



2013 Vol. 11 Núm. 3 Septiembre - Diciembre

GÉNERO Y SALUD en Cifras

Septiembre - Diciembre

ISSN: 1870-5146
Volumen 11
Núm. 3
2013



Muertes maternas

Nuevas acciones para su reducción
a partir de una lectura innovadora

Continuidad del trabajo reproductivo:
una difícil transición

Sensibilización y conocimiento sobre perspectiva de género en personal del IMSS

Ciclos de la violencia familiar y del consumo de drogas

Reseña
Omisión e Indiferencia

Seminario Internacional
Perspectiva de igualdad de género en salud

www.cnegsr.gob.mx

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

www.cnegsr.gob.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENTRO NACIONAL
DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA



SECRETARIA DE SALUD

GÉNERO Y SALUD en Cifras
VOL. 11 • NÚM. 3
Septiembre-Diciembre

SECRETARIA DE SALUD
Mercedes Juan López

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD
Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
Luis Rubén Durán Fontes

CONSEJO DIRECTIVO
Prudencia Cerón Mireles
Aurora del Río Zolezzi

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

SECRETARÍA TÉCNICA
Cecilia Robledo Vera
Ma. del Socorro Martínez Cervantes
Alejandra Oyosa Romero

Comentarios y Correspondencia:
gysenc@gmail.com

GÉNERO Y SALUD en Cifras, AÑO 11 NÚM 3, septiembre-diciembre 2013 es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Homero 213, 3er. Piso, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F., Tel + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.cnegsr.gob.mx. Editora responsable: María del Socorro Martínez Cervantes. Coeditora/correctora de estilo: Alejandra Oyosa Romero Diseño editorial: María Adriana García Hernández. Impreso por: Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V. (IEPSA) Calzada San Lorenzo, 244; 09830, México, D.F. Este número se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2013 con un tiraje de 4000 ejemplares. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación

Dra. Prudencia Cerón Mireles, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010 3
Mtro. Adrián G. Delgado Lara, M en C. Rosa María Núñez Urquiza
Dra. Raffaella Schiavon Ermani

Muerte materna y continuidad en el trabajo reproductivo: una difícil transición 16
Mtra. Irma Romero Pérez

Sensibilización y conocimiento sobre perspectiva de género y violencia en personal directivo estatal del IMSS. Acercamiento cualitativo.2011 23
Lic. Alma Gloria Nájera Ahumada; Ana Elena Maldonado Ortega y
Lic. Guadalupe Ponce de León Gómez

Descifr3mo5 34

Para compartir 36
Los ciclos de la violencia familiar y del consumo de drogas
Mtro. Alfredo González Portillo y Mtra. Rosa María Martínez Espíritu Santo

Reseña 46
Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México
Mtras. Nadia Salazar Anderson, Miriam Ramírez Jiménez e Irma Romero Pérez

Seminario Internacional *Perspectiva de Igualdad de Género en Salud en el marco de los Derechos Humanos: avances y retos para México* 53

OPS/OMS y CIPD más allá del 2014: cinco mensajes claves de salud para la Agenda Regional sobre Población y Desarrollo 55

Notigénero 59

Invitación a publicar 62

Arte en portada:
Fotógrafo: Eduardo Cadena Mendoza
Nombre del Mural: “Evolución”
Año de elaboración: 2002
Ubicado en el vestíbulo del edificio “C” del INPer
Pintor: Alejandro Reyna

Nacido el 28 de septiembre de 1954 en San Luis Potosí. Cuenta con grado de maestría en técnicas y materiales sobre el muralismo que le ha permitido realizar importantes obras como el mural del Hospital Infantil de México, “Federico Gómez”, titulado “Niños del futuro”, así como el del Centro Nacional de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana de la Secretaría de Salud. En su trabajo plástico utiliza varias técnicas como el óleo y el acrílico en cuadros de dimensiones más pequeñas, aunque el muralismo es la expresión estética que lo distingue. Ha recibido elogios de la crítica especializada por su estilo puro que sigue la escuela del muralismo mexicano imprimiéndole un sello distintivo de gran expresividad. En el mural que pintó para el vestíbulo del Instituto Nacional de Perinatología, hace una alegoría en el que la mujer es el centro de la vida, los colores vivos son la vibración de esta vida llena de fuerza y de esperanza, símbolos de la esencia misma de la salud materno-infantil.



CENTRO NACIONAL
DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA



Presentación

En vísperas de que se cumpla el plazo establecido para reducir la razón de muerte materna en tres cuartas partes, especialistas en la materia advierten dificultades para que México pueda alcanzar la meta comprometida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015.

Algunos análisis se han enfocado en este tema prioritario para la salud pública desde otras aristas. Tal es el caso del artículo *Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010*, en el cual, Adrián Delgado, Rosa María Núñez y Raffaella Schiavon acuden a indicadores que permiten visibilizar su heterogeneidad regional y otros factores que destierran anteriores premisas sobre sus causas.

Por su parte, Irma Romero aporta un estudio cualitativo en el que analiza una de las consecuencias de este problema en *Muerte materna y continuidad en el trabajo reproductivo: una difícil transición*, en el cual muestra cómo, ante la ausencia de la madre, las redes familiares reproducen la normatividad de género y dan continuidad al trabajo reproductivo.

Como complemento al tema central, se incluye la primera parte de la reseña del informe *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México* que dio a conocer en agosto de 2013 el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). En esta ocasión, tres investigadoras abordan los capítulos: *Aborto legal y seguro*; *Anticoncepción*; y *Muerte materna*, respectivamente.

En otro tenor, Alma Gloria Nájera, Ana Maldonado y Guadalupe Ponce de León, presentan un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el cual ponderan el nivel de sensibilización y conocimiento del personal directivo estatal de esta institución en materia de perspectiva de género y violencia.

La sección "Para compartir" ofrece el análisis comparativo *Los ciclos de la violencia familiar y del consumo de drogas*, que propone aplicar un modelo de atención para ambas problemáticas. Este trabajo es resultado de la experiencia de Rosa María Martínez y Alfredo González en el Centro de Orientación Telefónica "Vive sin drogas" de la Comisión Nacional contra las Adicciones.

Concluimos esta edición con la nota sobre el Seminario Internacional *Perspectiva de igualdad de género en salud en el marco de los derechos humanos: avances y retos para México*, que reunió a 52 ponentes nacionales y siete de España, Brasil, Perú, Argentina y Estados Unidos, quienes intercambiaron propuestas para promover el derecho a la igualdad y la no discriminación por género en las políticas y programas de salud.

Así, **GÉNERO Y SALUD en Cifras** cierra su undécimo año de publicación con el compromiso de seguir documentando inequidades de género en salud y análisis de violencia de género y salud.



Dra. Prudencia Cerón Mireles
Directora General del Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud Reproductiva

Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010

3

Mtro. Adrián G. Delgado Lara

Maestro en Salud Pública, ESPM y en Estudios Regionales, Instituto de Investigaciones "Dr. José María Luis Mora". Coordinador de Soluciones del Instituto Carlos Slim de la Salud, A. C.

M. en C. Rosa María Núñez Urquiza

Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Michigan. Colabora en Servicios de Salud de Morelos.

Dra. Raffaella Schiavon Ermani*

Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Trieste, Italia

Directora general de Ipas México y secretaria técnica del Comité Promotor de la Iniciativa para una Maternidad Segura en México



Yessica Sánchez Rangel

Introducción

En México, cuando nos referimos a la mortalidad materna, de inmediato señalamos que es un reto de la salud pública. Cuando comentamos sobre la razón de mortalidad materna (RMM), de forma contundente decimos que la velocidad de disminución no es la esperada para cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los cuales el gobierno de México se comprometió a reducir, para el año 2015, la RMM a menos de 23 por 100 mil nacidos vivos.

Múltiples investigaciones indican que las defunciones maternas son síntoma de inequidad social y un problema de salud pública en el que concurren diversos factores que condicionan el acceso a la atención obstétrica, por un lado, y la calidad de los servicios de salud, por el otro. Ambos factores son nodales en la operación y aplicación de las políticas de salud de un país. Lo anterior, se relaciona directamente con el patrón de causas de defunciones maternas en las últimas dos décadas, que incluye la enfermedad hipertensiva del embarazo, parto y puerperio; la hemorragia obstétrica; el embarazo terminado en aborto; las infecciones obstétricas y sus complicaciones, que han tenido cierta variación porcentual en el tiempo. Es decir, patologías para las cuales el arsenal médico y quirúrgico es amplio y se aplica desde hace mucho tiempo.

Para dar una respuesta al reto que se presenta a partir de la segunda década de este siglo, debemos tener otra mirada que permita comprender que las defunciones maternas no afectan a todos los municipios del país y ocurren en mujeres habitantes de municipios de alto o mediano índice de desarrollo humano y en conjuntos habitacionales muy cercanos a uno o varios hospitales.

En los últimos 20 años ha habido un incremento de las causas obstétricas indirectas de muertes maternas en México, las cuales en 1990 representaban menos de 5% y en 2010 significaron la cuarta parte del total de éstas.¹ Lo anterior cambia el panorama de morbilidad materna; hoy se embarazan, complican y mueren mujeres que ya tienen alguna patología previa a la gestación.

Aunado a esto, se propone una lectura innovadora que destaque la nueva distribución geográfica de la muerte materna, identifique la presencia de hospitales como el recurso específico para la atención de la complicación obstétrica y la cada vez menor ocurrencia de estos eventos en municipios de bajo índice de desarrollo humano.

Contribuiremos a visibilizar una nueva realidad de las defunciones maternas, observar su heterogeneidad en la segunda década del siglo XXI y se propondrán nuevas acciones que puedan incluirse en políticas públicas específicas.

* Correspondencia: adriandelgadol@hotmail.com; rmanunez@insp.mx; schiavonr@ipas.org

Método empleado

Se realizó un análisis cuantitativo transversal de la distribución municipal de las defunciones maternas contabilizadasⁱ y su asociación con el índice de desarrollo humano (IDH) y la densidad hospitalaria (DH). Las fuentes de información son el Módulo de Mortalidad Materna del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA) de México, para el año 2010,² el Censo de Población y Vivienda 2010³ y IDH⁴. Además, con base en datos de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), se analizó el número de unidades de consulta externa, así como de hospitales de la SSA, del Instituto Mexicano del Seguro Social [régimen obligatorio] (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Defunciones maternas contabilizadas en 2010

En 2010, se contabilizaron 1078 defunciones maternas en residentes en el país. De éstas, sólo consideramos 992 para el numerador, pues se excluyeron 86 muertes maternas (MM) tardías. En ese año, las defunciones según residencia habitual ocurrieron en 531 municipios de 31 entidades federativas. Siete entidades concentraron 51.6% de las defunciones: el Distrito Federal y los estados de México, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Puebla y Guerrero contabilizaron 50 o más defunciones cada uno de ellos (Cuadro 1). En el año de referencia no se registraron defunciones maternas en el estado de Colima.

Cuadro 1

Defunciones maternas, según entidad federativa, 2010

Entidad	Defunciones	Entidad	Defunciones
Aguascalientes	10	Morelos	10
Baja California	24	Nayarit	8
Baja California Sur	4	Nuevo León	14
Campeche	8	Oaxaca	59
Coahuila	24	Puebla	58
Colima	0	Querétaro	13
Chiapas	69	Quintana Roo	13
Chihuahua	39	San Luis Potosí	22
Distrito Federal	76	Sinaloa	18
Durango	15	Sonora	12
Guanajuato	42	Tabasco	14
Guerrero	53	Tamaulipas	26
Hidalgo	29	Tlaxcala	14
Jalisco	48	Veracruz	78
Estado de México	119	Yucatán	12
Michoacán	49	Zacatecas	12
		Total	992

Fuente: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011

Al analizar la distribución municipal de las defunciones maternas (por residencia habitual de la fallecida), encontramos que éstas ocurrieron solamente en 531 (21.6%) de los 2456 municipios del país (Cuadro 2). La población total de estos 531 municipios, asciende a 77 268 718 personas que corresponden a 68.8% de la población nacional. En los restantes 1913 municipios, donde habita poco más del 30% de la población mexicana, no se contabilizaron defunciones maternas.

ⁱ En este trabajo se usa el término defunciones maternas contabilizadas para denominar a las defunciones maternas que se incluyen en nuestro análisis. Esto permitirá no confundirlas con otros términos ya empleados en diferentes análisis: defunciones maternas registradas, estudiadas o resultado de la confronta Secretaría de Salud-INEGI.

Cuadro 2

Municipios con muertes maternas por entidad federativa, según municipio de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad federativa	Muerte materna 2010	Número de municipios	Municipios con MM
Distrito Federal	76	16	16
Baja California	24	5	3
Tabasco	14	17	10
Sinaloa	18	18	9
Guanajuato	42	46	21
Campeche	8	11	5
Querétaro de Arteaga	13	18	8
Quintana Roo	13	9	4
Estado de México	119	125	55
Guerrero	53	81	33
Baja California Sur	4	5	2
Aguascalientes	10	11	4
Chiapas	69	118	38
San Luis Potosí	22	58	17
Michoacán de Ocampo	49	113	33
Hidalgo	29	84	23
Morelos	10	33	9
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	212	51
Coahuila de Zaragoza	24	38	9
Tamaulipas	26	43	10
Durango	15	39	8
Nayarit	8	20	4
Chihuahua	39	67	13
Tlaxcala	14	60	11
Puebla	58	217	36
Nuevo León	14	51	8
Zacatecas	12	58	9
Jalisco	48	125	16
Sonora	12	72	7
Oaxaca	59	570	51
Yucatán	12	106	8
Colima	0	10	0
Total	992	2456	531

Fuente: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011

Estos datos confirman lo que varios autores han señalado, estamos en un proceso de transición demográfica, con alta densidad poblacional urbana, que se concentra en grandes zonas metropolitanas. El mejor ejemplo es la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), donde hoy tienen su hogar 25% de las y los mexicanos. Esta tendencia se había identificado en un análisis de la distribución municipal de las muertes maternas para el periodo 1998–2005,⁵ el cual concluye que las defunciones maternas se concentran en los municipios urbanos y especialmente en la ZMVM.

Esta transición implica un gran reto, no sólo demográfico, sino para la atención de la salud materna y la disminución de sus complicaciones y defunciones. Este desafío conlleva desarrollar estrategias y acciones para interactuar con las usuarias y sus familias. Al mismo tiempo, también implica que se debe seguir trabajando con estrategias y acciones de prevención, promoción y atención de la salud materna en los municipios rurales y con la población indígena.



Yessica Sánchez Rangel

Relación de RMM y Tasa de Muerte Materna (TMM)

En esta lectura innovadora proponemos el uso de la Tasa de Muerte Materna (TMM) como un mejor indicador de análisis, ésta refleja el conjunto de dos riesgos reproductivos: de embarazo y de defunción por causas maternas en mujeres en edad reproductiva.

En tanto, si seguimos empleando la RMM, tenemos como denominador el número de nacidos vivos, dejando de lado algunos eventos como los embarazos terminados en aborto y sin incluir los embarazos que terminaron con producto muerto.

De acuerdo con algunos autores,⁶ la ventaja de emplear la TMM, frente a la RMM, radica en que el resultado enfatiza la prevalencia de las defunciones maternas entre toda la población de mujeres en edad reproductiva, en comparación con la RMM, cuyo denominador es el número de nacidos vivos.

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, existen 21.4 millones de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y representan 28% de la población. Con estos datos se construyó la TMM (número de MM por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años), la cual resultó con 46.3 defunciones por cada millón de mujeres en edad fértil para el total de la población de los 531 municipios. Los valores extremos de la TMM se registraron en Oaxaca (166.2), Tlaxcala (113.6), Zacatecas (110.4), Guerrero (93.7) e Hidalgo (85.1) con las tasas más altas, y en Baja California (29.2), Sonora (27.9) y Nuevo León (13.6), con los valores más bajos (Cuadro 3).

Esta nueva lectura permite identificar diferencias entre entidades, por ejemplo, el Estado de México, con un poco más de 3.3 millones de mujeres de 15 a 49 años y 119 defunciones maternas, tiene una TMM de 35.1, menor a la calculada para el total de los 531 municipios con MM registradas. En cambio, los estados de Tlaxcala y Zacatecas, con 123 mil y 108 mil mujeres en edad fértil, tienen TMM muy elevadas, de 113.6 y 110.4 respectivamente, aun cuando en cada uno de esos estados sólo se contabilizaron poco más de diez defunciones maternas. (Cuadro 3).

Cuadro 3

Tasa de Muerte Materna según entidad federativa de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad federativa	MM 2010*	Población total 2010	Mujeres 15 a 49 años, 2010	TMM / Mujeres de 15 a 49 años X 1,000,000
Oaxaca	59	1 281 671	355 023	166.2
Tlaxcala	14	444 763	123 199	113.6
Zacatecas	12	392 258	108 655	110.4
Guerrero	53	2 041 817	565 583	93.7
Hidalgo	29	1 229 548	340 585	85.1
Chiapas	69	2 961 221	820 258	84.1
Puebla	58	3 092 293	856 565	67.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	4 243 694	1 175 503	66.4
Michoacán de Ocampo	49	2 716 295	752 414	65.1
Nayarit	8	527 023	145 985	54.8
Chihuahua	39	2 580 866	714 900	54.6
San Luis Potosí	22	1 608 117	445 448	49.4
Durango	15	1 113 126	308 336	48.6
Baja California Sur	4	310 985	86 143	46.4
Coahuila de Zaragoza	24	1 955 666	541 719	44.3
Campeche	8	670 194	185 644	43.1
Quintana Roo	13	1 140 065	315 798	41.2
Yucatán	12	1 086 979	301 093	39.9
Morelos	10	918 920	254 541	39.3
Jalisco	48	4 415 765	1 223 167	39.2
Tamaulipas	26	2 503 451	693 456	37.5
Aguascalientes	10	987 618	273 570	36.6
Estado de México	119	12 224 480	3 386 181	35.1
Guanajuato	42	4 432 732	1 227 867	34.2
Distrito Federal	76	8 851 080	2 451 749	31.0
Querétaro de Arteaga	13	1 514 814	419 603	31.0
Tabasco	14	1 654 933	458 416	30.5
Sinaloa	18	2 159 164	598 088	30.1
Baja California	24	2 963 323	820 840	29.2
Sonora	12	1 551 805	429 850	27.9
Nuevo León	14	3 704 052	1 026 022	13.6
Total general	992	77 278 718	21 406 205	46.3

Fuente: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 y estimaciones propias a partir de información del Censo 2010, INEGI 2011

La nueva lectura nos muestra que la TMM de 46.3 defunciones por cada millón de mujeres en edad fértil para el total de la población de los 531 municipios, es superada en 14 estados, con valores extremos en Nuevo León con 13.6, en contraste con 166.2 en Oaxaca, lo cual implica que el riesgo de embarazo y muerte materna es casi quince veces mayor en Oaxaca que en Nuevo León. Comparando el primero con el promedio nacional, el riesgo de embarazo y muerte materna es casi cuatro veces mayor en las residentes del estado sureño. Esta nueva lectura hace más evidente la heterogeneidad regional de la muerte materna y el riesgo que prevaleció en los estados durante 2010.

Asociación de la TMM y del Índice de Desarrollo Humano (IDH)

El IDH se construye con base en los criterios establecidos por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y está compuesto de tres dimensiones: salud, educación e ingreso que, en general, permiten observar las desigualdades de desarrollo social a nivel nacional y regional. En este documento empleamos el IDH como elemento que ayuda a identificar el estrato de desarrollo social del municipio en donde habitualmente vivían las mujeres que fallecieron por causas maternas. Estamos ciertos de que investigaciones muy puntuales podrían dar lecturas diferentes a las que aquí logramos con el uso del IDH.

En conjunto, el país se considera de IDH medio. A nivel estatal, la información obtenida del IDH, identifica ocho entidades (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz) de IDH medio. Las restantes se consideran de IDH alto.ⁱⁱ

Al revisar el IDH por municipio, se observó que en 200 de IDH alto se contabilizaron 538 defunciones maternas (61%); 329 municipios de IDH medio contribuyeron con 452 defunciones (46%) y sólo se contabilizaron dos defunciones

(0.2%) en municipios de IDH bajo, uno ubicado en Oaxaca y otro en Veracruz (Cuadro 4). Esta información permite visualizar que las defunciones maternas no necesariamente están asociadas a desigualdad social o pobreza y la transición demográfica rural-urbana está asociada con una transición de localización de las defunciones maternas en municipios de alto o medio IDH, sin que ello signifique que ya no ocurren en los de bajo IDH.

Entre los 200 municipios de IDH alto, existen diferentes niveles de ocurrencia de MM, en un extremo se ubican 92 municipios con una sola defunción y en otro, 16 municipios con siete y más defunciones contabilizadas cada uno: en el Distrito Federal en las delegaciones Iztapalapa (18), Álvaro Obregón (12) y Gustavo A. Madero (8); en el Estado de México, Ecatepec (12), Nezahualcóyotl (8) y Naucalpan de Juárez (7); además de Guadalajara (12) y Zapopan (10), en Jalisco; Tijuana, Baja California (18); Ciudad Juárez, Chihuahua (13); Saltillo, Coahuila (10); Puebla, Puebla (10); Morelia, Michoacán (9); Benito Juárez, Quintana Roo (9); Durango, Durango (8); León, Guanajuato (8). Todos los municipios enunciados son urbanos y forman parte de zonas metropolitanas, lo que reafirma la transición de la localización preferente de las defunciones maternas en municipios urbanos.



Yessica Sánchez Rangel

ⁱⁱ Para calcular el IDH a nivel municipal (IDHM) en México, se han llevado a cabo algunos ajustes debido a las restricciones en la disponibilidad de información a nivel municipal de los indicadores establecidos en su definición original. Es importante resaltar que estos ajustes no alteran la naturaleza del IDH.

Cuadro 4

Muerte Materna e IDH según entidad federativa y municipio de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad	MM 2010	IDH estatal 2005	Municipios con MM	IDH X municipio (%)*		
				Alto	Medio	Bajo
Aguascalientes	10	Alto	4	75.0	25.0	0.0
Baja California	24	Alto	3	100.0	0.0	0.0
Baja California Sur	4	Alto	2	100.0	0.0	0.0
Campeche	8	Alto	5	40.0	60.0	0.0
Coahuila de Zaragoza	24	Alto	9	77.8	22.2	0.0
Chiapas	69	Medio	38	5.3	94.7	0.0
Chihuahua	39	Alto	13	38.5	61.5	0.0
Distrito Federal	76	Alto	16	93.8	6.3	0.0
Durango	15	Alto	8	37.5	62.5	0.0
Guanajuato	42	Alto	21	33.3	66.7	0.0
Guerrero	53	Medio	33	3.0	97.0	0.0
Hidalgo	29	Medio	23	34.8	65.2	0.0
Jalisco	48	Alto	16	62.5	37.5	0.0
Estado de México	119	Alto	55	54.5	45.5	0.0
Michoacán de Ocampo	49	Medio	33	21.2	78.8	0.0
Morelos	10	Alto	9	66.7	33.3	0.0
Nayarit	8	Alto	4	100.0	0.0	0.0
Nuevo León	14	Alto	8	87.5	12.5	0.0
Oaxaca	59	Medio	51	13.7	84.3	2.0
Puebla	58	Medio	36	16.7	83.3	0.0
Querétaro de Arteaga	13	Alto	8	37.5	62.5	0.0
Quintana Roo	13	Alto	4	75.0	25.0	0.0
San Luis Potosí	22	Alto	17	29.4	70.6	0.0
Sinaloa	18	Alto	9	66.7	33.3	0.0
Sonora	12	Alto	7	85.7	14.3	0.0
Tabasco	14	Medio	10	20.0	80.0	0.0
Tamaulipas	26	Alto	10	70.0	30.0	0.0
Tlaxcala	14	Alto	11	54.5	45.5	0.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	Medio	51	37.3	60.8	2.0
Yucatán	12	Alto	8	50.0	50.0	0.0
Zacatecas	12	Alto	9	44.4	55.6	0.0
Total	992	Medio	531	37.7**	62.0**	0.4**

*. Distribución porcentual por entidad federativa **. Distribución porcentual del total nacional

Fuentes: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 e Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005; publicado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México, 2008.

De los 329 municipios de IDH medio, la mayor concentración de MM se contabilizó en Chilón, Chiapas, con seis defunciones maternas y cinco en Carichí, Chihuahua y Chilapa de Álvarez, Guerrero. Los dos municipios considerados de bajo IDH (Coicoyán de las Flores, Oaxaca y Tehuipango, Veracruz) contribuyeron con una muerte materna cada uno.



Yessica Sánchez Rangel

Con el fin de mejorar sustancialmente las condiciones de vida de los habitantes de los 125 municipios clasificados con menor IDH, la administración federal (2006-2012) operó la *Estrategia 100X100*. En 2010, estos municipios se ubican en siete estados y en conjunto aportaron 55 defunciones contabilizadas en el Módulo de Mortalidad Materna del SINAVE.ⁱⁱⁱ

Al revisar el listado de la CLUES⁷ se identificó la existencia de unidades de Consulta Externa en los 531 municipios,^{iv} en los cuales se ubican 6104 unidades; 50% de ellas en los estados de México (622), Chiapas (548), Guerrero (521), Tabasco (384), Guanajuato (370), Veracruz (292) y Distrito Federal (276).

Relación entre la Densidad Hospitalaria (DH), IDH y TMM

Al analizar la presencia de hospitales generales o especializados, se identificó que en los 531 municipios existe alguno o más de los considerados resolutivos, según el Acuerdo de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas. La existencia de hospitales en lugares cercanos a los domicilios habituales de las mujeres, dejaría de ser un elemento que explique el no acceso geográfico a los mismos, mientras que su capacidad resolutive debería ser el eje de las nuevas propuestas.

En el Cuadro 5 se observa que en ocho estados se encuentran la mitad de esos hospitales. Esta concentración de nosocomios del sector (SSA, IMSS e ISSSTE) es muy alta en el Distrito Federal (55) y en los estados de México (52), Veracruz (42), Guanajuato (36), Michoacán (30), Puebla (28), Guerrero (26) y Jalisco (23). Por su parte, Nayarit, Zacatecas y Morelos son los estados con menor número de hospitales participantes en el convenio, con seis y cinco, respectivamente.

A fin de tener una nueva lectura, proponemos analizar esta información considerando el indicador de Densidad Hospitalaria (DH), que permite conocer el número de hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años (Cuadro 6). A nivel nacional, este indicador es de 27 hospitales por un millón de mujeres en edad reproductiva. Los estados con mayor DH son Baja California Sur y Campeche, seguidos de Tlaxcala, Zacatecas, Oaxaca y Guerrero. Paradójicamente, estos cuatro últimos, tuvieron las TMM más altas del país en 2010 (Cuadro 3).

ⁱⁱⁱ Los municipios de la *Estrategia 100X100*, del estado de Chiapas contabilizaron 13 defunciones maternas, los municipios de Guerrero aportan 16 defunciones, los de Oaxaca, 14; los de Puebla, siete; los de Veracruz, cinco y los municipios de Mezquital, Durango y El Nayar de Nayarit, no aportaron defunciones.

^{iv} Se revisó el listado CLUES empleando la actualización de mayo de 2011 y se obtuvo el número de unidades de Consulta Externa por municipio; así como la relación de hospitales de la SSA, IMSS (régimen obligatorio) e ISSSTE, tomando en cuenta que esas unidades son las de carácter resolutivo y se consideran para los fines del Acuerdo Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas.

Cuadro 5

Muerte Materna, IDH y número de unidades de salud según entidad federativa de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad	MM2010	TMM/mujeres de 15 a 49 años x 1,000,000	IDH estatal 2005	Unidades de Salud				
				CE SS	Hosp SS	Hosp IMSS	Hosp ISSSTE	Total Hospitales
Aguascalientes	10	36.6	Alto	53	5	2	1	8
Baja California	24	29.2	Alto	173	3	6	3	12
Baja California Sur	4	46.4	Alto	44	2	3	2	7
Campeche	8	43.1	Alto	84	7	2	2	11
Chiapas	69	84.1	Medio	548	15	3	4	22
Chihuahua	39	54.6	Alto	145	8	8	3	19
Coahuila de Zaragoza	24	44.3	Alto	117	8	9	4	21
Distrito Federal	76	31	Alto	276	26	20	9	55
Durango	15	48.6	Alto	112	5	3	2	10
Guanajuato	42	34.2	Alto	370	23	9	4	36
Guerrero	53	93.7	Medio	521	22	2	2	26
Hidalgo	29	85.1	Medio	227	6	3	2	11
Jalisco	48	39.2	Alto	191	13	8	2	23
Estado de México	119	35.1	Alto	622	35	15	3	53
Michoacán de Ocampo	49	65.1	Medio	210	15	7	8	30
Morelos	10	39.3	Alto	89	3	2	0	5
Nayarit	8	54.8	Alto	49	3	2	1	6
Nuevo León	14	13.6	Alto	168	3	7	2	12
Oaxaca	59	166.2	Medio	163	11	3	4	18
Puebla	58	67.7	Medio	227	20	4	4	28
Querétaro de Arteaga	13	31	Alto	134	4	2	1	7
Quintana Roo	13	41.2	Alto	149	6	4	2	12
San Luis Potosí	22	49.4	Alto	125	7	4	3	14
Sinaloa	18	30.1	Alto	151	11	6	3	20
Sonora	12	27.9	Alto	139	4	7	2	13
Tabasco	14	30.5	Medio	384	13	2	1	16
Tamaulipas	26	37.5	Alto	180	11	4	5	20
Tlaxcala	14	113.6	Alto	66	3	3	1	7
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	66.4	Medio	292	24	12	6	42
Yucatán	12	39.9	Alto	37	5	4	1	10
Zacatecas	12	110.4	Alto	58	5	0	1	6
Total	992	46.3	Medio	6104	326	166	88	580

Fuentes: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 y listado CLUES. Dirección General de Información en Salud (Consultado en <http://www.sinais.salud.gob.mx/>, actualización de mayo de 2011).

Esta nueva lectura nos lleva a cuestionar si la sola instalación y operación de hospitales es una respuesta frontal ante las defunciones maternas o si se requiere que la DH incluya la infraestructura y ésta sea acompañada siempre de personal calificado y de equipos e insumos básicos para la atención de las mujeres gestantes y de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Aunado a estas condicionantes, se requerirán acciones para fortalecer el acceso social y cultural, con personal calificado para tal fin. Nuevo León puede ser ejemplo de lo anterior, pues la TMM fue la más baja en 2010 y, al mismo tiempo, se ubica la menor DH con sólo 11.7 hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años.

Dentro de los 10 estados con menor TMM (Aguascalientes, Estado de México, Guanajuato, Distrito Federal, Querétaro de Arteaga, Tabasco, Sinaloa, Baja California, Sonora y Nuevo León), cinco de ellos (Estado de México, Distrito Federal, Querétaro de Arteaga, Baja California, y Nuevo León) tienen DH menor al promedio nacional y sólo Tabasco y Sonora tienen DH superior a 30 hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años (Cuadro 6).

Cuadro 6

Muerte Materna, TMM y Densidad Hospitalaria* según entidad federativa de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad federativa	MM 2010	TMM/ Mujeres de 15 a 49 años x 1 000 000	Mujeres 15 a 49 años, 2010	Total de Hospitales **	Densidad Hospitalaria (Número de hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años)
Oaxaca	59	166.2	355 023	18	50.7
Tlaxcala	14	113.6	123 199	7	56.8
Zacatecas	12	110.4	108 655	6	55.2
Guerrero	53	93.7	565 583	26	46.0
Hidalgo	29	85.1	340 585	11	32.3
Chiapas	69	84.1	820 258	22	26.8
Puebla	58	67.7	856 565	28	32.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	66.4	1 175 503	42	35.7
Michoacán de Ocampo	49	65.1	752 414	30	39.9
Nayarit	8	54.8	145 985	6	41.1
Chihuahua	39	54.6	714 900	19	26.6
San Luis Potosí	22	49.4	445 448	14	31.4
Durango	15	48.6	308 336	10	32.4
Baja California Sur	4	46.4	86 143	7	81.3
Coahuila de Zaragoza	24	44.3	541 719	21	38.8
Campeche	8	43.1	185 644	11	59.3
Quintana Roo	13	41.2	315 798	12	38.0
Yucatán	12	39.9	301 093	10	33.2
Morelos	10	39.3	254 541	5	19.6
Jalisco	48	39.2	1 223 167	23	18.8
Tamaulipas	26	37.5	693 456	20	28.8
Aguascalientes	10	36.6	273 570	8	29.2
Estado de México	119	35.1	3 386 181	53	15.7
Guanajuato	42	34.2	1 227 867	36	29.3
Distrito Federal	76	31.0	2 451 749	55	22.4
Querétaro de Arteaga	13	31.0	419 603	7	16.7
Tabasco	14	30.5	458 416	16	34.9
Sinaloa	18	30.1	598 088	20	33.4
Baja California	24	29.2	820 840	12	14.6
Sonora	12	27.9	429 850	13	30.2
Nuevo León	14	13.6	1 026 022	12	11.7
Total general	992	46.3	21 406 205	580	27.1

*En orden decreciente **Hospitales de la Secretaría de Salud, IMSS (régimen obligatorio) e ISSSTE

Fuentes: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 y listado CLUES

Dirección General de Información en Salud, Consultado en www.sinais.salud.gob.mx/

Actualización de mayo de 2011 y estimaciones propias a partir de información del Censo 2010, INEGI 2011

Esta relación permite cuestionar la disponibilidad y accesibilidad de los hospitales, así como su capacidad de respuesta en términos de oportunidad y calidad de atención a la salud materna.

La ubicación de los hospitales y su DH en los municipios urbanos con alto IDH lleva a la necesidad de buscar nuevas explicaciones con otros perfiles de acción que respondan a las transiciones demográficas y epidemiológicas en las defunciones maternas. Se requieren respuestas con cambios profundos que garanticen acceso, disponibilidad de personal calificado e insumos, atención oportuna y calidad integral a las mujeres que habitan los espacios urbanos del país; todo ello, sin dejar de brindar atención integral y de alta calidad en los municipios menos poblados, rurales y con población indígena.

Conclusiones

Las conclusiones que aquí se ofrecen se desprenden no sólo de la revisión de los datos de distribución municipal de las defunciones maternas, contenidos en el Módulo de Muerte Materna del SINAVE, sino de la relación entre TMM, IDH y DH. Especialmente se propone usar de forma sistemática la TMM, debido a que incluye a las mujeres en edad reproductiva y establece el riesgo que éstas tienen de embarazarse y de morir por causas maternas.

Esta nueva lectura de la información de 2010, evidencia que México está experimentando una transición demográfica y epidemiológica de las defunciones maternas. Existe una concentración de éstas en municipios urbanos y de IDH alto y medio, en los que se cuenta con hospitales para la atención y resolución de las posibles complicaciones obstétricas.

Estas evidencias, permiten revisar y reinterpretar conceptos hasta hoy aceptados, especialmente aquel que asociaba la muerte materna directamente con la pobreza, bajos niveles de desarrollo social y lejanía de los centros de atención hospitalaria.

Ante la nueva realidad, es indispensable la revisión de políticas públicas en salud materna; se requiere de la diversificación de las estrategias, unas destinadas a los habitantes de municipios urbanos, y otras, reorientadas a municipios rurales, de bajo IDH y en situaciones de interculturalidad. Es necesaria la implementación de nuevas políticas nacionales que, siguiendo un modelo general, se adecuen a las realidades epidemiológicas y sociales de cada municipio.

Se recomienda que en las zonas metropolitanas se establezcan coordinaciones intermunicipales para la atención de la salud materna, especialmente para la identificación y vigilancia de las embarazadas, la vinculación con los hospitales para atención de los nacimientos y de las posibles complicaciones obstétricas y de las y los recién nacidos.

Para la operación de la atención integral se requiere que se apliquen acciones a nivel intermunicipal que tengan como objetivo la integración de redes de atención a la salud materna. Estas redes incluyen el cuidado desde la casa y en el centro de salud para la detección temprana del riesgo, el diagnóstico oportuno y la atención de las complicaciones, la estabilización de las urgencias y, finalmente, la referencia tempestiva a un hospital resolutivo con alta calidad técnica y humana.

La nueva lectura nos conduce a señalar que la atención a la salud materna debe ser un componente básico del desarrollo social integral, especialmente en las regiones de desarrollo económico.

Reiteramos que es necesario emplear indicadores que no se circunscriban a la incidencia de las defunciones maternas, sino aquellos que las ligan con el desarrollo social y la oferta institucional de atención hospitalaria.

Finalmente, en las condiciones de transición demográfica, urbano-metropolitanas y epidemiológicas, la salud materna es un reto renovado que incluye oportunidades de desarrollo y requiere de nuevas prácticas sociales e interés médico por la implantación de acciones preventivas e intervenciones resolutivas de las urgencias obstétricas y asimismo, de la participación de la comunidad en la construcción de futuras políticas públicas donde la **salud materna** sea el objetivo de la política pública, y la **muerte materna**, el indicador negativo de su falta de éxito.





Yessica Sánchez Rangel

Referencias bibliográficas

1. Freyermuth-Enciso G. Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. México: CIESAS-CONVAL-CNDH; 2011.
2. Secretaría de Salud (SSA). Módulo de Mortalidad Materna del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). México: DGE-SSA; 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de Población y Vivienda 2010. México: INEGI; 2011.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005. México: PNUD; 2008.
5. Delgado A, Morales HF, Ruiz C. Distribución Municipal de las defunciones maternas, República Mexicana 1998-2005. En: Freyermuth, G, Sesia, P. (Coords). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009. p.183-190.
6. Cárdenas R. Indicadores selectos para la evaluación de las condiciones de salud. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; 2009.
7. Dirección General de Información en Salud-Secretaría de Salud. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). México: DGIS-SSA; c2010-2013 [actualización mayo de 2011; citado marzo 2013]. Disponible en www.sinais.salud.gob.mx/

Muerte materna y continuidad en el trabajo reproductivo: una difícil transiciónⁱ



Irma Romero P.

Mtra. Irma Romero Pérez

Licenciada en Psicología Social, UAM-I

Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

Las concepciones y la normatividad de género regulan los lugares sociales de mujeres y hombres en relación con el ejercicio de la maternidad y la paternidad. A las mujeres las coloca como las principales responsables del trabajo reproductivo, adjudicándoles el trabajo físico, mental y emocional del cuidado y crianza de las y los hijos, la atención de otras personas integrantes de la familia y del mantenimiento del hogar;¹ rigiendo así, su vida cotidiana, sus relaciones afectivas, actividades y proyectos de vida.^{1,2,3,4} En contraste, se ha observado que el papel de los hombres como padres aún se asocia con la figura del proveedor y menos con la imagen del cuidador y participante en el trabajo reproductivo.^{5,6}

Estas concepciones y normas de género, que hacen de la maternidad una exigencia social, así como otras condiciones de desigualdad y discriminación –pobreza, falta de acceso a los servicios de salud y calidad de los mismos– conforman el contexto de vulnerabilidad en el que algunas mujeres se embarazan y mueren. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a "la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".⁷ En México es un problema de salud pública asociado a factores como el desconocimiento de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos y la

* Correspondencia: Armi_rpi@yahoo.com.mx

ⁱ Este artículo se deriva de la tesis para obtener el grado de maestra en Estudios de la Mujer: *¿Quién cuida a los hijos? Las redes familiares en el trabajo reproductivo ante la muerte materna.*

imposibilidad de ejercerlos; la falta de acceso oportuno a los servicios médicos; las ineficiencias en la atención materna; la prevalencia de inequidades en las relaciones de género, generación y etnia, y la carencia de recursos económicos, sociales y culturales.^{8,9,10,11}

Ante este panorama, en el que la muerte materna tiene una incidencia importante en México, pues tan sólo en 2011 murieron 971 mujeres por esta causa,¹² y el hecho de que culturalmente la mayor carga del trabajo reproductivo recae en ellas, resulta pertinente preguntarse qué condiciones propiciaron la muerte de mujeres que recibieron atención médica en un hospital de tercer nivel; cómo afectó su muerte el trabajo reproductivo que desempeñaban al interior de sus redes familiares, y si este suceso implicó una transformación o resignificación de los lugares, normatividad y prácticas de género relacionadas con el ejercicio de la maternidad y la paternidad o, por el contrario, se siguieron reproduciendo los mismos patrones en franca continuidad.

Consideraciones metodológicas

El objetivo de esta investigación fue comprender cómo las y los familiares de las mujeres que fallecieron durante el embarazo, aborto, parto o puerperio, asumieron el trabajo reproductivo y cómo se vieron afectadas sus concepciones, lugares y prácticas de género relacionadas con la maternidad y la paternidad. Lo anterior inserto en un contexto de vulnerabilidad sociocultural que favorece la incidencia de la mortalidad materna.

La finalidad del estudio fue recuperar y comprender las experiencias de las y los familiares de estas mujeres, en relación a la manera de afrontar su fallecimiento y la continuidad del trabajo reproductivo y del cuidado de hijas e hijos, e incluso de otras personas integrantes de la familia, por lo que fue necesario conocer las condiciones sociales, de género, de salud e institucionales que propiciaron la muerte de ellas, entre 2006 y 2010, en un hospital de tercer nivel de atención ubicado en la ciudad de México. A partir de este escenario se establecieron los contactos y las condiciones de participación de quienes fueron informantes en la investigación.

Se recurrió a dos estrategias metodológicas. En un primer momento se realizó la revisión y análisis de 26 expedientes clínicos, de los cuales se recuperaron datos sociodemográficos, antecedentes de salud reproductiva, cuidado prenatal, complicaciones y muerte materna, entre otros, que analicé con el programa SPSS. Los resultados permitieron reconstruir el contexto de la muerte materna, caracterizar el perfil de las mujeres que fallecieron en ese hospital y definir los siguientes criterios de inclusión sobre los casos de muerte materna:

- Familiares de pacientes que murieron entre 2006 y 2010 en ese hospital
- Una hija/hijo vivo o más al momento del deceso
- Residentes del Distrito Federal o Estado de México
- Más de un año del acontecimiento de la muerte materna al momento de la entrevista

Con base en estos criterios, aunados a las dificultades para localizar a las y los familiares de estas mujeres y luego, obtener su anuencia o negativa para participar en este estudio, finalmente se trabajaron cuatro casos de muerte materna desde la metodología cualitativa (Tabla 1).

Tabla 1

Casos de muerte materna. Algunos datos

Caso/ Nombre	1. Paz	2. Evelín	3. Yolanda	4. Flor
Edad	41 años	19 años	40 años	39 años
Estado civil	Casada	Unión libre	Casada	Unión libre
Escolaridad	Licenciatura trunca	Secundaria incompleta	Licenciatura	Secundaria
Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa y odontóloga	Ama de casa
Hijas/os vivos	2	1	2	1

Fuente: elaboración propia

En uno de los casos se contó sólo con la participación de una persona integrante de la familia; en los otros tres, se pudo entrevistar a tres parientes –viudo, madre, suegra, hermana o hermano–. A cada informante se le aplicó un cuestionario y después una entrevista focalizada explorando significados, estrategias y prácticas^{13,14} que emplearon para sobrellevar la ausencia de las mujeres en el trabajo reproductivo. La sistematización y análisis de las narrativas se llevó a cabo con el programa *Atlas ti* v.5, mediante la búsqueda de temas, sentidos y significados a partir de la codificación y la construcción de categorías.

Muerte materna y vulnerabilidad: exigencia social de la maternidad y papel de las instituciones de salud

De acuerdo con el análisis de los 26 expedientes clínicos, se observó que en la institución de salud de tercer nivel, la mortalidad de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio se presentó en quienes tenían como edad mediana 30 años –la menor tenía 15 y la mayor 41 años–, es decir, en plena edad productiva y reproductiva. En su mayoría eran casadas, sólo ocho eran solteras; tenían baja escolaridad, seis estudiaron primaria, once, la secundaria, mientras que nueve contaban con preparatoria o universidad; aunque también estas últimas trabajaban en el hogar, dependían económicamente de sus parejas u otras personas de su familia y contaban con bajos ingresos –1.69 salarios mínimos–. De ellas, 16 vivían con algún familiar, nueve en espacios rentados y de un caso no se obtuvo la información, todas residían en la zona oriente y norponiente del Distrito Federal y del Estado de México y carecían de seguridad social.

Para estas mujeres “la maternidad” era el camino para lograr la realización personal, aunque se sabían en riesgo de muerte por las condiciones de sus embarazos. Asimismo, estaban inmersas en relaciones inequitativas de género que establecieron con sus parejas y sus familias, en las que emergió el imperativo social de la maternidad como un medio para consolidar las relaciones de pareja, atenuar las prácticas de violencia y asegurar las redes familiares:

[Cuando se embarazó] yo le dije: “qué bueno por ti, pero, ¿sabes los riesgos que estás tomando?” Y me dice: “no, pues no importa, yo quiero tener este bebé porque a lo mejor si no es este, ya no puedo tener más”. Y pues yo estaba contenta por ella y precisamente, sabiendo los riesgos, yo la cuidaba mucho.

(Hermana de Flor)

Tales factores contribuyeron a mermar las condiciones de salud de estas mujeres, quienes

se embarazaron aun con antecedentes de riesgos gineco-obstétricos, como abortos, problemas de fertilidad, complicaciones en partos anteriores, o estando enfermas. Cabe subrayar que no recibían tratamiento médico para sus padecimientos o fueron diagnosticadas durante el último embarazo, ya que la atención de su salud sólo fue prioritaria en función de la gestación. Además, no utilizaban métodos anticonceptivos:

[A ella] le decían que era un embarazo de alto riesgo porque, pues por su problema del corazón y por su edad –pues ya tenía 39 años–, y por el supuesto aborto que había tenido anterior... Simplemente por lo de su corazón era un embarazo de alto riesgo.

(Hermana de Flor)

Sin embargo, a pesar de estas condiciones, sus muertes pudieron evitarse debido a que en zonas urbanas existen diversos servicios de salud con los recursos materiales, médicos y tecnológicos necesarios para brindar tratamiento oportuno. Aun siendo atendidas en un hospital de tercer nivel, estas mujeres fallecieron, evidenciándose algunos focos rojos que prevalecen en la atención y organización de las instituciones de salud públicas y privadas. Además, recibieron diagnóstico tardío de las complicaciones en sus embarazos, lo que implicó demoras en el acceso a instituciones especializadas, pues en su mayoría no fueron referidas formalmente a los servicios de salud. También se enfrentaron al rechazo hospitalario por carencia de infraestructura y recursos médicos, al manejo administrativo deficiente para la admisión de mujeres consideradas en riesgo y a la ineficiencia en el cuidado prenatal y en la resolución de emergencias obstétricas, así como a la vigilancia insuficiente del puerperio:

En los últimos meses fue cuando ella se sentía un poquito mal. Al séptimo, octavo, no me acuerdo, la doctora nos dijo: “mira, aquí en el ultrasonido se ve una pequeña mancha blanca [...], yo creo que mejor te conviene que te vayas a una clínica porque [...] te tienen que hacer una cirugía que es fácil, pero a lo mejor necesitas banco de sangre”. Todavía estábamos, a lo mejor, a tiempo en el séptimo mes, la verdad no recuerdo, [pero] tuve que cambiar mi credencial del IFE al Distrito porque es el requisito que me pidieron. De ahí venirme a quedar un día antes, un domingo como a las tres, cuatro de la tarde para formarme y sacar ficha. De ahí me dieron la ficha y me dieron cita para no sé cuándo.

[En la cita de valoración], cuando el médico me habló fue un poquito algo tosco al decirme: “¿por qué no la trajiste antes?”. Y yo, ya con el llanto, le digo: “pues si no me la recibían”. Yo llorando, sintiéndome muy mal de que me habían dicho

que estaba súper grave [...], le dije: “pues si ustedes no la quieren recibir, aquí la clínica no me la quiso recibir”. Le digo: “¿sabe qué, doctor? Pues hicimos, no recuerdo qué tiempo hicimos para estar viniendo aquí a las clínicas, para ver si me daban cita y me daban el servicio”. Nosotros, pues la verdad sí hicimos, batallé mucho y sufrí mucho por ver si en una clínica de gobierno la atendían por no tener seguro o ISSSTE, pues hicimos la verdad un recorrido muy, muy largo.

(Viudo de Yolanda)

Afectaciones de la muerte materna

La muerte materna es un evento que trae diversas afectaciones para las y los familiares de las mujeres que fallecen por esta causa. Algunas son de tipo económico por la hospitalización prolongada de ella o de su hija o hijo y el funeral; otras se relacionan con el deterioro en la salud física y emocional de sus familiares y/o con la desintegración familiar: abandono del padre, separación de las y los hermanos, o cambio de residencia. Sobre todo es una experiencia dolorosa, pues cada una de estas mujeres ocupaba diversos lugares en su familia, ya fuera como madres, esposas, hijas o hermanas.

En relación con el trabajo reproductivo, quienes son más afectados en su vida cotidiana son los viudos, así como las y los hijos. Tras el fallecimiento, las parejas de estas mujeres vieron frustrados sus

planes de vida. Las y los hijos se quedaron sin la persona culturalmente asignada para brindarles los cuidados y atenciones necesarios; además, son vistos como personas tristes, deprimidas, frágiles e inseguras. Es importante señalar que su edad, así como la relación que tuvieron con su madre —si la recuerdan o no la conocieron—, también genera una experiencia distinta ante la muerte materna:

Pues fue un cambio drástico para mí porque, pues ya tenía una convivencia con ella. O sea ya, pues no sé si fue poco o mucho, pero ya teníamos una vida, a lo mejor planeada o no planeada, pero pues ya teníamos, pues no sé, un futuro, yo me imagino que entre pareja y ya todo, casi se volvió a empezar de cero para mí, otra vez volver a empezar.

(Viudo de Evelín)

Aquí, incluso tuvo la oportunidad de tomar una terapia para despedirse de su mamá. Lo vi con sus ojos llorosos, solamente le extendí los brazos y lo abracé. Lo vi un poquito mejor, pero muy temeroso a todo, a todo, a todo, o sea, cualquier cosa lo espanta: “esto no lo puedo hacer”. Simplemente subirse a un subibaja le da miedo. La verdad a él le ha afectado. A la bebé, pues es bebé, ella todavía no alcanza a comprender qué pasó con su mamá, pero a Sebastián yo sí lo veo muy afectado, muy, muy afectado.

(Hermana de Yolanda)



Irma Romero P.



Gerardo Chávez

Trabajo reproductivo: la participación de las redes familiares ante la muerte materna

El evento de la muerte materna afectó de forma diferenciada a las cuatro familias que se retomaron para el estudio, siendo la conformación familiar previa, la presencia o ausencia de una pareja, el funcionamiento de las redes familiares de apoyo —por parte de la madre o del padre—, el número de hijas e hijos huérfanos, el momento de la crianza, el estado de salud de la/el recién nacido, la persona encargada de asumir el trabajo reproductivo, así como los recursos económicos, educativos y sociales de las familias, las condiciones sobre las que se produjeron estrategias y recursos, conflictos y negociaciones que permitieron la continuidad del trabajo reproductivo para asegurar el bienestar de las y los hijos huérfanos y del hogar.

Tras este evento, las redes familiares permitieron la continuidad del trabajo reproductivo a partir de tres movimientos: continuidad de las redes —materna y paterna—, desde el embarazo hasta el cuidado posterior y basadas en las buenas relaciones entre parientes; desaparición de alguna de las redes debido a los conflictos con los viudos, la percepción que tenían las y los familiares de la relación de pareja, del embarazo y de la/el nuevo hijo, y emergencia de otra red que permitió sobrellevar el debilitamiento de los lazos familiares:

Decidí, primero pensé en mi hija: ¿quién la va a cuidar? Porque [con] mi suegra ya empezábamos a tener algunos conflictos, entonces se dio. Dije: “no tiene caso quedarme a vivir con mi suegra”, porque ella me decía que me quedara, pero le dije: “no, ¿sabe qué? Mejor, ahorita a lo mejor mi mamá, está cerca la novia de mi hermano [que es] enfermera”. Yo platiqué con mi mamá, le dije: “¿sabes qué? Yo prefiero regresarme” y me dijo ¡pues sí! Es casa de ustedes”. Entonces me regresé.
(Viudo de Yolanda)

Así, las y los hijos huérfanos fueron incluidos en otros núcleos familiares a partir del significado que adquirirían para sus parientes —de compensación o continuidad de la madre, o como causante de su muerte—; la presencia de otras/os niños dentro del hogar —lo que les colocaba en una posición de desigualdad—; su estado de salud —que implicaba una sobrecarga en el trabajo reproductivo— y la autoridad del padre, quien asumía o delegaba su cuidado en otras personas. Según el estatus de las y los niños huérfanos, sus parientes se disputaron su custodia o hubo abandono. Su vulnerabilidad, que se derivó de la pérdida de la madre biológica, también estuvo determinada por la falta de otra persona de la familia que asumiera ese lugar social de la maternidad.

¡Ay! Este...es una responsabilidad que me viniste a dejar. No, no, no, no, para mí es algo hermoso que me dejó mi hija, ella se fue y se quedó él, se quedó ella en él.

(Madre de Evelín)

Yo soy soltera, todos mis hermanos son casados y yo, como hermana mayor de todos, pues yo me quedé así, como con el deber moral de ver por sus hijos ahora que ella no está. Y yo lo hago con mucho gusto.

(Hermana de Paz)

De esta forma, es notorio que no cualquiera de ellas podía “asumir” el lugar de la madre muerta. Para ello se estableció una jerarquización, según su idoneidad y legitimidad a partir de las concepciones y expectativas que se tenían sobre la maternidad, la proximidad del lazo de parentesco, las cualidades como madres, los recursos económicos, educativos y sociales, así como las necesidades de las y los hijos huérfanos y la disponibilidad de redes familiares. Aquellas con mejor ubicación eran las mujeres de la familia materna: abuelas, tías consanguíneas y políticas; luego, las de la familia paterna y al final se ubicaba la madrastra:

Le digo: “mira, Antonio, yo tengo todo el tiempo del mundo, prefiero dejar mi tiradero, todo, para cuidar al niño”. Le digo, yo me peleé con él fuerte, discutimos fuerte y también discutí con la señora, le digo: “es que no es posible que si yo tengo todo el tiempo, lo esté cuidando la tía”. Le digo: “tu tía tiene que cuidar también a sus nietos. Yo sé que a lo mejor a tu tía no se le hace difícil, pero, ¡jagarra la onda Antonio! Yo, mi dolor, ¿y mi niña?”

(Madre de Evelín)

Por otro lado, pareciera que el lugar de la madre estaba reservado sólo para las madres “biológicas”, por el lazo afectivo “insustituible” entre madre e hija/o; aunque las “cuidadoras” podían acceder a éste cuando eran reconocidas como tales por las y los niños huérfanos, así como por otras personas integrantes de las familias.

Otro de los actores sociales involucrados en el trabajo reproductivo es el padre-esposo. A partir de esta investigación, se detectaron tres tipos de relaciones entre padres e hijas/os: algunos cohabitaban, pero delegaban su cuidado en las mujeres de la familia; otros convivían en actividades acotadas y se encargaban de su manutención, y finalmente, unos decidieron abandonarles. Cabe señalar que los padres entrevistados comentaron que el sexo, la edad y estado de salud de sus hijas e hijos fueron factores importantes para involucrarse en el cuidado y crianza. Además, sus condiciones laborales y de salud les impedían asumir estas responsabilidades:

Pues sí, de hecho a mí me gustaría tener un negocio propio para tener más atención con él, o sea, ir a las juntas, pues tener más tiempo para estar en esos cuidados. Mmm, pues sí, me

gustaría tener eso de verlo en la escuela y todo eso, de llevarlo a lo mejor al doctor o ‘equis’ cosa, pero... Sí me gustaría estar con él. O sea, también más grande no sé si quisiera vivir conmigo, pues podría tener más responsabilidad de poder quedarse, o sea, cuidarse solo, y yo, pues trabajar.

(Viudo de Evelín)

Para esta investigación, se consideraron dos aspectos fundamentales del trabajo reproductivo: el mantenimiento del hogar y el gasto familiar. Tras la muerte materna se dieron diversos arreglos de residencia por lo que las tareas domésticas se naturalizaron como “las labores de todos los días”, salvo cuando existían otras/os hijas/os en el hogar o las y los huérfanos demandaban muchos cuidados, esta esfera se veía como problemática:

Ya no tengo mucho tiempo para estar así, con ellos. A la hora de la comida comemos, platicamos y todo, pero nada más, luego me decían: “vamos a jugar”, “¡ay, hijo! No tengo tiempo, tengo que hacer esto, esto y esto”. Cambió muy drástico mi vida y antes sí me ponía a jugar con mi niña, me ponía acá. Ahora sí le presto atención, le presto tiempo, le presto lo que sea, pero me demanda más tiempo el bebé. Entonces cambió completamente mi vida diaria.

(Hermana de Flor)

Respecto al gasto familiar, se observó como una dificultad cuando los padres no se encargaban de la manutención de las y los hijos, las redes familiares eran débiles, no se contaba con los recursos económicos suficientes o se tenían que cubrir las necesidades de hijas/os enfermos.

Mi economía cambió mucho porque a mi hija nunca le compré leche, siempre le di pecho y entonces, pues no tenía que comprarle leche, nunca había sabido a cómo estaban las leches, ¡están bien caras! Mi hija, mis hijos, gracias a Dios siempre fueron bien sanos y de nada se enfermaron, no tuvieron ningún problema, ningún tipo de enfermedad, o sea que estuvieran internados o que necesitaran medicamento tras medicamento y no. Y el bebé necesita medicamentos de por vida.

(Hermana de Flor)

Conclusiones

Esta investigación evidencia algunas condiciones que propiciaron la muerte materna en un hospital de tercer nivel que ofrece atención especializada a mujeres que cursan un embarazo considerado de alto riesgo. Condiciones relacionadas no sólo con el acceso a los servicios de salud, sino con las deficiencias en la organización y administración de las instituciones médicas, mal manejo del cuidado

prenatal, de las emergencias obstétricas y vigilancia insuficiente durante el puerperio. De tal forma que para reducir la mortalidad materna es necesaria una evaluación constante de la atención obstétrica, fortalecer el área de prevención promoviendo el uso de métodos anticonceptivos y la orientación sobre planificación familiar, así como trascender a la atención integral de la salud de las mujeres a lo largo de su vida y no sólo durante el embarazo.

Estas condiciones propiciaron la muerte de mujeres, quienes eran madres, esposas, hijas, hermanas y proveedoras, viéndose afectadas en su vida cotidiana las familias, con la preocupación fundamental de resolver el cuidado y crianza de las y los hijos huérfanos, que culturalmente se asigna y reconoce a la madre biológica. También fue claro que, tras la muerte materna, las mujeres –principalmente de la línea materna– fueron quienes asumieron el cuidado y crianza de las y los hijos. Pareciera que la maternidad de la hija o hermana muerta se convirtió en insignia o marca de reconocimiento que permite la incorporación de nuevas personas integrantes en la familia.

La participación del padre en las actividades de cuidado se condiciona a la edad, sexo y estado de salud de las/os niños, además de la importancia de las concepciones sobre el género para desempeñar estas labores. Resulta paradójica la intención de los

padres de involucrarse en el cuidado de sus hijas e hijos cuando ya no son “tan dependientes”. Es importante señalar que, en contextos de pobreza, se observó un fortalecimiento de la imagen del padre como proveedor.

Asimismo, las redes familiares permitieron la continuidad en el trabajo reproductivo a partir de los conflictos, las negociaciones y las alianzas entre parientes para atender la salud, resolver la custodia, el cuidado y la crianza de los hijos huérfanos.

Es necesario apuntar que aunque las experiencias de las y los parientes de estas mujeres fueron diversas, en todos los casos contaron con distintos recursos y condiciones familiares para que existiera un reforzamiento de las concepciones y prácticas de género, en vez de un cuestionamiento o flexibilidad sobre estas nociones. La rigidez en la normatividad permitió guiar y dotar de sentido el comportamiento de las familias ante este momento de “crisis” y asignar los lugares sociales de la maternidad y la paternidad, en relación con el trabajo reproductivo, a partir de su idoneidad y legitimidad para “asumir” dichos lugares.



Referencias bibliográficas

- Colen S. Like a mother to them: stratified reproduction and west Indian childcare worker and employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R. (Eds.) *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press; 1995. p. 78-102.
- Chodorow N. *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa; 1984.
- Nakano E. Social Constructions of mothering: a thematic over view. En: Nakano E, Chang G, Rennie L. (Eds.) *Mothering. Ideology, experience and agency*. New York: Forcey; 1994. p. 1-29.
- Sánchez-Bringas A. *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG)/UNAM-UAM-X; 2003.
- Figueroa JG, Jiménez L, Tena O. (Coords.) *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales-Programa de Salud Reproductiva y Sociedad; 2006.
- Rojas O. *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México: Un acercamiento al papel desempeñado por los varones en los procesos reproductivos y en la vida doméstica*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales; 2008.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª revisión. Washington, D. C: OMS; 1995.
- Elu M. *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- Freyermuth G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. México: Miguel Ángel Porrúa; 2003.
- Ballesté M. *Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género*. 3ª Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México, México; 2003.
- Hautecoeur M, Zunzunegui M, Vissandjee B. *Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala*. *Salud Pública Méx*. 2007 mar-abr; 49(2):86-93.
- Freyermuth G, Luna M, Muños J. *Mortalidad Materna en México. Numeralia 2011*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Fundación MacArthur en México-Observatorio de Mortalidad Materna; 2012.
- Sierra F. *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. En: Galindo J, (Coord.) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, México: Pearson; 1998. p. 277-339.
- Valles MS. *Introducción a la metodología del análisis cualitativo: panorámica de procedimientos y técnicas*. En: Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis S. A.; 1999. p. 339-401.

Sensibilización y conocimiento sobre perspectiva de género y violencia en personal directivo estatal del IMSS. Acercamiento cualitativo, 2011ⁱ

23

Lic. Alma Gloria Nájera Ahumada

Licenciada en Sociología y candidata a maestra en Ciencias Sociomédicas, UNAM. Jefa del Área de Género y Salud en el IMSS

Ana Elena Maldonado Ortega

Candidata al título de licenciada en Derecho, Universidad Latina. Coordinadora de programas del Área de Género y Salud en el IMSS

Lic. Guadalupe Ponce de León Gómez*

Licenciada Cirujana Dentista, UNAM, diplomados en Economía de Servicios de Salud, Género y Violencia familiar, UNAM

Coordinadora de programas del Área de Género y Salud en el IMSS.

Introducción

Los trabajos concertados internacionalmente para buscar la equidad entre las mujeres y los hombres iniciaron en 1979 con la Convención sobre la Eliminación de todas la Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), posteriormente siguieron las conferencias internacionales de Población en El Cairo (1994) y de la Mujer en Beijing (1995) que marcaron pauta y establecieron compromisos con la eliminación de las desigualdades de géneroⁱⁱ en el mundo, asimismo impulsaron en un número considerable de países, en unos antes que en otros, y también algunos con mayor compromiso que otros, políticas con el fin de abatir esas desigualdades.

Desde hace 30 años se han realizado infinidad de acciones, programas y estrategias que se han monitoreado y evaluado desde distintas ópticas y acercamientos; en ese tenor se inscribe este trabajo. En México, es a partir de finales de los años noventa y principio de este siglo que se coloca en los programas

* Correspondencia: alma.agn@gmail.com; anitamaldonado19@gmail.com; goros9.1@hotmail.com

ⁱ Este artículo se deriva de un diagnóstico de sensibilización y conocimiento sobre perspectiva de género y atención de la violencia de género entre el personal directivo de las entidades federativas que se encargan de las acciones dirigidas a atender la violencia de género en el IMSS y fue desarrollado en el Área de Género y Salud de esa institución.

ⁱⁱ Al referirnos a género aludimos a la construcción social que se hace alrededor de las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres, que define formas de comportamiento y relación que permean todos los espacios sociales, y varían en el tiempo y en cada cultura. A su vez, esto determina y conforma prácticas sociales diferenciadas, lo que, al mismo tiempo, implica para la salud diferentes formas de enfermarse y morir, entre otros factores. Por lo tanto, en los servicios de salud deberían considerarse estas diferencias en los diagnósticos, en los tratamientos, entre otros elementos. Esta categoría ha tenido una serie de aproximaciones desde lo académico en diversas disciplinas, sociología, antropología, psicología,^{1,2,3} hasta lo político a través de los movimientos feministas,^{4,5} así como en el quehacer gubernamental.⁶ Lo mismo ha sucedido en el sector salud y con mayor especificidad en la salud reproductiva.⁷

de la administración pública y en el sector salud, aunque es necesario reconocer toda la labor realizada por las feministas, incluso antes de 1979, así como su trabajo para lograr que se insertaran los asuntos relacionados con los derechos de las mujeres en la agenda pública.ⁱⁱⁱ

Lo anterior está plasmado en una serie de documentos legales que se aprobaron o publicaron en la primera década del nuevo milenio, cuando se concretaron la lucha y los esfuerzos que se han llevado a cabo por lo menos dos décadas antes. Así, las principales leyes al respecto son: Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas. Y también es importante mencionar que desde el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y sus respectivos sectoriales, ya se consideraba la perspectiva de género y actualmente es uno de los tres ejes transversales de la política nacional.

En este contexto, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) las acciones se han enfocado en dos líneas: la primera es la sensibilización sobre perspectiva de género al personal de salud con el fin de transversalizarla en todos los programas, y la segunda, es la atención de la violencia de género en pareja.^{iv} Respecto a esta última línea, la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios de prevención y atención,^v ha impulsado y obligado al sector salud a incorporar esta temática.

En el IMSS se iniciaron las acciones sobre género y violencia de género a finales de la década de los noventa, con el diseño y levantamiento de la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente.^{15,16,17} Como resultado de los hallazgos de ese estudio, e impulsados por el contexto nacional e internacional del que emanaban –para los países involucrados– compromisos para iniciar trabajos en los distintos ámbitos de gobierno, se llevaron a cabo talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud reproductiva en las oficinas estatales, cubriendo 90% de las entidades entre 2000 y 2003. Aun

cuando desde el año 2000 se realizaron diferentes procesos de sensibilización y capacitación, éstos no fueron continuos, no se monitorearon ni se evaluaron y posteriormente se redujo la estructura y presupuesto en la institución,¹⁸ con lo que se interrumpieron los talleres y otras actividades.

Derivado de la política federal, en 2011 se retomaron las acciones de género, por lo que este estudio surge como necesidad de contar con un panorama de la situación, dada la interrupción que se produjo, pero con el conocimiento de que se habían continuado acciones en algunas entidades.

El objetivo específico fue obtener un diagnóstico sobre la sensibilización y conocimiento de la perspectiva de género y la atención de la violencia de género en el personal encargado de atender este tipo de situaciones en el IMSS. En este sentido, se consideró que la forma más pertinente de acercarse a la realidad es a través de un estudio cualitativo exploratorio.

Mientras que la capacitación es la preparación para la aptitud o capacidad de realizar actividades y procesos, la sensibilización es una actividad concientizadora que remueve las actitudes indiferentes respecto a un problema social, propicia la acción y busca cuestionar prejuicios mediante la reflexión y el conocimiento.^{19,20,21}

Así, se retomó esta última como herramienta para crear conciencia, vía la reflexión y el abordaje de aspectos ocultos o naturalizados en las relaciones de poder entre las personas y los grupos sociales,²² como es el caso de las relaciones producto de la construcción social de género y de la violencia de género, constreñidas al ámbito doméstico por mucho tiempo.

Desde la agenda política internacional, en particular desde Beijing 1995, se concibe la sensibilización como medio para alcanzar la igualdad de oportunidades entre las mujeres y los hombres, por lo que es imprescindible generar procesos de cambio en el plano personal e institucional para conformar políticas, programas y proyectos con una visión de igualdad y equidad para mujeres y hombres.²³

ⁱⁱⁱ Los distintos grupos de feministas en México iniciaron acciones para atender la violencia contra las mujeres, el primer Centro de Atención a Mujeres Violadas, (CAMVAC), surgió en 1979; en la década de los ochenta proliferaron los centros de atención, pero también las ONG (Organizaciones no Gubernamentales), para mayor detalle se puede consultar Herrera.⁸

^{iv} Entendemos a la violencia de género como cualquier acción u omisión dirigida por parte de un hombre a una mujer que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público, y que deriva de la construcción social del género. El concepto ha evolucionado y en función del instrumento de referencia, ya sea nacional o internacional, encontramos diferentes acepciones; en el ámbito académico también ha presentado cambios y se observa su desarrollo conceptual.^{10,8,11,12,13,14}

^v Esta es la segunda versión de la norma y fue publicada en abril de 2009, mientras que la primera data de 1999.

En este sentido, se considera que la sensibilización es fundamental para que el personal de salud, combinando sus habilidades con otras disciplinas, ponga en marcha iniciativas dirigidas a fomentar la igualdad entre ellas y ellos. Sensibilizar en género implica que quienes juzgan, administran, elaboran presupuestos, toman decisiones, definen lineamientos para la contratación laboral, entre otras actividades, abran los ojos y vean, escuchen y toquen la realidad y la problemática de las desigualdades e inequidades de género en los servicios de salud.

En este contexto cobra importancia la sensibilización como un proceso continuo, abierto y transversal, a mediano y largo plazos, que sirve como estrategia para promover cambios de actitudes y mentalidades, ruptura de estereotipos, compromiso de los agentes sociales y adquisición de valores más igualitarios; lo que permite apropiarse de esta perspectiva en forma gradual para incorporarla transversalmente.

La metodología y los datos

Se utilizó metodología cualitativa, pues nuestro interés fue conocer el significado que el personal directivo estatal otorga al género y a la violencia de género, para comprender los significados e interpretaciones que permitan acceder a la subjetividad^{vi}, dado que ésta se construye en ese proceso, el sentir, las valoraciones y los pensamientos son producto de situaciones sociales.^{24,25,26}

El personal entrevistado estuvo integrado por mujeres y hombres adscritos a las áreas de trabajo social, enfermería y medicina, quienes se

encargan de dirigir, supervisar y coordinar los programas de salud en las oficinas estatales del IMSS, lo cual incluye las acciones y estrategias dirigidas a género y violencia de género, por lo que conforman el grupo privilegiado para aportar opiniones y visiones sobre la temática que nos ocupa.

Por consiguiente, fueron considerados como informantes clave, pues además de tener visión directiva, también están cerca de la operación de los programas en las diferentes entidades federativas; su experiencia, conocimiento, proximidad y visión de conjunto, los conforma en grupo con acceso a información estratégica sobre las acciones de esta problemática.

Además, comparten entre sí el hecho de pertenecer a la colectividad encargada de salvaguardar la salud, desde la prevención hasta la atención, incluida la violencia de género y la perspectiva de género aplicadas a la salud.

Al ser personajes cruciales para impulsar la operación de los programas, resulta fundamental que posean sensibilización y conocimiento sobre las implicaciones del género y la violencia de género en el quehacer del que son responsables.

La técnica para recolectar la información fue mediante grupos focales porque permiten la reconstrucción colectiva del fenómeno a estudiar, además es una técnica que se ha utilizado en el campo de la salud para abordar diferentes problemáticas, aspectos y procesos socioculturales, así como para acceder a conocimientos y actitudes.²⁷



Acervo de la Dirección de Salud Reproductiva. Jurisdicción Coatzacoalcos, Ver.

^{vi} Entendiendo la subjetividad como un ámbito propio de cada persona, pero eminentemente social.

En dos momentos diferentes, se llevaron a cabo cinco grupos focales durante el año 2011: Tlaxcala en el mes de mayo y Morelos en noviembre, mismos que se detallan en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Características de los grupos focales. 2011

Evento y lugar	Grupo focal	Entidades participantes	Especialidades				Sexo	
			Médico/a	Trabajo Social (licenciatura)	Otra*	Enfermero(a) Salud Pública	M	H
Oaxtepec, Morelos. Reunión Nacional de Actualización de la Coordinación de Programas Integrados de Salud	1	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima y Chiapas						
			13	7	1		13	8
	3	Tlaxcala, Veracruz Norte y Sur, Yucatán, Zacatecas, Distrito Federal Norte y Sur	14	17			12	9
La Trinidad, Tlaxcala. Curso Nacional de Actualización para Coordinadoras Delegacionales de Enfermería de Prevención y Atención a la Salud	4	Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco y Estado de México (Naucalpan)	13	7	1		9	12
La Trinidad, Tlaxcala. Curso Nacional de Actualización para Coordinadoras Delegacionales de Enfermería de Prevención y Atención a la Salud	2	Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco y Estado de México (Naucalpan)				14	14	
	5	Tlaxcala, Veracruz Norte y Sur, Yucatán, Zacatecas, Distrito Federal Norte y Sur				14	14	
Total			40	31	2	28	62	29

*Los dos personajes de salud que no corresponden a las especialidades registradas son un ingeniero y un contador

La información derivada de los grupos focales se sistematizó a través de la revisión de las posibles categorías derivadas del discurso de los prestadores de servicios. Después se seleccionaron las relacionadas con la sensibilización y el conocimiento sobre género y violencia de género. Finalmente, el discurso fue clasificado de acuerdo con las categorías que emanaron de la técnica de recuperación.

El análisis se llevó a cabo con base en preceptos metodológicos y teóricos enmarcados en el interaccionismo simbólico y el constructivismo que abordan lo subjetivo y lo consideran producto de lo social, lo histórico y del contexto inmediato.^{28,29,30}

Sensibilización y conocimiento sobre género y perspectiva de género

La sensibilización y capacitación requieren trabajo individual, reflexión colectiva y asimilación de información capaz de proporcionar herramientas conceptuales y propiciar la revisión de conductas y comportamientos, individuales y colectivos, enfocados hacia la erradicación de prácticas que deseamos desplazar y transformar, las cuales fueron identificadas por los grupos focales:

Hay un aspecto que no debemos de perder de vista, la fase de sensibilización. (4H)^{vii}

Además, el personal directivo estatal entrevistado identificó al género como la construcción social del sexo que condiciona comportamientos diferentes para mujeres y hombres en todos los ámbitos de su vida, incluida la salud y la atención que se otorga. Sin embargo, en el discurso también se pudo observar que otras personas necesitan reforzar su conocimiento de esta categoría:

Es un fenómeno social de cómo nos enseñan a ser hombres, de cómo nos enseñan a ser mujeres, el rol que vamos a desempeñar socialmente de hombre o de mujer. (1M)

Además del rol que nos identifica cualidades biológicas y es la diferencia entre un hombre y una mujer. (1H)

Comentaba que esto depende de cada profesión, ya que si estuviéramos entre biólogos hablaríamos del macho y la hembra, y si estamos hablando entre médicos, hablamos de un género masculino y femenino y lo relacionamos no sólo en el aspecto orgánico, sino en el aspecto hormonal o también en el genético, entonces a final de cuentas, en cada disciplina, en cada ciencia, se va teniendo un concepto de un término. (1H)

Más bien eso es sexo, se dice mente, cuerpo y espíritu para referirnos al ser humano, y yo creo que se requiere de un pensamiento muy revolucionado. (1H)

Dicho personal reconoció que esta construcción influye en su desempeño:

Se involucran los sentimientos, situaciones personales; la educación y conducta influyen (...) somos viscerales en la atención ¿no? (3M)

De tal forma, se observa que una parte del personal encargado de los programas de salud en las delegaciones –incluidos los de género y violencia de género–, tiene la concepción de que el género es una construcción social que se despliega a lo largo de la vida de manera diferente para las mujeres y los hombres. Sin embargo, no todas ni todos lo entienden, por lo que se requiere un constante reforzamiento de estas nociones.

En cuanto a la sensibilización, debe mencionarse que para algunas personas sí es relevante en sus vidas y también para la atención a la población derechohabiente, sin embargo, hay quienes no alcanzan a identificar la utilidad y beneficios de estar sensibilizados y conocer el concepto de género en la salud.

Importancia de la inclusión de la perspectiva de género en los programas de salud

El fin último de la perspectiva de género es alcanzar la equidad, entendida como la distribución justa de recursos y beneficios entre mujeres y hombres conforme a normas y valores culturales para reducir los desequilibrios socioculturales sobre los que se establecen las desigualdades;³¹ sin embargo, una parte del personal no tiene claridad sobre lo que implican estas acciones:

Como Institución sí hay esa equidad, lo que falta es una cultura, ¿sí?, esto va aunado a lo que dicen: la mujer es la cuidadora (...) ni el hombre ni la mujer van por gusto a la atención (...) Ya no lo veo con perspectiva de género, es una cultura en donde yo no quiero saber cómo estoy, la institución ofrece las mismas posibilidades de atención. (4M)

Este testimonio nos permite observar que el abordaje con perspectiva de género implica tratar a las mujeres y a los hombres con base en sus diferencias. Incluso una parte del personal entrevistado entiende la equidad de género como un aspecto dirigido sólo a las mujeres:

Casi la mayoría (...) cuando se menciona equidad de género, se piensa nada más en el feminismo (...) ve al hombre, como a la mujer, busca la equidad entre los dos. (5M)

En el caso de la salud, la equidad tiene como propósito eliminar diferencias que sean injustas, innecesarias y evitables en los distintos procesos de salud-enfermedad-atención y tener presentes las

^{vii} En la notación (4H), el número 4 significa que la persona que habla pertenece al grupo focal 4 y la letra H indica que quien habla es hombre y cuando la que interviene es mujer, aparece la letra M.

diferencias en esos procesos, tanto para mujeres como para hombres, y atenderles de manera diferenciada conforme a sus necesidades.

Durante los grupos focales, las personas entrevistadas afirmaron que al aplicar la perspectiva de género a la salud se logrará que el personal considere las necesidades particulares, biológicas y socioculturales de la población derechohabiente, tanto de mujeres como de hombres y que sean visibles en las unidades médicas, de modo que cuando hagan uso de los servicios sea también para su autocuidado y no sólo para el de otras personas. Asimismo, puedan apropiarse de los conceptos y abordar la salud desde la perspectiva de género, además de que el personal esté en posibilidades de responder a las necesidades de salud asociadas con las diferencias entre mujeres y hombres.

Convencernos nosotros mismos como trabajadores de esa equidad de género, porque si nosotros no estamos convencidos, jamás vamos a poder transmitirlo a los demás. (5M)

Siguiendo a García,³² aplicar la perspectiva de género al proceso salud-enfermedad ayuda a entender las desigualdades injustas, innecesarias y evitables como:

- Desórdenes alimenticios asociados con paradigmas de belleza en peso e imagen corporal y con el atributo de apariencia física en la valoración social de la mujer.
- Baja asignación de recursos dirigidos a realizar investigaciones sobre anticoncepción, de manera específica a la relacionada con la tecnología anticonceptiva para hombres.
- Abuso de intervenciones médico-quirúrgicas de cesáreas e hysterectomías.
- Esterilizaciones masculinas en proporción de 1 por cada 300 femeninas, pese a que la vasectomía es una intervención más sencilla, económica y menos invasora que la salpingoclasia.

El personal directivo estatal entrevistado reconoció la necesidad de incorporar la perspectiva de género no sólo en los servicios de salud sino también en las empresas y en los programas estratégicos CHIQUITIMSS, JUVENIMSS, PREVENIMSS, los cuales deben diseñarse con esta perspectiva, lo que permitirá grandes beneficios para la población derechohabiente:

Es evitar daños a la salud ¿no? Y hacer más participe, sobre todo, al hombre en el cuidado de los hijos (...) Mejorar las condiciones de salud de acuerdo a las necesidades que, por género, cada uno tiene. (2M)

Podemos trabajar ahorita en CHIQUITIMSS y JUVENIMSS todo esto de equidad de género. (4H)

También trabajar con las empresas (...) Ahí involucrar toda esta estrategia. (4M)

Trabajar con perspectiva de género también implica contar con datos desagregados por sexo, hacer uso del lenguaje incluyente y no sexista^{viii}, con el fin de que no se invisibilice a las mujeres, así como incorporar los derechos humanos. El personal de salud debe tomar en cuenta que se trabaja con mujeres y con hombres con una historia, no con objetos para obtener números y metas.

Esto permitirá que las personas adopten medidas de autocuidado y disminuyan los riesgos para su salud, por lo que es necesario que las y los profesionales de este ámbito se involucren en el aprendizaje de los aspectos sociales:

Dentro del sector salud (....) decimos ¿cuántas madres capacitaste? ¿Por qué madres y no decir padres? ¿No? Cuando el niño no va a vacunarse, el regaño es para la mamá y no para el papá (...) todavía en el sector falta mucho por avanzar en ese aspecto. (1M)

La perspectiva de género en los servicios de salud busca que el cuidado de enfermas/os esté a cargo de todas las personas que integran la familia, mujeres y hombres por igual, ya que independientemente del sexo, tienen las mismas capacidades para establecer una dinámica de corresponsabilidad para el bien de la persona que se encuentra enferma y para quienes la cuidan. No atender los diagnósticos o los tratamientos de acuerdo con sus necesidades puede provocar iatrogenias. Así, lo primero es identificar las diferencias y en consecuencia actuar. Además, la sobrecarga para las mujeres que cumplen con el rol de cuidadoras, impacta en su salud por el descuido que tienen hacia sí mismas.

Paradójicamente la mujer es la que menos se cuida, aunque acude con más frecuencia a consulta (...) es enfermera del resto de la familia (...) se le asigna el rol de cuidadora (...) Muchas veces nosotras no lo asumimos, se nos asigna. (2M)

^{viii} Este lenguaje, sea en imagen, verbal o escrito, debe ser utilizado en todos los documentos, videos, materiales que se producen en las instituciones de salud, en la comunicación no verbal y verbal, de manera específica o colectiva mediante los medios de comunicación masiva, como la prensa electrónica o impresa, radio y televisión, que se empleen para difundir cualquier asunto relacionado con la prestación de los servicios de salud.³³

Si el personal de salud es sensibilizado en perspectiva de género, identificará que la mujer tiene una fuerte carga de cuidado y buscará la forma de motivar para que éste se distribuya entre las demás personas integrantes de la familia o con apoyo de redes. Lo anterior redundará en la salud de esa mujer y en la de quienes la rodean. A su vez, el personal podrá identificar diferencias en las necesidades específicas de atención de hombres y mujeres en los diagnósticos y tratamientos, es decir, agregará a sus saberes médicos la perspectiva de género como una óptica que le permitirá identificar multiplicidad de factores y necesidades diferenciadas.

Es importante resaltar que el personal de salud del IMSS está interesado en seguir recibiendo sensibilización y capacitación para otorgar el servicio con perspectiva de género y ser punta de lanza en su incorporación en los servicios de salud, como lo ha sido con otros programas de la institución:

Creo que la parte más importante de todo esto es sensibilizar. (...) Si hemos podido sacar adelante PREVENIMSS, hacer muchas cosas que están causando alto impacto a nivel nacional. (...) Ahorita estamos en la parte final, para afinar los detalles y ahora sí, empezar a trabajar. (4H)

Cabe mencionar que el personal entrevistado señaló que vive inequidades y desigualdades en su ámbito laboral, las cuales son producto de la construcción social del género reproducido al interior de la institución.

Violencia

Por normatividad, al sector salud le corresponde atender de manera integral la violencia de género y la NOM-046 contiene los criterios específicos. En este sentido, el personal de salud entrevistado manifestó su interés por adquirir conocimientos y mostró una actitud en pro de la perspectiva de género para que la atención de la violencia sea adecuada, pues de lo contrario, se puede propiciar mayor violencia.

Durante las entrevistas, las personas integrantes de los grupos focales repasaron los tipos y modalidades de la violencia de género.^{ix} Es importante aclarar que antes de interrogarlas sobre la violencia de género en específico, durante la primera parte de la entrevista, se les preguntó acerca del género, la perspectiva de género y la violencia. Esto seguramente está asociado con la obligación de atender conforme a la norma antes mencionada.

Las personas entrevistadas consideraron que la violencia adopta diferentes formas y pareciera estar en todos lados; en las sociedades actuales nos relacionamos de manera violenta, tanto en lo público como en lo privado, entre las y los prestadores de servicios, entre mujeres y hombres. Además, la repetición del patrón proviene de generaciones anteriores, es decir, la violencia se manifiesta como un aprendizaje social, se produce entre los distintos actores del ámbito laboral y entre quienes prestan servicios. También reconocieron otras situaciones que impactan en los servicios de salud, como:

La repetición del patrón de violencia, cuando se está viviendo personalmente impide una atención con calidad. (...) Yo tengo una mala experiencia con una compañera en quien nosotros identificábamos maltrato por parte de su marido, ella nunca se atrevió a contar ni a platicar, hasta que un día ya no llegó al servicio porque su esposo la había matado, entonces creo que por mi compañera (...) el instituto merece que haya un lugar donde se pueda hablar. (5M)



Acervo de la Dirección de Salud Reproductiva.
Jurisdicción Coatzacoalcos, Ver.

^{ix} Los tipos y modalidades han ido modificándose y enriqueciéndose; De acuerdo con el instrumento de consulta, puede haber variaciones. En el ámbito académico este concepto, sus tipos y modalidades han evolucionado.^{10,11,13,14}

Respecto a la competencia, hostilidad y trato duro por parte de las prestadoras de servicios hacia otras mujeres, y entre ellas mismas, según Lagarde³ ocurre debido a falta de sororidad, ausencia de hermandad entre mujeres, como un aprendizaje de género.

Luego las más férreas contra las mujeres son las mismas mujeres, porque un hombre que es violento, es favorecido por la misma madre, (...) y con los hombres somos más blanditas, esto también está demostrado, ¿no? (1M)

Asimismo, consideraron que al tomar en cuenta sólo a las mujeres que viven violencia por parte de sus parejas, y no atender a los hombres que son violentos, sólo se está resolviendo la mitad de la problemática, en tanto que una atención integral debiera incorporarlos para que tengan la posibilidad de frenar esa violencia, en particular, la que dirigen hacia las mujeres. Este comportamiento se repetirá mientras no se trabaje con ellos la violencia.

Por otra parte, a través de los grupos focales, fue factible identificar una serie de situaciones técnicas para la capacitación como: aprender a detectar la violencia, conocer los rasgos físicos, emocionales y psicológicos de quienes la viven; las probables repercusiones derivadas de su denuncia, los procedimientos para hacer el registro estadístico y otros conocimientos sobre el marco legal y las políticas públicas vinculadas con esta temática, en específico, respecto a la NOM 046, pues lo anterior está contenido en ella.

Las personas entrevistadas también se refirieron a los contenidos para sensibilizar al personal, lo que implica cambios en los patrones socioculturales que pueden tardar varias generaciones en consolidarse, como se observa en los siguientes testimonios:

Me enseñaron a defenderme como mujer (...) yo voy a abordar la violencia así, pero no siempre mi abordaje o enseñanza, va a ser el mejor, eso lejos de ayudar, hace más daño. (1M)

Si yo sufro violencia intrafamiliar, (...) con esa carga voy a mi área laboral (...), voy a reflejar con mi paciente lo que me hicieron, (...) aquí deberíamos primero, empezar con nosotros mismos y posteriormente manejar a nuestro derechohabiente. (2M)

Estamos reproduciendo los esquemas en el trato hacia el paciente, ¿no? El utilizar esos diminutivos que, sin duda, hacen menos al paciente, tenemos que evitar esa parte, empezar por nosotros mismos. (2M)

Admitieron también la falta de entrenamiento y de oportunidades para aprender a tratar los problemas de violencia en los servicios de salud y declararon no sentirse con capacidad o habilidad para preguntar y sin ánimo para dirigir en la práctica la atención de la violencia familiar. Otras personas han sentido ansiedad y frustración respecto a su habilidad para resolver o conducir la búsqueda cuando hay sospecha de abuso o maltrato,^{8,33} así como temor por las implicaciones posteriores:

Desgraciadamente la formación de los médicos está enfocada a lo curativo y al aspecto biológico, no al social, si todavía le agregamos otra cosa: ¿qué va a suceder si yo empiezo a investigar dentro de mis usuarios la violencia? ¿Me iré a crear algún problema de tipo legal? Porque después me van a decir que yo tengo que sustentar esas lesiones. (4H)



Yessica Sánchez Rangel

No sorprenden estas afirmaciones derivadas de componentes tan complejos y alejados de la práctica cotidiana del personal de salud que enfrenta esta problemática, así como otros impedimentos ocasionados por la relación que establecen con las y los pacientes y la función que como médicos llevan a cabo.^{8,34}

La formación y la práctica médica está marcada por el distanciamiento hacia las y los pacientes, comportamiento poco afectivo, rapidez en las consultas, es decir, una interacción poco cercana e insuficiente para propiciar mejores condiciones de vida a las mujeres, lo que hace que la relación personal médico-paciente, sea distante y desigual,^{3,34} lo cual dificulta la interrelación con la mujer que vive violencia.

Y es así porque la currícula de medicina carece de formación que permita atenderla,^{8,35} las mujeres, en lugar de sentir apoyo y resolver su problema, se enfrentan a una doble victimización por parte de las instituciones.

Asimismo, y a pesar de las dificultades, opinan que pueden trabajar con los recursos existentes, aunque también identifican que no hay personal suficiente para atender la problemática, en particular, en el área de psicología:

No necesitamos de mucho recurso, ésa es una realidad, el recurso somos nosotros. (4H)

Pero el otro grave problema del sector salud que tenemos, es que no hay expertos en él, en esta solución, porque si bien hemos logrado que algunas mujeres o algunas personas se preparen para detectar a mujeres que son violentadas y cómo derivarlas a instituciones donde les pueden prestar ayuda dentro de nuestra misma institución, son pocos los recursos o pocas las inversiones que se han dado sobre este tema. (1H)

En este sentido, saben que un equipo multidisciplinario es el que debe asumir la responsabilidad y reto de atender la problemática.

Es un grave problema de salud pública la violencia y así lo han interpretado todas las instancias de salud. En la Norma Oficial 046 viene bien definido el proceder de cada integrante del equipo de salud, No importa la categoría, con el hecho de que estemos laborando en salud, somos responsables del cumplimiento. (4M)

Aunque se refirieron a la transdisciplinariedad, también aportaron, desde su experiencia, que el equipo debe estar formado por especialistas de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, medicina familiar, atención médica, asistencia legal, antropología social y psiquiatría; además, enfatizaron la importancia de establecer una buena comunicación entre las personas especialistas, pues facilitaría el seguimiento de los casos.

En este sentido, reconocieron la labor de trabajo social, destacando sus habilidades para detectar esta problemática y tratarla. En contraparte, declararon que médicas y médicos rehúyen esta misión, pero deben tratarla por el lugar estratégico y privilegiado que ocupan, ya que las mujeres acuden y les solicitan una ayuda que, paradójicamente, no está en su currícula ni en su formación.^{8,36,37}

En este sentido, las personas integrantes de los grupos focales reconocen capacidades distintas en las y los diferentes especialistas de la salud, cada cual necesario en diversos aspectos de la atención de la violencia de género: las médicas y médicos para detectarla en la exploración física e interrogatorio sobre algunos padecimientos y signos que están asociados, dado que, como se mencionó antes, las mujeres acuden principalmente con ellas y ellos; mientras que al área de trabajo social le reconocen la parte humana, capacidad de escucha y manejo desde lo emocional. Es un clamor que la problemática se atienda de forma integral, organizada y continua:

Yo creo que en la medida en que esto no lo tome en serio la Institución, –ahora sólo tocamos partecitas del problema–, no vamos a llegar a mucho. Tenemos que identificar claramente el problema, contar las muertes, contar los motivos de consulta, ver qué es violencia, los proyectos de investigación que den fuerza (...), mucho se queda en la parte romántica (...), cursos de sensibilización y no pasa de ahí (...), capacitación muy formal, desde quienes identifican los problemas, el médico familiar que está viendo que reiteradamente está siendo maltratada una señora, un señor, un adulto mayor, un niño, (...) los servicios, creo que ya tenemos que dar ese paso. (4 M)

Las personas que integraron los grupos focales abogaron porque se brinde una atención seria y de acuerdo con la gravedad de la violencia, de lo contrario, lejos de solucionarse, la situación puede empeorar, de modo que los programas y estrategias deben contemplar todas las aristas de este fenómeno tan complejo.

Hay que estructurar muy bien ese programa desde su primera etapa de la prevención, saber qué hacer en la atención, en la rehabilitación, si no, 30% de las parejas van a acabar en la cárcel, según las estadísticas que se han publicado de la violencia en las parejas, entonces el problema no es menor, es mayor, pero medio se conoce. (4M)

El personal directivo estatal del IMSS siente la necesidad de que se organice y se enfrente la problemática mediante la asignación de funciones y se aprovechen las potencialidades y los recursos existentes en la institución a través de su reorganización.

Sí queremos sensibilizar a nuestra población o a nuestros compañeros que están al frente, (...) les muestro, esto es lo que hubo en 2010, se lo muestro a la asistente médica, a trabajo social, a todos los que estamos, (...) qué te corresponde: nada más avisa, notifica, informa que alguien está siendo violentado. (4H)

En su discurso está presente que no tienen elementos para dar seguimiento a las mujeres violentadas, las refieren a instancias especializadas en el problema, pero consideran que la comunicación al interior del Instituto es deficiente, lo que dificulta dar seguimiento a las mujeres cuando se han canalizado, dado que no existen protocolos específicos.

Otro aspecto que destacaron, es la falta de coordinación entre los distintos sectores indispensables para enfrentar este fenómeno de manera integral y el más señalado fue el de impartición de justicia.

Conclusiones

Indudablemente se ha ganado terreno en materia de sensibilización en género. El personal de salud del IMSS reconoce la problemática de la violencia, tiene disposición para abordarla y también una actitud en pro de la incorporación de la perspectiva de género, siendo una exigencia para la institución y, en específico, para el área normativa encargada de esta problemática compleja, alcanzar las siguientes metas:

- Continuar con el diseño de programas de sensibilización y capacitación en contenidos técnicos de género y violencia de género para el reforzamiento en los niveles normativo, directivo y operativo.
- Diseñar estrategias para erradicar los temores del personal médico respecto a los aspectos legales, así como para el desarrollo de capacidades para la atención, dado que les genera miedos, culpas y sentimientos adversos en la atención de la violencia hacia las mujeres.

- Conformación de un equipo multidisciplinario para la atención integral.
- Desarrollar la normatividad interna específica, tanto para la inclusión de la perspectiva de género, como para la atención de la violencia.
- Empezar acciones para la transversalización de la perspectiva de género en los diversos programas del IMSS, así como la incorporación del lenguaje incluyente, lo que permitirá brindar los servicios de salud en un marco de derechos humanos y de igualdad.
- Propugnar para la incorporación de los asuntos de género y violencia de género en la currícula de la carrera de medicina.

Asimismo, los resultados sugieren algunas líneas de investigación futuras como la sensibilización de los directivos y tomadores de decisiones respecto a los cambios que se requieren para incorporar la perspectiva de género en la atención, así como investigar a profundidad las percepciones de las personas prestadoras de servicios durante la operación de los mismos.

Por otra parte, y aunado a lo anterior, se deben considerar en las investigaciones futuras los recursos, las condiciones de la institución, la gestión, la organización y las posibilidades para la institucionalización de la perspectiva de género, así como la sensibilización y capacitación del personal que trabaja directamente con la población derechohabiente, siendo también importante abordar a los máximos tomadores de decisiones en la cúpula, dado que en este tipo de temáticas, que no son biomédicas, pero sí impactan en la salud, la voluntad política es fundamental.



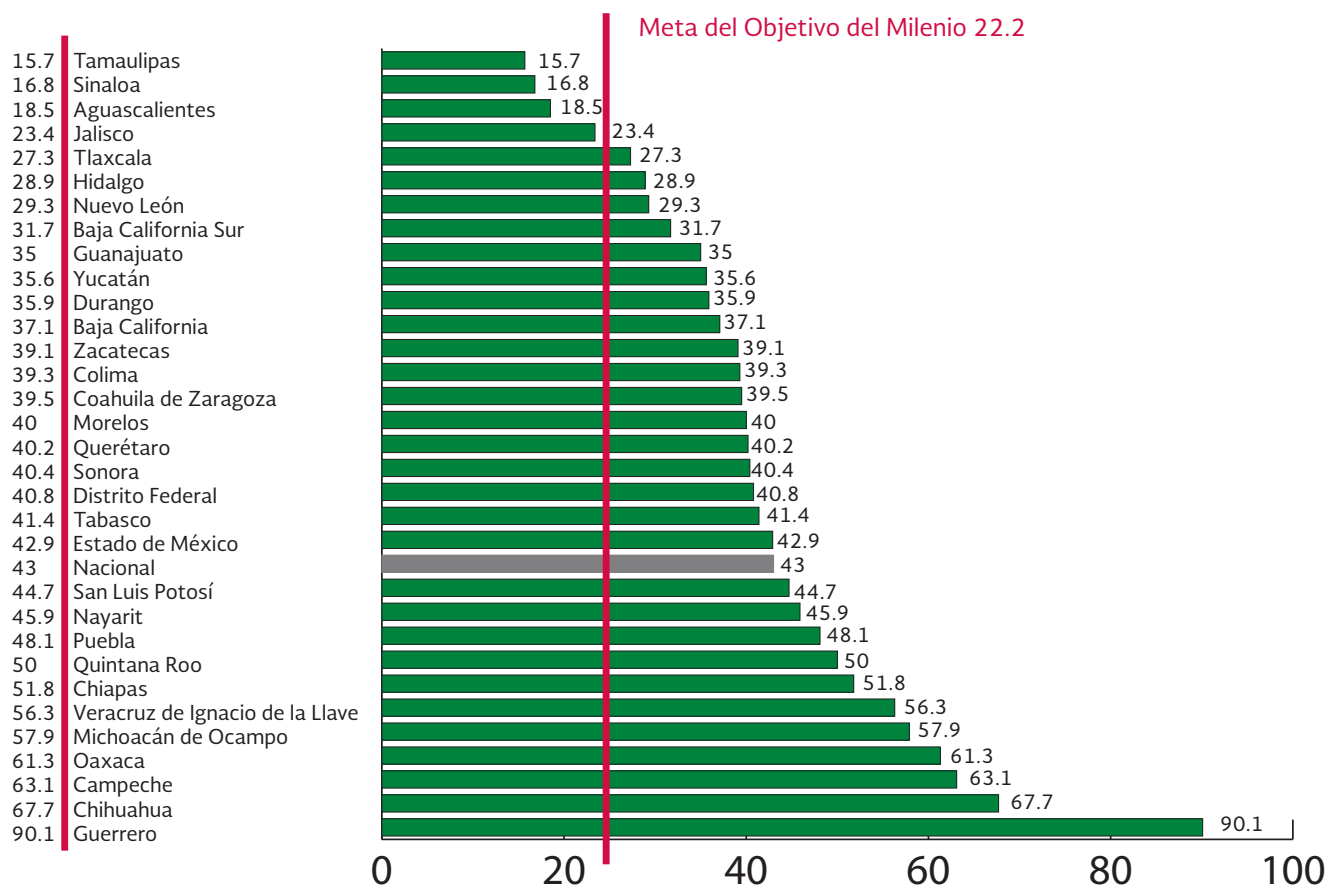
Referencias bibliográficas

1. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'. En: Lamas M. (Comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa/PUEG; 1996.
2. De Barbieri T. Sobre la categoría de género. Una introducción teórica metodológica. RIS mayo-agosto 1992; 6(2):50-66.
3. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM; 1990.
4. Valdez R. Del silencio privado a las agendas públicas, el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Torres M. (Comp.) La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México; 2004.
5. Serret E. El feminismo mexicano de cara al siglo XXI. El Cotidiano 2000 marzo-abril (100):42-51.
6. Cazés D. La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles. México: Conapo; 1998.
7. Gómez E. Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2000.
8. Herrera C. Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México. México: UNAM/PUEG, Flasco, INSP; 2009.
9. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Presidencia de la República; 2013.

10. Castro R, Riquer F. Marco Conceptual. En busca de nuevas direcciones hacia las cuales mirar. En: Castro R, Riquer F, Medina ME. (Coords.) *Violencia de Género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*. México: INMUJERES/CRIM-UNAM/INEGI; 2004.
11. González S, Contreras J. La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS. En: Lerner S, Szasz I. (Coords.) *Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en México. Tomo II*. México: El Colegio de México; 2006. p. 333-379.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México: Diario Oficial de la Federación; 2000.
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. México: Diario Oficial de la Federación; 2008.
14. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Diario Oficial de la Federación; 2007.
15. Nájera A. Relaciones de Género. En: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados. Serie Investigación y Evaluación, No. 8*. México: Coordinación de Salud Reproductiva-IMSS; 2000.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados. Serie Investigación y Evaluación, No. 8*. México: Coordinación de Salud Reproductiva-IMSS; 2000.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Documento Metodológico, No. 7*. México: Coordinación de Salud Reproductiva-IMSS; 2000.
18. Cámara de Diputados. LX Legislatura. Propositiones con punto de acuerdo presentadas en la LX legislatura turnadas a comisión [Monografía en Internet]. México: Cámara de Diputados: c2006-2013[citado 2012 junio 26]; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://sitl.diputados.gob.mx/proposiciones.php?filit=ALTERNATIVA&pert=&dot=D&comt=0>.
19. Chafetz J, Saltzman J. *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra; 1992.
20. Lerner G. *The Creation of Feminist Consciousness*. Nueva York: Oxford; 1993.
21. Instituto Nacional de las Mujeres-Instituto Politécnico Nacional (INMUJERES-IPN). *Perspectiva de Género en los Programas e Informes de la Administración Pública Federal. Cuadernos de Trabajo 4*. México: INMUJERES-IPN; 2008.
22. Fondo Social Europeo. *Proyecto Equal Malabaristas del Tiempo. Módulo II. La sensibilización como estrategia de cambio*. Granada: Fondo Social Europeo; 2005.
23. Papí N. Campañas de sensibilización para la conciliación de la vida laboral y familiar: una propuesta de investigación para la igualdad de género. En: Álvarez-Pousa L, Puñal-Rama AB, Evans-Pim J. *Comunicación e xénero: actas do Foro internacional celebrado en-liña e en Pontevedra, entre o 9 de outubro e 25 de novembro de 2006*. Alicante: Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia-Observatorio Galego dos Medios; 2007.
24. Geertz C. *Descripción densa. La interpretación de las culturas*. México: Gedisa; 1991.
25. Ritzer G. *Fenomenología y etnometodología. Teoría Sociológica Contemporánea*. México: McGraw Hill; 1995.
26. Castro R. En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S. (Comps.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa*. México: El Colegio de México; 1996. p. 57-85.
27. Bitrán M. *Investigación en Educación Médica. Ars Médica* [en línea]; [consultado 26 junio 2012]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica15/Investigacion.html>
28. Mercado F, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Dossier [en línea]. 1999-2000 [consultado 26 junio 2012]. Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>
29. Ruíz J. De la Interpretación al lector. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996. p. 215-246.
30. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing Focus Groups. *BMJ* 1995;(311):299-302.
31. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). *Guía Conceptual para elaborar presupuestos institucionales con perspectiva de género*. México: INMUJERES; 2003.
32. García PE. *Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud*. En: Hernán M. *Salud Pública. Enfoque Bioético*. Caracas: Editorial Disinlimed; 2005.
33. Institute of Medicine. *Confronting Chronic Neglect: The education and training of health professionals on family violence*. Washington: National Academy of Sciences; 2002.
34. Castro R. *Habitus profesional y ciudadanía: hacía un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. En: Castro R, López-Gómez A. *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: U de la R/CRIM-UNAM; 2010.
35. Argüello H. Prevención y atención de la violencia familiar y de género. En: Freyermuth G. (Coord.) *Monitoreo de la atención a las mujeres en Servicios Públicos del Sector Salud*. México: INMUJERES/CIESAS Sureste; 2011. p. 291-351.
36. Valdez R, Flores F, Juárez C. Representaciones sociales de la violencia hacia las mujeres embarazadas entre médicos y parteras durante la atención prenatal. En: López C, Uribe F, Vázquez J. (Coords.) *Globalización, Violencia y Derechos Humanos. Entre lo manifiesto y lo oculto*. México: ITACA/UAM; 2005.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas; 2002.

Desarrollo

Razón de mortalidad materna (RMM) Nacional y estatal. México, 2011



Fuente: Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud (SSA).

Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio

35

5.A

Reducir, entre **1990 y 2015**, la tasa de mortalidad materna en **tres cuartas partes**

5.B

Lograr para **2015** el **acceso universal** a la salud reproductiva



Fuente: Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivo de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013. Nueva York, 2013.

De las 971 muertes maternas ocurridas en 2011:

86.8%

tuvo asistencia médica durante el embarazo

67.8%

recibió atención médica durante el parto

48.1%

contaba con Seguro Popular

Las causas de muerte fueron:

55.1% Obstétricas Directas
24.7% Indirectas

Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). Numeralia 2011. Mortalidad Materna en México. Basado en información del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI), DGIS/SSA, 2011. Base de datos de defunciones en México.

Para compartir

Los ciclos de la violencia familiar y del consumo de drogasⁱ

Mtro. Alfredo González Portillo

Subdirector del Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas de la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic-SSA) y tutor en línea del curso: "Formación de Promotores Preventivos del Consumo de Drogas en el Ámbito Laboral" de la misma institución.

Mtra. Rosa María Martínez Espíritu Santo*

Licenciada en Trabajo Social y en Ciencias y Técnicas de la Comunicación. Maestra en Psicología Existencial. Es orientadora en el Centro de Orientación Telefónica "Vive Sin Drogas"

Introducción

El Centro de Orientación Telefónica (COT) "Vive sin Drogas" es un servicio profesional especializado en adicciones de la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) que depende de la Secretaría de Salud (SSA). Fue creado en 1999 mediante un convenio de colaboración entre esta dependencia gubernamental y Fundación Azteca. Hasta 2010 había recibido más de cuatro millones de llamadas y a la fecha, atiende a más de mil personas que requieren información general sobre las drogas, orientación, consejería, contención emocional, intervención en crisis, escucha ante ideaciones suicidas y/o tentativas de suicidio, comorbilidad psiquiátricaⁱ y, cuando la situación lo requiere, derivación a establecimientos,ⁱⁱ donde puedan recibir tratamiento.

A todas las personas que hablan al COT para reportar el consumo de drogas propio o de alguien de su familia, se les realiza una entrevista telefónica semiestructurada con la finalidad de conocer la relación que tienen con la persona consumidora y obtener datos sociodemográficos tales como su edad, sexo, estado civil, escolaridad, empleo, lugar de residencia, así como información relativa a las características del consumo de drogasⁱⁱⁱ y de su dinámica familiar. La entrevista se conduce de acuerdo con la narración de quienes llaman y con la información obtenida se busca en los directorios internos cuáles son los centros de tratamiento acordes a las necesidades de cada caso.

Los servicios del COT son confidenciales y las bases de datos generadas sólo cuentan con información estadística sobre variables sociodemográficas y de consumo de drogas, ya que no se hacen registros de la información proporcionada por las y los usuarios^{iv} acerca de su historia, el contenido de su narración o su experiencia de vida. Esa información se queda guardada en la memoria de quien atendió la llamada.

Lo anterior ha sido un obstáculo para conocer con certeza cuántos de los casos atendidos en el COT han generado violencia familiar de manera simultánea al consumo de drogas.

*Correspondencia: gonpor@hotmail.com; catalinachiquita@yahoo.com.mx

ⁱ Es la presencia de dos o más trastornos además del primario en una misma persona.

ⁱⁱ Cuando los recursos del establecimiento no permitan atender el problema de las y los usuarios, se les deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención.

ⁱⁱⁱ Es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso central.

^{iv} Término empleado para designar a las personas que solicitan los servicios del COT.

A lo largo de 14 años de entrevistar—vía telefónica— a personas con distintos niveles de consumo de drogas^v y a familiares o amistades con problemas de violencia familiar, observamos en el primer caso, etapas similares a las del ciclo de la violencia familiar, caracterizado por cruzar tres fases: 1ª. Acumulación de tensión, 2ª. Estallamiento de la violencia y 3ª. Luna de miel, que cierra el ciclo y reinicia este círculo hasta llegar a incluir maltrato familiar.^{1,2}

La similitud entre el ciclo de la violencia familiar y la conducta reiterada de personas adictas, hacia sí mismas y hacia su familia, permitió observar que en el caso del consumo de drogas existe otro círculo repetitivo, al que hemos denominado *ciclo del consumo de drogas*, cuyas etapas son: 1ª Acumulación de tensión, 2ª Consumo de drogas y 3ª Luna de miel o época de promesas, que va generando una serie de conductas que perpetúan la dinámica familiar.

Este trabajo presenta un estudio descriptivo de los dos ciclos; constituye además, una primera

aproximación hacia un modelo de atención simultáneo de la violencia familiar y del consumo de drogas cuya propuesta seguimos trabajando. Cabe subrayar que ésta es producto de la interacción con quienes solicitan los servicios de orientación, consejería y apoyo en torno a problemas de adicciones en el COT "Vive sin Drogas".

El objetivo es proponer el término *ciclo del consumo de drogas* para describir las fases por las que atraviesa una persona que introduce a su organismo una droga de manera reiterada y que por su conducta involucra a su familia. La finalidad es sensibilizar a profesionales de la salud mental sobre la importancia de reconocer este ciclo y su influencia en la dinámica familiar.

Para ello, describimos las fases por las que atraviesa una persona cuando es consumidora de drogas. También se compara con el ciclo de la violencia familiar, pues son dos fenómenos que se pueden presentar de manera simultánea; además se incorpora en el análisis la perspectiva de género.



Acervo de la Conadic

^v Entendiéndose como el proceso por el que transita la persona que ha decidido consumir drogas, iniciando con consumo experimental, uso ocasional, uso habitual, uso social, dependencia, hasta establecerse la adicción y reiniciando el ciclo con recaídas de consumo.

Aspectos históricos de la violencia familiar y el uso de las drogas

La historia de la humanidad se ha caracterizado por los cambios en las formas de ver e interpretar el mundo que rodea a las mujeres y a los hombres. En la remota antigüedad, ellas fueron depositarias de la sabiduría de la diosa Madre y la diosa Tierra. El don de curar residía literalmente en sus manos. Cuando la sociedad patriarcal impuso su hegemonía, la medicina mecanicista desplazó el conocimiento tradicional de las mujeres,³ que pasó a un segundo plano.

El consumo de plantas “mágicas” fue permitido a las mujeres como un medio de sanación y de contacto con sus deidades, pero después se restringió a un grupo muy pequeño de hombres, quienes se convirtieron en sacerdotes. La ingesta de estas plantas pudo ser uno de los orígenes del consumo mágico y religioso de sustancias psicoactivas, centrado en la creencia de que sólo los sacerdotes podían entrar en contacto con el Dios Supremo.

Algunas plantas psicoactivas fueron empleadas en la guerra como medio de control y se convirtieron en motivo de conflagración. Un ejemplo de lo anterior fue la declaración de guerra por parte de los ingleses a China en 1883, basada en el “intolerable atentado contra la libertad del comercio del opio.”⁴

En los siglos XX y XXI el uso de la tecnología ha marcado los estilos de comunicación y las formas de relacionarse. La barrera de la distancia se ha roto y el tejido social comunitario también. En estos estilos de vida, la cultura de lo inmediato es ideal para el consumo de drogas, éstas ya no son vistas como una forma de contacto religioso y de uso restringido, sino como medio para evadir el sufrimiento existencial y para obtener placer.

La violencia familiar y las adicciones son un problema complejo que encuentra su origen en los macrosistemas sociales que imperan en el “mundo moderno”, con una estructura legal permisiva, un marco de creencias y valores que avalan estas situaciones y pocas instituciones encargadas de erradicar tales problemáticas.

Lo anterior aunado a un sistema estratificado que le asigna significados distintos al ser hombre o mujer, por lo que unos y otras viven de manera diferente la violencia familiar y el consumo de drogas:



Guillermo Trujillo

El desarrollo de la identidad de género está directamente influenciado por una organización parental asimétrica. En la mayoría de las familias, el padre es quien asume el papel de progenitor principal –como proveedor– mientras que la madre juega el rol de progenitora secundaria, encargada de la crianza de los hijos.

Estas diferencias no serían un problema si no fuera porque esta asignación atributiva de funciones, valores, deberes, responsabilidades y formas de comportarse también supone una asignación distributiva del poder, basada en supuestos implícitos (...) del significado de ser hombre y mujer. Ser varón supone tener el derecho de mandar independientemente de cómo se ejerza ese derecho. La cultura patriarcal niega ese derecho a las mujeres, que deberán (si pueden) conquistarlo. Por su parte, la construcción de la identidad femenina en una sociedad patriarcal, está muy ligada a la idea del “amor romántico” que con su carga de altruismo, sacrificio, abnegación y entrega, refuerzan una actitud de sumisión.”⁵

Si bien las mujeres se integran cada vez más al sector productivo, continúan con la “responsabilidad de velar por su familia” y tienen que enfrentarse a la doble jornada laboral, lo que representa mayor exigencia emocional y física: “la escasa valoración de las tareas y las sobrecargas de trabajo de las mujeres conlleva a que caigan en estados depresivos, estresantes, propensos para el uso y abuso de psicofármacos, alcohol y otras drogas, y para sufrir episodios de violencia”.⁵

Cuando las mujeres consumen drogas, lo perciben como una situación vergonzosa que tienen que callar, lo viven solas y con malestar físico y emocional que las lleva a estados depresivos, orillándolas a tentativas de suicidio o la muerte:

Empecé a beber a escondidas de mis padres. Mi hermano me tocaba todas las noches, aunque yo pensé decírselo a mi madre, la veía siempre tan ocupada con mis hermanitos que prefería callarme. Un día encontré una botella tirada, la tomé y la probé, pensé que si mi padre reía con ella, por qué yo no podría sentirme contenta con eso, después empecé a buscar sobrante de alcohol. Cuando me casé, me olvidé un tiempo de esto, hasta que vi a mi Poncho con la Lydia, entonces todo mi castillo se vino abajo, me acordé de la botella y volví a tomar. Nada más esperaba que mis hijos se fueran a la escuela y mi marido saliera a trabajar para tomar. ¿Que si les he dicho algo a mis hijos? No, señorita, cómo les voy a decir que tienen una madre borracha. Hay días en que he pensado en matarme, imagínese lo que va a pasar el día que ellos se den cuenta de lo que hace su madre.

(Anónima)

Aunado a la violencia familiar, los cambios ideológicos que se están viviendo han acercado cada vez más a las mujeres a las drogas. La Encuesta Nacional de Adicciones 2011, señala el punto de alerta respecto a algunas sustancias como el tabaco, pues mujeres y hombres están consumiendo casi en la misma proporción. En cuanto al alcohol, crece su ingesta entre las adolescentes, lo que implica problemas graves ya que en el directorio de establecimientos del COT que brindan tratamiento existen a nivel nacional, cuando mucho, diez instituciones residenciales (con internamiento) que trabajan con mujeres.

Esto constituye un grave problema para las que quieren rehabilitarse, pues deben trasladarse a otros estados, pagar costos elevados por su tratamiento, o desistir de sus planes de rehabilitación por no contar con los recursos económicos y servicios profesionales acordes a su situación: ser mujer y adicta.

Situación de la violencia familiar y del consumo de drogas en México

Durante los años de trabajo con personas que viven violencia familiar y/o quienes consumen drogas, hemos observado, en muchas ocasiones, que estos fenómenos van de la mano y no es posible precisar cuál dio origen al otro. Hay familias en donde el consumo de sustancias propició violencia familiar y en otras, cuando alguna persona vive abusos físicos, psicológicos o sexuales recurre a las drogas como un medio de evasión de la realidad.

No obstante, a nivel emocional, las personas y familias que viven violencia familiar y/o consumen drogas atraviesan por estados de vergüenza, culpa, desesperanza, dolor físico y/o emocional, impotencia, miedo e incertidumbre, buscando, en muchas ocasiones, ocultar el problema e invisibilizarlo.

Desde nuestra experiencia hemos observado que el consumo de drogas es una enfermedad que genera cambios neurofisiológicos en el sistema nervioso central y causa dependencia física y psicológica en la persona consumidora; mientras que la violencia familiar no es vista como una enfermedad, sino como una conducta aprendida socialmente y reforzada por la cultura patriarcal. Sin embargo, consideramos que verlos como problemas distintos entre sí, cuando en sus orígenes tienen mucho en común, es parte de la trampa que ha impedido un abordaje simultáneo.

Nuestro trabajo en instituciones que brindan apoyo a mujeres y hombres que han vivido violencia familiar y el conocimiento sobre modelos de atención, específicamente en Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) y en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI-PGJDF) nos permitió identificar que ambos modelos se basan en terapias de grupo con enfoques psicoeducativos para abordar temas de violencia intrafamiliar⁶ y si detectan que en la dinámica familiar existe consumo de drogas, sobre todo si la persona que consume es quien genera el maltrato, se procede a derivarla a diversos centros de tratamiento.

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) utilizan un modelo psicoeducativo con el que abordan ambas problemáticas, violencia familiar y adicciones, como un binomio en el que analizan el consumo y los mitos que sostienen a la ingesta de drogas.⁵ Sin embargo, al no percatarse del ciclo del consumo de drogas y sólo trabajar la violencia familiar, se dificulta la búsqueda del tratamiento adecuado.



Yessica Sánchez Rangel

Características de la violencia familiar y las adicciones

En las narraciones de las personas que llaman al COT, encontramos situaciones que por años sólo comprendían las características de la violencia familiar, como la **recurrencia** en los abusos físicos, psicológicos, sexuales o financieros. Es decir, hechos aislados, inicialmente presentes en el noviazgo, que no son vistos como problema sino como conflicto de pareja o en la familia, pero que con el paso del tiempo se presentan con mayor frecuencia, hasta llegar a ser conductas cotidianas.

Hemos observado que algo similar sucede con el consumo de drogas, pues la recurrencia inicia con una fase de experimentación, por lo que ocurre de forma aislada y si la persona suspende el consumo no llegará a las siguientes fases: abuso y dependencia, lo cual también está relacionado con el nivel adictivo de la sustancia utilizada. Es frecuente que en la línea telefónica del COT las personas narren situaciones como la siguiente:

¡Ay señorita! No me di cuenta de que mi hijo se drogaba, al principio lo hacía cada que tenía exámenes, y yo no le daba importancia porque pensaba que eso se le iba a quitar cuando terminará la escuela, él decía que eso lo ayudaba a relajarse. Después empezó a llegar tomado y drogado los fines de semana. Ahora lo veo drogado todo el día y a todas horas.

(Anónima)

Respecto al **incremento**, éste hace referencia a la sofisticación del maltrato: del psicológico se puede llegar a la violencia física, sexual y/o financiera, integrándose para formar una dinámica de vida:

Cuando éramos novios se enojaba por todo, yo pensaba que al casarnos mejorarían las cosas. No supe en el infierno que me metí, por todo se enoja. Al principio me insultaba, después me empezó a empujar hasta mandarme al hospital; el domingo me sacó la pistola.

(Anónima)

El incremento en el consumo de drogas también ocurre cuando la persona ingiere mayores dosis, aumenta la frecuencia y/o experimenta con otras sustancias, lo que puede dar origen a la adicción:

Yo empecé a beber todos los fines de semana, cuando salía del trabajo me reunía con mis compañeras y nos íbamos al bar, la cosa se complicó cuando descubrí que la coca me podía bajar la borrachera. En todo este tiempo he probado de todo. Ya no sé vivir sin la droga.

(Anónima)

Ambas conductas son **cíclicas** y forman un círculo difícil de romper: la violencia familiar y/o consumo de drogas se presentan como si fueran un modo de vida, una rueda que gira y gira sin poderse detener.

Tiene años pegándome, luego se arrepiente; llorando me pide perdón, me promete que dejará la droga y se pone a trabajar. Yo le creo por sus hijos, porque me dice que me ama. El arrepentimiento le dura hasta que se encuentra una botella de alcohol cerca de él, entonces todas sus promesas se van a la basura, y con ellas mis ganas de seguir viviendo con él, pero no sé qué me pasa, aunque piense que ahora sí me voy, algo me detiene y pasan los años y todo sigue igual o peor.

(Anónima)

Patrones de comportamiento en los ciclos de violencia familiar y consumo de drogas

Al reflexionar sobre los discursos de las y los usuarios del COT, identificamos que existen semejanzas entre ambas problemáticas y consideramos que tanto en la violencia familiar como en el consumo de drogas las personas y sus familias atraviesan por tres estadios o fases: 1ª. Acumulación de la tensión, 2ª. Estallamiento de la violencia –o del consumo– y la 3ª. Luna de miel o “época de cambios”, que son como eslabones de una cadena que se unen, sin que al parecer puedan romperse, conformando ciclos. Ver Figura 1.

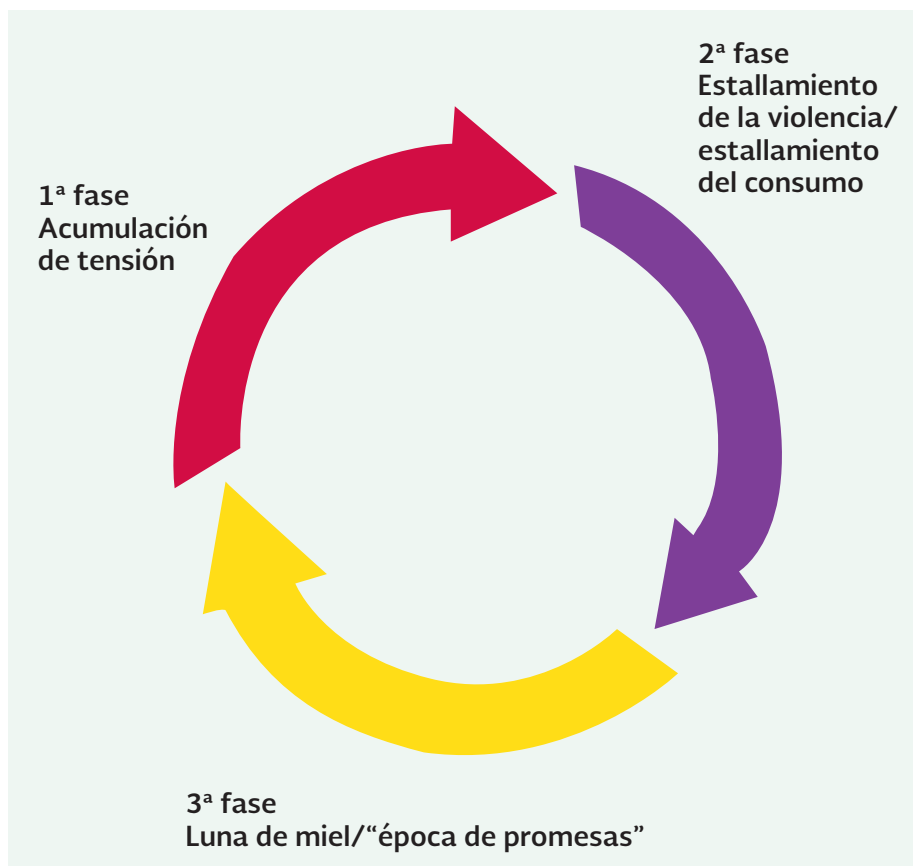
Fase 1ª. Acumulación de tensión

Es experimentada por mujeres y hombres en hogares donde hay maltrato y/o consumo de drogas. Se caracteriza por el silencio, la evasión de sentimientos, el “hacer como que no pasa nada” y no hablar de los problemas. El ambiente familiar se llena de tensión emocional, hay un incremento en la comunicación no verbal –evasión de miradas– y silencios prolongados. La persona generadora de los malos tratos siente que no puede controlar más su agresividad y sus emociones se convierten en una olla exprés a punto de estallar.

En el caso del consumo de drogas, la tensión puede generarse por una reacción neurológica –necesidad de drogarse–, el síndrome de abstinencia o la presión moral “de portarse bien” y la ambivalencia entre continuar o dejar la droga definitivamente y con ello privarse del placer que obtienen por su consumo.

En las entrevistas hemos escuchado con frecuencia que la gente intenta abandonar las drogas por su voluntad y no asiste a tratamiento, lo que conduce a una recaída y/o experimentar síndrome de abstinencia, que puede poner en

Figura 1
Ciclo de la violencia-ciclo del consumo de drogas



riesgo su vida o la de algún familiar. Aunado a esto, el malestar físico y emocional influyen en los niveles de enojo y agresión, incrementando la probabilidad de consumo y de ejercer violencia familiar.

La familia se muestra preocupada por la conducta de quien genera la violencia; la atención se centra en evitar su enojo e intentar complacer sus expectativas. Existe la firme creencia de que el bienestar de la persona que genera los maltratos y/o consume drogas depende de la familia y quienes la integran se sienten culpables de lo que pueda ocurrir en ese entorno.

En el caso de las drogas, cuando el malestar físico-emocional es intenso, la conducta inminente será el consumo, el cual puede estar acompañado de violencia:

Yo tenía 15 años cuando probé la droga, fue por pura curiosidad, poco a poco me fui adentrando más, al principio le mentía a mis padres, les pedía dinero para tareas inexistentes. Después ya no me importaba que ellos supieran, les exigía el dinero. He hecho cosas horribles, hace una semana me fui a ver a la virgencita para que me ayude a dejar la maldita droga y llevo días horribles, traigo el diablo metido...siento que mi cabeza me va a estallar. Ya no aguanto más. Mis carnales me han dicho que ellos me cuidarán y no me van a dejar salir, pero yo no aguanto más.

(Anónimo)

Fase 2ª. Estallamiento de la violencia/ consumo de drogas

Esta etapa se caracteriza por la presencia de la conducta que se intentó reprimir o controlar, la cual sumerge a las personas y a la familia en una situación de conflicto, pues aquello que se había intentado evitar –desde la voluntad y no desde el tratamiento–, se presenta por igual en quien genera la violencia como en la persona que consume drogas.

Hemos podido identificar que las familias también entran en este búmeran de emociones. El dolor, la ira e impotencia caracterizan esta fase que tiene mayor nivel de destrucción para quien ejerce la violencia o consume drogas y para la familia, además pueden presentarse tentativas de suicidio u homicidio.

Al principio pensaba que si ya no le decía nada, iba a dejar de drogarse, pero no fue así, entonces me desesperaba. Muchas veces llorando le decía que dejara esa maldita botella. Mi hijo se enojaba más, me gritaba, después empezó a empujarme, ya me ha golpeado varias veces y no para de tomar. De su trabajo ya lo corrieron,

la mujer lo dejó. Lo debería de ver, lleva una semana y sus noches completas tomando, no ha soltado la botella para nada. Hace rato estuvo vomitando con sangre, pero él ya no entiende de razones. No sé qué voy hacer, muchas veces me he preguntado qué hice para tener un hijo así.

(Anónima)

En el caso del consumo de drogas, en esta fase se presentan robos a familiares y ausencias injustificadas en el trabajo y/o domicilio. Las familias de las personas adictas se sienten enojadas, tristes y desesperadas. La culpa también es una emoción presente, buscan y se atribuyen las razones de la “recaída” y experimentan desesperanza. En un intento por solucionar el problema pueden internar de manera forzada a la persona adicta, incrementando así el resentimiento. Prevalece la sensación de culpa, no comentan lo sucedido y tratan de ocultar la situación. El problema les genera miedo, por lo que se aíslan.

En este sentido, en el COT hemos observado que, principalmente, son las mujeres quienes piden ayuda para su familiar, la mayoría de las veces para sus hijos, hermanos o esposo. La familia también puede reaccionar a partir de la negación, pues minimiza el problema y argumenta que no es grave o incluso trata de modificar su estilo de vida para no afrontar la situación:

¿Ir a una fiesta? ¿Para qué? ¿Para que me digan que vieron drogándose a mi hijo? No, no tiene caso oír eso.

(Anónimo)

En esta fase las y los familiares pueden presentar enfermedades psicosomáticas:

Tantas preocupaciones ya me trajeron la diabetes, hipertensión, tengo colitis y en las noches no puedo dormir. Todo el tiempo nomás pienso en mi Juanito y en lo que puede ocurrirle en la calle, mientras yo estoy aquí en la cama dando vueltas y vueltas, nomás pensando en cómo lo ayudaré.

(Anónima)

Fase 3ª. Luna de miel/"época de promesas"

Al igual que en la violencia familiar, en el consumo de drogas se presenta una etapa de luna de miel, que hemos denominado “época de promesas”, que se convierte en la trampa que une a la familia con quien genera la violencia y/o consume drogas, en intentos fortuitos y continuos de que la situación cambie.

Se caracteriza por ser una época de promesas de cambio, intentos generados a partir de la buena voluntad, se producen algunos éxitos aislados,

por lo que la familia comparte la confianza y el optimismo; así, se vive un ambiente de alegría, se hacen juramentos, asisten a la iglesia, intentan regresar al trabajo o escuela y se plantean nuevos proyectos.

La persona adicta se muestra contenta y espera el reconocimiento de la familia, el cual no necesariamente reciben, es una etapa en la que puede estar en riesgo la vida de la/el adicto y reincidir en el consumo, finalizando con la recaída, sin que haya atención de la enfermedad:

Mi esposo muchas veces me juró que no volvería a drogarse, dejó de visitar a sus amigos, buscó trabajo, hasta el carácter le cambió. Sólo que esto duro poco tiempo.

(Anónima)

Ante la falta de apoyos, la situación se torna tensa, en algunos casos se presenta el síndrome de abstinencia y/o la violencia y el consumo vuelven aparecer, cerrando el círculo del maltrato y del consumo.

Diferencias en ambos ciclos

Los ciclos de la violencia familiar y del consumo de drogas se presentan como un entretrejo social que impacta al individuo, a la familia y a la sociedad en su conjunto. Ambas están sostenidas por una cultura patriarcal en la que siguen imperando los valores de nuestra sociedad mexicana.

El consumo de drogas es una forma más de expresión patriarcal, toda vez que, según nuestra experiencia de más de 14 años de trabajo, hemos escuchado miles de historias, en las que los hombres están inmersos en las drogas, entre otros motivos, para demostrar su fuerza, pertenecer a un grupo social y seguir con la creencia de que podrán dominarla determinando cuándo la consumen y cuándo la dejarán. Además también es un medio de control y sometimiento hacia sí mismos, su familia y su entorno social.

En otras situaciones, para los hombres, el inicio del consumo de drogas se produce después de la muerte de una persona querida, a quien no lloraron. Con frecuencia hay duelos no trabajados y la “imperiosa necesidad” de mostrarse fuertes y valientes ante su familia, aunque por dentro se sientan perdidos:

Cuando murió mi madre no pude llorar, me aguanté las lágrimas como un hombre. Sólo tenía 13 años, pero si mis hermanitos me hubieran visto llorar hubieran pensado que era marica. Me fui a tomar, el calor del alcohol me hizo sentir fuerte.

(Anónimo)

Como se señala en *Violencia Familiar y Adicciones de los Centros de Integración Juvenil*,⁵ los hombres que se identifican con la masculinidad hegemónica se someten a pruebas que los colocan en situaciones de riesgo y daño: la agresividad y la competitividad los hace propensos a circunstancias de peligro; la no expresividad emocional, por su postura de poder y fuerza, causa problemas psicosomáticos y de otro tipo, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Para las mujeres adictas la situación está relacionada con vergüenza y culpa, rodeadas de silencio, cargan el estigma de “estar fallando a su familia”. Aunado a lo anterior, algunas viven el consumo de drogas como un secreto y eso dificulta la búsqueda de apoyo.

Propuesta alternativa para un modelo de intervención de los ciclos de violencia familiar y del consumo de drogas

Este modelo no ha sido concluido, pero en la intervención telefónica hablamos de las etapas de ambos ciclos con las personas que viven violencia y con quienes son adictas a alguna sustancia. Ellas que se muestran sorprendidas de que podamos hablarles de lo que están viviendo o vivieron, pues sienten que nos comunicamos en un lenguaje tan familiar, que a veces nos dicen: *oiga, pero si no me conoce, ¿cómo sabe cómo me siento?* Así, al sentirse identificadas, expresan con mayor facilidad sus experiencias.

Durante la llamada, abordamos la “tensión” presente en la familia, los intentos infructuosos de que “las cosas marchen bien” al complacer en todo a la persona adicta o violenta, resolver sus problemas, ignorar sus insultos y tratar de evitar enojarse “por nada”. Así, describimos la etapa de acumulación de tensión que vive tanto la persona adicta como la familia, preguntamos por las reacciones de las niñas y los niños y su sentir. Ante todo buscamos que identifiquen en su relato el momento de acumulación de tensión. Si tienen disposición y cuentan con el tiempo necesario, les proponemos realizar un ejercicio de respiración, se ofrecen técnicas de relajación y sugerencias de actividades recreativas, deportivas o de meditación. En términos generales, hablamos de la violencia familiar y las adicciones como problemas que, si bien tienen afinidades, se presentan con distintos matices al interior de la familia.



Acervo de la Conadic

También abordamos el *estallamiento de la violencia y/o etapa de consumo de drogas* como parte de este ciclo y resaltamos la situación de la pérdida de control. Respecto a la segunda, señalamos los componentes neurológicos de las adicciones, su impacto en el cuerpo y en la percepción. En los casos de violencia familiar, se indican los niveles y tipos de abusos, se sugieren medidas de precaución, consejos para disminuir los riesgos, sobre todo cuando la persona que agrede está bajo los efectos de alguna sustancia.

Además, puntualizamos que la violencia familiar por sí sola no define un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, al asociarlo con el consumo de drogas^{vi}, descartamos o identificamos un problema de comorbilidad psiquiátrica e informamos de los lugares a los que pueden acudir para recibir tratamiento.

En la línea telefónica hemos recibido llamadas de auxilio, en las que se reportan agresiones por parte de la/el integrante de la familia, quien está bajo el efecto de alguna droga. Siempre buscamos preservar la vida de las y los usuarios, y si hay niñas y niños o personas adultas mayores, les recomendamos acudir a redes de apoyo cercanas.

Cuando abordamos la tercera fase del ciclo, *luna de miel o época de promesas*, explicamos sus características y preguntamos sobre las promesas e intentos de cambio. También describimos los mitos más comunes sobre estos problemas, por ejemplo, es muy frecuente encontrar que las madres-esposas-hijas crean en “un milagro” a partir de transformar su propia conducta para que su familiar deje de actuar con violencia y/o consumir drogas.

En esta fase exploramos las creencias que les han llevado a quedarse en esa relación, buscamos lo

que han ganado y perdido por esta decisión, las consecuencias y sus sentimientos. También abordamos el impacto que ha tenido la violencia familiar y el consumo de drogas en la familia. En este sentido, al cuestionar los valores y el significado que asignan a ser mujer u hombre en la relación familiar, así como la influencia de los roles y estereotipos, existe la sensación, en la persona que llama, de recibir un trato profesional y comprensivo.

En caso de que la persona usuaria sea quien consume drogas, indagamos lo que le representa su condición femenina o masculina y su vinculación con el consumo. Lo anterior debido a que para cada género es distinta la percepción de su conducta adictiva en función de lo que se espera por su condición de género y su impacto en la familia.

Es importante resaltar que aunque las adicciones y la violencia familiar están presentes en una misma familia, no implican lo mismo. Así, abordamos la definición de violencia, brindamos información teórica sobre las drogas, resaltando que al tener influencia en el sistema nervioso central, la fuerza de voluntad no es suficiente para dejar el consumo.

También se habla de la importancia de la motivación para el cambio y realizamos sugerencias al respecto. En el caso de las drogas, y dependiendo del nivel de adicción, resaltamos la importancia de prevenir el síndrome de abstinencia, pues puede poner en riesgo la vida de la persona adicta y en caso de no recibir la atención adecuada es factible que se desencadene un episodio violento. Este es el momento en que introducimos la idea de búsqueda de apoyo profesional; si la familia ya ha asistido, analizamos las características del tratamiento, indagamos si éste concluyó y si la

^{vi} Es decir, tomando en cuenta el tipo de sustancia, frecuencia y años de consumo, y vía de administración.

persona adicta asistió por su voluntad o el ingreso fue forzado. Finalmente, se explican las ventajas y desventajas de las opciones de tratamiento y cuándo son convenientes, por lo que también les proponemos nuevos centros de tratamiento.

Desde nuestra experiencia en el COT, hemos observado que es frecuente encontrarnos con la creencia de que “el que está mal es ella o él”, es decir, la persona que consume droga. Son pocas las personas que hablan para plantear, como demanda, sólo la violencia familiar. Por las características del servicio buscan que su familiar deje el consumo y/o la adicción, pues piensan que así cesará la violencia familiar. Si ésta existe, se les proporcionan direcciones de lugares donde reciban apoyo psicológico, legal y médico con perspectiva de género.

En los casos de violencia reportados al Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) no se considera que las adicciones sean la causa de que exista maltrato al interior de la familia, porque este fenómeno responde a una serie mucho más amplia de conductas y pensamientos; sin embargo, sí se puede considerar como un efecto desencadenante del problema. De ahí que establezca que no hay datos a nivel nacional que manejen la relación adicciones y violencia intrafamiliar hace falta mucho por investigar, asimismo está que detrás de una persona maltratada se encuentra potencialmente un(a) consumidor de droga, repitiendo (...) estas cadenas de maltrato hacia las demás personas.⁷

En relación con la violencia en el hogar y el consumo de drogas, los resultados disponibles indican, por una parte, que el maltrato es más grave cuando quien agrede está bajo los efectos de la droga y, por otra parte, que las sustancias que se consumen con mayor frecuencia entre quienes maltratan son la marihuana, la cocaína y las anfetaminas. No obstante, el abuso de drogas y alcohol no se pueden considerar como causa necesaria o suficiente para explicar la presencia de conductas violentas en la persona que maltrata.⁷

Conclusiones

La tarea diaria de brindar servicios de orientación telefónica a personas de distintas edades, posiciones económicas, y diferentes lugares de residencia que tienen en común el consumo de drogas y/o viven o han vivido violencia familiar, nos sensibilizó sobre la urgente necesidad de crear modelos con un enfoque biopsicosocial que aborden, de manera simultánea, la multicitada problemática.

Consideramos conveniente crear acercamientos con perspectiva de género que cuestionen los valores patriarcales y profundicen en las corrientes teóricas que hablan del feminismo y las masculinidades, con una visión más equitativa para mujeres y hombres.

Proponemos que en el abordaje de la violencia familiar y el consumo de drogas se incluya este último concepto en los marcos de referencia, pues desde el trabajo empírico y la experiencia cotidiana de la atención telefónica, se ha observado que al hablar con la población usuaria del COT sobre ambos ciclos, se ha generado una mayor comprensión de los problemas, lo que permite su desmitificación y la mayor aceptación de las opciones de tratamiento.

La violencia familiar y las adicciones son problemas de salud pública que ponen en riesgo a las personas, las familias y la sociedad en su conjunto, por ello es urgente realizar investigaciones que aborden de manera simultánea ambas problemáticas.

El Centro de Orientación Telefónica (COT) "Vive sin Drogas" 01 800 911 2000 es un servicio profesional especializado en adicciones, que trabaja las 24 horas del día, es confidencial, gratuito y tiene cobertura nacional.



Referencias bibliográficas

1. Walker LE. The battered woman. EU: Harper and Row; 1979.
2. Ferreira G. La Mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Buenos Aires: Sudamericana; 1989.
3. Stein D. Mujeres que Curan. México: Roca; 1993.
4. Escohotado A. Historia elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama; 2003.
5. Centros de Integración Juvenil "Violencia familiar y adicciones, recomendaciones preventivas" Fernández-Cáceres Carmen. México: CIJ; 2007.
6. Martínez, ES. R. y Azcona, A. "La revancha de la vida, violencia contra ancianos que acuden a recibir apoyo al CAVI", mimeógrafo, CAVI-PGJDF, 1997.
7. Chacón AR. y Rodríguez VA. Relación entre la violencia intrafamiliar y el abuso de sustancias ilegales en pacientes de los Centros de Integración juvenil. [Tesis empírica de licenciatura] México: Iztacala, UNAM; 1988.

Omisión e indiferencia

Derechos reproductivos en México

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

1ª parte

A mediados de 2013 el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (Radar 4°) publicaron el informe *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México*, una radiografía de la situación que impera en nuestro país en materia de los derechos reproductivos de las mujeres, tomando como eje seis temas prioritarios que dan cuerpo a los capítulos en que se divide el informe: aborto, anticoncepción, mortalidad materna, violencia obstétrica, vida laboral y reproductiva y, reproducción asistida.

Se trata de un análisis detallado de los avances, pendientes y retrocesos en materia de derechos reproductivos, con especial énfasis en el marco normativo y de implementación, tanto a nivel federal como local, que la asociación civil GIRE desarrolló en colaboración con Radar 4°, con la finalidad de incidir en cambios normativos y de políticas públicas que den mayor protección a los derechos reproductivos de las mujeres en México.

Por la importancia del tema para los profesionales de la salud, cada uno de estos capítulos es reseñado de manera sucinta y analítica por una especialista en cada rubro en aras de enriquecer la reflexión.

Por Nadia Salazar Anderson

Licenciada en Política y Gestión Social
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X
Vicepresidenta de Redivivo A.C.
Asesora de Sedesol y de la LXI Legislatura de la
Cámara de Diputados



El acceso de las mujeres al derecho a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos es una de las problemáticas más polémicas y delicadas de la lucha por el cumplimiento efectivo de sus derechos, y se relaciona con el acceso a servicios de salud que sólo ellas necesitan. En el primer apartado del informe de GIRE se realiza un diagnóstico sobre el aborto en México¹ y se exponen casos emblemáticos que ejemplifican avances y desafíos institucionales y normativos.

El acceso a un aborto legal y seguro es fundamental para el ejercicio del derecho a la vida, a la salud y la autonomía reproductiva, a la vida privada y a la no discriminación de las mujeres, derechos consignados tanto en la Carta Magna, como en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano, adquiriendo rango constitucional en 2011 a partir de la reforma en materia de derechos humanos. Su práctica en condiciones insalubres, inseguras e ilegales, o en países que cuentan con un marco legal reducido, estrecho o insuficiente, coadyuva a la persistencia de altas cifras de mortalidad y morbilidad maternas.

De acuerdo con este informe, el aborto debiera ser accesible y legal, cuando menos en los casos en los que el embarazo ponga en peligro la vida de la mujer, sea resultado de una violación sexual, o existan malformaciones en el producto.

En México, el aborto está regulado a nivel local –cada estado define sanciones y exclusiones– y existen causales legales que lo permiten; cabe señalar que la única admitida en todo el país es cuando el embarazo es producto de una violación sexual. Así, desde abril de 2007, el Distrito Federal es la única entidad que

admite la interrupción voluntaria del embarazo hasta las doce semanas de gestación.

En este sentido, GIRE y Radar 4° señalan que en nuestro país hay brechas importantes entre las causas legales que permiten la interrupción del embarazo en los diferentes estados; además, el acceso efectivo al aborto legal y seguro es asunto de justicia social, pues implica desigualdades etarias, de lugar de residencia y de condiciones económicas.

La penalización del aborto como delito obliga a las mujeres, que lo practican clandestinamente, a pagar penas que van desde multas económicas hasta la pérdida de la libertad, o incluso, a someterse a tratamientos médicos que constituyen una estigmatización de quienes deciden abortar y tienen tras de sí una concepción moral del “*ser mujer*”.

Respecto al marco normativo, cada entidad define los casos en los que el aborto constituye un delito. La Ley General de Salud y las leyes locales en cada entidad definen concurrentemente la regulación en la prestación del servicio en los casos en los que no sea un delito. Así, se expone la discriminación geográfica de las mujeres para acceder a su derecho al aborto, pues se establece un mapa de causales legales por estado.

El informe de GIRE sistematiza el tipo de sanciones y ejemplifica paradojas absurdas en los códigos penales locales, como el establecimiento de la reparación del daño en Aguascalientes, o en Tlaxcala, donde se considera como delito grave, pero tiene una de las penas más bajas en todo el país.¹

En caso de que el embarazo sea producto de violación sexual, la NOM 046 considera el procedimiento para acceder a su interrupción, el cual comienza con la aprobación de una autoridad competente —el Ministerio Público en la mayoría de los casos o la/el juez de control, dependiendo de cada entidad— y se señalan las obligaciones del personal que administra e imparte justicia.

Este marco normativo se traslada a la “vida real” de las mujeres, por lo que en *Omisión e Indiferencia* se exponen las deficiencias institucionales para garantizar el acceso a servicios de salud para abortar, incluso en los pocos casos en los que está permitido. En el caso del Distrito Federal, que cuenta con servicios de interrupción voluntaria del embarazo y acciones integrales para asegurar la prestación de estos servicios, existe la posibilidad de sistematizar el impacto que estas políticas tienen en la disminución

de embarazos no deseados, así como en la reducción de enfermedades y muertes maternas.

A través de este informe se afirma que la repercusión más grave de la tipificación del aborto como delito es la criminalización de las mujeres, aun cuando el aborto sea involuntario. Así, se presentan veintiséis casos emblemáticos, de los cuales ocho mujeres fueron sujetas a procesos penales documentados y GIRE registró las experiencias de dieciocho mujeres más.

En este sentido, algunas consideraciones derivadas del estudio de los casos muestran que las mujeres en prisión preventiva tienen pocos recursos y no cuentan con asesoría jurídica; la mayoría de las veces, el personal de servicios de salud es quien denuncia; además, las mujeres fueron maltratadas física, verbal y emocionalmente y obligadas a confesar el delito.

La reserva para brindar servicios de salud reproductiva, basada en la objeción de concienciaⁱ tiene limitaciones, pues sólo las personas pueden ejercer esta objeción, no las instituciones *per se*, por lo que las instancias de salud deben contar con personal que preste el servicio. Las personas que objetan están obligadas a referir a la mujer a otro servicio médico y si hubiera peligro de muerte para ella, no aplicaría esta objeción, la que incluye a quienes intervienen directamente, no al personal administrativo o de apoyo.

Por otra parte, los profesionales que prestan servicios de salud enfrentan una contradicción entre guardar el secreto profesional y la obligación de denunciar conductas delictivas, lo que es más confuso a raíz de las reformas en 16 estadosⁱⁱ que protegen la vida desde la concepción.

A manera de conclusión, no se puede afirmar que el Estado mexicano promueve, respeta, protege y garantiza el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva. Las reformas locales que rompen la tendencia hacia la despenalización del aborto —que inició en el Distrito Federal— tendrían que revertirse en cumplimiento de las disposiciones constitucionales; jurisprudencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y diversas recomendaciones internacionales a nuestro país, que obligan a los congresos locales y al federal a armonizar legislativamente el acceso al aborto.

Existen deficiencias en la aplicación de la NOM 46 para llevar a cabo el procedimiento, aun cuando se trate de un embarazo producto de una violación

ⁱ La posibilidad de que el personal de los servicios de salud se niegue a prestarlos por contravenir sus creencias, incluyendo las religiosas.

ⁱⁱ Los estados que introdujeron en sus normativas la “protección de la vida desde la concepción” en respuesta a la despenalización del aborto en el Distrito Federal son: Morelos, Baja California, Colima, Sonora, Quintana Roo, Guanajuato, Durango, Puebla, Jalisco, Yucatán, San Luis Potosí, Querétaro, Oaxaca, Chiapas, Tamaulipas y Nayarit.

sexual. En este sentido, el marco legal vigente no es claro en el establecimiento de las obligaciones del personal de servicios de salud, en particular, respecto al secreto profesional y el mecanismo para la denuncia de delitos.

Para finalizar, GIRE y Radar 4° realizaron las siguientes recomendaciones enfocadas en implementar la armonización legislativa sobre el aborto:

- A) Eliminar la discriminación geográfica; despenalizar el aborto cuando menos hasta las doce semanas; aumentar las causales y disminuir las penas.
- B) Regular el procedimiento para que la objeción de conciencia no interfiera con el derecho de las mujeres al aborto seguro.
- C) Realizar reformas a la Ley General de Salud para asegurar la obligatoriedad del secreto médico-paciente.
- D) Llevar a cabo modificaciones a los códigos penales para que no existan contradicciones entre la confidencialidad y la obligación de denunciar probables conductas delictivas.

Mtra. Miriam Ramírez Jiménez

Licenciada en Educación Especial en el área de deficiencia mental; especialista de Género en Educación, UPN y maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X.

Además, resulta indispensable asegurar que las mujeres accedan al aborto legal y seguro en los casos en los que las causales estén permitidas en las diferentes entidades federativas, esto implica la mejora de los servicios de salud e involucra a las procuradurías de justicia, a nivel federal y local, para que autoricen pronta y de manera expedita los procedimientos. En ambos casos se debe incluir un importante componente: la capacitación del personal en materia de derechos humanos y de causales legales de aborto vigentes, incluso en los estados en los que se protege la vida desde la concepción.

El informe se propone generar información confiable que permita conocer cifras desagregadas por causales sobre los abortos en la Secretaría de Salud y paralelamente, en las procuradurías de justicia, un registro del número de solicitudes de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) por embarazos que fueron producto de una violación. Este apartado representa un ejercicio que permite conocer y reconocer las tareas pendientes para garantizar el acceso de las mujeres a los derechos humanos.



De acuerdo con el informe realizado por GIRE y Radar 4°, las cifras sobre anticoncepción en México representan varios retos frente al incremento estadístico de la tasa de embarazos no deseados o no planeados, los cuales afectan principalmente a mujeres: jóvenes, menores de edad, sin escolaridad, que radican en zonas rurales o marginadas, con discapacidad, con VIH/SIDA, o que viven en la calle.² A partir de este argumento se expone la importancia de reforzar el papel de las garantías constitucionales de derechos humanos para avalar el uso de prácticas anticonceptivas en mujeres jóvenes y menores de edad.

El informe *Omisión e indiferencia* retoma el artículo 4° constitucional que señala como derecho de todas las mujeres recibir información y servicios de anticoncepción, debido a que este tipo de iniciativas impacta en la salud sexual y reproductiva; la igualdad, no discriminación y la autonomía son reconocidas en la Constitución y en tratados internacionales de derechos humanos. En México, el derecho a recibir información y servicios de anticoncepción se regula en la normativa de población y salud que cada entidad tiene de acuerdo con la ley local, además de dos normas oficiales mexicanas: la NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar (NOM 005), publicada el 21 de enero de 2004 y la NOM-046-SSA2-2005 sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM 046), publicada el 16 de abril de 2009.

Para GIRE y Radar 4°, diversos documentos avalan la urgencia de implementar medidas para evaluar la eficacia de las prácticas en el sector salud respecto a la anticoncepción. Las estadísticas y los análisis de los datos son recopilados de diversas fuentes como la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, donde se puntualiza que la maternidad de mujeres jóvenes menores de veinte años se incrementó entre 2000 y 2008. Al mismo tiempo el Consejo Nacional de Población (Conapo) estima que 65 de cada 1000 mujeres con edades entre 15 y 19 años, han sido madres. Las cifras reflejan que 97% de las mujeres

jóvenes en ese rango de edad, sexualmente activas, conocen algún método anticonceptivo, pero sólo 54.9% lo usan y poco más de la mitad refiere haber utilizado protección anticonceptiva en su primera relación sexual.

La información proporcionada por GIRE y Radar 4° permite comprender cómo el tema de anticoncepción requiere mayor incidencia para alcanzar estándares de efectividad, además, hacen falta proyectos para evaluar y llevar a cabo programas que articulen a varios organismos, locales y nacionales, para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres jóvenes y menores de edad.

En nuestro país, cada entidad tiene una ley de salud, además de la normativa general y federal, excepto el Estado de México, que sólo tiene un reglamento en la materia. No obstante, este informe subraya que las cifras arrojan que al menos en nueve de los estados no se hace referencia a la normativa de anticoncepción. Considero que las acciones para incorporar este tema en la agenda de salud sexual representan un gran reto, pues se aborda como un tema de reproducción humana y el debate se centra en quién puede recomendar a las mujeres el uso de anticonceptivos, cuando lo que se debería discutir es la manera más eficaz de circular los recursos humanos y materiales para proporcionar información y servicios acordes a las necesidades de las mujeres de cada contexto social y cultural.

Esta información es circunscrita al personal de salud, quien tiene la obligación de proporcionarla de manera clara y oportuna, incluso en casos de emergencia; sin embargo, como señala este informe, eso no constriñe a que las instituciones de salud sean las únicas instancias responsables. Así, hace falta articular la cobertura de información y servicios con otros contextos como el educativo o el laboral. Además, al momento de proporcionar información de anticoncepción, ésta no debe ser condicionada a la pareja -heterosexual o unida en matrimonio-, debido a que se excluye a quienes viven en unión libre y a quienes no desean formalizar su relación.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, en *Omisión e indiferencia* se recopila cómo, desde enero de 2004, han sido incluidos en el sector salud los casos de relaciones sexuales voluntarias e involuntarias sin protección anticonceptiva, así como aquellos cuando se usó un método y se infiera la falla del mismo. En julio de 2005, la anticoncepción de emergencia se incluyó en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud. Ante estas medidas, el Informe reconoce que se ha incidido en la población de mujeres, pero enfatiza que se requiere una evaluación sobre la eficacia con la que se emplea este método, cómo se está comprendiendo o difundiendo la información sobre su uso y cuáles son las dudas, los obstáculos o las confusiones al respecto.

Así, se expone que en el estado de Jalisco, el gobierno impugna la normativa argumentando que bajo la premisa de la planificación familiar, la norma justifica la práctica del aborto en supuestos no contemplados por las leyes. Ante este tipo de posturas es oportuno preguntar cuál es el papel de las autoridades competentes de cada entidad federativa, por qué el gobierno estatal determina, por un lado, quién debe -o puede- proporcionar información y servicios, y por otro, quiénes pueden acceder a ellos.

En los casos de mujeres víctimas de abuso sexual o violación, aún se discute quiénes pueden tener acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia. Este tema introduce otro debate que GIRE y Radar 4° mencionan y que es necesario especificar con mayor énfasis: se debe aclarar que la anticoncepción no es un método abortivo y tampoco puede tener como fin último la planificación familiar. Es decir, tanto la anticoncepción como la planificación familiar se entrelazan en algunos casos, pero no pueden ser incorporadas como si se tratara de un mismo proceso al cual todas las usuarias deben acceder.

Otro aspecto central, que no se destaca en este apartado, es la necesidad e importancia de incorporar el tema de anticoncepción en la población de hombres jóvenes y adultos. No se reconoce que la anticoncepción compete a mujeres y hombres, en tanto es un problema relacional que involucra a ambos.

En este informe se problematiza el consentimiento informado, pues no se sanciona a quienes practican la esterilización sin la voluntad de la persona afectada ni se cuestiona al personal de salud que ejerce presión hacia las usuarias de los servicios para que admitan este procedimiento. Además, se expone que no se cuenta con registro, seguimiento o verificación, por parte de las autoridades, de la frecuencia con que ocurre este hecho. Dentro de este rubro, se precisa que la NOM 005 establece que la ley determina que se proporcione información sobre todas las alternativas, riesgos y beneficios de los procedimientos, y que la consejería se brinde de manera veraz, oportuna y confidencial, sin condicionar la información a la presencia de la madre o el padre, en el caso de menores de edad.

En este sentido, se coloca como tema central asegurar, expresamente y con carácter obligatorio por parte del personal de salud, el consentimiento informado en materia de salud reproductiva, incluyendo el uso de anticonceptivos. También se cuestiona la norma oficial que incluye un proyecto dirigido a la atención del grupo etario de 10 a 19 años, en el cual se condiciona la consejería a la presencia de madre, padre o tutor/a, a pesar de que, en el año 2012, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y el Comité de los Derechos del Niño recomendaron eliminar la exigencia del consentimiento de madre o padre para acceder a los métodos de anticoncepción.

GIRE y Radar 4° subrayan que el consentimiento informado para todos los métodos puede resultar violatorio e inhibir el acceso al uso de condones o pastillas anticonceptivas por parte de la población de jóvenes. Un ejemplo positivo es el caso de Tabasco, que reconoce que toda persona en edad fértil puede utilizar métodos anticonceptivos, independientemente de la edad o de la presencia de madre o padre al momento de recibir información y servicios. Es necesario aclarar que en este rubro no todas las entidades siguen el mismo procedimiento, por lo que hace falta explorar y reconocer que en cada contexto –entidad federativa, región, grupo etario– se requieren acciones y estrategias diferentes para abordar las problemáticas.

El capítulo *Anticoncepción*, permite reflexionar respecto a lo desalentador que resulta conocer que la mayoría de las procuradurías generales de justicia locales no incluyen este tema como prioridad y no cuentan con folletos ni personal capacitado que facilite la información y los servicios a jóvenes y menores de edad –mujeres y hombres–. Considero que no se aprovechan los recursos humanos, la capacidad para generar esfuerzos articulados con impacto en las diferentes regiones locales y estatales, ni se han impulsado estrategias para llevar a cabo acciones conjuntas y no se establece la anticoncepción como un tema de incidencia política. Por ejemplo, es necesario reconocer los esfuerzos de los colectivos, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones civiles y los movimientos de grupos de disidencia sexual y feministas. También es central explorar el impacto que pueden tener los medios de comunicación, las redes sociales a través de Internet, para influir en el tema y obtener mejores resultados en el acceso a los servicios y uso de métodos de anticoncepción.

Otros aspectos que dejan entrever en este informe, respecto a las entidades federativas, es que la mayoría antepone el embarazo a la salud o la situación de vulnerabilidad de las mujeres. Además, cada estado utiliza diferentes conceptos o ideas, que en ocasiones reproducen el lenguaje sexista con expresiones como: “pastilla del día después” (en el caso de Baja California), “método de anticoncepción de emergencia o postcoital” (en Hidalgo), que minan la importancia de la anticoncepción como parte de los derechos sexuales –sobre todo cuando en los discursos utilizan expresiones como “víctimas del sexo femenino adolescentes o adultas” (Distrito Federal) para justificar el uso de métodos anticonceptivos–. Para abordar el tema de anticoncepción se deben articular diferentes enfoques, desde la perspectiva de derechos sexuales colocar a mujeres y hombres jóvenes, así como menores de edad, como sujetos de agencia social.

Mtra. Irma Romero Pérez

Licenciada en Psicología Social, UAM-I
Maestra y especialista en Estudios de la Mujer, UAM-X
Asistente de investigación en el Instituto Nacional de Perinatología

La mortalidad materna se sitúa en el marco de los derechos reproductivos y de los derechos humanos, además es analizada desde la perspectiva de género; cruces fundamentales para comprender la complejidad de este fenómeno, pues nos permiten observar cómo está asociado a las violaciones de los derechos a la vida, a la salud integral, al acceso a los métodos anticonceptivos, a la información y a la igualdad; así como a la violencia de género, la discriminación, desigualdad y pobreza en la que viven muchas mujeres.

A nivel internacional, se han llevado a cabo conferencias y firmado convenios que intentan coadyuvar a la disminución de la muerte materna prevenible y destacan la CEDAW, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). Es importante señalar los aportes de la Conferencia Global de Salud Materna en su primera y segunda edición (Nueva Delhi, 2010 y Arusha, 2013) que han puesto el acento en asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud de calidad como una medida fundamental para reducir la mortalidad de mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y aborto.

En el informe también se caracteriza la mortalidad materna en México. La razón de mortalidad ha decrecido en los últimos años, en 2008 fue de 57.2 casos por 100 mil nacidos vivos, mientras que para 2011 fue 50.7, siendo las más afectadas aquellas mujeres que viven en condiciones de pobreza, pertenecen a comunidades indígenas, no cuentan con seguridad social, tienen baja escolaridad y son jóvenes. Las principales causales de muerte materna son la preeclampsia-eclampsia y las hemorragias, aunque se ha observado un incremento de las muertes por causas indirectas. Asimismo, en 2010, 91% de las mujeres fallecidas accedieron a los servicios de salud y recibieron atención médica; en tanto que otras murieron en sus casas o en la vía pública, situaciones que evidencian dos problemáticas pendientes: el acceso a los servicios de salud –agregaría la disponibilidad– y la calidad de la atención –añadiría la aceptabilidad de los mismos–.³

GIRE y Radar 4° señalan que, desde 2007, se implementaron en México el Programa *Arranque Parejo en la Vida*, y en 2009, la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna



y el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas. Por otro lado, existe un marco normativo que ampara y promueve el respeto al derecho de las mujeres a acceder a la salud materna: la Ley General de Salud, en donde se mencionan los servicios básicos de salud para la atención materno e infantil, y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 en la que se establece el protocolo de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención del recién nacido.

Aunado a lo anterior, se han establecido diversos organismos enfocados en detectar los obstáculos en la implementación del marco normativo propuesto en las políticas públicas y en los mecanismos para la rendición de cuentas, acceso a la justicia y reparación del daño de las víctimas –en casos de muerte materna el acceso a la justicia para los familiares–. Dichos organismos son: comités de Prevención de Mortalidad Materna e Infantil, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) –así como comisiones locales– y la Comisión de Arbitraje Médico. Desde la sociedad civil destaca el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y el Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Asimismo, se menciona que existen otros canales como las quejas administrativas en las instituciones de salud; los procesos administrativos en contra de servidores públicos; la responsabilidad patrimonial del Estado y los procesos penales a nivel local. Estos organismos elaboran propuestas y estrategias para prevenir y reducir las muertes maternas, determinar las responsabilidades civiles, administrativas y penales, fomentar la reparación del daño y el acceso a la justicia. Funciones que más allá del señalamiento buscan identificar y atender las fallas estructurales e institucionales que favorecen la muerte materna.

Otro de los aportes de este documento es la presentación del caso emblemático de “Karla”, quien murió a los 24 años por causas prevenibles de la muerte materna. En la narración se ilustra la trayectoria de atención; la falta de un diagnóstico oportuno de las complicaciones en instituciones de salud, públicas y privadas, del primer y segundo niveles de atención; falta de personal, y por lo tanto,

el inminente traslado a otro hospital que pudo agravar su estado de salud. Cabe destacar, que la CNDH se limitó a la vigilancia de la compensación económica y no al establecimiento de otro tipo de responsabilidades de las instituciones de salud.

Este informe señala que a pesar de la implementación de políticas públicas, de programas de salud materna y de la presencia de organismos que se encargan del monitoreo y vigilancia, no se ha reducido la mortalidad materna de acuerdo con las expectativas nacionales. Para contrarrestar este fenómeno, se plantea que los comités de Mortalidad Materna deben emitir recomendaciones de carácter obligatorio para las instituciones de salud; que el monitoreo y las propuestas de mejora se encaminen a la eliminación de obstáculos y carencias estructurales que impidan una atención oportuna y de calidad; que se fomenten mecanismos civiles, administrativos y penales de acceso a la justicia y rendición de cuentas.

En este sentido, la CNDH debe ser un organismo fundamental en la elaboración, difusión y promoción de recomendaciones sobre la mortalidad materna, siendo este fenómeno un asunto de derechos humanos. También se deben desarrollar acciones para atender las causas sociales, económicas

y culturales; promover el reconocimiento de los derechos humanos y reproductivos y el empoderamiento de las mujeres; evitar la discriminación; la violencia y denegación de los derechos; además de establecer leyes y reglamentos para la protección de las personas y que el Estado sea vigilante de su cumplimiento.³

La importancia del informe de GIRE y Radar 4°, radica en colocar el énfasis en aspectos que son poco abordados sobre la mortalidad materna: la normatividad y los organismos vigilantes de su implementación, rendición de cuentas y de acceso a la justicia. Se plantean las deficiencias de los medios o canales para acceder a la justicia y reparación del daño y la dificultad de obtener información sobre los casos de mortalidad materna.

Asimismo, al abordar la problemática de la mortalidad materna desde el marco de los derechos reproductivos y la perspectiva de género, se puede comprender este fenómeno en su complejidad e ir más allá del acceso y la calidad de los servicios de salud, lo cual resulta urgente para disminuir la razón de mortalidad, pero no atiende la raíz del fenómeno: la desigualdad de género, la exigencia social de la maternidad y la violación de los derechos reproductivos y humanos de las mujeres.

Referencias bibliográficas

1. Aborto legal y seguro. En: Tamés R. (Dir.). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/ Mortalidad materna/ Violencia obstétrica/ Vida laboral y reproductiva/ Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 15-66.
2. Anticoncepción. En: Tamés R. (Dir.). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/ Mortalidad materna/ Violencia obstétrica/ Vida laboral y reproductiva/ Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 67-79.
3. Consejo de Derechos Humanos. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. [Documento en Internet]. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; c2006-20113 [citado 2013 Agosto 07]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf

Seminario internacional de perspectiva de igualdad de género en salud en el marco de los derechos humanos:

avances y retos para México

del 18 al 20 de septiembre en la Ciudad de México.

El Seminario Internacional *Perspectiva de Igualdad de Género en Salud en el marco de los Derechos Humanos: avances y retos para México*, fue realizado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) con el objetivo de revisar los avances en la materia en México y el mundo en el marco de los derechos humanos, así como los retos por atender en la agenda de gobierno para la transversalización de la perspectiva de género en salud con propuestas para las políticas públicas y programas prioritarios del sector.

Durante los tres días de trabajo, el seminario se convirtió un espacio de reflexión y análisis para el intercambio de propuestas dirigidas a promover el derecho a la igualdad y la no discriminación por motivo de género en los diferentes programas de salud. El Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana dio su aval académico al programa de este evento para otorgar constancias a las más de 200 personas que asistieron cada día entre profesionales de la salud de todo el país, académicos, integrantes de organizaciones no gubernamentales y público en general. En el marco de este seminario, se llevó a cabo también la reunión nacional con líderes estatales del programa de Igualdad de Género en Salud en la que se trabajó la nueva definición de metas para el programa de acción específico en esta materia para 2014, así como para el sexenio 2013-2018.

Del seminario internacional se obtuvieron los siguientes resultados:

- 3 Conferencistas magistrales internacionales de OPS/Washington, Universidad de Alicante, y del Ministerio de Salud de Brasil.
- 7 Ponentes internacionales procedentes de España, Brasil, Perú, Argentina y Estados Unidos.
- 52 Ponentes nacionales.
- En promedio 200 participantes por día; entre ellas/os, 30 responsables estatales del programa Igualdad de Género y Salud
- 11 mesas temáticas moderadas por 11 autoridades del CNEGSR.

La ceremonia inaugural contó con la participación de la Dra. Ma del Carmen Juárez Toledo, Directora de Desarrollo Sustentable, en representación de la Lic. Lorena Cruz Sánchez, Presidenta del Instituto Nacional de la Mujeres (INMUJERES); Dra. Maureen Birmingham, Representante en México de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-México); Dra. Ana Gúezmes García, Representante de ONU-MUJERES en México; Dr. Gabriel Riande Juárez, Director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana; Dra. Raffaella Schiavon, Directora de IPAS México, A.C. y la Dra. Prudencia Cerón Mireles, Directora General del CNEGSR y anfitriona del evento, quien al dar por inauguradas las actividades afirmó que lograr la transversalización de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud pública supone aún grandes retos para transformar, desde el trabajo



intersectorial e interinstitucional, las diferencias socioculturales que son determinantes en la salud de mujeres y hombres, así como para reformar la atención en las unidades de salud para que no se reproduzcan discriminaciones y desigualdades por condición de género.

En el acto se refrendó la importancia del derecho a la igualdad de género en salud de las mujeres y hombres desde la infancia hasta la adultez, la transversalización de la perspectiva de género en los programas de salud y la necesidad de cumplir con los pactos y convenciones que nuestro país ha firmado, ratificado y a los cuales se ha adherido (Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres-CEDAW; Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-PDESC, entre otros).

Las conferencias magistrales fueron presentadas por especialistas internacionales que abordaron los siguientes temas:

1. *Género, diversidad cultural y derechos humanos: hacia la transversalidad de estas perspectivas en salud.*
2. *Enfermedades crónicas no transmisibles: análisis de género en la atención sanitaria.*
3. *Política nacional de atención integral a la salud de los hombres: avances y desafíos en Brasil.*

Las mesas temáticas analizaron desde la perspectiva de género, aspectos como: epidemiología; cultura institucional, hostigamiento y acoso sexual, equidad e igualdad en la educación médica, investigación social

en salud sexual y reproductiva; derechos humanos y la atención a la salud sexual y reproductiva; salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes; carga de la enfermedad, sobrepeso y obesidad; diabetes; discapacidad y sexualidad, VIH en mujeres, enfermedades coronarias en mujeres; suicidio y género; cuidadoras/es de pacientes con padecimientos neurológicos; embarazo adolescente; salud materna; violencia obstétrica; marco legal para la igualdad de género en salud como derecho humano; promoción de la salud; interculturalidad en salud; cáncer en la mujer, cáncer de pene y testículo; enfermedades transmitidas por vector; salud mental y género; accidentes; rendición de cuentas en salud reproductiva, masculinidades y salud de los hombres; políticas públicas de salud para la atención de la violencia familiar, entre otros.

En general, la diversidad de temas y sus planteamientos permitieron dar cuenta de la relevancia de transversalizar la perspectiva de género en los programas de salud, tal como lo mandata el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y se detalla en el Programa Sectorial de Salud; permitiendo además, la prevención y atención con calidad, eficiencia y de manera diferenciada de los padecimientos que mujeres y hombres tienen.

Para facilitar el acceso a los materiales derivados del seminario y coadyuvar con este esfuerzo a la transversalización de la perspectiva de género en los diversos programas prioritarios de salud, tanto del CNEGRS como de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, las presentaciones están disponibles en la página web del Centro. Además, todas las ponencias serán publicadas y formarán parte de un libro con las aportaciones vertidas en el seminario, cuya edición se tiene programada para 2014.



OPS/OMS y CIPD más allá del 2014: cinco mensajes claves de salud para la Agenda Regional sobre Población y Desarrollo*

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, en 2012 celebró 110 años de cooperación técnica con sus Estados Miembros trabajando para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuyendo al bienestar de sus familias y sus comunidades. En este momento histórico, la OPS/OMS revisó y actualizó la agenda regional sobre población y desarrollo, ratificando su compromiso con los Estados Miembros y los socios para contribuir a alcanzar la equidad en salud para las mujeres y hombres de las Américas, sin discriminación por sexo, identidad de género, origen étnico, edad, área de residencia, estatus socioeconómico u otra condición.

Compromisos de la OPS/OMS "más allá del 2014"

En la agenda de "más allá del 2014" para el cumplimiento de los principios de la CIPD, es esencial que los esfuerzos se centren en la reducción de las inequidades en salud en todas las formas y en todos los aspectos de la salud —especialmente en los derechos de salud sexuales y reproductivos—. Los requisitos mínimos para lograr la equidad en salud incluyen la necesidad de centrarse en los requerimientos específicos de los adolescentes, el empoderamiento de las mujeres y las niñas, la reducción de la discriminación y la exclusión por motivos de sexo, género o identidad étnica o área de residencia.

Mensajes clave de la OPS / OMS para el Programa Regional de Población y Desarrollo más allá del 2014

1 Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres son beneficiosos para la salud y el bienestar de los diversos grupos de la población.^{1,2,3,4,5}

El marco de los ODM incluye un objetivo singular de lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en áreas críticas como la educación, el empleo y la participación política. Debates en torno a la agenda post 2015 han resaltado la importancia de mantener este enfoque, e incluir un compromiso regional e internacional para la eliminación y prevención de la violencia de género.

- Un mayor nivel de instrucción o educativo de mujeres y niñas está relacionado con la disminución de la fertilidad y las tasas de tabaquismo, el aumento de la edad para el matrimonio, el espaciamiento adecuado entre los nacimientos de sus hijos y el cumplimiento total de los tratamientos.

Intersección de principios del programa CIPD de 1994 y el trabajo de la OPS/OMS:

Principio CIPD

- 8 Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
- 1 Adherencia a la Declaración Universal de Derechos Humanos
- 4 Igualdad de género (Derechos de las mujeres son parte inalienable de los derechos humanos)
- 14 Considerar las necesidades de los pueblos indígenas

OPS/OMS

- Mandato de la OPS/OMS
- Resolución CD50.R8
—Salud y Derechos Humanos
- Ejes transversales de la OPS/OMS
- Resolución CD50.R8
—Salud y Derechos Humanos
- Resoluciones CD46.R16, CD49.R12
—Política de Igualdad de Género de la OPS y su Plan de Acción
- Resolución CD47.R18
—La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
- Resolución CD51.R12
—Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas severa.



* Este material es reproducción del boletín publicado por OPS/OMS en agosto de 2013.



- Un análisis de 75 países, correlacionando el **Índice de Empoderamiento de Género (IEG)** y varios indicadores de salud revela lo siguiente: cuanto mayor sea el IEG, mejores serán los resultados de salud para la tasa de mortalidad infantil, la tasa global de fertilidad, la tasa de mortalidad materna, también el porcentaje de los bebés con bajo peso al nacer, así como la esperanza de vida para mujeres y hombres.

2 El género es un determinante estructural de la salud.^{6,7}

- La **desigualdad de género** pone la salud de millones de mujeres y niñas en situación de riesgo a nivel mundial. Abordar la igualdad de género ayuda a contrarrestar la carga histórica de la desigualdad y la privación de derechos que enfrentan las mujeres y las niñas en los hogares, las comunidades, lugares de trabajo y centros de atención de salud.

Los impactos de estas desigualdades van desde pobres resultados en salud sexual y reproductiva, el aumento de la exposición a factores de riesgo hasta la disminución de acceso a la calidad de los servicios integrales de salud.

- Abordar las **normas de género, los roles y las relaciones** permite una mejor comprensión de cómo la identidad, la atribución de los derechos y las relaciones desiguales de poder pueden afectar (entre otras cosas) el riesgo y la vulnerabilidad, la búsqueda de atención sanitaria y -en última instancia- los resultados de salud para los hombres y mujeres de diferentes edades y grupos sociales. Esto significa que el cambio de las masculinidades y las necesidades y preocupaciones de género de las comunidades de LGBTI pueden ser identificados y tratados con respecto a su salud.

3 Existe una agenda de salud inconclusa en la promoción de la maternidad sin riesgo, con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad materna con un enfoque de atención con equidad, que tenga en cuenta la igualdad de género y los derechos reproductivos

El análisis de los ODM en América Latina y el Caribe demuestra que el menor progreso se ha realizado en la meta de la salud materna y en alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. La tasa de mortalidad materna disminuyó solamente el 41% entre 1990 y 2012; la disminución fue menor entre las poblaciones más excluidas, como las mujeres indígenas, las pobres, las que viven en zonas rurales, las adolescentes y las jóvenes, así como las que tienen bajos niveles de educación.

- **El embarazo adolescente** sigue siendo un problema acuciante en la región, destacando la necesidad de una educación integral en sexualidad, el acceso a información y a servicios de salud reproductiva, así como la necesidad de abordar

la coerción sexual y la violencia. En 7 países de América Latina, el 19,5% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad han estado embarazadas con una variación entre países del 13 al 25%. De ellos, el 50% no tenía estudios, el 59% vivía en zonas rurales, el 61% vivía sin adultos en su hogar y el 60% vivía en la pobreza.⁸

Cerrar la brecha entre la oferta y la demanda de métodos anticonceptivos también es un desafío pendiente para la región. Más del 50% de los embarazos en la región no son planificados (Caribe 62%, América del Sur 63%, América Central y México 43%) y la **tasa de aborto inseguro** es de 31 por cada 1000 mujeres, uno de los más altos del mundo.⁹



4 El sector de la salud debe desempeñar un papel cada vez mayor en la prevención y mitigación de los efectos nocivos para la salud de la violencia sexual y de género

- **La violencia sexual y de género** sigue siendo generalizada en la región y es un tema pendiente en la agenda de derechos humanos para las mujeres y las niñas. En un análisis comparativo de 12 países de Latino América y el Caribe, un gran porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en unión reportaron, haber experimentado violencia física o sexual por su pareja, que van desde el 17,0% en la República Dominicana 2007 a un poco más de la mitad (53,3%) en Bolivia 2003.¹⁰

- **La violencia** contra las mujeres es una causa importante de morbilidad y en algunos casos de muerte. Los estudios sugieren que la violencia contra la mujer tiene consecuencias negativas para la salud que incluyen lesiones físicas, embarazos no deseados, el aborto, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH / SIDA), la mortalidad materna, el trastorno de estrés post-traumático, depresión y suicidio, entre otros.

• En el 2008, aproximadamente el 70% de todas las muertes en LAC estuvieron relacionados con las Enfermedades no transmisibles ENT, el 48% de las cuales ocurrieron antes de la edad de 70 años. Las muertes atribuibles por ENT para las mujeres representaban el 76% de todas las muertes, en comparación con el 66% para los hombres. De estos números altos, 57% y 41%, respectivamente, ocurrieron antes de la edad de 70 años, o lo que se conoce también como muertes prematuras. Las 4 principales enfermedades no transmisibles son: enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes y la enfermedad pulmonar crónica; y sus principales factores de riesgo son el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la dieta poco saludable y la poca o ninguna actividad física. El

sexo, la edad y el género juegan un papel importante en la exposición y la vulnerabilidad a los factores de riesgo de ENT.

• Los desafíos de Salud Mental representan cada vez más las cifras más altas de mortalidad y morbilidad juvenil - con los suicidios como primera y segunda causas de muerte de hombres y mujeres jóvenes en países como Guyana, Nicaragua y Surinam. Los números difieren por poblaciones étnico/raciales y la edad en algunos países. Atención urgente merecen las formas en que las economías en transición y los cambios socio-culturales en general en las Américas, están afectando la salud mental de sus poblaciones, con especial atención a la juventud.

Referencias bibliográficas

1. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. First report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf. [Acceso 2 de agosto de 2012].
2. Temin, M., Levine, R. Start with a girl: A new agenda for global health. A Girls Count report on Adolescent Girls. Washington: Center for Global Development; 2009.
3. Varkey P, Kureshi S, Lesnick T. Empowerment of women and its association with the health of the community. *Women's Health* 2010;19(1): 71-76.
4. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Violence Against Women. Geneva: WHO; 2005
5. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcomes. Female genital mutilation and obstetric outcomes: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367: 1835-1841. *The Lancet*, 367, 2006:1835-1841.
6. Sen G, George A, Östlin P. *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health. Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf. [Acceso 2 de agosto de 2012].
7. *Gender Mainstreaming for Health Managers: A practical approach*. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/index.html. [Acceso 2 de agosto de 2012].
8. ENDESA, 2008 para Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guayana, Honduras, Nicaragua y Perú entre 2001-2005.
9. MDG 2010 Fact sheet Goal 5: Improve Maternal Health.
10. Bott S, Guedes A, Goodwin M. & Mendoza J. (Forthcoming). Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries.
11. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: http://www.who.int/gender/women_health_report/en/index.html. [Acceso 2 de agosto de 2012].
12. Towfighi A, Zheng L, Ovbiagele B. Sex-specific trends in midlife coronary heart disease risk and prevalence. *Arch Int Med* 2009;169:1762-1766.
13. Singer LT et al. Social support, psychological distress, and parenting strains in mothers of very low birthweight infants. *Family Relations* 1996; 45:343-350.
14. *Gender Mainstreaming for Health Managers: a practical approach*. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/index.html. (Acceso 2 de agosto de 2012).
15. Global Status Report on noncommunicable diseases 2012: Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. [Acceso 2 de agosto de 2012].
16. *Global Health Observatory: NCD mortality and morbidity*. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/index.html. [Acceso 2 de agosto de 2012].
17. *Regional Health Observatory: Premature NCD Deaths*. Washington: PAHO; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5542&Itemid=2391. [Acceso 2 de agosto de 2012].

Maestrías y especialidades

Maestría en Estudios de la Mujer



Generación 2014-2016
(Convocatoria abierta a partir de enero de 2014)
Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán. C.P. 04960
México, D.F.

Formar profesionales y docentes de alto nivel capaces de generar nuevos conocimientos que permitan avanzar en el análisis de la realidad de las mujeres y de las relaciones entre los géneros, principalmente en México, en América Latina y el Caribe. Proporcionar a las alumnas y alumnos herramientas teóricas para desarrollar estudios científicos y humanísticos sobre temas de mujeres y género

<http://mujer.xoc.uam.mx/>

Maestría en Sociología de la Salud



Generación 2014-2016
(Inicia clases en febrero de 2014)
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl. Universidad Autónoma del Estado de México
Av. Bordo de Xochiaca s/n, Col. Benito Juárez, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México

Formar investigadoras/es con la capacidad de aportar conocimientos en el área de la salud desde el enfoque de las ciencias sociales con una visión inter y transdisciplinaria, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población

investigacion_neza@yahoo.com.mx

Cursos

6° Curso Internacional de Patología Mamaria

5 al 7 de febrero de 2014

Centro Internacional de Exposiciones y Convenciones World Trade Center, ciudad de México.

Filadelfia s/n, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, C.P. 03810 México, D.F.

Dimensionar el papel que juega el o la asistente en el diagnóstico y manejo multidisciplinario de la patología mamaria. Para lograr lo anterior se diferenciará el comportamiento del cáncer de mama en México, se describirán nuevas opciones de imagenología mamaria para el diagnóstico temprano y se resumirá el abordaje de la paciente sobreviviente desde el punto de vista psico-emocional, clínico y terapéutico. También se analizará la importancia de los factores higiénico-dietéticos y psicológicos en las pacientes con alto riesgo y se distinguirá la relación de este cáncer con el embarazo, las hormonas y las opciones para preservar la fertilidad

http://www.comego.org.mx/index.php/actividades-academicas/cursos?task=view_event&event_id=114#prog



Congresos

14° Congreso Mundial de Menopausia

1 al 4 de mayo de 2014

Sociedad Internacional de Menopausia (IMS)

Cancun Center Conventions & Exhibitions

Boulevard Kukulcán KM. 9, zona hotelera, C.P. 77500, Cancún, Quintana Roo, México

Promover una comunicación innovadora, educación e investigación en todos los aspectos de salud mundial de las mujeres adultas. Presentar los aspectos más importantes de la investigación, diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas de salud que tienen que enfrentar las mujeres durante la transición menopáusica y la posmenopausia, así como actualizar el conocimiento con base en las últimas evidencias científicas para el beneficio de las mujeres

<http://www.imscancun2014.com/>



XII Congreso Internacional de Bioética "La bioética en el contexto global: ciencia, sociedad e individuo"

25 al 28 de junio de 2014

Universidad Nacional Autónoma de México

Comisión Nacional de Bioética

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ciudad de México, D.F.

Examinar, desde diferentes puntos de vista, las propuestas y el desarrollo de la bioética en los ámbitos de la ciencia y la tecnología, así como su impacto en la sociedad y en la responsabilidad individual

<http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx>



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

Organizó: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

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

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



21 Congreso Mundial de Salud Sexual: asuntos sexuales directamente del corazón

Organizó: Asociación Mundial para la Salud Sexual (World Association for Sexual Health)

Ejes temáticos: Sustentabilidad, feminismo, salud, energía y epigenética

Página web: <http://www.2013was.com>



IX Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología, FEMESS: "Eros en Tánatos"

Organizó: Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología

Ejes temáticos: Sexualidad con derecho a una cultura sexual amplia y su libre expresión; a la educación científica y laica sobre sexualidad; a participar en la elaboración y vigilancia de las políticas públicas relacionadas con la sexualidad; a la salud sexual y reproductiva



Página web: <http://www.congresofemess.org.mx>

Te invitamos a publicar en **GÉNERO Y SALUD en Cifras**

La revista **GÉNERO Y SALUD en Cifras** está abierta a la colaboración de las personas interesadas en publicar investigaciones relacionadas con los temas de género y salud, así como prevención y atención de la violencia de género y la salud, además de 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 la no discriminación por sexo en los servicios de salud.

Se consideran los siguientes criterios:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica, ponencias, testimonios, reseñas o crónicas –de carácter inédito o reelaboraciones de materiales ya publicados– y estar rigurosamente documentadas e incorporar la perspectiva de género.
2. Emplear letra tipo Arial de 12 puntos, a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 15 mil caracteres con espacios, (12 a 15 cuartillas incluidos cuadros, tablas y figuras) en archivo electrónico, con páginas numeradas e incluir como anexos un breve resumen del trabajo acompañado de 3 o 4 palabras clave y ficha curricular de quienes ostenten la autoría, señalando su autorización para publicar su correo electrónico e indicando cuál desean que aparezca en la publicación.
3. 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.
4. Incorporar a pie de página sólo notas aclaratorias –máximo seis renglones– indicándolas con superíndices de números romanos en minúsculas.
5. Si el trabajo incluye datos estadísticos, presentarlos desagregados por sexo.
6. 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.

Para consultar la guía de citación Vancouver puede acudir a los siguientes hipervínculos:

<http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

Versión en Power Point:





<http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422>

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

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



Con una trayectoria de 10 años, **GÉNERO Y SALUD en Cifras** emprende el reto de transformarse, por lo que nos interesa conocer la opinión de las y los lectores acerca de:

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

Envíanos tus comentarios y sugerencias a

gysenc.sugerencias@gmail.com

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD
DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

WWW.CNEGSR.GOB.MX



Información y quejas:
01800 MATERNA
01800 6 2837 62

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.