros actores sociales que también son sujetos de derecho; éstos pueden ser otros individuos, la familia, la colectividad o el Estado.

Cuando hay incompatibilidad entre los derechos de las partes involucradas, existen distintas modalidades de negociación de derechos y responsabilidades que se resuelven básicamente por tres caminos: 1) mediante la conciliación de intereses de todas las partes en una propuesta que permita llegar a orientaciones comunes; 2) mediante la apelación a los principios éticos que dirima las diferencias y otorgue legitimación a quienes cuentan con menos poder y, 3) por imposición de alguno de los actores sobre el otro u otros.

El dilema ético consiste precisamente en cómo hacer compatible este principio de libertad individual de las mujeres con el derecho de los hombres a participar en estas decisiones. El núcleo de la cuestión radica en crear condiciones materiales y simbólicas que hagan visibles los derechos de las mujeres y esto facilite conciliar los intereses de ambos, o en su caso, crear condiciones que permitan negociar bajo parámetros de equidad y justicia para las mujeres.

Esta no es una tarea imposible, pues cuando la acción social de los hombres, como individuos y como grupo, se compromete con una práctica política orientada a reequilibrar los poderes y a revisar su participación en el



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CINECSR

mantenimiento de las estructuras de dominación, se pueden crear espacios de solidaridad, de alianzas y complicidades con las mujeres que permite enfrentar de manera conjunta los poderes del Estado, del mercado o de los fundamentalismos religiosos. Es en estos escenarios, de solidaridad compartida, donde se deberá buscar el sentido y la defensa de los derechos reproductivos de los hombres.

## Referencias Bibliográficas

1. Tolbert, K, Ehrenfeld, N y Lamas, M. El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento. En: Langer, A. y Tolbert, K. *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. México: Population Council, Oficina Regional para América Latina; 1996.
2. Guevara E. La experiencia del aborto en los hombres y los derechos reproductivos. *La Ventana* 2001;1(14):242-266.
3. Guevara E. La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos Revista de Antropología Social* 2005 ene-abr;(17): 33-56.
4. Correa S, Petchesky R. *Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective*. En: Sen G, Germaine A, Chen L, eds. *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston: Harvard Center for Population and Development Studies; New York: International Womens Health Coalition; 1994.
5. Petchesky R Judd K. *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures*. London: Zed Books; 1998.
6. Guevara E. Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. *Desacatos Revista de Antropología Social* 2003 primavera;(11):105-119.
7. Kaber N. *Realidades Trastocadas: Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. México: PUEG-Paidós; 1998.
8. Alcoff L. *Feminismo cultural versus pos-estructuralismo: la crisis de la identidad en la teoría feminista*. *Feminaria* 1989;(4):1-18.
9. Giddens A. *Las Nuevas Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu; 1987.
10. Macklin R. *Ética y reproducción humana: Perspectivas internacionales*. En: Careaga G, Figueroa JG, Mejía MC. *Ética y Salud Reproductiva*. México: Miguel Angel Porrúa-PUEG; 1996.

# Vivencias de las mujeres trans: base para la formulación de políticas<sup>i</sup>

Oralia Gómez-Ramírez<sup>ii</sup> y Frida García<sup>iii</sup>



Victoria Vargas, Ingrid García y Bety Alcántara  
Proyecto IniciaTTIva Escarlata, Colectivo Sol, A.C.  
Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

## Introducción

Este artículo ofrece un panorama actual sobre algunas de las vivencias de las mujeres trans en la Ciudad de México. Algunos trabajos en el tema se han publicado recientemente;<sup>1,2</sup> sin embargo, poco se conoce acerca de las experiencias y luchas contemporáneas de esta población. Así, el presente texto se compone del testimonio de Frida García<sup>iv</sup> y de los comentarios de Oralia Gómez-Ramírez, en los que se proporcionan elementos analíticos e históricos que permitan comprender algunas de las problemáticas de las poblaciones travesti, transgénero y transexual (trans),<sup>v</sup> en especial, lo relativo al derecho a la salud.

i El trabajo de investigación doctoral, del que se desprende este artículo, ha contado con el apoyo del Consejo Canadiense para la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades (SSHRC) y de la Oficina del Vicepresidente de Investigación e Internacional (VPRO), la Oficina de Intercambio Académico (Go Global) y el Instituto para el Estudio de Cuestiones Globales (Liu Institute for Global Issues), de la Universidad de la Columbia Británica.

ii Maestra y candidata a Doctora en Antropología por la Universidad de la Columbia Británica (UBC), Canadá.

iii Mujer transexual interesada en la promoción y defensa de los derechos de la población trans, quien por conservar el anonimato no aparece en las fotografías.

iv Una versión abreviada de esta historia ya fue publicada.<sup>3</sup>

v Aunque no existe consenso sobre las definiciones de cada una de estas tres realidades y/o identidades, conviene apuntar alguna definición preliminar que ayude a comprender el tema. De acuerdo con Marta Lamas, las personas de la población travesti son aquellas que se ponen la ropa del sexo contrario de manera ocasional. Las personas transexuales, por su parte, cambian su figura física o corporal a través de la ingesta de hormonas y de intervenciones quirúrgicas, mientras que las personas transgénero modifican permanentemente su aspecto físico o corporal, adoptan las marcas sociales del sexo opuesto, pero no recurren a la transformación hormonal o quirúrgica para tal efecto.<sup>4</sup>

Este texto, cuyo interés central es el de la difusión, pretende ser útil para las/los lectoras/es que conocen poco las experiencias y desafíos de la población trans en el país; no obstante, también puede ser una herramienta para especialistas y personas, autoridades e instituciones involucradas en la atención directa de las necesidades de esa población. Tenemos la convicción de que el conocimiento de las historias de primera mano de la población trans resulta útil en la toma de decisiones en el nivel gubernamental, en especial dentro del sector salud. Este escrito hace uso del valor y la riqueza de la historia personal para contribuir así a la formulación de políticas públicas adecuadas y en consonancia con las realidades de las personas trans.

El tema de las vivencias y experiencias trans es una cuestión de género por excelencia, ya que sus prácticas corporales e identitarias instan a repensar y cuestionar los moldes rígidos del sistema sexo-género imperante. Nuestro aporte cuenta además con referencias explícitas al tema de salud, pues la población trans es una de las más vulnerables a la epidemia del VIH/SIDA. Si consideramos la salud como algo más allá que la mera ausencia de enfermedad, este texto proporciona elementos para pensar en las problemáticas de las personas trans con una noción de salud, de bienestar y de justicia social más amplia.

Con este artículo, nos proponemos intervenir en el debate de este tema y, sobre todo, apoyar, desde esta trinchera, a resaltar la lucha por derechos y ciudadanía de mujeres y hombres trans, a visibilizar y erradicar el repudio, la violencia, la discriminación y la marginación —la transfobia en una palabra— que afectan a las y los miembros de las poblaciones trans en el México contemporáneo.

## ¿Qué significa ser una mujer trans en el México de hoy?

Seguramente muchas personas se habrán hecho esta pregunta, pero sin haber encontrado alguna respuesta que disipe las dudas. Este artículo presenta fragmentos del relato de vida de una mujer transexual para responder a esta pregunta. Nos guiaremos por el testimonio de una de nosotras, Frida García, quien, con su relato, nos adentra en un mundo lleno de luchas, alegrías y deseos. Las ideas expresadas muestran claramente que no por sutil o velada, la discriminación hacia la población trans

deja de ser menos brutal y nociva. Pero sus palabras también muestran a una mujer luchadora, parada sin duda sobre sus dos pies, firme y sólida:

*Mi nombre es Frida García. Soy una chica trans; tengo 27 años. Me dedico al hogar, al estilismo y también soy trabajadora sexual. Al trabajo sexual me dedico desde hace cuatro años. En el estilismo empecé a mis 16 años. Y al hogar, pues, desde chica. Siempre me ha gustado la casa y todo. Empecé con mi familia y ahora que tengo mi pareja sentimental pues hay que hacer quehacer y todo. ¡No todo es la cama nada más!*

De manera general, el término mujer o chica trans se usa para referirse a las mujeres que se viven, se saben y se piensan como mujeres, aunque al inicio o durante algún tiempo de sus vidas hayan sido consideradas como hombres, debido a la presencia de órganos sexuales masculinos, como el pene y los testículos. Existe una gran diversidad dentro de la experiencia trans; por tanto, “trans” se emplea usualmente como un vocablo genérico para hablar de las personas que han transitado de un género a otro, independientemente de la presencia, grado, permanencia y/o temporalidad de manipulaciones corporales que este tránsito o traslado conlleve.

“Trans” se refiere entonces a las personas que con su vivir, su actuar y su presencia ponen en duda, difieren y/o cuestionan las expectativas, los supuestos y las formas hegemónicas —convencionales o establecidas— de entender la identidad de género en los distintos contextos socio-históricos.

*Yo empecé a ser mujer transgénero a los 15 años. Desde chica me gustaban las muñecas, me gustó toda esa onda “fashion”. Cuando la gente me preguntaba “¿qué eres?”, les decía “vestida”.<sup>vi</sup> A los 15 años me empecé a vestir, con pantalones de mujer y todo. Primero sin maquillarme y luego ya me maquillaba. Soy hija de padres divorciados, así que en mi caso muy personal no hubo tanto problema. Mi mamá me dijo que me apoyaba y todo, y pues gracias a ella, a su apoyo, soy quien soy. Ella me dio una carrera. Estudié para cultura de belleza; estudié dos años. Ella me decía que si no me gustaba otra cosa pues que estudiara eso, porque veía que siempre me estaba peinando y depilando y haciéndome cosa y media. Mi mamá me dijo: “si te gusta y así eres feliz y todo, pues adelante”. Con mi papá sí hubo problema porque él dijo: “¡Cómo! ¿Mi hijo va a ser puto?”*

<sup>vi</sup> “Vestida” es un término de uso frecuente entre las mujeres trans de la clase trabajadora, sobre todo las que se dedican al trabajo sexual. En algunos círculos académicos y activistas, el término se considera derogatorio, pero en este artículo lo conservamos con el fin de respetar la manera en la que algunas chicas se autodenominan o refieren a sus pares y para conservar el valor etnográfico de las terminologías nativas usadas por algunas de las personas a las que este artículo refiere.



La transgeneridad es una condición detonadora en no pocas ocasiones de miedos e inquietudes enraizadas en la sociedad. Las vidas y experiencias de las personas transgénero y transexuales nos invitan sin duda a reflexionar sobre la complejidad de las identidades de género y las orientaciones sexuales. La identidad de género es el conocimiento de que uno o una es un hombre y/o una mujer, el sentir y saber que forma parte fundamental de la identidad personal y de lo que se es en el mundo. La orientación sexual, en cambio, se refiere a la atracción erótico-afectiva o sentimental que se siente hacia alguien del mismo sexo, del sexo opuesto, del mismo y del sexo opuesto, o hacia ninguno de ellos.

La condición transgénérica implica fundamentalmente una transformación en el ámbito del género y ésta no necesariamente conlleva un cambio de la orientación sexual. Es así que podemos encontrar personas transgénero y transexuales cuya orientación sexual puede ser homosexual, heterosexual, bisexual, asexual. Entonces, tener una orientación sexual disidente no conlleva necesariamente un cambio de identidad de género y, de la misma manera, un trastocamiento de género no resulta por definición un cambio en las preferencias erótico-afectivas.



Ingrid García. Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

*En la secundaria andaba de hombre, de jotita fuerte; andas de hombre pero muy femenina. No me molestaban en la escuela porque me los madreaba. Nunca me ha gustado dejarme. Siempre he sido muy peleonera. Lo que pasa es que este mundo es [difícil]. Para ser mujer trans tienes que ser una mujer con decisiones fuertes. Porque para serlo te tienes que vestir de mujer y salirle al todo a la calle y ver agresiones y de todo. Yo, como paso como chavita, la gente no sabe en realidad lo que eres y puedes pasar desapercibida. Entonces no he sufrido tantas agresiones. Pero las trans que sí son un poquito más varoniles, más toscas, sí he visto que tienen más agresiones.*

### **Implicaciones sociales de la violencia y la transfobia hacia la condición transgénérica**

Está documentado que cuando una persona trastoca los patrones o roles de género de un lugar y época, las consecuencias sociales no se hacen esperar.<sup>5,6</sup> Los estudios de corte feminista han mostrado con lucidez las secuelas que muchas mujeres —pensemos en Sor Juana Inés de la Cruz, por ejemplo— han tenido que pagar a lo largo de la historia por desdeñar o cuestionar las normas sociales y de conducta asociadas o esperadas de ellas.<sup>7</sup>

Existen menos estudios que visibilicen las realidades específicas de las mujeres trans,<sup>8</sup> pero sus vivencias y experiencias presentan paralelismos interesantes con el de las mujeres no-trans. Las mujeres trans ponen en entredicho, aun cuando no todas las veces sea de manera consciente, los parámetros de género establecidos. Ellas no solamente combaten los roles de género que les fueron asignados o impuestos al momento de nacer, sino que cuestionan además la supuesta esencialidad, inmovilidad y concordancia intrínseca entre las identidades de género y las características de los cuerpos en los que les tocó vivir.

*La discriminación empieza por los hombres que por querer ocultar lo que sienten, [friegan] al trans, al gay o al travesti. No entiendo por qué a nosotras nos discriminan y a ellos, los mayates, no. Conocí a otra chica que ahora es gay, pero que antes decía “¡Ay los putos!” Se bufaba y todo, y ahora es más torcida que nada. Torcida significa salir del clóset, declarada y todo. Era de los que se bufaban y decían “¡Ay el joto!” Y vela ahora. Por eso luego no es bueno escupir al cielo.*

“No es bueno escupir al cielo porque el gargajo puede caerte en la cara”, dice la frase socarrona que Frida trae a

la plática. Con ella nos alerta de la doble moral imperante en la sociedad, por la que los mismos actos son condenados o juzgados con severidad, dependiendo del estrato o grupo social proveniente. Los hombres que tienen relaciones sexuales con las chicas trans, llamados “mayates” entre ellas, no son satanizados ni repudiados de la misma manera en la que las chicas trans sí lo son. El dicho nos recuerda además que todas y todos estamos en el azaroso camino de la vida, que lo que somos hoy, nadie nos asegura serlo mañana.

*Cuando pasan los mayates te chiflan o se burlan de ti. He tenido amigas que las han llegado a golpear. A una le dieron un cachazo con una pistola en la cabeza. La descalabraron. Yo conozco trans que han sufrido discriminación. No me ha pasado que algún cliente se ponga violento luego de estar conmigo, pero sí me ha pasado que empiezan: “¡ay es que mi familia!” Y se empiezan a dar golpes de pecho, ya cuando te hicieron y te deshicieron [sexualmente].*

La violencia física y verbal que las chicas trans sufren, sobre todo quienes ejercen el comercio sexual en la vía pública, es un problema grave.<sup>9,10</sup> En ocasiones, la violencia viene de la mano de personas conocidas con las que han tenido relaciones sexuales, o de aquellas que sienten tener poder suficiente para poder agredirlas sin repercusión alguna. Debido a la homofobia y transfobia imperantes, algunas personas piensan que deben salvaguardar el ideal de masculinidad hegemónica intacto, por lo menos ante los ojos de la sociedad. Otras veces, la violencia proviene de gente desconocida, gente en la calle que insulta verbalmente a las chicas por sus decisiones de vida. Aunque las convenciones de género se han reconfigurado significativamente en las últimas décadas, la ruptura de esas reglas imperantes aún provoca temor y causa malestar entre algunas personas en nuestra sociedad.

*Yo soy una trabajadora sexual responsable de mis actos, que trabajo con condón y todo lo hago con preservativo, porque tanto quiero cuidar mi vida, como de las personas que me ven. Me dedico al estilismo porque son las opciones que la sociedad nos da. Porque a mí me hubiera gustado estudiar otra cosa, como psicología. Me gusta aconsejar a la gente. Me dedico al trabajo sexual por falta de oportunidades de trabajo. El estilismo no lo dejaría, pero el trabajo sexual sí. Si tuviera la oportunidad de desarrollarme en otros ámbitos, de estudiar y todo, sí dejaría el trabajo sexual. El trabajo sexual no es muy grato; a veces tienes que hacer cosas que no te gustan, a veces los clientes son raros. En algunos años me gustaría*

*tener una estética; estudiar para psicóloga. Fui a ver lo de mi prepa, pero las abiertas son muy caras. Fui a ver porque quiero ver si me meto al sistema abierto. Creo que nomás te cobran los exámenes, algo así. No sé todavía bien. Necesito una beca o algo así porque yo rento aquí y entonces yo no me puedo pagar una preparatoria de paga, ¡ni aunque trabaje de puta y todo!*

Es importante reconocer que no todas las mujeres transgénero y transexuales son trabajadoras sexuales. Sin embargo, debido a múltiples factores —entre ellos las condiciones socio-estructurales de pobreza material pronunciadas— muchas de estas chicas ejercen o han ejercido el trabajo sexual en algún momento de sus vidas. Los derechos de todos los y las trabajadoras sexuales deben, sin lugar a dudas, ser garantizados; pero siendo fieles a la realidad, el trabajo sexual no puede, ni debe ser considerado como sinónimo de la realidad trans, puesto que existen mujeres trans ejerciendo otras actividades y profesiones.



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

Las trabajadoras sexuales que ofrecen sus servicios en la vía pública son el segmento más visible de la población trans tanto en el imaginario popular, como en la geografía de la Ciudad de México, y este hecho tiene repercusiones claras en la manera en que las chicas trans son percibidas y (mal)tratadas socialmente. Aunado a ello se encuentra el hecho de que en la actualidad las oportunidades

laborales para las chicas trans están limitadas fundamentalmente a tres campos: el de las estilistas, el show o entretenimiento nocturno y el trabajo sexual. Parte de la lucha de las chicas trans consiste tanto en ser respetadas en el ejercicio del trabajo sexual, como en garantizar que otras opciones educativas, laborales y profesionales sean accesibles y posibles para ellas.<sup>11,12</sup>

*Hay algunas chicas que conozco que tienen VIH. Yo, por lo que he leído y escuchado y aprendido, ya vivir con SIDA ya no es vivir en pecado, en penitencia. Puedes llevar una vida plena y todo, con tu medicamento y ni en cuenta. Pero todas tienen miedo aún, porque nosotras somos vulnerables al virus, estamos expuestas. Entonces nosotras tenemos que cuidarnos más para vivir bien. Cuando tenemos VIH llegamos a las últimas. La onda es detectarlo temprano, no llegar a la última etapa, para que vivas muchos años y todo. También hay una parte discriminatoria hasta entre nosotras mismas, porque las mismas trans, en lugar de que se apoyen, les dan la espalda. Yo he conocido casos así de chicas que se burlan cuando otra se muere y dicen “pues ya estaba infectada la chica”. También se mueren por inyectarse líquidos tóxicos para el cuerpo, que son los aceites, los minerales.*

Debido a que en muchas estadísticas y datos epidemiológicos las chicas trans son consideradas aún como “hombres que tienen sexo con hombres”, se desconocen las cifras exactas de las mujeres transgénero y transexuales afectadas por la epidemia del VIH/SIDA en la Ciudad de México.<sup>vii</sup> A pesar de ello, varios estudios realizados en otros contextos geográficos<sup>13</sup> han demostrado consistentemente que las chicas trans —sobre todo las que desempeñan el trabajo sexual en la vía pública— representan un sector de la población altamente sensible a la pandemia.

El estigma de ser portador/a de VIH persiste en nuestra sociedad y, a esto se suma el desconocimiento existente en muchos casos de las opciones para un tratamiento disponible. Además de reconocer y hacer énfasis en la situación de vulnerabilidad a la que se encuentran expuestas las chicas trans y con el fin de atender esta problemática, es necesario actuar con cautela y crítica hacia la asociación estigmatizante entre los llamados

grupos de riesgo y las enfermedades específicas, sobre todo si éstas siguen siendo satanizadas y malentendidas.

*La autoridad en las calles pues... con el uniforme [ellos] se sienten más que una y quieren pisotearnos. Cuando hay un operativo o los mandan a que nos muevan, te quieren gritar, hacerte como quieren, cuando nosotras somos personas igual que ellos y nosotras también pagamos impuestos. El trabajo sexual no lo veo como un delito porque no es estipulado como un delito en la ley. La prostitución no es un delito. Hay otros delitos que se relacionan como el exhibicionismo público, pero no la prostitución en sí. No ha habido operativos recientemente porque hemos estado en una lucha constante contra los policías para que esos abusos de autoridad ya no se den. Cuando entré a trabajar había gente que te pegaba. Luego, ya mejor para que no te pegaran y te lastimaran —porque luego hay unas que tienen aceite en el cuerpo, entonces es malo un golpe— pues optamos mejor por doblar las manos y ya no poner resistencia.*

Muchas chicas trans han sufrido o han conocido a alguien que ha vivido violencia y la extorsión por parte de seguridad pública.<sup>14,15</sup> No existen datos duros recientes sobre incidentes de violencia en contra de las personas transgénero y transexuales que ejercen el comercio sexual en la Ciudad de México. Sin embargo, los estudios y reportes sobre la violencia homofóbica en el país sugieren que una gran proporción de esos hechos han sido en contra de personas trans.<sup>16</sup>

*Sí, muchas trans han estado en la cárcel. La discriminación adentro de las prisiones es muy fuerte. Cuando llegan al reclusorio las rapan aunque no tienen derecho de hacer eso. Adentro tienen que [tener relaciones sexuales para obtener] beneficios. ¿Se le llamaría prostituirse? Muchas de las trans han estado en las cárceles. Las meten por robo o porque la gente homofóbica te acusa de algo y les creen a ellos, los que las acusan.*

El sexo de sobrevivencia, a diferencia del sexo comercial, es aquel en el que no existe un intercambio directo o por lo menos claro de dinero, sino un intercambio de bienes o favores usualmente de primera necesidad como la comida o el techo. En México las chicas trans son consignadas en

vii El Gobierno del Distrito Federal, a través de la Clínica Condesa, puso en marcha un programa de apoyo a las poblaciones transgénéricas. Durante el 5° Encuentro Universitario sobre VIH/SIDA. Detección, atención y prevención en grupos vulnerables —efectuado el 14 y 15 de diciembre de 2011—, la especialista Andrea González Rodríguez informó que al 31 de octubre de 2011, habían sido atendidas y atendidos, por VIH, Hepatitis B, C y Sífilis, 7,130 pacientes en dicha clínica. Del 28 de enero de 2010 a noviembre de 2011 se habían atendido a 36,238 personas en total. En ese encuentro, el Centro de Atención a Población Transgénero de la Clínica Condesa dio a conocer que únicamente 35% de la población trans femenina atendida en esa institución se dedicaba al trabajo sexual, 161 de ellas habían resultado VIH positivas y 207 negativas. También fueron atendidos 19 hombres trans y sus pruebas de VIH fueron negativas. Las autoras agradecen a la Dra. Adriana Ulloa por la gentileza de proporcionarnos estos datos.

penales masculinos. En las cárceles, muchas de ellas se ven en la necesidad de sostener relaciones sexuales de sobrevivencia. Las chicas trans que trabajan en la vía pública son —en muchas ocasiones y debido a la transfobia imperante— consideradas y tratadas durante los procesos jurídicos como sujetos con menos credibilidad social y simbólica que la parte acusadora; debido a ello, algunas terminan encarceladas, aunque más adelante se compruebe su inocencia o salgan por falta de elementos para ser procesadas.

### **A manera de conclusión: ¿hacia dónde van las luchas de las mujeres trans?**

*Pienso que ya deberían de dejar de hacerse tontos todos, porque dicen que las enfermas somos nosotras, cuando la sociedad muchas veces está más enferma que nosotros. Si ellos viven así, pues que nos dejen vivir. Si a ellos les gusta vivir escondiéndose, de apariencias, ¡a nosotras no! A nosotras que nos dejen vivir porque así somos, así tan fuertes y así nos gusta vivir.*

La condición transgénérica es todavía considerada como una enfermedad, desviación o perversión médica o social. En respuesta, las chicas trans han puesto en marcha una campaña internacional en contra de dicha patologización y han proclamado que su existencia no es, ni debe ser considerada una aberración. Ellas reclaman su derecho a existir. Nos recuerdan que la de ellas es simplemente otra forma más de vivir y que la diversidad de identidades sexuales y genéricas no puede seguir siendo una excusa para privarlas de los mismos derechos y garantías de los que gozan otros segmentos de la población.

*El cambio de nombre pienso que no tendrían por qué cobrarlo. Si tú como mujer biológica te quieres cambiar el nombre, simplemente te lo cambias. ¿Pero una? ¿Una, por qué no lo puede hacer gratuitamente? Yo sí me cambiaría el nombre. Me pondría Frida García. Me gustaría cambiarme el nombre porque cuando vas al doctor o a hacer un trámite legal, te piden la credencial y te ves tan femenina que luego la gente se bufa de ti. Y todos te voltean a ver cuando te dicen “fulano de tal”. Todos te voltean a ver como si fueras un bicho raro. Y eso es molesto para nosotras. Por eso nosotras buscamos un cambio de nombre, de identidad.*



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNECSR

En el año 2008 se aprobó y entró en vigor la Ley de Concordancia Sexo-Genérica del Distrito Federal, que permite el cambio de nombre o el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación o concordancia sexo-genérica a las personas transgénero y transexuales;<sup>17</sup> sin embargo, hasta el momento, los peritajes asociados a este procedimiento jurídico tienen un costo elevado y, por ello, las mujeres trans están abogando porque los precios sean reducidos. La lucha consiste en permitir que los avances ya materializados en el ámbito legal se conviertan en una realidad verdaderamente accesible a ellas.

*Además no se tiene que hablar de nosotras como homosexuales. No somos homosexuales; somos mujeres trans. Pienso que necesitamos que nos abran espacios para más foros y para darle información a la gente, para que la gente sepa del tema porque luego hay mucha ignorancia. No tenemos que llevar esa etiqueta que siempre nos ponen de “¡las trans son [todas] putas [...]!” El mensaje principal debe ser el de cero-discriminación y homofobia. Pedimos más libertad de expresión para nosotras.*

La lucha de las chicas trans incluye el acceso a más educación y más espacios en los que puedan exponer sus vivencias y sus problemáticas. La ignorancia y los prejuicios se combaten generalmente con mayor educación e información. La apuesta es que si más chicas trans tienen acceso a espacios para contar sus historias y para generar conciencia entre la audiencia, se propiciará mayor entendimiento, tolerancia y respeto en torno del tema.

Las chicas transgénero y transexuales llegaron para quedarse. No van, ni tienen por qué desaparecer, ni dejar de existir. Lo que debe desaparecer es el repudio, la discriminación y la intolerancia hacia ellas. La diversidad sexual y genérica, en múltiples formas y expresiones, ha sido y seguirá siendo consustancial a nuestra existencia. La intolerancia y la falta de respeto, por el contrario, deben ser erradicadas. La lucha por derechos de las personas transgénero y transexuales en México está en ciernes. Debemos seguir apoyando la lucha que afirma que el género —cualquiera que éste sea— no puede seguir naturalizándose ni traduciéndose en inequidad.



Fotos: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

## Referencias Bibliográficas

1. Mancilla A. La identidad transgénerica. Una nueva posibilidad de inclusión humana. *Género y Salud en Cifras* 2011;9(2):22-31.
2. Barrios D, García MA. *Transexualidad: la paradoja del cambio*. México: Alfí; 2008.
3. García F, Gómez O. Mujeres trans: discriminación y derechos humanos. *DFensor: Revista de derechos humanos*. 2011 Nov 11;(9):61-64.
4. Lamas M. El fenómeno trans. *Debate Feminista* 2009;39:3-13.
5. Butler J. *Doing Justice to Someone: Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality*. *GLQ: Journal of Gay and Lesbian Studies* 2001;7(4):621-632.
6. Ronquillo V. *La muerte viste de rosa: Chiapas, la cacería de los travestis*. México: Editorial Roca; 1994.
7. Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
8. Namaste VK. *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago & London: University of Chicago Press; 2000.
9. Castillo DA. *Violencia y trabajadores sexuales travestis y transgéneros en Tijuana*. *Debate Feminista* 2006;33:7-20.
10. Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género. *Realidades invisibles: violencia contra travestis, transexuales y transgéneros que ejercen comercio sexual en la ciudad de Lima*. Lima; 2007.
11. Berkins L. Un itinerario político del travestismo. En: Maffia D, editor. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria Editora; 2003. p. 127-138.
12. Klein CH. From One 'Battle' to Another: The Making of a Travesti Political Movement in a Brazilian City. *Sexualities* 1998;1(3):327-42.
13. Namaste V. Undoing Theory: The "Transgender Question" and the Epistemic Violence of Anglo-American Feminist Theory. *Hypatia* 2009;24(3):11-32.
14. Prieur A. *Mama's House, Mexico City: On Transvestites, Queens, and Machos*. Chicago & London: The University of Chicago Press; 1998.
15. Córdova R. The Realm Outside the Law: Transvestite Sex Work in Xalapa, Veracruz. En: Baitenmann H, Chenaut V, Varley A, editors. *Decoding Gender: Law and Practice in Contemporary Mexico*. New Brunswick, New Jersey & London: Rutgers University Press; 2007. p. 75-90.
16. Conapred. *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México/ENADIS*. 2010. México; 2011
17. *Modificaciones en materia de reasignación sexo-genérica (Decreto)*. *Debate Feminista* 2009;39:81-86.



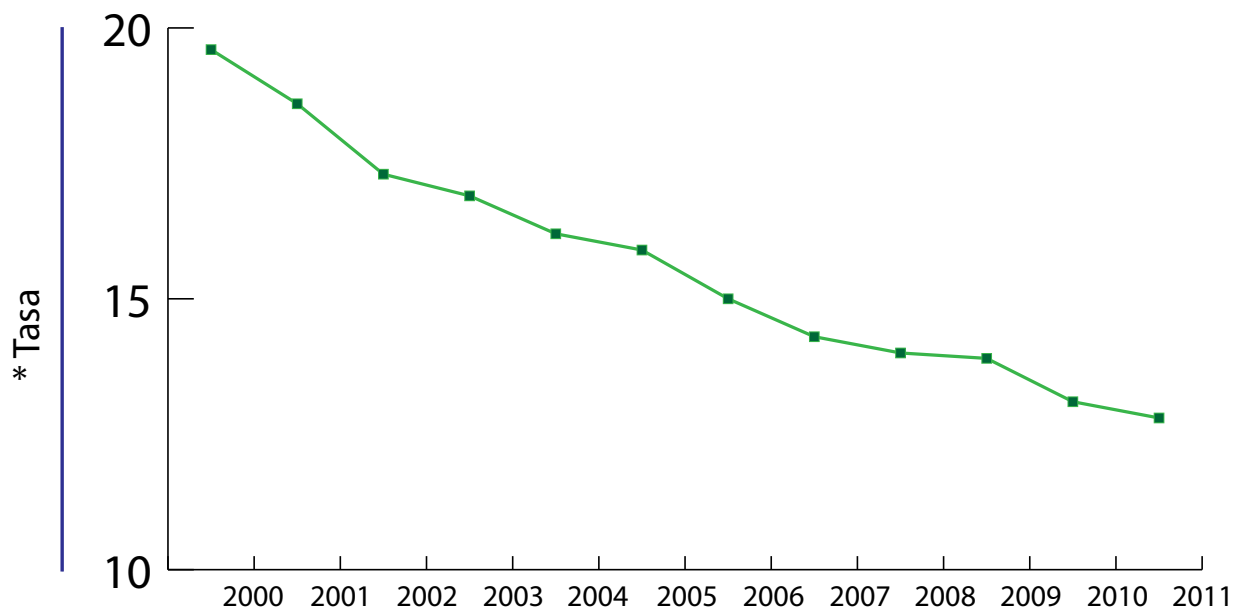
Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

## Detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino: obstáculos para la atención y seguimiento

Delia Ramírez Cruz<sup>i</sup>

En México, aun cuando el cáncer cérvico uterino (CaCu) se ubica como la segunda causa de muerte por neoplasias entre mujeres de 25 años y más, la mortalidad por este padecimiento ha mantenido una tendencia descendente las últimas dos décadas: de presentar una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990, bajó a 15.0 en 2006, y a 12.8 en 2011 (Figura 1).

Figura 1. Mortalidad por cáncer cérvico uterino en México, 2000-2011



\* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS) Base de datos de defunciones 2000-2009 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [México]: Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y en zonas rurales.<sup>1</sup>

De acuerdo con los datos estatales disponibles sobre los años recientes, se observa que en 2008 se registraron 4,018 fallecimientos, con una tasa de 14.0 por 100 mil mujeres de 25 años y más; la mortalidad más alta la presentó el estado de Nayarit con 22.1; la más baja, Aguascalientes, con 7.3.

Durante 2009 ocurrieron 4,088 defunciones por esta patología, con una tasa de 13.9 por 100 mil mujeres de 25 años y más; Chiapas presentó la mortalidad más alta con 22.6, mientras que Baja California Sur presentó la menor, con 6.8.

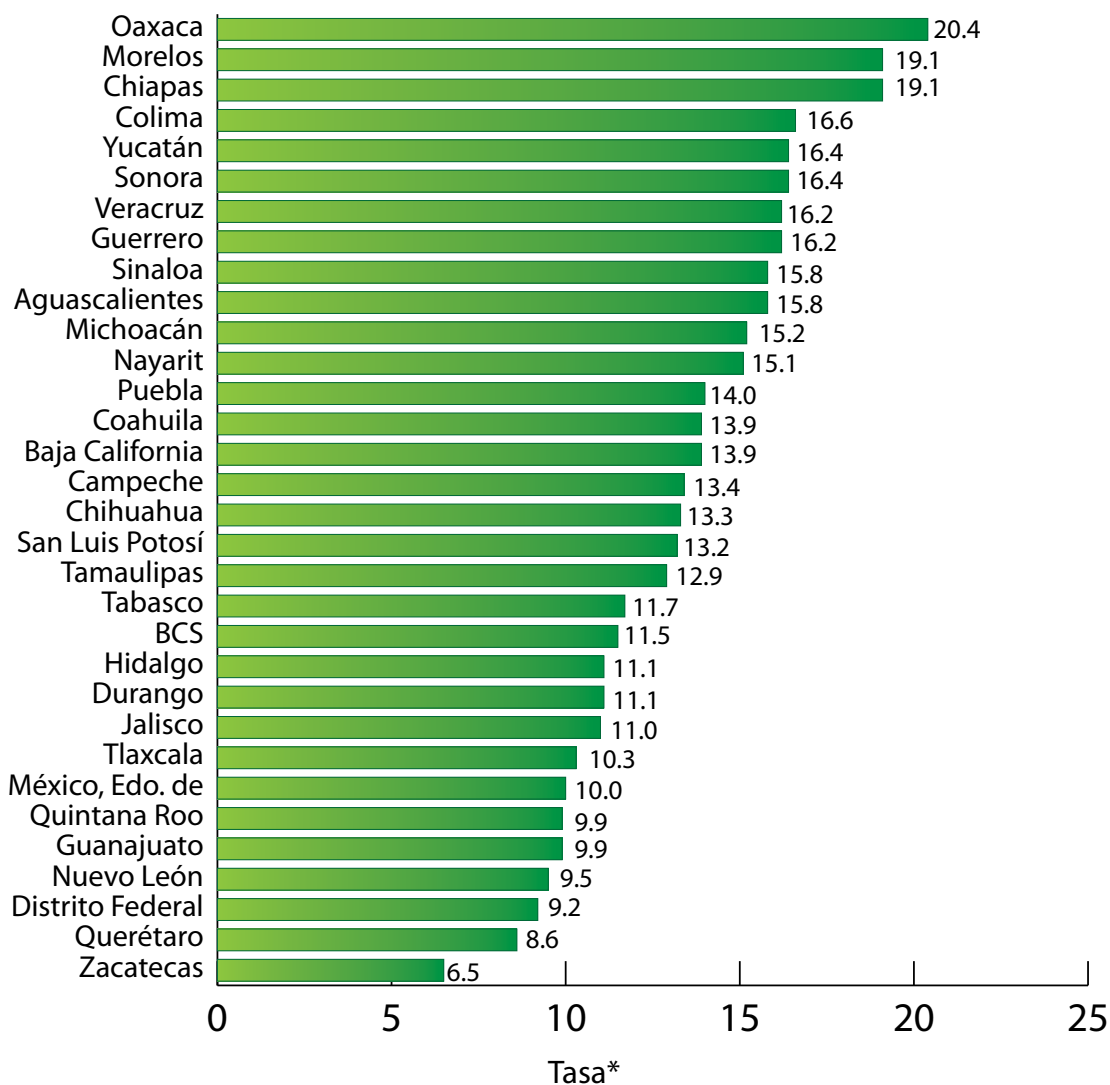
En 2010, se presentaron 3,944 fallecimientos equivalentes a una tasa de 13.1.<sup>2</sup> La entidad federativa con la tasa más alta fue Oaxaca con 20.1 y la entidad con menor tasa fue Zacatecas con 8.7.

<sup>i</sup> Personal operativo del Programa de Cáncer cérvico uterino, Dirección de Cáncer de la Mujer, CNEGSR. Correspondencia: deliarc@gmail.com

## PARA COMPARTIR

Los registros correspondientes a 2011 señalan que ocurrieron 3,942 defunciones, con 12.8; Oaxaca continuó con la tasa más alta (20.4), en tanto que la menor la presentó de nuevo Zacatecas con 6.5 (Figura 2).

Figura 2. Mortalidad por cáncer cérvico uterino por entidad federativa, 2011



\* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS): Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [México]: Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Las acciones de detección temprana son parte medular para impactar en la disminución de la mortalidad por CaCu. Actualmente, la Secretaría de Salud, a través del Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012 de Cáncer cérvico uterino, ofrece dos métodos de tamizaje: el *Papanicolaou*, o citología cervical, para mujeres de 25 a 34 años de edad, y la prueba del papiloma virus (VPH) para mujeres de 35 a 64 años. Particularmente a las mujeres de este grupo de edad con resultado positivo de la prueba, se les debe realizar citología cervical complementaria, puesto que es necesario identificar si el VPH ha producido alguna lesión y, en su caso, practicarles una colposcopia.

La aplicación de la prueba del VPH es relativamente nueva, ya que en nuestro país se inició apenas en noviembre de 2008 en los 125 municipios con menor IDH; en 2011 ya se encontraba disponible en el resto del país. Por supuesto, a través del tiempo, se han tenido que ajustar algunas medidas tanto en la parte técnica, principalmente en la logística del manejo, conservación y envío de muestras a los laboratorios, como en la atención, pues ha sido necesario informar y orientar a las mujeres de 35 a 64 años de edad respecto a la nueva técnica de tamizaje, considerando que la prueba del *Papanicolaou* ya se encontraba posicionada entre las mujeres de 25 a 64 años de edad.



Así, en las unidades de la Secretaría de Salud a nivel nacional, durante 2011 se realizaron 704,901 citologías a mujeres de 25 a 34 años, de las cuales 25,795 resultaron con diagnóstico citológico anormal (3.7%).<sup>3</sup>

En las entidades federativas se continúa realizando citologías a las mujeres de 35 a 64 años. Durante el año 2011 se realizaron 815,255 citologías de primera vez en la vida y primera vez después de tres años en este grupo de edad; de estas, 28,505 (3.5%)<sup>3</sup> tuvieron resultado citológico anormal.

En cuanto al tamizaje con prueba de VPH, se realizaron 651,449 pruebas (43% de cobertura) a mujeres de 35 a 64 años; 47,575 (7.3%)<sup>3</sup> resultaron positivas. No obstante, solo 8,308 (17.5%) de las mujeres con resultado positivo acudieron a citología complementaria, cuando se esperaba que se presentara el 85%. De ellas, 1,014 (12.2%) tuvieron un diagnóstico citológico anormal.

Los datos anteriores muestran que la detección temprana de lesiones, estrategia sustantiva del programa, es evidentemente útil y de gran valor para evitar que devengan en CaCu; sin embargo, es visible la existencia de problemas para que las mujeres den continuidad al proceso de detección, lo finalicen y sigan el tratamiento indicado, por lo que resulta imprescindible asegurar la atención oportuna y adecuada de las mujeres en clínica y en el tratamiento para contribuir a la disminución, a mediano y largo plazo, del número de defunciones por ese padecimiento. En ese sentido, es indispensable conocer los motivos por los cuales las mujeres no acuden ni siguen todos los pasos para su diagnóstico, detección y atención.

En el PAE de Cáncer cérvico uterino<sup>1</sup> se explica que “la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece (...) a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvico uterino”.

Desde este punto de vista, los principales problemas que limitan el impacto de la prevención y el control en México se identifican en los rubros de promoción, detección, diagnóstico y tratamiento.

### Mirando la problemática desde el género

Considerando lo expuesto, y desde una perspectiva social más amplia, estudios recientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan que 40 por ciento de los cánceres se puede prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo y la prevención primaria, otro 30 por ciento se cura si se detecta precozmente y se trata apropiadamente, y todos los casos de cáncer avanzado se pueden beneficiar de los cuidados paliativos.<sup>4</sup>

En el PAE de Cáncer cérvico uterino,<sup>1</sup> se ha destacado que las mujeres con mayores desventajas económicas están más expuestas a desarrollar el padecimiento, porque

afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable.

Si bien es incuestionable que las desventajas de las mujeres más pobres las exponen al CaCu, y que su salud es más valiosa en virtud del beneficio de su papel de “pilar” de la familia y la sociedad, es oportuno insistir en la importancia de su salud como un derecho humano y no reproducir la idea construida socialmente acerca de que el principal valor de la salud de las mujeres depende de su “ser y hacer para otros”.

El análisis de género debe abordar las construcciones culturales que no son evidentes, pero que influyen tanto en la presentación del padecimiento, como en el planteamiento de los programas y en todo el proceso de atención.

## PARA COMPARTIR

Técnicamente, el cáncer cérvico uterino es una enfermedad cuyas lesiones precursoras son sencillas de detectar y relativamente fáciles de tratar; sin embargo, como se dijo antes, es pertinente identificar las razones por las que las mujeres no continúan con el proceso diagnóstico ni el tratamiento.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS)/OPS<sup>5</sup> indica algunos aspectos de orden cultural por los que las mujeres no acuden a solicitar los servicios de detección:

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cérvico uterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.
- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quién tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el VPH.
- Las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud en general pueden también ser un impedimento a someterse a los exámenes periódicos.
- La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos.

Algunas de estas cuestiones son también determinantes para la continuación del proceso de atención de las mujeres; es decir, no solo deben considerarse para incrementar la demanda de servicios de detección temprana, sino para asegurar el tratamiento oportuno.

Durante la Reunión Nacional Caminando a la Excelencia en los Programas de Cáncer de la Mujer, convocada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y realizada en junio de 2010, se desarrolló un taller con la participación de las personas responsables del programa en las entidades federativas del Programa de CaCu y de coordinadoras/es médicos jurisdiccionales. El objetivo general fue elaborar el cronograma de actividades para el seguimiento de las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje, con base en un plan de trabajo al que llamaron *Diagnóstico situacional* —como primera parte del taller— a través de las respuestas a las preguntas:

1. ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres con prueba de tamizaje positivo no acuden a Clínica de Colposcopia?
2. ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres atendidas en Clínica de Colposcopia no regresan a consultas subsecuentes?

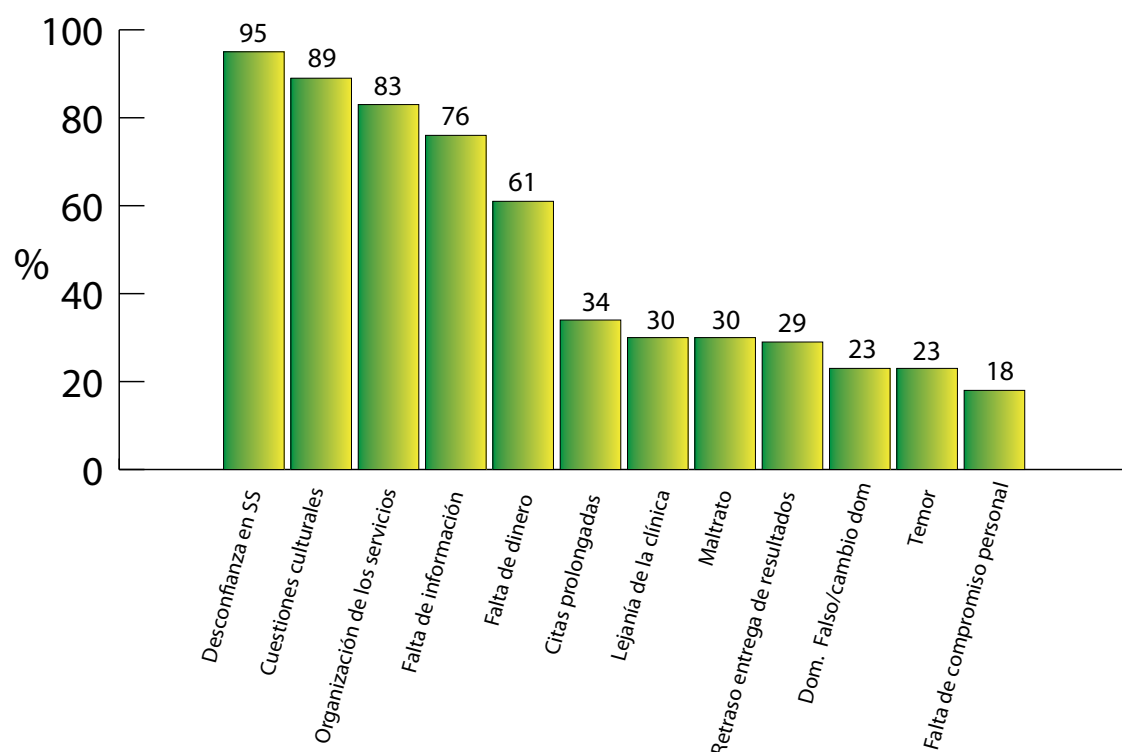
A partir del taller, mediante el cronograma de actividades, se buscaba incrementar el número de mujeres en consulta en las clínicas de colposcopia dependientes de los servicios de salud; sin embargo, con dicho ejercicio surgió información cualitativa en torno a la identificación de los factores generales que limitan el seguimiento de las pacientes, desde la perspectiva de las/os prestadores de servicios, quienes consideraron como “seguimiento” la referencia de las mujeres

con resultado citológico anormal a confirmación diagnóstica y/o tratamiento en clínica de colposcopia, con la seguridad de que efectivamente acudan a consulta.

Para analizar la información, se realizó una codificación general de las respuestas, que fueron agrupadas por frecuencia. Para la pregunta ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres con prueba de tamizaje positivo no acuden a Clínica de Colposcopia?, se encontraron los siguientes elementos (Figura 3):

- **Desconfianza en los servicios de salud.** Prefieren la atención en el medio privado por el trato o por ser más rápida; dudan del diagnóstico o lo obtienen en los servicios de salud públicos, pero se atienden en los privados.
- **Cuestiones culturales.** No tienen con quién dejar a las y los hijos, ponen en segundo lugar su salud por no dejar sus pertenencias, usos y costumbres, los maridos no las dejan ir, por el machismo.
- **Organización de los servicios.** Falta de coordinación entre los niveles local, jurisdiccional y estatal, horario de atención, falta de insumos en las clínicas. Las respuestas a la pregunta: citas muy distanciadas, lejanía de la clínica y falta o retraso en la entrega de resultados, podrían ubicarse dentro de esta categoría; sin embargo, se ubicaron por separado, dada su frecuencia.
- **Falta de información/falta de orientación-consejería.** No les informan para qué deben acudir a la clínica de colposcopia ni en qué consiste el estudio complementario. La falta de información genera incluso miedo o temor al diagnóstico.
- **Falta de recursos económicos** para transporte, traslados y la atención (en el caso de algunas clínicas de colposcopia que cobran el servicio).

Figura 3. Principales razones por las que las mujeres usuarias no acuden a Clínica de Colposcopia



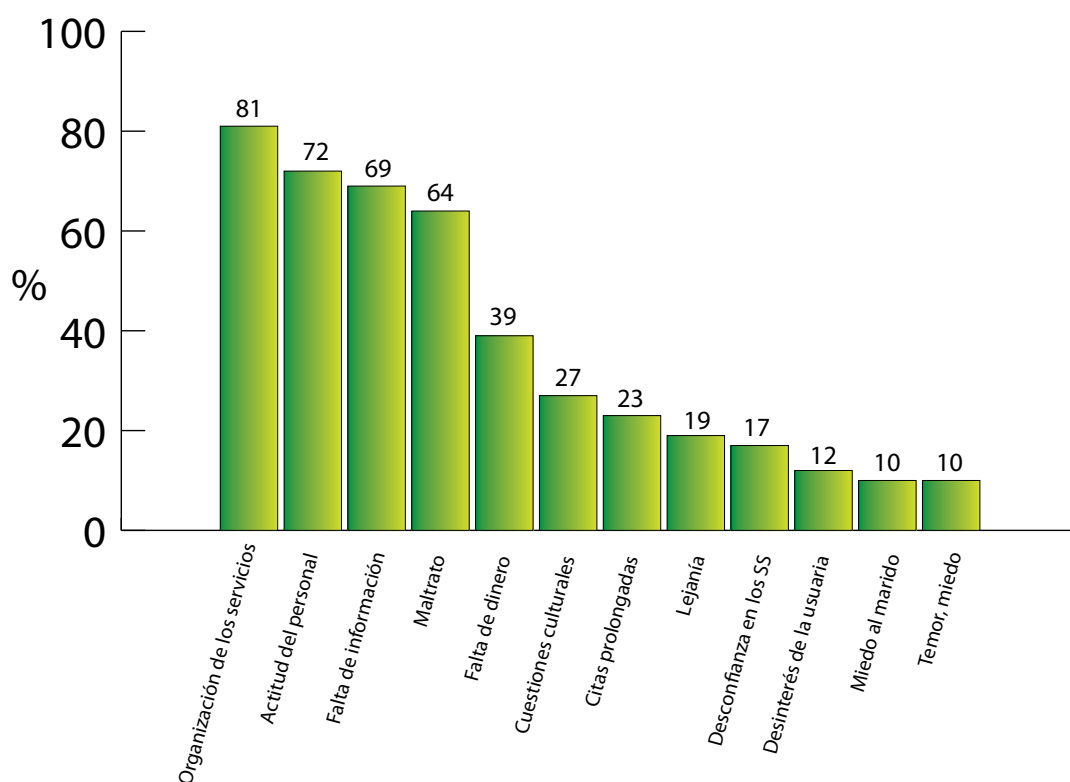
Fuente: Taller de seguimiento de las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje. Reunión Nacional Caminando a la Excelencia, junio 8, 2010.

## PARA COMPARTIR

Para la segunda pregunta ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres atendidas en Clínica de Colposcopia no regresan a consultas subsecuentes? las principales respuestas fueron las siguientes (Figura 4):

- **Organización de los servicios.** Falta de coordinación entre los diferentes niveles, horarios de atención, demora en la entrega de resultados histopatológicos, falta de insumos en las clínicas de colposcopia. Las respuestas: citas prolongadas y lejanía de las clínicas podrían ubicarse en esta categoría, pero se dejaron por separado, dada su frecuencia.
- **Actitud del personal.** Falta de compromiso y de interés. La respuesta Maltrato se consideró por separado, dada su frecuencia.
- **Falta de información/orientación.** No se informa ni orienta a las mujeres acerca del estudio colposcópico ni se brinda orientación acerca de la importancia de continuar con el tratamiento. El personal médico de las clínicas no informa a las mujeres acerca de los procedimientos, cuidados ni recomendaciones.
- **Maltrato por parte del personal médico** de las clínicas de colposcopia hacia las mujeres usuarias.
- **Falta de recursos económicos** para transporte, traslados y la atención (en el caso de algunas clínicas de colposcopia que cobran el servicio).

Figura 4. Principales razones por las que las mujeres usuarias no regresan a Clínica de Colposcopia



Fuente: Taller de Seguimiento de las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje. Reunión Nacional Caminado a la Excelencia, junio 8, 2010

Tanto en el caso de las mujeres con resultado citológico anormal que no acuden a consulta de primera vez, como de aquellas que no regresan a consultas subsecuentes, las razones más frecuentemente mencionadas se relacionan de manera directa con la prestación de los servicios. Si se considera que las respuestas las otorga el propio personal de los niveles estatal y jurisdiccional, es evidente que tiene conciencia de que algo en la estructura y en el desempeño de los servicios no funciona adecuadamente, por lo que es indispensable aprovechar esta autocrítica para precisar fallas y omisiones, renovar esfuerzos y hacer propuestas específicas para mejorar.

Del mismo modo, llama la atención que las respuestas más frecuentes a la segunda pregunta se refirieron a la actitud del personal médico de las clínicas de colposcopia que no informa ni orienta adecuadamente a las usuarias, por no considerarlo necesario ni parte de su trabajo o por suponer que existe otro personal con perfil distinto que debe proporcionarla.

Se debe hacer énfasis en que el maltrato por parte del personal médico es un punto sensible en la revisión de la calidad de los procesos de atención como un obstáculo al ejercicio del derecho a la salud, dado que se puede considerar como violencia institucional, de acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.<sup>6</sup>

Artículo 18.- Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Las respuestas tanto a la primera como a la segunda pregunta agrupadas como "Cuestiones culturales", dan cuenta de las actividades cotidianas de las mujeres, que no necesariamente son visibles cuando se planean estrategias de seguimiento de pacientes.

Para proponer acciones que mejoren los resultados del programa, es necesario identificar y dar su justo valor a dichas cuestiones culturales presentes, perceptibles u ocultas. Abordar los procesos del PAE de Cáncer cérvico uterino con perspectiva de género implica reconocer que la relación prestador/a de servicios-usuaria no se da en un vacío cultural sino que comprende reconocer la situación y las necesidades específicas de las mujeres.

Así, las estrategias para asegurar la atención de las mujeres con resultado citológico anormal en las clínicas de colposcopia, para confirmación diagnóstica y tratamiento, deben considerar el contexto sociocultural de ellas, investigar el punto de vista de las mujeres; esto es, conocer sus necesidades, miedos, ideas, conceptos y, principalmente, sus razones para no continuar con la atención. Para ello sería muy útil realizar estudios cualitativos con las mismas mujeres usuarias.

Resulta imprescindible la sensibilidad y apertura por parte del personal de salud. Acciones tan sencillas como la utilización de lenguaje respetuoso e incluyente por parte del personal de salud pueden marcar cambios en la percepción y respuesta de las usuarias hacia el personal.

El reto para la planeación de estrategias de seguimiento de pacientes radica en vislumbrar no solo la parte técnica, sino además cuestiones de psico-corporalidad, autocuidado de la salud, relación personal de salud-usuaria, acceso a recursos económicos por parte de las mujeres, cuestión de la mano con el acceso a los servicios de salud.

Es imperativo, además, revisar e incidir en la organización de los servicios de salud para asegurar la atención con calidad, así como tomar en cuenta en la planeación de las actividades, tanto la situación cotidiana de las mujeres, como el cuidado de la familia y el trabajo doméstico que condicionan su autocuidado post-tratamiento. Es indispensable favorecer la prevención, ya que no basta generar solo campañas de promoción.

Es necesario considerar el contexto cultural y la construcción social de las personas (personal de salud y población usuaria) en todos los procesos del programa: prevención, promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica.

Quizá sea útil recordar el concepto de salud, tal como lo define la OMS:<sup>6</sup> "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Resulta imperativo incluir los aspectos psicológicos y sociales inherentes a cada mujer, como persona y no solo atender el aspecto biológico. Cuando hablamos de coberturas metas, tasas, es importante recordar que no se trata de números muertos, sino de mujeres vivas.



Foto: Dirección de Cáncer de la Mujer. Acervo del CNECSR

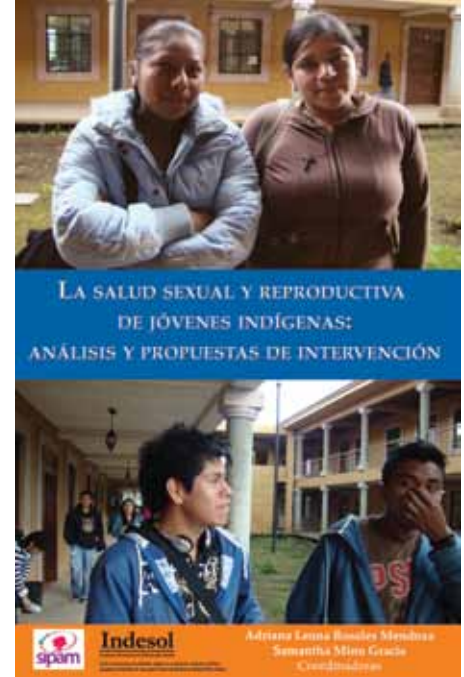
## Referencias Bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cérvico uterino. México: 2008.
2. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 2000-2009. México: Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS): <http://www.sinais.salud.gob.mx> (Cifras estimadas, 2010. Documento interno, CNECSR).
3. Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM). Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino. Consulta: 16 de enero de 2012.
4. Dávila R. Cada diez minutos hay una muerte por cáncer. *Journalmex Periodistas de México* 2010 Octubre 5; Salud. Disponible en <http://journalmex.wordpress.com/2010/10/05/cada-diez-minutos-hay-una-muerte-por-cancer/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Hoja informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/cervicalcancersp.PDF>
6. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. Diario Oficial de la Federación; 1 de febrero de 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Disponible en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

# RESEÑA

La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención, de Adriana Rosales Mendoza y Samantha Mino Gracia (coord.) (México: SIPAM/INDESOL; 2012. p. 146).

Jahel López Guerrero <sup>i</sup>



Celebro y doy la bienvenida al libro *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención*, cuyo propósito es contribuir a diseñar políticas públicas en los distintos niveles de gobierno que coadyuven a que las y los jóvenes conozcan y ejerzan sus derechos sexuales, de salud y reproductivos, entendiendo que éstos se concatenan en una visión amplia de los derechos humanos, la perspectiva de género y el enfoque de las juventudes.

Este libro se suma al esfuerzo académico y político de distintos grupos, incluidas las organizaciones indígenas y los propios jóvenes; mujeres y hombres, preocupados por transformar las condiciones de desigualdad en la que se desarrollan y resisten los pueblos indígenas contemporáneos. Las y los jóvenes han mostrado un gran protagonismo en estas acciones; sin embargo, conforman uno de los grupos que más han padecido la desigualdad social que ha caracterizado por siglos la vida de estos pueblos.

Las diferentes autoras que hacen parte del libro se adscriben a un enfoque que reconoce la capacidad de agencia de la población juvenil; esto, de entrada, es un atributo que permite entender de una manera integral el tema y los datos obtenidos de la investigación y la acción. Así nos muestran en distintas comunidades, tres de origen indígena, los puntos de vista que las/os jóvenes tiene acerca de su sexualidad, el embarazo, el aborto, la salud reproductiva y sus derechos, encontrando al mismo tiempo, que la visión de las/os jóvenes está mediada por sus contextos culturales específicos, cuya complejidad obliga a entender la organización de género, la participación de las instituciones, las dinámicas familiares y hasta la situación socio-económica.

De esta manera, en el primer capítulo, Jessica, Reyes y Samantha Mino, a partir de una vinculación teórica entre el enfoque de las juventudes, la perspectiva de género y el enfoque de derechos, nos ofrecen un panorama sobre quiénes son los jóvenes en México y cómo se constituye la identidad étnica entre los pueblos indígenas, señalando la relación de desigualdad que estos pueblos tienen con el Estado y la sociedad nacional, lo cual dificulta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las/os jóvenes indígenas, principalmente para las mujeres, cuya condición étnica se entrecruza con la de género y la pobreza; situación de gran desventaja para las mujeres indígenas, donde las jóvenes presentan un rezago en educación y salud que pone en riesgo su vida de manera cotidiana.

Las autoras analizan también el acceso que los jóvenes tienen a servicios de salud, encontrando que los esfuerzos de las instituciones gubernamentales no han sido suficientes para atender a la población joven; por ello resaltan la importancia que tiene la participación de organizaciones no gubernamentales para articular esfuerzos, pues algunas cuentan con una amplia experiencia en la materia. Tal es el caso de Salud Integral para las Mujeres (SIPAM), A.C., la cual ha implementado un modelo integral, que desde una perspectiva de género y un enfoque de las juventudes permite “acercar los servicios de salud a la población joven”, favoreciendo, nos dicen Reyes y Mino, “la vinculación entre las instituciones de salud y educación” e “incluyendo la participación juvenil en las acciones de incidencia política” (p. 32).

<sup>i</sup> Candidata a doctora en Antropología Social por la Universidad Autónoma de México (UNAM). Técnica Académica Asociada “C”, adscrita al Programa de Investigación Feminista del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH-UNAM). Correspondencia: jahellg1973@yahoo.com.mx

Ante la posibilidad de aplicar el modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual en comunidades indígenas del que nos hablan Reyes y Mino, Adriana Rosales y Claudia Doroteo introducen, en el segundo capítulo del libro, la categoría de “diversidad” para explicar sucintamente la heterogeneidad que caracteriza a los pueblos indígenas y con ello a sus jóvenes y prácticas sexuales. Asimismo, nos advierten de la importancia de “comprender las normas sociales que producen y sostienen al género, el cuerpo y la subjetividad” para explicar cómo las y los jóvenes ejercen su sexualidad. Retomando algunos datos etnográficos y otros estadísticos, Rosales y Doroteo nos ubican en un contexto estructural e histórico que continúa siendo, en el tema de la sexualidad, permisivo para los varones y restrictivo para las mujeres, reduciendo la sexualidad femenina a la capacidad reproductiva de estas últimas.

Los siguientes cuatro capítulos nos presentan un diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en cinco localidades en diferentes entidades federativas: Iztapalapa y Tláhuac en el Distrito Federal (Capítulo 3, escrito por Samantha Mino); San Francisco Pichátaro, Michoacán (Capítulo 4, escrito por Carlos Erandi Rodríguez y Samantha Mino); Santa María Teopozco, Oaxaca (Capítulo 5, escrito por Jessica Reyes), y San Miguel Tzinacapan, Puebla (Capítulo 6, escrito por Roxana Aguilar).

Utilizando métodos cualitativos y cuantitativos, las diferentes autoras nos muestran las respuestas que dieron autoridades locales de educación y salud, docentes y las/os propios estudiantes —mujeres y varones— a las preguntas formuladas en torno a la iniciación sexual, conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos, embarazo, aborto, enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida. Los resultados muestran un distanciamiento entre la práctica real y los programas-discursos manejados por las autoridades de salud, quienes no reconocen la capacidad de agencia de las y los jóvenes.

Por otra parte, las autoras argumentan que persisten tabúes sobre la sexualidad, así como simbolismos y normatividades culturales imbuidas de ideologías de género que colocan una barrera entre las/os jóvenes y el derecho a la salud sexual y reproductiva, lo cual trae graves consecuencias para ellos como individuos y también como parte de la comunidad a la que pertenecen. Detrás de esta situación se esconde la falta de acceso a la “educación básica y profesional, el desempleo, la pobreza y el poco acceso a servicios de salud de calidad”, como nos lo explica Samantha Mino en el último capítulo, en el que marca algunas de las conclusiones del conjunto del libro.

Sin duda este trabajo colectivo es importante porque recopila información estadística emanada de distintas fuentes institucionales pero, sobre todo, recupera información de primera mano que nos ayuda a comprender de manera integral la situación actual de algunas comunidades caracterizadas por la marginalidad y el poco acceso a servicios.



El libro hace un llamado a articular esfuerzos e institucionalizarlos para “brindar información acerca de la salud sexual y reproductiva que impacte en la mejora de la salud sexual” de mujeres y hombres jóvenes en las comunidades marginales, pero también en las indígenas y, con ello, a “mejorar sus condiciones de vida”, nos explica Mino (p. 138). No obstante, advierten las autoras de los diferentes capítulos del libro, esto



# RESEÑA

debe realizarse resguardando la pertinencia cultural; tema que desde mi punto de vista faltó ahondar a lo largo del desarrollo del documento, pero debemos tenerlo presente para continuar con la labor que en este libro se propone a la sociedad en su conjunto.

En este sentido, el texto nos invita, aunque muy de pasada, a poner atención en la discusión de usos y costumbres dentro y fuera de las comunidades indígenas en torno al género y la sexualidad, la visibilización de las estrategias por parte de las y los médicos tradicionales, en especial de las parteras/os para la atención de la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, la participación activa de las y los jóvenes indígenas, así como de las y los adultos.

Todos esos temas podrían ser abordados con mayor profundidad si se incluyera también una amplia reflexión sobre los derechos colectivos de los pueblos indígenas, los cuales deben ser integrados al modelo de intervención que se plantea en este libro; sin esta labor no podríamos decir que realmente tomamos en cuenta la participación de las/os propios jóvenes y de las comunidades indígenas en tal proyecto, las cuales directa o indirectamente han avanzado, entre otros muchos asuntos, en el tema de los derechos sexuales y reproductivos desde una visión amplia y compleja.<sup>ii</sup>

Otro punto en el que me parece debemos continuar reflexionando tiene que ver con la importancia de la participación de las/os jóvenes en organizaciones que han podido avanzar en la creación de materiales de difusión e información en diferentes lenguas indígenas, tal como lo relata Mino al mencionar algunos ejes de acción de la Red de Jóvenes Indígenas “Pasa la voz”, organización con un programa de promoción y difusión de prevención de VIH-Sida; esto nos habla de la existencia de una base de acción de los propios jóvenes indígenas que debe incluirse en cualquier modelo de políticas públicas que se pretenda elaborar en relación con el tema de salud sexual y reproductiva en los contextos indígenas.

Por otro lado, aunque el libro recoge la experiencia de mujeres y hombres jóvenes indígenas que han logrado acceder a la educación básica, media y superior, las autoras se dan cuenta de la importancia de generar estrategias de acción capaces de atender a un porcentaje mayor de jóvenes sin acceso a la escuela, quienes precisamente por esta característica están “en mayor vulnerabilidad de tener algún riesgo a su salud sexual o bien, embarazarse muy jóvenes sin planearlo o desearlo” y que puede poner “en riesgo a las mujeres jóvenes y adolescentes de vivir un aborto en condiciones inseguras”, pues nos encontramos ante “un contexto en el que el aborto” todavía se criminaliza (p.143).

Finalmente, a pesar de que sé que el libro tiene un carácter más político que académico, extrañé una discusión más amplia del tema en el debate del propio campo de estudios de la juventud y de sexualidad indígenas, áreas de estudio que nos proporcionan un bagaje interesante de información etnográfica, teórica y de acción política que considero puede dar mayor sustento a los datos proporcionados en el libro. Encuentro también que debemos comenzar a dar más peso a las experiencias exitosas, tanto individuales como colectivas, institucionales y civiles, resaltando los casos de mujeres y hombres jóvenes que han podido hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos, tanto dentro como fuera de sus comunidades.

Al leer el libro ***La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención***, me quedo nuevamente, después de hacer una tesis doctoral con jóvenes migrantes en la ciudad,<sup>iii</sup> con la idea de que al centrar nuestra atención en las y los jóvenes indígenas ineludiblemente nos enfrentamos a la necesidad de refrescar nuestra visión sobre las culturas indígenas, dejando de considerarlas simplemente como resabios de culturas pasadas para entenderlas como culturas dinámicas con gran capacidad creativa, innovadora y de cambio.

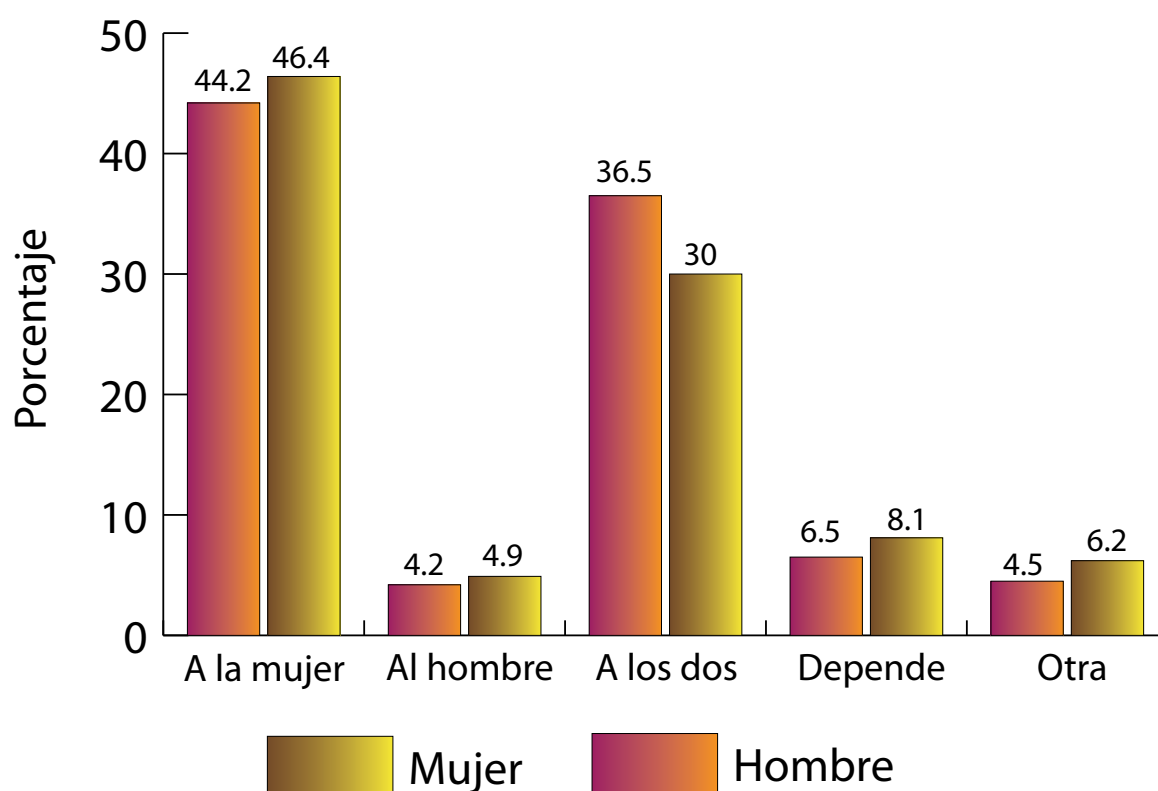
<sup>ii</sup> Un ejemplo de esto es la “Declaratoria” emitida por jóvenes indígenas de América Latina, emanada de la mesa de discusión: “Mismos principios nuevos liderazgos: niñez y juventud” en el marco del VI Encuentro Continental de Mujeres de las Américas, marzo de 2011. Disponible en: <http://juventudesyddh.blogspot.com/2011/03/enlace-continental-de-mujeres-indigenas.html>

<sup>iii</sup> López J. Mujeres indígenas en la Zona Metropolitana del Valle de México: experiencia juvenil en un contexto de migración [Tesis doctoral. En dictamen]. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); 2012.

## Interrupción del embarazo

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010, efectuada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) y el Instituto de Investigaciones Jurídicas, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), aporta elementos para conocer las percepciones de la discriminación entre la población en general, entre las cuales incluyó la opinión de mujeres y hombres sobre la interrupción de un embarazo.

Figura 1. Por lo que usted piensa, ¿a quién le corresponde principalmente tomar la decisión de abortar?  
Distribución por sexo



Fuente: Conapred, Inmujeres. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre mujeres. México; 2012.

La Figura 1 demuestra que hombres y mujeres (44.2% y 46.4%, respectivamente) comparten la opinión de que la decisión de abortar corresponde a la mujer; un alto porcentaje (36.5% y 30%) señala que es de ambos. Sin embargo, la Conapred hace énfasis en quienes consideran que los hombres deben tomar esa medida, lo que representa, de acuerdo con sus datos, 2 millones de mujeres (4.9%) y 1.5 millones de hombres (4.2%) que no reconocen el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

Figura 2. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con que una mujer pueda abortar si lo desea?

Distribución por sexo. Hombres

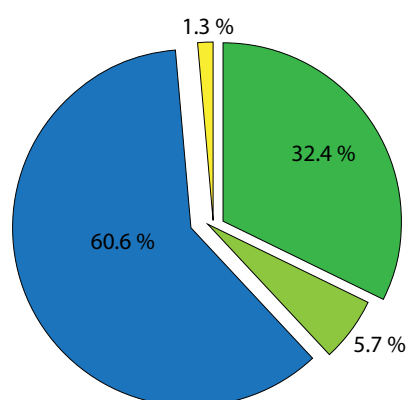
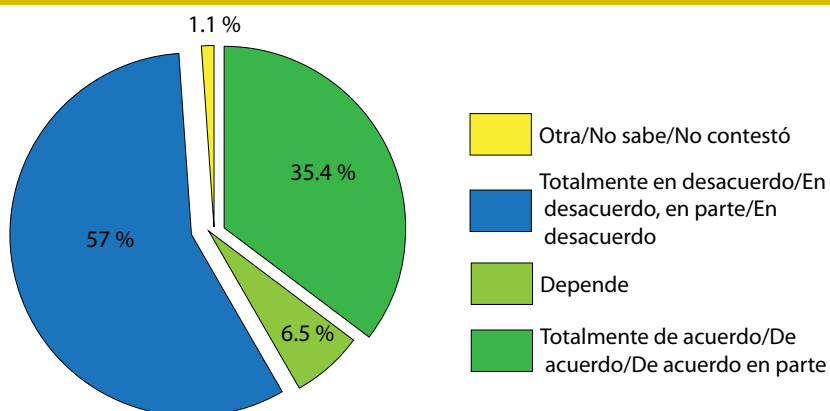


Figura 3. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con que una mujer pueda abortar si lo desea?

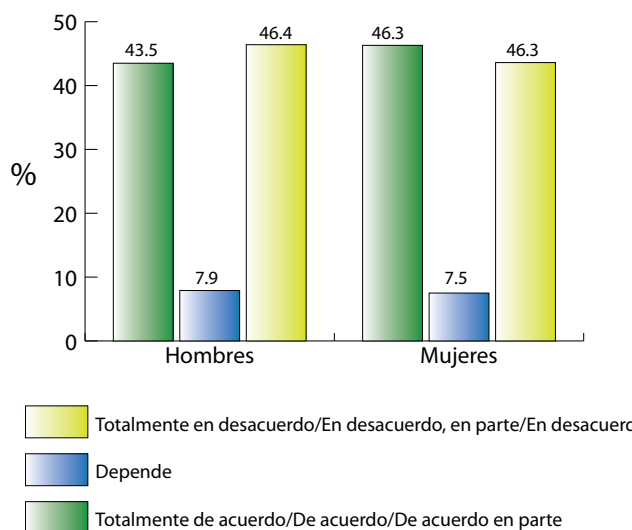
Distribución por sexo. Mujeres

Fuente: Conapred, Inmujeres. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre mujeres. México; 2012.

Como indican las Figuras 2 y 3, alrededor de una tercera parte de las mujeres y de los hombres están de acuerdo con que las mujeres que lo deseen así, aborten, lo cual puede indicar que se está dando paso a una mayor apertura de la sociedad a considerar el derecho de las mujeres a decidirlo.

Figura 4. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con que se castigue a una mujer que aborte?

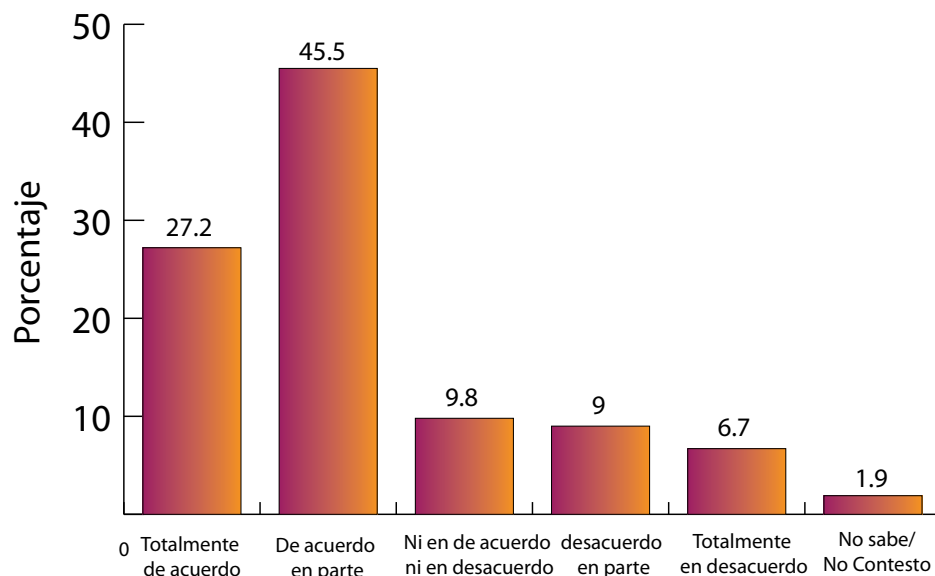
Distribución por sexo



Fuente: Conapred, Inmujeres. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre mujeres. México; 2012.

Otra muestra de la apertura es que existe una clara división en la percepción de la población en torno a la imposición de un castigo para las mujeres que aborten, de acuerdo con la Figura 4.

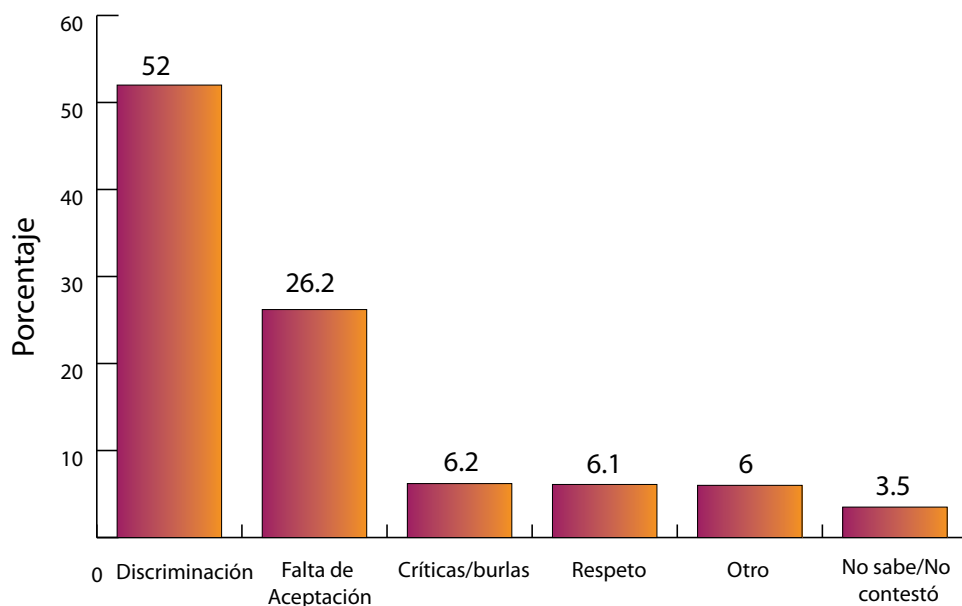
Figura 5. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente idea?  
En México no se respetan los derechos de los homosexuales y lesbianas



Fuente: Conapred. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre diversidad sexual. México; 2011.

La encuesta revela que siete de cada diez personas homosexuales y lesbianas señalan estar totalmente de acuerdo y de acuerdo en parte en que en México no se respetan sus derechos; una de cada 10 no está de acuerdo ni en desacuerdo.

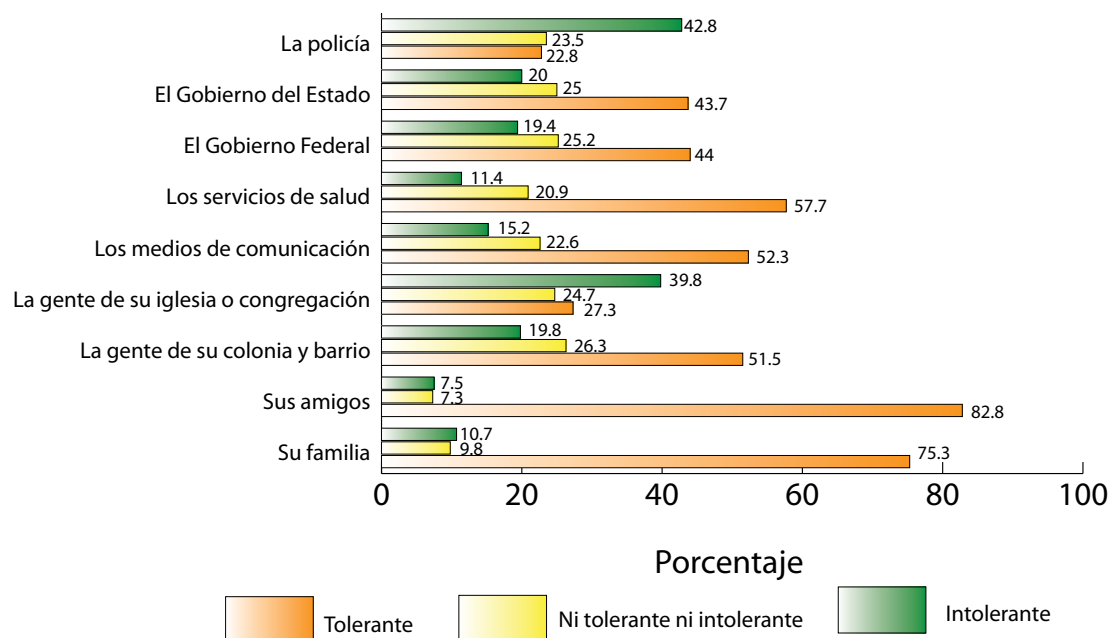
Figura 6. ¿Cuál cree que es el principal problema para los homosexuales, lesbianas y bisexuales en México hoy en día?



Fuente: Conapred. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre diversidad sexual. México; 2011.

Una de cada dos personas lesbianas, homosexuales o bisexuales considera que el principal problema que enfrenta es la *discriminación*, seguida de la *falta de aceptación* y las *críticas y burlas*.

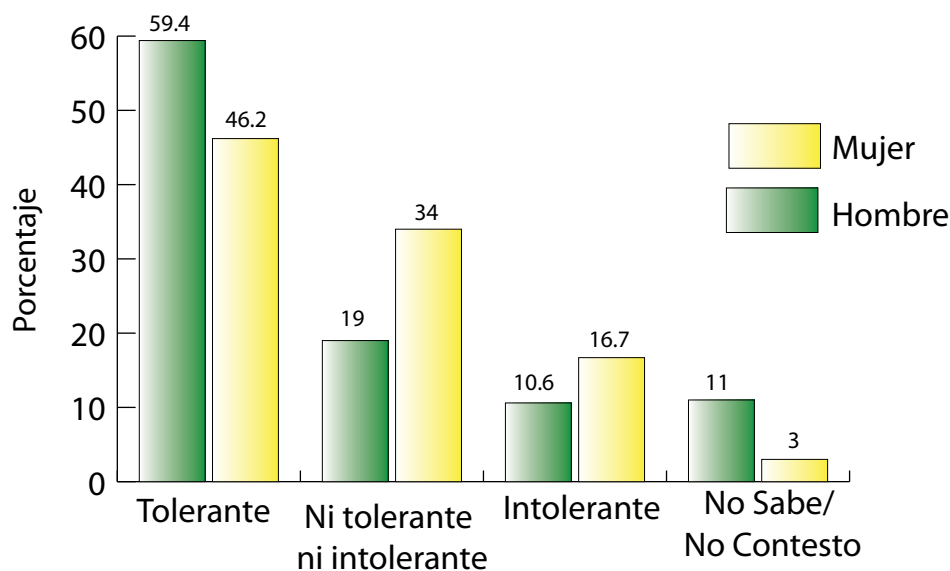
Figura 7. En su opinión, ¿qué tan tolerante o intolerante es... con los homosexuales, lesbianas y bisexuales?



Fuente: Conapred. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre diversidad sexual. México; 2011.

Las personas entrevistadas perciben más intolerancia de la policía y la gente de su iglesia o congregación, en contraste con la que notan de su familia, sus amigos y los servicios de salud.

Figura 8. En su opinión, ¿qué tan tolerantes o intolerantes son los servicios de salud con los homosexuales, lesbianas y bisexuales? Distribución por sexo



Fuente: Conapred. Encuesta sobre Discriminación en México/ENADIS, 2010. Resultados sobre diversidad sexual. México; 2011.

Una de cada diez mujeres homosexuales opina que los servicios de salud son intolerantes. Lo mismo sucede con uno de cada diez hombres homosexuales. No obstante, si se observa por porcentajes, es levemente mayor esta apreciación entre las mujeres, de acuerdo con la Figura 8.

## Ratificación del Certificado de Igualdad Laboral para el CNEGSR

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) conservó la Certificación de las Prácticas para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres, de acuerdo con el dictamen de la visita de vigilancia efectuada en junio pasado, que tuvo por objetivo evaluar las acciones y prácticas laborales en el CNEGSR durante el último año, en cumplimiento con los lineamientos de la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2009.

Previamente, el CNEGSR había obtenido la certificación, con vigencia del primero de julio de 2011 al 30 de Junio de 2013, después de la revisión de las prácticas laborales en cuanto al respeto, la igualdad, la no discriminación, la previsión social, el clima laboral adecuado, la libertad sindical, la conciliación entre la vida laboral, familiar y personal, y la accesibilidad laboral para personas con discapacidad. Con ello, se le autorizó el uso del “Emblema Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres”.

En la visita de vigilancia, la empresa certificadora aplicó una encuesta de percepción sobre la situación socio laboral a 32 personas, seleccionadas de manera aleatoria, de las áreas operativas, mandos medios y directivos, y revisó la documentación que acreditara las acciones realizadas marcadas por la Norma, entre otras acciones.

Entre las acciones que el CNEGSR realiza para la igualdad laboral entre mujeres y hombres, se encuentra la capacitación permanente en materia de equidad de género, derechos humanos y salud; elaboración y difusión de materiales para prevenir el acoso y hostigamiento sexual, la instalación de un buzón para quejas y sugerencias de un Grupo de Trabajo para el Clima Laboral del CNEGSR, la incorporación del lenguaje incluyente en los mecanismos de comunicación formales y documentos normativos, y la incorporación de la igualdad y no discriminación como principios para el quehacer institucional, como se establece en la misión del Centro,<sup>i</sup> al ser el

Órgano rector que contribuye a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos.

Además, la titular del CNEGSR es integrante del Comité de Atención al Hostigamiento y el Acoso Sexual de la Secretaría de Salud, instalado en agosto de 2011. Con estas y otras acciones este Centro Nacional trabaja de manera comprometida y apegada a sus atribuciones, para avanzar hacia la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito laboral de la salud.

<sup>i</sup> Disponible en <http://cnegsr.gob.mx/cnegsr/mision-y-vision.html>



# Notigénero

## Guía de acción pública para combatir la homofobia institucionalizada<sup>ii</sup>

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), en coordinación con el Grupo Intergubernamental sobre Diversidad Sexual en México, editó la Guía para la acción pública contra la homofobia, con el fin de contribuir a la prevención de esta forma de discriminación y violencia en contra de personas con diversas orientaciones sexuales e identidades sexogenéricas (lesbianas, homosexuales, bisexuales, travestis, transexuales, transgénero, intersexuales y los hombres que tienen sexo con otros hombres).



<sup>ii</sup> Información retomada de [www.conapred.org.mx](http://www.conapred.org.mx). La guía se encuentra disponible en dicho sitio electrónico



A través del documento, presentado el 17 de mayo pasado, en el Día Internacional de Lucha contra la Homofobia, se busca que las y los servidores públicos identifiquen y eliminen —desde los niveles de decisión— prácticas, conductas y omisiones que reproducen la homofobia en las políticas públicas, normas, reglamentos y en la prestación de servicios, las cuales repercuten en el acceso, el ejercicio y el goce de los derechos como los de la salud, la educación, el empleo y la participación política; sobre todo, si se asume que el Estado es el responsable de garantizarlos.

En la Guía se hace énfasis en que la homofobia, en todas sus modalidades y expresiones, es un problema de discriminación que atañe a toda la sociedad, y para erradicarla es necesario transformar las estructuras e instituciones del Estado y reconocer a las personas de la diversidad sexual como sujetos de derechos.

La Guía está dirigida a servidoras/es públicas/os en las esferas laboral, educativa, de la salud, impartición de justicia y seguridad pública de la administración pública federal, pero también es útil en los otros niveles de gobierno (estatal y municipal) y en el resto de las instituciones del poder Ejecutivo, así como en el ámbito Legislativo y Judicial.

Entre las propuestas compendiadas están la armonización legislativa en materia de derechos humanos de las poblaciones de la diversidad sexual, la reforma a los códigos civiles y penales que garanticen el ejercicio de sus derechos sociales, civiles, ciudadanos y políticos, así como el acceso a la justicia; además, incorporar la participación de este grupo en el diseño, la instrumentación y la evaluación de las políticas públicas relacionadas con personas de la diversidad sexual.

En materia de salud: revisar y modificar las normas y los lineamientos que contengan elementos discriminatorios, como la exclusión de personas de la diversidad sexual para donar sangre, incluir cláusulas no discriminatorias por diversidad sexual en seguros de gastos médicos (en general) y de vida (en particular) y garantizar el derecho a la confidencialidad de las personas en lo relativo a su situación respecto del VIH-Sida.

Entre las instituciones que conforman el Grupo Intergubernamental sobre Diversidad Sexual están las secretarías de Gobernación, de Educación Pública, y de Trabajo y Previsión Social, el Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y el CNEGSR, representado por la Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez, Directora de Género y Salud en este Centro Nacional.

## Maestrías

### Maestría en Políticas Públicas y Género 2013-2015

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede México  
México, DF, de enero de 2013 a febrero de 2015  
<http://distancia.flacso.edu.mx/images/sitios/mppg/convocatoriamppg062012.pdf>

## Diplomados

### Diplomado "Género, Violencia Familiar y Adicciones"

Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)  
Tlalneplanta, Estado de México, del 20 de abril de 2012 al 15 de febrero de 2013  
[http://www.cij.gob.mx/pdf/C\\_VIOLENCIA.pdf](http://www.cij.gob.mx/pdf/C_VIOLENCIA.pdf)

### Diplomado "Educando en Equidad, Sexualidad y Género"

FES Aragón, UNAM  
Nezahualcóyotl, Estado de México, del 26 de mayo de 2012 al 25 de mayo de 2013  
[http://www.aragon.unam.mx/SUA/EC/pdf/tripticos/23\\_P\\_SEXUALIDAD\\_Y\\_GENERO.pdf](http://www.aragon.unam.mx/SUA/EC/pdf/tripticos/23_P_SEXUALIDAD_Y_GENERO.pdf)

### Diplomado Internacional "Pareja y Sexualidad. Estrategia y Soluciones"

Sociedad Chilena de Sexología y Educación Sexual  
Santiago de Chile, del 26 de mayo de 2012 al 5 de enero de 2013  
<http://sociedadchilenadesexologiayeducacionsexual.bligoo.cl/diplomado-sexualidad-2012>

### Diplomado en Sexualidad Humana

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSAC)  
México, DF, del 13 de octubre de 2012 al 13 de julio de 2013  
<http://www.amssac.org/educacion/diplomado-sexualidad-humana/>

## Congresos

### VI Congreso Iberoamericano de Estudios de Género/XI Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres "Alteridades y Representaciones". Construcción e inclusión política de la diferencia

Universidad Nacional de San Juan  
San Juan, Argentina, del 12 al 14 de septiembre de 2012  
<http://www.ffha.unsj.edu.ar/congresomujer/htm/index.html>

## VII Congreso Nacional de Salud Sexual

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSAC)  
México, DF, del 6 al 8 de diciembre de 2012  
congresoamssac@gmail.com, amssacdireccion@prodigy.net.mx  
www.amssac.org

## III Congreso Internacional de Ciencia, Tecnología y Cultura

Núcleo de Evaluación de Políticas Públicas, Red Chilena de Seguimiento, Evaluación y Sistematización (RELAC-Chile)  
Santiago de Chile, del 7 al 10 de enero de 2013  
<http://www.evaluacionpoliticaspUBLICAS.com/wp-content/uploads/2011/07/Simposio-44-Investigaci%C3%B3n-Evaluativa2.pdf>

## I Congreso Internacional en Estudios de Mujeres y Género

Instituto para las Mujeres Zacatecas, Congreso del Estado de Zacatecas, universidades autónomas de los estados de Zacatecas, Querétaro y Nuevo León, Universidad de Guanajuato, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y otras instituciones  
Zacatecas, Zacatecas, del 19 al 22 de marzo de 2013  
Informes: congresomujeresygenerozac@gmail.com

## Encuentros, coloquios, foros y cursos

### Máster en Igualdad y Equidad de Género en el Desarrollo

Oficina Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para América Latina y el Caribe  
Modalidad: virtual, de octubre de 2012 a diciembre de 2013  
<http://www.rlc.fao.org/es/agenda/master-en-igualdad-y-equidad-de-genero-en-el-desarrollo/>

### IV Máster en Igualdad de Género: Formación de agentes para la Igualdad

Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Universidad de Castilla-La Mancha, Centro Universitario Emmanuel Kant, Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad de la República de Uruguay  
Curso On line, e-learning, del 9 de noviembre de 2012 al 28 de junio de 2013  
[www.migfai.posgrado.uclm.es](http://www.migfai.posgrado.uclm.es)

### 4to. Foro sobre Violencia, Género y Salud

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". México, DF, 6 y 7 de septiembre de 2012. [alesanguz@yahoo.com.mx](mailto:alesanguz@yahoo.com.mx)  
[http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/investigacion/foro\\_violencia.pdf](http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/investigacion/foro_violencia.pdf)

## II Coloquio de Estudios de Género sobre América Latina

Colegio de Estudios Latinoamericanos de la Facultad de Filosofía y Letras, Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM

México, DF, del 5 al 8 de noviembre de 2012

<http://www.pueg.unam.mx/images/stories/difucion/coloquioequidad3.pdf>

## Taller de Derechos Sexuales y Reproductivos

Área de Derechos Sexuales y Reproductivos/Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (CIDE), Programa de Equidad de género de la Suprema Corte de Justicia de la Nación/Facultad de Derecho, UNAM  
México, DF, del 20 de marzo de 2012 al 11 de diciembre de 2012

Presencial, con transmisión por internet:

<http://www.ustream.tv/channel/tallerderechossexualesyreproductivos/>

[http://programadederechoalasalud.cide.edu/ADSyR/?post\\_type=taller&p=684](http://programadederechoalasalud.cide.edu/ADSyR/?post_type=taller&p=684)

## III Encuentro Internacional de Investigación de Estudios de Género y Pre Congreso de Alas Estudios de Género en el Siglo XXI: Experiencias de Transversalidad

Universidad Autónoma de Querétaro, Universidad Politécnica del Valle de Toluca, Universidad Americana de Acapulco, Universidad Autónoma de Guerrero

Acapulco, Guerrero, del 6 al 8 de junio de 2013

<http://www.jornaldomauss.org/periodico/wp-content/uploads/2012/07/ENCUENTRO-INTERNACIONAL-DE-INVESTIGACION-DE-GENERO.pdf>

## Presentación del Libro *El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*, del Dr. Claudio Stern, profesor-investigador de El Colegio de México

El Colegio de México, Auditorio Alfonso Reyes

Camino al Ajusco 20, Pedregal de Santa Teresa

México, DF

Martes 28 de agosto de 2012, 6 p.m.

# INFORMACIÓN PARA COLABORAR EN GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

La revista *Género y Salud en Cifras* está abierta a la colaboración de las personas interesadas en publicar información cuantitativa y cualitativa sobre temas de salud y de prevención y atención de la violencia de género, así como distintos análisis para el avance hacia la igualdad de oportunidades y el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de no discriminación por sexo en los servicios de salud.

Criterios:

1. Todo trabajo —ensayos, reseñas bibliográficas y artículos de divulgación científica— debe ser de interés general, estar rigurosamente documentado e incorporar la perspectiva de género.
2. Emplear tipo de letra Arial, 12 puntos, a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión mínima de mil palabras y máxima de cinco mil (bibliografía y anexos incluidos), con páginas numeradas.
3. Entregar texto en archivo electrónico e incluir como anexo una ficha curricular de la o el autor con sus datos personales, indicando si autoriza la inclusión de su correo electrónico en los créditos de su autoría.
4. Manejar lenguaje incluyente, no sexista, usando términos neutros o con la referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Se sugiere una narración en tercera persona del singular y una redacción clara, explicativa y sin tecnicismos.
5. Incorporar a pie de página solo notas aclaratorias —máximo seis renglones— indicándolas con números romanos tamaño superíndice.
6. Si el trabajo incluye datos estadísticos, presentarlos desagregados por sexo. Enumerar como “cuadros” (cifras) y “figuras” (gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes), y confirmar que haya una relación con el apartado correspondiente del texto central.
7. Utilizar el método de citación bibliográfica *Vancouver*, con las referencias de bibliografía en números arábigos tamaño superíndice. En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el mismo número que se le asignó la primera vez en el documento.

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

Envío de colaboraciones o solicitud de informes:  
gysenc@gmail.com, cecilia.robledo@salud.gob.mx

**Género y Salud**  
*en Cifras*



Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

SALUD

GOBIERNO  
FEDERAL



**Información y quejas:**

**01800 0 MATERNA**

**01800 0 6 2837 6 2**

**En caso de emergencia durante el embarazo, el parto o el puerperio, los hospitales de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE tienen la obligación de dar atención a todas las mujeres, sin importar si son o no derechohabientes.**