

Volumen 13, Núm. 3  
Septiembre-diciembre  
2015

# Género y salud en cifras



**Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas**

**Implantación del “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”**

**Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso**

**Entrevista**

**Dra. Ángeles Sánchez Bringas. Profesora-Investigadora  
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco**

*Reseña. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*

# Secretaría de Salud

Género y salud en cifras

Vol. 13 • Núm. 3

Septiembre-diciembre

SECRETARÍA DE SALUD

Mercedes Juan López

## SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pablo Kuri Morales

## SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Eduardo González Pier

## CONSEJO DIRECTIVO

Ricardo Juan García Cavazos

Aurora del Río Zolezzi

Norma A. San José Rodríguez

Cecilia Robledo Vera

## COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

## SECRETARÍA TÉCNICA

Subdirección de Documentación de Inequidades

Alejandra Oyosa Romero

Comentarios y correspondencia:

gysenc@gmail.com

**Género y salud en cifras**, Año 13 Núm 3, septiembre-diciembre 2015, es una publicación cuatrimestral editada 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, cnegsr.salud.gob.mx Editora responsable: Alejandra Oyosa Romero. Diseño gráfico y editorial: María Adriana García Hernández. Colaboración en fotografía: Yessica Sánchez Rangel. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN en trámite. Responsable de la última actualización de este número: Lic. José Manuel Huerta Soto, coordinador de la Página Web del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, 1er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F. Tel. + (55) 2000 3500, ext. 59176.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICyH), 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

Dr. Ricardo Juan García Cavazos

Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

## Artículos

Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas 4

Lina Rosa Berrío Palomo

Implantación del "Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro" 13

Hernán José García Ramírez

José Alejandro Almaguer González

Marco Antonio Ortega Sánchez

Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama

Esteban Montoya Zamora

Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso 25

Susana Patricia Collado-Peña

Ángeles Sánchez-Bringas

Descifr3mo5 37

## Para compartir

Entrevista

Dra. Ángeles Sánchez Bringas. Profesora-investigadora Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Mtra. Alejandra Oyosa Romero

## Reseña

*Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*

Dra. Mónica Carrasco Gómez

## Notigénero

## Invitación para publicar

57

72

# Presentación

Después de tres quinquenios del establecimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, en el año 2015 se realizó la revisión de los avances logrados y las tareas pendientes. Sin embargo, ante las nuevas realidades se reconoció la necesidad de elaborar una nueva agenda, en la cual colaboraron 193 Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas.

De esta forma, el 25 de septiembre de este año, las y los líderes mundiales de 193 Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas participaron en la elaboración del documento “Transformando nuestro Mundo: la Agenda de Desarrollo Sostenible de 2030” y se comprometieron con 17 nuevas metas que se nombraron Objetivos del Desarrollo Sostenible, los cuales se centran en acabar con la pobreza extrema, luchar contra la desigualdad y la injusticia y combatir el cambio climático. De esta manera, se conformó el plan de acción de la comunidad internacional y los gobiernos nacionales para los próximos 15 años, por lo que se evaluará hacia el año 2030.

El tercer objetivo de esta nueva agenda se enfoca en garantizar una vida sana y promover el bienestar para mujeres y hombres en todas las edades. En particular, se establece el compromiso de reducir la tasa mundial de la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos. Asimismo, se consideran acciones para disminuir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1 000 nacidos vivos y en la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años, al menos a 25 por cada 1 000. Cabe señalar que de esta forma se retoma y amplía el quinto Objetivo del Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna.

Otra aportación importante, en términos de la salud de las mujeres, está enunciada en el quinto objetivo del Desarrollo Sustentable: lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Así, se señala como acción prioritaria garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de acuerdo con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing.

En el marco del establecimiento de los Objetivos del Desarrollo Sustentable, en este tercer número del volumen 13 de Género y salud en cifras, nos enfocamos en la salud materna y perinatal, en particular con tres temas que desarrollan especialistas en la materia: partería tradicional en México, el modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, y el sistema de referencia-contrarreferencia en el sector salud.

En el primer artículo, Lina Rosa Berrío Palomo expone cómo en la Costa Chica de Guerrero coexisten de manera cotidiana los saberes locales de mujeres indígenas con las prácticas biomédicas. Cabe señalar que este documento se deriva de la investigación doctoral de la autora, la cual fue acreedora del primer lugar en la categoría doctorado de la séptima edición del “Concurso Sor Juana Inés de la Cruz”.

En Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas, Berrío llevó a cabo un estudio de corte cualitativo realizado entre

mujeres indígenas Na saavi y Nancue Ñomnda. La autora se propuso analizar las normatividades de género y las prácticas de atención comunitaria e institucional para cuidar la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Con este fin realizó entrevistas a tres grupos de mujeres divididas por etapas etarias: jóvenes, medianas y mayores. A partir de estas narraciones, la investigadora analiza las diferencias en la atención de parteras tradicionales y en unidades de salud.

De esta forma, Berrío nos ofrece un panorama preciso de las preferencias y prácticas actuales entre las mujeres indígenas de esa región guerrerense, que evidencian que la autoatención en el hogar continúa siendo una opción muy importante y que coexiste con las prácticas biomédicas institucionales.

Para continuar con perspectivas alternativas para la salud reproductiva de las mujeres, Hernán José García Ramírez, José Alejandro Almaguer González, Marco Antonio Ortega Sánchez, Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama y Esteban Montoya, comparten la experiencia de la Implantación del “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”: Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo. Este modelo tiene por objetivo mejorar la calidad técnica y relacional en la atención perinatal y se enfoca en las mujeres como sujetas de derechos y protagonistas para la toma de decisiones.

Los autores detallan los procesos que han realizado para lograr la implantación de este modelo en un hospital de Durango y otro de Hidalgo. Así, señalan la necesidad de desarrollar implementos específicos para facilitar la operación, como el diseño de mesas y bancos obstétricos, así como de “batas humanizadas”. También reconocen que la capacitación teórico práctica al personal de salud ha sido fundamental para lograr la cabal comprensión de esta propuesta.

La selección de los hospitales permite conocer las particularidades de la implantación en ambientes con características diferentes. En el caso de Durango, la interculturalidad ocupa un lugar fundamental, por lo que las parteras tradicionales se han incorporado a la capacitación sobre este modelo, al mismo tiempo que han compartido con el personal médico sus saberes. El Hospital Regional de Tula, es un nosocomio con elevada carga de trabajo y un número importante de partos, por lo que la implantación del modelo permitió mostrar que a pesar de estas condiciones es posible ofrecer a las mujeres una alternativa para la culminación de su embarazo. En particular, este hospital ha aportado evidencias científicas que sustentan y posicionan las modificaciones propuestas para la atención.

De esta forma, el público lector podrá conocer el trabajo que desde hace varios años realiza la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y que ha derivado en mejoras sustanciales para la atención de las mujeres y la reducción del número de cesáreas realizadas y de la razón de mortalidad materna en los dos hospitales en los que se centra este artículo. Sin embargo, es innegable que existen tareas pendientes por realizar y en ese sentido, nuestro tercer artículo, Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso, se enfoca en la accesibilidad, la calidad de la atención y el sistema de referencia y contrarreferencia.

A través de un estudio de corte cualitativo, Susana Patricia Collado-Peña y Ángeles Sánchez Bringas afirman que las barreras y el ejercicio de la violencia obstétrica, los mecanismos de rechazo y los obstáculos del sistema de referencia y contrarreferencia demoran la atención a las mujeres en el proceso de resolución de sus embarazos, lo que incide en que no se garantice una atención efectiva y expedita.

Por lo anterior, las autoras afirman que el multirechazo derivado del sistema de referencia y cotrarreferencia podría considerarse como una causa de morbilidad materna y perinatal, además de que constituye una violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

que la viven, por lo que es indispensable mejorarlo para ofrecer a las mexicanas una atención de la más alta calidad.

Para lograr tan alta meta, es fundamental que exista una constante colaboración entre los diferentes ámbitos que trabajan la temática de la salud y el género. La labor de las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector salud tiene objetivos comunes, por lo tanto es imprescindible un diálogo constante que impacte en la generación de políticas públicas innovadoras y eficientes.

Este es uno de los temas que aborda la doctora Ángeles Sánchez Bringas en la entrevista que concedió a nuestra publicación y que constituye la sección “Para compartir”. A través de este ejercicio periodístico, la profesora-investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana subraya la importancia de abordar la maternidad, la mortalidad y la morbilidad materna desde el género y los feminismos, pues de esta forma es posible comprender cómo se intersectan otras categorías de análisis, como la clase social, la etnia, la raza, la condición de salud y el cuerpo.

En el año 2010 Sánchez Bringas inició el seminario Morbilidad materna en México, en el que participan investigadoras de diversas instituciones académicas con el fin de construir una perspectiva común sobre esta problemática que aqueja a las mujeres. A pesar de las aportaciones realizadas por este seminario, la entrevistada reconoce que la relación entre la academia y el ámbito gubernamental es difícil, y al mismo tiempo propone algunas formas de colaborar para impactar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.

En este sentido, afirma que actualmente hay varios programas y proyectos, por lo que no se requieren nuevas propuestas, sino poner en marcha lo existente y permitir a las y los académicos una entrada menos complicada a las instituciones de salud para comprender sus problemáticas desde el interior y poder realizar aportaciones que impacten en la toma de decisiones.

Uno de los productos derivados del seminario encabezado por la doctora Sánchez Bringas es el libro Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México, el cual es reseñado por Mónica Carrasco Gómez, quien hace un recorrido analítico por los ocho capítulos que conforman esta publicación.

Las contribuciones realizadas por especialistas en la temática, provenientes de diferentes instituciones académicas, se dividen en dos grandes rubros: la morbilidad en México y las trayectorias reproductivas y de atención en el embarazo y su manejo. Los ensayos que conforman este texto coinciden al señalar a la desigualdad como un elemento fundamental que incide en la salud de las mexicanas y en la atención que reciben antes, durante y después del proceso reproductivo. Por lo tanto, su lectura enriquecerá la perspectiva de quienes se interesan en esta problemática y en particular, ofrece claves importantes para el trabajo del personal de salud.

Con nuestro último número del año 2015 cerramos el decimotercer volumen, esperando que los contenidos ofrecidos a las y los lectores tengan impacto en sus labores cotidianas en el ámbito de la salud y establecemos nuestro compromiso para continuar en la búsqueda de materiales que aporten nuevos elementos y experiencias para la incorporación de la perspectiva de género en salud.



Dr. Ricardo Juan García Cavazos  
Director General del Centro Nacional  
de Equidad de Género y Salud Reproductiva

---

# Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas<sup>i</sup>



Lina Rosa Berrío Palomo<sup>@</sup>

Doctora en Antropología Social

Posdoctorante

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores  
en Antropología Social (CIESAS-D.F.)

Integrante

Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.

México es el país de América Latina con mayor cantidad de población originaria. Según datos oficiales hay 6 695 228 hablantes de alguna de las 89 lenguas indígenas existentes,<sup>1</sup> pero este número se incrementa a 10 528 322 personas<sup>2</sup> cuando incluimos a quienes se consideran indígenas, aunque no sean hablantes de alguna lengua indígena. Si bien se carecen de datos precisos, los cálculos oscilan entre 75 000<sup>1</sup> y 400 000<sup>3</sup> personas afromexicanas. Esta población y la indígena forman parte fundamental de la diversidad cultural de México; además, se suma una importante proporción de personas migrantes, muchas veces invisibilizadas, pero que también integran un país que se ha construido a sí mismo como una nación mayoritariamente mestiza.

Esta diversidad cultural y social se manifiesta en diversos ámbitos de la vida, entre ellos en el proceso de salud-enfermedad-atención. Debido a lo anterior, son numerosas las prácticas tradicionales de atención en salud de los pueblos indígenas, las derivadas de la medicina popular, las provenientes de otros sistemas médicos y las de autoatención realizadas por los grupos sociales. Todo ello coexiste de manera cotidiana con prácticas biomédicas, de tal manera que el pluralismo médico planteado por Eduardo Menéndez atraviesa la vida cotidiana de las personas.<sup>4</sup>

Aunque es innegable la hegemonía de la biomedicina y la creciente medicalización de múltiples aspectos del proceso salud-enfermedad-atención,<sup>4</sup> no se desconoce la diversidad de prácticas y saberes de la población, que en muchos casos se convierten en importantes factores de protección de la salud. Esto acontece en el área de la salud reproductiva y en particular, en las prácticas de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En un número centrado en temas de morbimortalidad materna, es tan importante el análisis de la situación como los factores que inciden en ella y las estrategias desarrolladas por el sector salud para su reducción. Asimismo, es imprescindible

reflexionar sobre las barreras culturales de acceso que aún persisten y reconocer todas las acciones que realizan las comunidades para preservar y proteger la salud de las mujeres gestantes.

## Mortalidad materna en zonas indígenas

En el año 2013, la razón de muerte materna (RMM) en México fue de 38.2 por cada 100 000 nacidos vivos,<sup>5</sup> que representa el fallecimiento de 861 mujeres. A nivel nacional 11.3% eran indígenas y en el caso de entidades como Guerrero o Chiapas este porcentaje ascendió a 31.8 % y 41.9 %, respectivamente.<sup>5</sup> Resulta evidente que se ha reducido la proporción de mujeres indígenas fallecidas y en parte esto se debe a la presión ejercida por las organizaciones al sector salud, con el fin de mejorar los servicios en áreas rurales e indígenas. Al mismo tiempo se ha incrementado el número de mujeres que acuden a control prenatal y la cantidad de consultas durante el embarazo, pues según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el promedio fue de 8.5 en el país y 7.8 en Guerrero.<sup>6</sup>

A pesar de todo esto, en las regiones indígenas persisten barreras importantes que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Algunas se relacionan con elementos del orden económico, geográfico, de disponibilidad de servicios, y existen otras de orden cultural. También influyen las prácticas de racismo y discriminación que de manera cotidiana enfrentan los pueblos indígenas cuando acuden a las instituciones, así como las profundas relaciones de descalificación, subordinación o exclusión que viven sus terapeutas y los sistemas médicos tradicionales respecto al modelo institucional de salud.

En este sentido, es necesario avanzar en la formulación e implementación de un modelo de atención al embarazo y parto que responda

© Correo electrónico: [linaberrio@gmail.com](mailto:linaberrio@gmail.com)

<sup>i</sup> Este artículo se deriva de la tesis doctoral de la autora, denominada *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, con la cual obtuvo el grado de doctora en Ciencias Antropológicas en la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa. Además, este trabajo de investigación fue acreedor del primer lugar en la categoría doctorado de la séptima edición del concurso "Sor Juana Inés de la Cruz", del Instituto Nacional de las Mujeres.

a las necesidades de las mujeres indígenas y que favorezca el ejercicio de sus derechos.<sup>ii</sup> La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) elaboraron un modelo denominado “Atención a las mujeres en el parto: enfoque humanizado, intercultural y seguro”,<sup>8</sup> el cual recoge diversas recomendaciones orientadas a la atención del embarazo y el parto desde una perspectiva que otorga mayor centralidad a las usuarias de los servicios y recupera elementos de otros modelos alternativos de atención entre ellos la partería tradicional. Sin embargo, la implementación por parte del sector salud aún es incipiente.

Un elemento fundamental en el diseño de una propuesta de atención a las mujeres indígenas es reconocer la presencia de un número importante de parteras empíricas en todo el país y la cantidad de partos que atienden. Según datos de la Secretaría de Salud, en la actualidad existen más de 15 000 parteras en México y en 2014 trajeron al mundo a 30 133 niñas y niños.<sup>9</sup> Las entidades con mayor número de partos atendidos por estas curadoras son Chiapas con 8 055, equivalentes a 26% del total de partos en la entidad; Veracruz con 5 047, correspondientes a 16.7%; Puebla con 3 710 (12.5%) y en cuarto lugar, Guerrero con 2 184 partos que representan 7.25% del total estatal.<sup>9</sup>

La atención brindada por las parteras empíricas no se limita al parto, pues hay un vasto abanico de saberes propios, prácticas de atención, rituales de protección y cuidado realizados antes, durante y después del evento obstétrico, los cuales constituyen una síntesis de saberes culturales orientados a la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud. Al respecto, hay numerosos trabajos que han abordado estos temas y el papel de las parteras tradicionales en los procesos de embarazo, parto y puerperio, entre ellos el de Sánchez,<sup>10</sup> Paredes,<sup>11</sup> Araya,<sup>12</sup> Méndez,<sup>13</sup> para Chiapas; Fagetti,<sup>14</sup> para el caso poblano; Gómez,<sup>15</sup> en Oaxaca; Reyes,<sup>16</sup> para la meseta purépecha, y Martínez,<sup>17</sup> en Morelos, entre otros. Todos son estudios de corte cualitativo que muestran con detalle los elementos del orden cultural, simbólico y ritual asociado al proceso de gestación, parto y postparto entre diversos pueblos indígenas, así como las prácticas de atención y cuidado desarrolladas en cada una de estas etapas.

En este artículo me interesa compartir algunas prácticas de atención derivadas del sistema de salud tradicional y popular, que se realizan entre mujeres indígenas Na saavi (mixtecas) y Nancue Nomnda (amuzgas) de la Costa Chica de Guerrero. Este acercamiento se deriva de mi tesis doctoral en esta región, en la que analicé las normatividades de género y las prácticas de atención comunitaria e institucional para cuidar la salud de las mujeres durante el embarazo,



<sup>ii</sup> Varios de los elementos que este modelo debería incluir han sido abordados por diversas personas investigadoras, como Freyermuth, Sesia, Campos, Zolla, entre otras y en el sector salud existen aportaciones de la Dirección de Medicina Tradicional. Al respecto se puede consultar el libro *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*.<sup>7</sup>

parto y puerperio.<sup>18</sup> Esta investigación es de corte cualitativo y se llevó a cabo un trabajo etnográfico de más de un año en la región. Además, se combinó con el análisis de información epidemiológica, estadística y de documentos oficiales de política pública, así como entrevistas en profundidad realizadas a mujeres en edad reproductiva.<sup>iii</sup>

## Formas de atención tradicional durante el embarazo y parto en la Costa Chica de Guerrero

Entre las mujeres Na Savi (mixtecas) y Nancue Nomnda (amuzgas) el embarazo se considera como un periodo natural en la vida de la mujer y se espera que ocurra sin mayores complicaciones o cuidados especiales. Anteriormente, durante esta etapa las mujeres acudían con su partera, pero desde hace varios años, debido a la mayor presencia de servicios biomédicos en sus localidades y en particular por la obligatoriedad de atención prenatal establecida por los programas de transferencia condicionada de recursos (Progresá, Oportunidades y ahora Prospera), también empezaron a asistir con el personal de salud, aunque buena parte de ellas continúa acudiendo de forma paralela con las parteras para que las revisen, soben o acomoden a su bebé.

Las recomendaciones tradicionales de parteras, parteros, madres, abuelas y en general de las comunidades, se centran en el ámbito de la alimentación y la actividad física. En el primer caso se busca garantizar que la mujer y su bebé estén “sanos, fuertes y creciendo de manera adecuada”. Esto se verifica de manera informal a través de la apariencia física de la gestante; si se observa palidez y bajo peso, de inmediato se hace el diagnóstico por parte de suegras, parteras o mujeres con mayor experiencia: “está anemia”, es la expresión

utilizada para referirse a estos signos. Antes, las prescripciones curativas se orientaban hacia un incremento en el consumo de frijol, quelites, yerba mora, entre otros alimentos. En la actualidad, derivado de la mayor cercanía con el discurso biomédico, algunas mujeres, en especial las promotoras de salud o las vocales del programa Oportunidades/Prospera, también recomiendan el consumo de hierro.

Respecto a las actividades físicas, la sugerencia es seguir trabajando, desarrollando labores domésticas y evitando dormir de día para “no echar panza” o evitar que “el bebé se pegue”,<sup>iv</sup> lo que dificultaría el parto. Con frecuencia, las mujeres primerizas son reconvenidas por sus suegras para evitar dormir durante el día, pues se considera un símbolo de pereza que tendría repercusiones directas en el momento del parto, ya que la ausencia de actividad física durante el embarazo se asume como causa de partos complicados o lentos.

Asimismo, se espera que las mujeres lleven a cabo actividades domésticas prácticamente hasta el momento del parto, pero se tienen claras indicaciones en cuanto a no cargar cosas pesadas, no traer leña del río y en general evitar esfuerzos físicos excesivos. En especial, los testimonios de las mujeres de mayor edad remiten a labores productivas y reproductivas realizadas durante todo el embarazo, o mencionan de forma reiterada situaciones en las que el parto inició durante una actividad de trabajo en el hogar o en el campo.

En el caso de las más jóvenes, se identificaron recomendaciones de reposo o disminución de actividades físicas en el último mes. Tal vez esta es una de las diferencias generacionales que es posible observar: por una parte la exaltación de las mujeres mayores al valor del trabajo, la actividad física, el parto natural en casa y la recuperación rápida, incluso algunas personas perciben la inactividad como debilidad o flojera de las más jóvenes. Sin embargo, la anterior no es una posición homogénea, pues muchas mujeres de mediana edad que han vivido diferentes experiencias a lo largo de sus gestas o

<sup>iii</sup> Metodológicamente se hizo una división de las mujeres en tres grupos de edad para analizar diferencias en sus trayectorias reproductivas y prácticas de atención. Los grupos se clasificaron de la siguiente manera: mujeres jóvenes de 15 a 24 años, medianas de 24 a 35 años y mayores de 35 a 49 años. La investigación contó con el consentimiento de las participantes y en este artículo se han utilizado seudónimos para proteger su identidad.

<sup>iv</sup> Expresiones émicas para referirse a un embarazo de gran volumen (echar panza) y a uno en el que la o el bebé se encaja (se pega) y no desciende de manera adecuada durante el parto.

mujeres mayores que acompañan a sus nueras consideran que hoy en día hay más cuidado y, por lo tanto, existen mejores condiciones que antes.

En este sentido, el embarazo no significa una reducción del trabajo productivo y reproductivo que deben asumir las mujeres, ya que mantienen la actividad física asociada al cuidado del hogar y de las y los otros hijos, así como el trabajo en la milpa, la producción de artesanías o cualquier otra labor que les genere un ingreso adicional. Debido a que se concibe el embarazo como un estado natural, no se espera la disminución sustantiva en las actividades, aunque en algunas comunidades se recomienda no cargar pesado, no hacer coraje y comer bien, pero el trabajo cotidiano no se detiene. Tal vez solo en el puerperio se asume la necesidad de reposo o el incremento en los cuidados y las actividades asociadas al sostenimiento del hogar por parte de las y los otros integrantes de la familia.

De acuerdo con lo anterior, las mujeres mayores representan de manera más clara la concepción tradicional comunitaria, en la que el embarazo es considerado como un proceso natural, parte de la vida cotidiana de las mujeres durante muchos años<sup>v</sup> y por lo tanto, no se requiere una atención especial. Debido a esto, el único recurso de atención disponible para las mujeres de su época eran las parteras, sus suegras y madres. Solo en caso de complicación se acudía con el personal médico, pues implicaba salir de su comunidad o del rancho donde trabajaban para desplazarse caminando durante dos horas y media hasta la cabecera municipal más cercana. En la actualidad,

las mujeres no asisten de manera necesaria con la partera cada mes ni desde el principio de la gesta, pues existe preferencia por acudir una vez que el vientre se hace visible, para recibir masajes o sobadas que alivien el cansancio y garanticen que la o el bebé venga en posición adecuada o acomodarle si se requiere. Esto sucede en particular si la mujer tiene una experiencia reproductiva, pues se asume que la gestante cuenta con las habilidades necesarias para reconocer un buen o mal embarazo.

Por lo tanto, se confía en los saberes propios y se llama a la partera al momento del parto o lo atiende la propia mujer cuando ya tiene varias gestas previas. Así se mantiene la importancia de las redes familiares, en especial de las suegras, en el cuidado de la salud durante el embarazo, pero también se incluyen los recursos biomédicos. Este fue el caso de Margarita, pues su suegra es partera y la revisó durante su embarazo, pero de forma paralela la envió al centro de salud:

Mi suegra me revisaba la barriga, iba el centro (de salud) también, a los dos lados. Y si me duele la barriga, mi suegra me ponía, me acostaba y me veía la barriga y decía que está bien el bebé. También iba allá, al centro. Allá me decían que iba a ir yo al centro, pues a San Luis, para tener la niña y ya no juí (sic). Me da pena ir al centro porque dicen que allá está feo con la mujer; yo no quiero así, lo tuve en la casa. Me daba pena, pues por eso tuve a la niña en la casa.

Margarita, mixteca, 20 años



<sup>v</sup> Alrededor de dos décadas, si se considera que las mujeres inician su vida reproductiva entre los 15 y los 35 años, aproximadamente.

Como ella, muchas mujeres jóvenes y mayores optan por atenderse en su casa, pues consideran que ahí reciben una atención más cercana. En este sentido, la investigación doctoral evidenció que las preferencias de atención en casa se concentraban entre las mujeres mayores de 24 años, con una trayectoria reproductiva mediana o amplia y quienes contaban con una experiencia previa. Mientras que las mujeres más jóvenes (de 15 a 24 años) tenían mayor preferencia por la atención del parto en unidades de salud y este es el grupo en el que se percibió mayor medicalización durante el embarazo y el parto.<sup>vi</sup>

## Prácticas de atención durante el parto

Un momento de gran importancia para la mujer y su familia es el parto tradicional, pues es un ritual que concreta la llegada de un nuevo ser. Por lo tanto, se inscribe en una serie de elementos que hacen parte de los sistemas de salud indígena, entre ellos la relación frío-caliente y la incorporación de la religiosidad como elemento de protección y ayuda que se materializa en un complejo y diverso sistema de rezos, en los que se mezcla la religiosidad católica con elementos indígenas de gran eficacia simbólica. Lo anterior constituye un sistema de creencias compartidas por la parturienta, las y los curadores (en este caso, parteras) y la familia.

Por otra parte, la casa se convierte en el espacio simbólico donde la vida nace y eso implica procesos de reproducción física y social,<sup>20</sup> los cuales son vividos de manera colectiva, con la participación de personas significativas para la parturienta: su esposo, su suegra y su mamá. El número y las personas que están presentes durante el trabajo de parto son definidos por la mujer, en especial cuando se encuentra cerca de su fase expulsiva. La posición para el alumbramiento es elegida por ella, según lo que su cuerpo le va indicando, esto genera mayor comodidad o facilidad y lo mismo ocurre con la posición adoptada en ese momento por el varón u otra persona de la familia que la acompaña en el proceso, ya que su función es sostenerla de frente, de espalda o sentada,

mientras ella se hinca, por lo que la mantiene de pie o ejerce presión sobre el vientre, calienta el espacio o sujeta la cobija, al igual que las suegras y madres. Además, siempre se siguen las indicaciones de la mujer y de la partera.

Al iniciar el trabajo de parto, cuando se tiene certeza que ya está cercano el momento expulsivo, es muy importante garantizar una temperatura adecuada, tanto ambiental como corporal, que contribuya a generar las condiciones para la dilatación. Por ello, el trabajo inicia dando a la parturienta un té de hierbas calientes que la ayude a calentar el cuerpo y a provocar las contracciones. Después, cuando inicia el parto, la mujer es ayudada por alguna persona de su familia para mantenerse en la posición de cuclillas.

Por lo general, quienes intervienen en este proceso son la mamá y/o la pareja, quienes la sostienen y la partera da las indicaciones. Una vez que nace la o el bebé, la partera lo recoge, lo limpia y lo entrega con la madre, mientras esperan que caiga la placenta, lo que acontece con bastante facilidad, según sus relatos. En caso de demora, la solución utilizada en toda la región es meterle la punta de la trenza en la boca para provocar un fuerte movimiento, semejante a las “ganas de vomitar”, lo que favorece la expulsión de la placenta. Así, Esperanza narra cómo es ese proceso entre las amuzgas, desde el momento del parto hasta el entierro de la placenta y los primeros cuidados de la o el niño:

Pues aquí, en la medicina tradicional se acostumbra darle el tecito de cerezo, para que ella caliente más rápido su cuerpo y sea más rápido el parto. Es la costumbre que tienen las parteras. Se le da el tecito de manzanilla, el té de yerbabuena o el té de cerezo, cuando el dolor no apura. Dicen ellas que es para que caliente el cuerpo, es una forma de calentamiento. Y ya en el momento del parto, la prepara la partera. Le tiene su nylon, le tiene su trapo para que ella y el bebé no se lastimen. Entonces aquí, como tenemos la costumbre de hincarnos, la partera se pone detrás de ella esperando que el bebé nazca. En el momento en que el bebé nazca, la partera lo recibe con cuidado para acostarlo y esperar a que la placenta nazca. Entonces, hincada es la manera.

Esperanza, amuzga, 48 años

<sup>vi</sup> En otro texto de mi autoría se analizan las diferencias en las prácticas de atención y las trayectorias reproductivas de cada grupo de edad y se abordan con mayor detalle las preferencias y prácticas de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.<sup>19</sup>

## Diferencias en la atención

En las unidades de salud, en especial en los hospitales, existe la restricción para elegir la posición durante el parto y tampoco se permite la compañía de familiares o parteras, estas son algunas de las diferencias entre el sistema de salud tradicional y el biomédico. Las mujeres a quienes se entrevistó manifestaron que les gustaría modificar ambas prácticas por las implicaciones que tiene al aumentar la dificultad y el tiempo de expulsión, la vergüenza que implica la desnudez durante ese momento, las molestias frente a las continuas revisiones por parte del personal de salud y la frialdad y excesiva luminosidad de la sala de expulsión, cuando para ellas el parto es un momento caliente. Por lo anterior, en esa región en la que la temperatura llega a los 35 grados en promedio, las mujeres se cubren con cobijas sobre su cuerpo mientras expulsan, con el fin de generar mayor calor y acelerar el proceso; misma función que cumplen los tés de hierbas tradicionales

En este sentido, la prohibición de ingesta de líquidos y la alimentación durante el trabajo de parto y en el puerperio inmediato o la oferta de

alimentos considerados como poco adecuados debido a su carácter frío, también fueron mencionados por las mujeres como motivo de malestar frente a las prácticas desarrolladas institucionalmente.

Otra diferencia que tiene gran importancia en las valoraciones que las mujeres hacen sobre la atención hospitalaria, es el tipo de trato recibido por parte de las y los prestadores de servicios, el cual califican como frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato, violencia obstétrica y violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, las cuales llevan implícitas relaciones de poder y subordinación por parte del saber médico.

A pesar de lo anterior, cada vez son más las mujeres que atienden su parto en unidades hospitalarias, en parte por la presión que ejerce el sector salud, en particular sobre quienes reciben los beneficios de algún programa social como Prospera. Por otro lado, ellas o sus familiares toman esta decisión en búsqueda de lo que consideran como mayor seguridad o por un deseo de cerrar su etapa reproductiva mediante una obstrucción tubaria bilateral postparto. Lo cierto es que en la Costa Chica, como en muchos otros lugares del país, el periodo de embarazo, parto y puerperio está marcado por un pluralismo médico y la coexistencia de diversas personas curadoras, tanto biomédicas como tradicionales.



Para avanzar en la reducción de la morbimortalidad materna, pero sobre todo con el fin de mejorar la salud y garantizar el pleno ejercicio de derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, es primordial reconocer de manera explícita y amplia el papel que tienen las y los curadores tradicionales (como las parteras), las mujeres y sus familiares en el desarrollo de acciones de cuidado, atención y preservación de la salud durante estas etapas.

## Reflexiones finales

Pese a la existencia de un importante marco normativo nacional e internacional en materia de derechos de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud, nos encontramos con un país pluricultural que mantiene un sistema de salud monocultural, al que se le dificulta responder de forma adecuada y oportuna a las necesidades planteadas por las usuarias. Sin embargo, esta perspectiva biomédica es insuficiente para atender la diversidad existente en el país y en muchos casos puede violentar los derechos de las mujeres y de los pueblos indígenas. A pesar de los esfuerzos por institucionalizar las prácticas de atención del parto, observamos que para muchas mujeres indígenas la atención con parteras tradicionales o la autoatención en su hogar siguen siendo una opción muy importante y que coexiste con las prácticas biomédicas institucionales.

Por otra parte, contar con una atención que cumpla con los cuatro elementos que implica el derecho a la salud, es decir: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, es un asunto de derechos para todas las mujeres y hombres en este país. En este sentido, queda abierta la invitación a establecer puentes efectivos de comunicación y trabajo conjunto entre el sistema de salud, las parteras tradicionales, las mujeres y los pueblos indígenas. Lo anterior debe partir del reconocimiento efectivo de los diversos modelos médicos, la participación social y condiciones de relación que no se basen en la subordinación. Un llamado adicional es implementar, mantener, replicar y asignar recursos a estrategias de adecuación intercultural, que sin ser la panacea ni implicar cambios estructurales en el sistema de salud han demostrado ser útiles para garantizar a las mujeres condiciones de mayor dignidad y cercanía durante la atención de sus procesos reproductivos.

## Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Geografía y Estadística [Internet]. México: INEGI; c2010-2015 [Consultado 8 septiembre 2015]. Población hablantes de lengua indígena en México; [una pantalla]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>
2. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [Internet]. México: CDI; c2010-2014. [Consultado 31 agosto 2015]. Cédulas de información básica de los pueblos indígenas de México [dos pantallas]. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1327:cedulas-de-informacion-basica-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-&catid=38&Itemid=54](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1327:cedulas-de-informacion-basica-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-&catid=38&Itemid=54)
3. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Guía para la acción pública: afrodescendencia. Población afrodescendiente en México. México: CONAPRED; 2011.
4. Menéndez E. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Publicación científica No 540. Washington D.C.: OPS; 1992. p. 205-229.
5. Freyermuth G, Luna M. Numeralía 2013. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México; 2015.
6. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 [base de datos en Internet]. México: INEGI; c2014 [Consultada 8 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/LeerArchivo.aspx?ct=48033&c=33720&s=est&f=4>
7. Almaguer A, Vargas V, García H, coordinadores. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Tercera edición. México: Secretaría de Salud; 2014.
8. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Cultural. Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. México: DGPLADES-SSA; s.f.
9. Dirección General de Información en Salud. Subsistema de información de nacimientos, SINAC, 2014 [base de datos en Internet]. México: DGIS-SSA; c2008-2014 [Consultada 24 mayo 2015]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std\\_nacimientos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html)
10. Sánchez G, editora. Imagen instantánea de la partería en México. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur-Asociación Mexicana de Partería; 2015.
11. Paredes V. Colocando curitas en arterias abiertas. De políticas interculturales y atención de parto en San

Andrés Larrainzar [tesis de maestría]. México, D.F.: CIESAS-D.F.; 2012.

12. Araya M. Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal. Quito, Ecuador: Ed. Abya Yala; 2011.
13. Méndez H. El papel de la partera indígena durante la maternidad en el ejido Nuevo Paraíso, municipio de Yajalón, Chiapas [tesis]. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas; 2010.
14. Fagetti A. Saberes, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla. Puebla: Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Puebla; 2008.
15. Gómez F. Adquisición de los saberes prácticos de las parteras de la comunidad de Tataltepec de Valdés, Juquila, Oaxaca. Zona Chatina [tesis]. México, D.F.: Universidad Pedagógica Nacional; 2010.
16. Reyes Equiguas EM. La función de la partera en la asistencia al embarazo, parto y puerperio en las mujeres de San Juan Nuevo Parangaricutiro. México, D.F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2000.
17. Martínez A. El embarazo y el parto en Tepoztlán, Morelos. Bajo los umbrales de la religiosidad [tesis]. México, D.F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 1998.
18. Berrío L. Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y Salud Materna en Mujeres Indígenas de la Costa Chica de Guerrero [tesis doctoral]. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa; 2013.
19. Berrío L. Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. En: Sánchez Bringas MA, coordinadora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México, D.F.: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 211-243.
20. Colen S. (1995). Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York. En: Ginsburg F, Rayna R., editors. Conceiving the new world order: global politics of reproduction. Berkeley: University of California Press; 1995. p.78-102.



# Implantación del “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”: Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo<sup>i</sup>



Esteban Montoya Zamora

## Hernán José García Ramírez<sup>@</sup>

Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención  
Dirección de Medicina Tradicional  
y Desarrollo Intercultural  
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Secretaría de Salud

## José Alejandro Almaguer González<sup>i</sup>

Director de Medicina Tradicional  
y Desarrollo Intercultural  
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Secretaría de Salud

## Marco Antonio Ortega Sánchez<sup>i</sup>

Ginecoobstetra  
Encargado del Centro Estatal  
de Capacitación en Parto Humanizado  
Hospital General de Tula  
Servicios de Salud del Estado de Hidalgo

## Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama<sup>i</sup>

Ginecología y Obstetricia  
Medicina Materno Fetal

## Esteban Montoya Zamora

Subdirector de Atención a la Salud de la Mujer  
Servicios de Salud de Durango

## Introducción

El “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”<sup>1</sup> tiene como fin mejorar la calidad técnica y relacional en la atención perinatal, lo que es fundamental para avanzar en el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5: mejorar la salud materna, cuyas metas consisten en reducir la razón de muerte materna (RMM)<sup>ii</sup> en tres cuartas partes entre los años 1990 y 2015, así como lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.<sup>2</sup> Este modelo se sustenta en los Derechos Humanos reconocidos como obligatorios en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el marco normativo vigente, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las evidencias científicas más actuales.

En sus inicios, este modelo tuvo los nombres de “parto vertical” y “atención intercultural del parto”, en el año 2012 su denominación definitiva fue determinada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), ambas pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA). Asimismo, se señaló que el modelo se enfoca en la atención a las mujeres como sujetas de derechos y protagonistas en la toma de decisiones, por lo que se refiere a ellas en plural para reconocer su diversidad.

El término de *enfoque humanizado* implica personalizar la atención, por lo que la ciudadana usuaria y quien presta los servicios dejan de ser objetos y engranes de un proceso mecánico y rutinario, para considerarse sujetos en condiciones de respeto, empatía y con capacidad de tomar decisiones. Lo que se pretende es que vivan la experiencia del nacimiento como un momento placentero y con dignidad humana.

Respecto al *enfoque intercultural*, hace referencia a la convivencia entre personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, por lo que se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica, dentro de un contexto compartido, aunque no exento de conflicto y donde las diferencias se resuelven en razón de los derechos. Así, se pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud.

Dichas barreras se tipifican en estructurales (normas y procedimientos como el colocar en posición de litotomía a todas las mujeres), las que se dan en los espacios (diseño y señalamientos), las que manifiesta el personal de salud (comportamientos discriminatorios y falta de conocimiento de los códigos culturales de la población) y las que manifiestan las personas usuarias (por experiencias negativas en los servicios y la reproducción de actitudes sexistas y androcéntricas no permiten que las mujeres decidan sobre su atención). Asimismo, algunas de estas condicionan que la población identifique el hospital como fuente de riesgos de enfermedad, por lo que existe miedo y no acuden a estos sitios.<sup>iii</sup>

Por su parte, la atención perinatal intercultural<sup>iv</sup> reconoce las opiniones de las usuarias y de quienes prestan servicios de salud desde su propia singularidad, incorporando mecanismos de escucha, enriquecimiento mutuo y sinergia, lo que incluye aportes de diferentes modelos clínico-terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, así como el trabajo conjunto con parteras tradicionales.

En cuanto al término seguro, se refiere al aprovechamiento de las evidencias científicas más actuales y el uso que hace el personal de salud de ellas para disminuir el riesgo en la atención de las mujeres. Asimismo, en la actualidad se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, actualización

<sup>i</sup> Validador de la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, actualización diciembre de 2014.

<sup>ii</sup> Correos electrónicos: [educeverhg@hotmail.com](mailto:educeverhg@hotmail.com), [jalejandromaguerg@gmail.com](mailto:jalejandromaguerg@gmail.com), [marcoantonioortegasanchez@yahoo.com.mx](mailto:marcoantonioortegasanchez@yahoo.com.mx), [danyboy\\_23@yahoo.com](mailto:danyboy_23@yahoo.com) y [dresteban412@hotmail.com](mailto:dresteban412@hotmail.com)

<sup>iii</sup> La razón de muerte materna expresa la probabilidad de fallecimiento por cada 100 000 nacidos vivos.

<sup>iv</sup> Algunas prácticas cotidianas del personal de salud se relacionan con este miedo y con la inasistencia de las mujeres a los nosocomios. Por ejemplo, retirar los elementos de protección, como los listones rojos; imponer la posición horizontal en el parto, que para las mujeres indígenas es motivo de mayor dolor y dilación en el proceso, maltrato y frases humillantes que producen coraje e impotencia y podrían incidir en enfermedades futuras y en afectaciones durante el parto.

<sup>v</sup> La línea de Acción 4.2.3. del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013–2018 señala: “Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.”<sup>3</sup>

diciembre de 2014,<sup>4</sup> la que señala cuáles son las mejores intervenciones en cada momento del parto. Este abordaje incluye la definición y promoción de modelos de espacios de atención en condiciones de seguridad y competencia cultural, como la Unidad de Posada de Nacimiento.

Desde el año 2008, este modelo favoreció el desarrollo de implementos específicos para facilitar su operación (mesas y bancos obstétricos, batas humanizadas), los que fueron definidos en procesos de participación intercultural y se basaron en la escucha a mujeres usuarias, obstetras, parteras y enfermeras. Estas acciones fueron coordinadas por personal del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) y de la DGPLADES.

De esta forma, se ha brindado capacitación teórico práctica sobre este modelo en más de 30 unidades de salud y hospitales de la SSA, entre los que destacan dos por su implantación completa: Hospital de La Guajolota, en Durango (desde noviembre de 2013) y Hospital General de Tula, en Hidalgo (desde febrero de 2014).

## Hospital Integral La Guajolota: ejemplo intercultural<sup>v</sup>

Este nosocomio se encuentra ubicado en la sierra del estado de Durango y fue inaugurado el 7 de julio del año 1999, pertenece al municipio San Francisco del Mezquital y atiende a la mayoría del grupo étnico de los tepehuanos del sur, así como a población huichola y mexicana. Desde el inicio de sus operaciones incluyó en su atención el enfoque intercultural, con la incorporación de espacios con terapeutas tradicionales, entre personas yerbateras, sobadoras y parteras.

La capacitación teórico-práctica para el personal de salud se llevó a cabo entre el 28 y el 31 de octubre de 2013<sup>vi</sup> y se incluyó a las parteras tradicionales de la región. Los objetivos fueron:

1. Sensibilizar y capacitar al personal de salud en el “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado intercultural y seguro”.
2. Establecer acuerdos entre el personal de salud y las parteras tradicionales participantes, con el fin de mejorar la atención perinatal de las mujeres indígenas a través de la metodología “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”.
3. Favorecer la implantación de este modelo de atención en conjunto con las parteras tradicionales indígenas de las etnias tepehuana, huichola y mexicana.



Esteban Montoya Zamora

<sup>v</sup> Esta sección del artículo fue elaborada por el doctor Esteban Montoya, quien dedica su colaboración a su esposa Selena Pérez Navar y a su hija Selene, que en paz descansa.

<sup>vi</sup> Este proceso de capacitación contó con el apoyo del doctor Edgar Guadalupe Ortiz Barboza, director del hospital, y fue clausurado por el doctor Eduardo Díaz Juárez, secretario de Salud y director general de los Servicios de Salud de Durango, así como por la señora Teresa Álvarez del Castillo de Herrera, presidenta del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia.

De esta manera, se integró el conocimiento de este modelo bajo la normatividad vigente, la articulación y la entrega de equipo a las parteras tradicionales de esta región, en conjunto se conformaron estrategias para la reducción de la mortalidad materna, las cuales fueron definidas por el secretario de los Servicios de Salud de Durango.

El proceso de capacitación se realizó dos meses después de la tercera defunción materna, ocurrida el 9 de agosto de 2013 –Día Internacional de las Poblaciones Indígenas– y cuya causa directa fue una hemorragia obstétrica posparto consecutiva a atonía uterina. Esto indignó a la comunidad y se consideró como un área de oportunidad para recibir el apoyo de la DGPLADES, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), para capacitar e implantar este modelo de atención, el cual se otorgó a partir del 1° de noviembre de ese mismo año. Desde entonces, en el Hospital Integral La Guajolota se atienden todos los partos de manera humanizada e intercultural, en posiciones verticales y se permite la entrada de alguna persona de la familia elegida por las usuarias, con acompañamiento y trabajo conjunto de las parteras tradicionales, si las mujeres así lo solicitan.

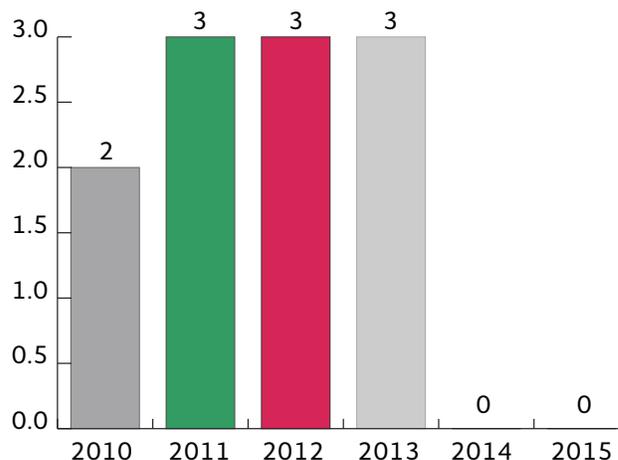
A partir de la implementación de este modelo de atención no se ha presentado otra defunción materna en el área de influencia de la zona de La Guajolota.<sup>vii</sup> Los resultados en la reducción de la mortalidad materna se reflejan en las gráficas 1 y 2, que indican la disminución de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, así como de la RMM.

**Gráfica 1. Razón de muerte materna. Área de influencia del Hospital Integral La Guajolota, Durango. 2010-julio de 2015**



Fuente: elaboración propia.

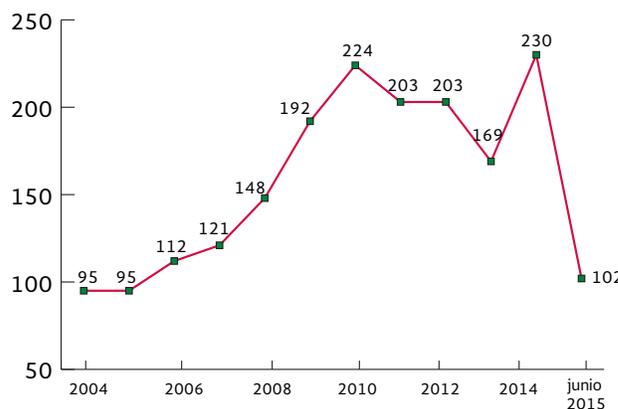
**Gráfica 2. Número de defunciones maternas. Área de influencia del Hospital Integral La Guajolota, Durango. 2010-julio de 2015**



Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 3 se muestra el número de partos atendidos de forma anual desde 2004, año en el cual se inició este registro, y hasta el mes de junio de 2015.

**Gráfica 3. Número de partos atendidos. Hospital Integral La Guajolota, Durango. 2004-junio de 2015**



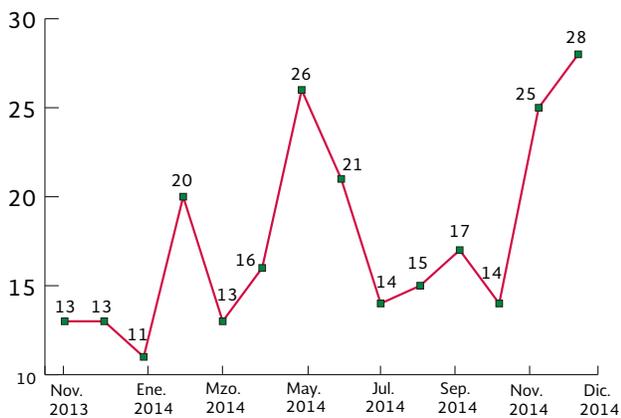
Fuente: elaboración propia.

Como puede observarse en la gráfica 4, en el mes de noviembre de 2013 se atendieron 13 partos con el “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, después se ha utilizado la mesa obstétrica para atención

<sup>vii</sup> Esta zona abarca San Miguel de Temohaya, Las Margaritas, Mesa de Platanitos, Agüita Zarca, Laguna del Chivo, Santiaguillo, Los Charcos, La Guajolota, Santa María de Ocotán, Llano Grande, Las Flores y Santa María de Huazamba.

intercultural del parto en posición vertical, diseñada por la DGPLADES y el CENETEC. De esta forma, desde la implantación del parto vertical humanizado y hasta el mes de junio del año 2015, se han atendido 348 partos, en los cuales no se han presentado complicaciones.

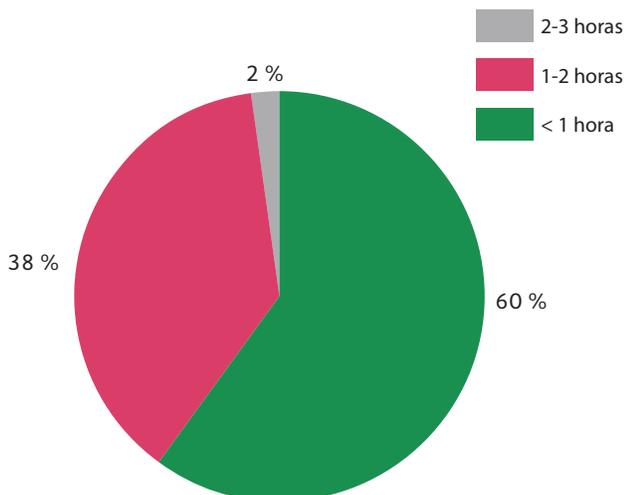
**Gráfica 4. Número de partos verticales atendidos. Hospital Integral La Guajolota, Durango. Noviembre de 2013 a diciembre de 2014**



Fuente: elaboración propia.

Este modelo de atención también ha impactado en la disminución del tiempo de trabajo de parto intrahospitalario, pues 60% de las mujeres atendidas utiliza menos de una hora desde el momento de su ingreso hasta el nacimiento.

**Gráfica 5. Tiempo total de trabajo intrahospitalario. Hospital Integral La Guajolota, Durango**



Fuente: elaboración propia.

En este sentido, consideramos que al desbloquear los mecanismos fisiológicos es factible una adecuada acción de sustancias naturales como la oxitocina, la endorfina y la relaxina, para lo cual es indispensable una atención más humanizada, sin estrés y sin realizar molestas acciones de rutina, como la episiotomía, la ruptura artificial de membranas, la inductoconducción del trabajo de parto, la realización de tricotomías y el uso de enemas. Los mecanismos fisiológicos también se potencian con el acompañamiento psicoemocional del personal de salud, la familia y la partera, con explicaciones en su lengua materna, la utilización de masajes, la posición vertical y la eliminación de otras barreras culturales.

Este modelo de atención incluyó el trabajo conjunto con las parteras tradicionales, con acciones de referencia más eficaces para el control de las mujeres en la unidad médica más cercana, así como la detección de señales de alarma.<sup>viii</sup> Lo anterior facilitó la referencia oportuna de la emergencia obstétrica por hemorragia postparto, la estabilización y la comunicación con el hospital resolutivo, así como la implementación de un equipo de respuesta inmediata, en el que las parteras tradicionales son el pilar fundamental para evitar la muerte materna. Este encuentro de enriquecimiento mutuo evitó dos defunciones relacionadas con hemorragia obstétrica y el proceso de atención con enfoque intercultural se fortaleció con las siguientes acciones:

1. Capacitación en soporte vital avanzado para la atención de la emergencia obstétrica.
2. Convenio de traslado aéreo para el envío inmediato y oportuno de la usuaria con emergencia obstétrica y perinatal.
3. Creación de redes sociales de apoyo con el componente de madrinas y padrinos comunitarios.
4. Difusión de mensajes de salud que incluyan las lenguas hablantes de la región y a través de radiodifusora de Santa María de Ocotán: "La voz de los tres pueblos".
5. Capacitación en la temática de interculturalidad y salud en los hospitales integrales y centros de salud pertenecientes a los Servicios de Salud de Durango, así como en las unidades de medicina rural de IMSS Prospera.
6. Capacitación en reanimación del recién nacido a las parteras tradicionales.

<sup>viii</sup> Cabe señalar que las parteras tradicionales y el personal brigadista de las unidades móviles imparten pláticas a las mujeres y a sus familias sobre el reconocimiento de señales de alarma en el embarazo y el trabajo de parto.

A partir de la experiencia de la implantación de este modelo en el Hospital Integral La Guajolota se han identificado beneficios que inciden en la difusión del trato y atención dignos para la población de comunidades cercanas, como son:

- Disminución de la morbilidad materna y perinatal.
- Inicio precoz de la unión madre-hija o hijo, que beneficia el comienzo exitoso de la lactancia materna y fortalece la iniciativa “Hospital amigo del niño y la niña”.
- Trabajo de parto con duración más corta y evitando acciones rutinarias que afectan la integridad de las usuarias y que tienen repercusiones negativas, como la episiotomía, el uso la ruptura artificial de membranas y solicitar a las mujeres en trabajo de parto que realicen esfuerzos de pujo de larga duración y con la mayor fuerza posible.
- Presencia de profesionales de la salud con competencia intercultural y conocimientos sobre los usos y costumbres, así como el apoyo de las parteras tradicionales de la región.
- Seguimiento efectivo mayor a 24 horas del puerperio inmediato con estancia intrahospitalaria.
- Incremento de la demanda de atención en el número de partos atendidos.
- Posicionamiento de una cultura de buen trato en el embarazo, parto y puerperio, fundamentada en las evidencias científicas y los Derechos Humanos.

- Uso de métodos de planificación familiar posterior al evento obstétrico, basados en una comunicación respetuosa y digna.

Estos beneficios, aunados a la exitosa experiencia de la implantación de este modelo, nos permiten proyectar y considerar acciones futuras, como su consolidación en los Servicios de Salud en los municipios con mayor razón de mortalidad materna, como Victoria de Durango y Gómez Palacio. Asimismo, es factible distribuir seis mesas de parto vertical y ocho bancos ergonómicos en los Hospitales Integrales de La Guajolota, Huazamota, Mezquital y El Salto, e incluir a otros nosocomios en la implantación de ese modelo. La intención es brindar estímulos a las parteras tradicionales que tienen mayor vinculación con los hospitales con el fin de ofrecerles condiciones operativas (equipo y capacitación) para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, incorporándolas de manera orgánica en las redes de servicios.

**Hospital General de Tula: centro estatal de capacitación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”<sup>ix</sup>**

Este hospital se inauguró el 16 de mayo del año 2006 y su zona de influencia es urbana y rural, por lo que se atiende a población mestiza e indígena ñaño (otomí) y nahua. En la actualidad cuenta con 60 camas censables (18 para Ginecología y Obstetricia), tres quirófanos (uno para el área de nuestro interés), una sala de atención de parto y una sala de labor con ocho camas.

El objetivo principal de la implantación del modelo del parto humanizado en el Hospital General de Tula fue mejorar la calidad de la atención de la mujer embarazada y constituirse como ejemplo en la ruptura de paradigmas, con el fin último de disminuir la muerte materna.

Desde el año de 2004, personal de este hospital y del Hospital General de Petróleos Mexicanos (PEMEX) de esa misma región asesoró a la



Esteban Montoya Zamora

<sup>ix</sup> Esta sección del artículo es una colaboración de los ginecoobstetras Marco Antonio Ortega Sánchez y Daniel Guillermo Gutierrez Guadarrama quienes dedican este esfuerzo a todas las madres y recién nacidas y nacidos que han muerto y/o sufrido de violencia obstétrica. Para que esto no vuelva a suceder más.

DMTyDI en la definición del modelo intercultural basándose en fundamentos científicos.<sup>x</sup> A partir del año 2007 inició un proceso de apertura para la implantación de este modelo en el primer hospital, mismo que se formalizó y consolidó en el mes de febrero de 2014.

Desde años antes, médicas y médicos obstetras del Hospital General de Tula cuestionamos nuestro quehacer diario ante las evidencias científicas, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el desarrollo de un modelo humanizado que se difundía en el continente americano. Las controversias se centraban en identificar el momento más adecuado para ingresar a las mujeres en trabajo de parto, la venopunción y la canalización rutinaria, la conducción con oxitocina, el enema evacuante previo a su ingreso y la tricotomía, entre otras prácticas.

A partir del 2006, en el Hospital General de Tula se llevaron a cabo dos cursos anuales de interculturalidad y al año siguiente, por invitación de la DGPLADES se participó en el diseño de la mesa obstétrica para atención intercultural del parto en posición vertical y se gestionó su adquisición en 2008. Asimismo, se propuso este modelo de atención como innovación a la calidad y se inició el proceso para su implantación, que ocurrió de manera gradual y durante el turno matutino, debido a algunas resistencias y comentarios de descalificación.

Así, sin violentar el curso de los procesos, se invitó al personal de salud para que conociera otra modalidad de atención y en 2010 se participó en el Foro Estatal de Calidad con un cartel alusivo.

El proceso de implantación de este modelo contó con el respaldo de la DMTyDI y la DGPLADES, así como del área de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud de Hidalgo<sup>xi</sup> y también se logró obtener el apoyo del doctor Pedro Luis

Noble Monterrubio, secretario de Salud de Hidalgo, y de otras autoridades.<sup>xii</sup> El resultado fue la realización de foros estatales de sensibilización y la implantación del modelo basado en evidencias científicas para garantizar su seguridad, para lo cual se contrató al doctor Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama, ginecoobstetra con especialidad en medicina materna fetal y experto en el aprovechamiento de las investigaciones científicas. Asimismo, se contó con el respaldo del doctor Roberto Castrejón Lugaro, quien ha impartido cursos para sensibilizar al personal del hospital.

Este proceso se consolidó en febrero de 2014 con la implantación al 100% del modelo en el Hospital General de Tula, lo que incluyó la adquisición de otras dos mesas obstétricas para atención intercultural en posición vertical y la exclusión de las mesas convencionales que se tenían para atención en posición de litotomía.

La transición al “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” inició con la selección del personal de Tococirugía con el mejor perfil para la propuesta y de forma gradual se logró la adhesión de otras y otros profesionales. Además, se demostró que las mesas obstétricas adquiridas permiten realizar las actividades necesarias para algunos casos, como la atención de distocia de hombros, episiotomías, episiorrafias y aplicación de fórceps.

Los resultados fueron positivos, por lo que el secretario de Salud de Hidalgo presentó esta experiencia exitosa en la VI Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de la Salud, del año 2014, y poco tiempo después anunció la incorporación gradual en el resto de la entidad, así como la constitución del Hospital General de Tula como centro estatal de capacitación en este modelo de atención, por lo que se han impartido varios cursos y se recibe a personal médico directivo de diversos hospitales para el trabajo que se realiza.

<sup>x</sup> Por parte del Hospital General de Tula participó el doctor Marco Antonio Ortega Sánchez, coautor de esta colaboración y por el Hospital General PEMEX de Tula lo hizo el anestesiólogo José Ramírez Ferral.

<sup>xi</sup> En particular del doctor Ivanov Sánchez Galicia, coordinador de los Programas de Cáncer de la Mujer, Lactancia Materna y Estrategia del Parto Humanizado e Intercultural en Posición Vertical

<sup>xii</sup> En específico del doctor José Antonio Copca García, subsecretario de Prestaciones de Servicios Médicos, del doctor Miguel Ángel Castellanos, director de Atención Hospitalaria, y del doctor Amado Rafael Meneses Monroy, director del Hospital General de Tula.

## El enfoque de evidencias en el Hospital General de Tula

Un aspecto fundamental para el éxito de este modelo fue definir que la atención perinatal del personal médico debe de ser regida por la medicina basada en evidencias, enfoque de la práctica de la Medicina que integra la mejor evidencia científica para tomar decisiones en el manejo médico.<sup>5</sup> A continuación se describen los elementos implantados en el Hospital General de Tula, los que se sustentan en este enfoque:

1. Posición vertical:<sup>xiii</sup> se realiza con la mesa obstétrica para la atención intercultural en posición vertical y diseñada en procesos interculturales por el CENETEC y la DGPLADES, permite que la mujer esté

sola o acompañada por una persona de su familia, quien está atrás de ella y se colocan en diferentes posiciones de acuerdo a su elección. Esta mesa ha sido exitosa para los propósitos esperados.

2. Acompañamiento y soporte continuo durante el trabajo de parto:<sup>xiv</sup> el hospital capacitó a dos psicólogas para que brinden el acompañamiento tipo “doula” en el turno matutino y el vespertino.<sup>xv</sup>
3. Apego inmediato “piel a piel” de madres y recién nacidos sanos,<sup>xvi</sup> apoyado por el personal de pediatría del hospital.
4. Manejo activo del tercer estadio trabajo de parto<sup>xvii</sup> con la aplicación de oxitócicos.
5. Pinzamiento tardío del cordón umbilical.<sup>xviii</sup>

<sup>xiii</sup> La posición vertical se refiere a la atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en el cual su torso y canal pelviano se encuentran en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal, correspondiendo a las posiciones de sentada, sentada acucillada, en cuclillas, hincada y de pie.<sup>6</sup>

De acuerdo con las revisiones sistemáticas de la Cochrane, la posición vertical ha demostrado durante el primer periodo del trabajo de parto una disminución en el tiempo de atención con una diferencia de medias ponderada (DMP) de -1.36 (intervalo de confianza (IC) 95% -2.22 a -0.51); disminución de cesárea con un riesgo relativo (RR) de 0.71 (IC 95% 0.54 a 0.94), reducción del uso de analgesia epidural con RR 0.81 (IC 95% 0.66 a 0.99) y disminución en la admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) con un RR 0.20 (IC 95% 0.04 a 0.89). Durante el segundo periodo del trabajo de parto sin anestesia epidural se ha demostrado la disminución en el número de partos vaginales asistidos (fórceps o vacuum) (RR 0.78; IC 95% 0.68-0.90), reducción del uso de episiotomía RR 0.79 (IC 95% 0.70-0.90), disminución en desgarros de segundo grado (RR 1.35; IC 95% 1.20-1.51); disminución en la pérdida sanguínea mayor de 500 cc (RR 1.65; IC 95% 1.32-2.60) y reducción en registros cardiotocográficos (RCTG) categorías 2-3 (se refiere a compromiso fetal) (RR 0.46; IC 95% 0.22-0.93). En primigravidas se reduce la duración del segundo periodo, media de 3.24 minutos (IC 95% 1.53-4.95 minutos).<sup>7</sup>

<sup>xiv</sup> Se refiere al acompañamiento psicoemocional personalizado y brindado por una persona durante todo el trabajo de parto, quien proporciona apoyo afectivo, identifica signos de la salud materna y fetal, ayuda a la respiración y relajamiento, incorpora algunas técnicas desmedicalizadas para disminución del dolor (masaje y puntos de presión) y está pendiente de cualquier alteración del trabajo de parto, comunicándola de forma inmediata al personal médico especializado. Puede ser brindado por personal de salud (en formación, “doulas” y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares.<sup>8</sup>

<sup>xv</sup> De acuerdo con la Cochrane, el acompañamiento psicoemocional continuo ha demostrado un aumento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.12), disminución en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.97), reducción en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79), disminución en el tiempo de parto DMP -0.58 horas (IC 95% -0.86 a -0.30), disminución en cesárea RR 0.79 (IC 95% 0.67 a 0.92), reducción en parto instrumentado RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96), disminución en el uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99) y reducción en la obtención de calificación de Apgar bajo RR 0.70 (IC 95% 0.50 a 0.96).<sup>9</sup>

<sup>xvi</sup> El apego inmediato es el contacto piel a piel entre la madre y la o el neonato de forma inmediata posterior al nacimiento. Consiste en colocar a la o el recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, estimulando la toma del pezón y el inicio temprano de la lactancia. También se llevan a cabo los primeros cuidados y la valoración del Apgar sobre la madre, se retrasa la somatometría y cuidados no urgentes.<sup>10</sup>

Según la Cochrane, el contacto inmediato piel a piel, demostró el aumento en la lactancia materna al mes y cuatro meses post-nacimiento RR 1.27 (IC95% 1.06-1.53), incremento en la duración de lactancia materna a 42.55 días (IC 95% -1.69 a 86.79), mayor estabilidad cardio-respiratoria en pretérminos tardíos MD 2.88 (IC 95% 0.53 a 5.23) y el incremento en la glucosa sanguínea 75 a 90 minutos posteriores al nacimiento MD 10.56 mg/dL (IC 95% 8.40 a 12.72).<sup>11</sup>

<sup>xvii</sup> El manejo activo del tercer periodo consiste en la aplicación, de manera inmediata al nacimiento, de un útero-tónico a la madre, más tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino. Lo anterior disminuye la hemorragia materna >1000 RR 0.34 (IC 95% 0.14 a 0.87) y reduce la hemoglobina materna posterior al nacimiento <9 g/dL RR 0.50 (IC 95% 0.30 a 0.83).<sup>12</sup>

<sup>xviii</sup> El pinzamiento tardío del cordón umbilical ha demostrado un aumento en las reservas de hierro a un año de seguimiento en las y los recién nacidos RR 2.65 (IC 95% 1.04 a 6.73) y por lo tanto se disminuye el riesgo de desarrollar anemia.<sup>13</sup>

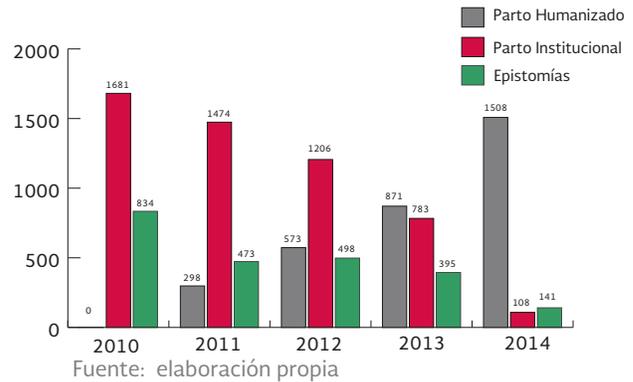
6. El abandono de la realización de tricotomías<sup>xxix</sup> y la aplicación de enemas.<sup>xx</sup>
7. La nutrición y el consumo de líquidos vía oral, con la facilitación de la ingesta de agua y jugos en el hospital durante el trabajo de parto, si la usuaria tiene sed o hambre.<sup>xxi</sup>
8. Estimulación de la deambulación y cambios de posición durante el trabajo de parto, de acuerdo con los requerimientos de cada mujer.<sup>xxii</sup>
9. Utilización de técnicas para reducir el trauma perineal, como el uso de compresas calientes.<sup>xxiii</sup>
10. No utilización de episiotomía de rutina.<sup>xxiv</sup>
11. No realización de la revisión manual de la cavidad uterina.<sup>xxv</sup>

En general, se pretende seguir con las evidencias y recomendaciones definidas en la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, actualización diciembre de 2014, y se han incorporado otros elementos. Es importante señalar que cuando es posible se aplica a la mujer en trabajo de parto un catéter heparinizado, el objetivo es mantener la vena permeable y evitar la canalización intravenosa.

La implantación de este modelo ha derivado en cambios importantes y resultados destacados en la atención del parto. Cabe señalar que en el

Hospital General de Tula se han atendido 3 250 partos humanizados entre los años 2010 y 2014 (Gráfica 6).

**Gráfica 6. Número de partos atendidos con el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, partos “institucionales” y episiotomías. Hospital General de Tula, 2010-2014**



Como puede observarse en el cuadro 1, desde la implantación del modelo en febrero de 2014 y hasta junio de 2015, se han atendido 2 174 partos con esta modalidad, de una total de 2 306.

**Cuadro 1. Partos atendidos. Hospital General de Tula. Febrero de 2014 a junio de 2015**

Partos 2014 totales:	1616
partos 2014 con el modelo:	1508
Partos 2015 de enero a junio totales:	690
partos 2015 de enero a junio con el modelo:	666
Cero casos de muerte materna	

Fuente: elaboración propia

- <sup>xix</sup> En el rasurado perineal no existen diferencias significativas en cuanto a morbilidad por fiebre materna, razón de momios RM 1.16 (IC 95% 0.70 a 1.90) u otros resultados perinatales adversos, por lo que no se recomienda su uso por la incomodidad que provoca a las mujeres.<sup>14</sup>
- <sup>xx</sup> Con el uso de enemas no existen diferencias significativas en frecuencia de infección en puerperio, RR 0.66 (IC 95% 0.42 a 1.04) o infección en neonatos RR 1.12 (IC 95% 0.76 a 1.67), después de un mes de seguimiento. Por lo tanto no se recomienda su uso por la incomodidad que ocasiona a las mujeres.<sup>15</sup>
- <sup>xxi</sup> La nutrición durante el trabajo de parto no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a interrupción vía abdominal, RR 0.89 (IC 95% 0.63 a 1.25), parto instrumentado RR 0.98 (IC 0.88 a 1.10) y Apgar menor de 7 a los 5 minutos, RR 1.43 (IC 95% 0.77 a 2.68). Por lo que si la usuaria expresa sed, se le puede dar a beber agua y en caso de manifestar hambre puede comer.<sup>16</sup>
- <sup>xxii</sup> La deambulación y los cambios de posición aumentan la tasa de parto vaginal y la probabilidad de recibir menos analgesia, además disminuyen el tiempo de dilatación. No hay diferencias en tasas de hemorragia o traumatismo y el sufrimiento fetal o Apgar.<sup>17,18</sup>
- <sup>xxiii</sup> Respecto a las técnicas para reducir el trauma perineal, el uso de compresas calientes ha mostrado la reducción de desgarros de tercer y cuarto grado RR 0.48 (IC 95% 0.28 a 0.84). Además, el masaje vs “manos fuera” también disminuye desgarros de tercer y cuarto grado RR 0.52 (IC 95% 0.29 a 0.94). Mientras que “manos fuera” (o listas) vs manos activas (Ritgen) reducen la frecuencia de episiotomía RR 0.69 (IC 95% CI 0.50 a 0.96).<sup>19</sup>
- <sup>xxiv</sup> Evitar la episiotomía demostró la disminución en el trauma perineal severo RR 0.67 (IC 95% 0.49 a 0.91), reducción en la reparación de desgarros RR 0.71 (IC 95% 0.61 a 0.81) y disminución en complicaciones de cicatrización RR 0.69 (IC 95% 0.56 a 0.85).<sup>20,21</sup>
- <sup>xxv</sup> La revisión manual de la cavidad uterina de forma rutinaria no tiene sustento científico por el alto riesgo de muerte por choque neurogénico debido al dolor al realizar dicha maniobra. No existe evidencia científica respecto a su recomendación.<sup>22-24</sup>

La realización de episiotomías se redujo de forma sustancial, de 49.6% en el año 2010 a 8.7% en 2014. Respecto a la atención de partos, en el año 2010 la totalidad de estos eventos obstétricos se atendieron de forma “institucional” o “paradigmática”, mientras que para 2014 solo 6.6% tuvieron esa forma de atención, lo que implica que 93.4% tuvo un abordaje desde el modelo de parto humanizado.

Asimismo, se reportó la disminución en la realización de cesáreas, pues en el año 2010 el índice fue de 40.8% y en 2014 alcanzó 38.3%, es decir, el decremento fue de 2.5%. Este mismo comportamiento se observa en la hemorragia obstétrica, cuya reducción en cuatro años es de 0.19%. Además, es importante señalar que en circunstancias en las que es necesario el uso de fórceps o la práctica de una cesárea, se promueve en lo posible la atención humanizada.<sup>xxvi</sup>

Este modelo se complementa con el “Club del Embarazo”, propuesta que consiste en 12 pláticas a las mujeres embarazadas y a sus familias, en las que se brinda información médica, pediátrica, de psicoprofilaxis y de nutrición, basada en evidencias científicas y que abarca desde el embarazo hasta el postparto; además, se les dan a conocer los procedimientos de este modelo de atención.

Respecto al enfoque intercultural, se pretende tener una relación de enriquecimiento mutuo con las parteras tradicionales de la región, por lo que los días 17 y 18 de junio de 2015 se contó con la visita de un grupo de parteras indígenas para que conocieran este modelo y atendieron partos de forma conjunta para que el personal médico aprendiera algunos de sus conocimientos.



Marco Antonio Ortega Sánchez  
y Daniel Guillermo Cutiérrez Guadarrama

A partir de la constitución del Hospital General de Tula como Centro Estatal de Capacitación,<sup>xxvii</sup> se han realizado cuatro cursos teórico-prácticos impartidos a personal médico de Ginecoobstetricia, Pediatría, Anestesiología y Enfermería, proveniente de hospitales jurisdiccionales de Hidalgo y del Estado de México, de la Cruz Roja Mexicana y del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, así como a parteras de los municipios aledaños al nosocomio. También se han llevado a cabo conferencias sobre la aplicación de este modelo de atención en diversos foros nacionales, desde Chihuahua hasta Yucatán. Asimismo, se participó en el XX Congreso Regional del Colegio Mexicano de Especialistas de Ginecología y Obstetricia.

Entre las tareas pendientes en el Hospital General de Tula destaca la consolidación de este modelo, incluyendo las recomendaciones de la OMS. También es fundamental incidir y facilitar su implantación en otros hospitales de Hidalgo para fortalecer la relación intercultural con las parteras tradicionales.

## Conclusiones

La implementación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” en los hospitales de La Guajolota, Durango y General de Tula, Hidalgo, ha mejorado la atención que se brinda en estas regiones y ha roto paradigmas a nivel nacional, pues se ha demostrado que es posible su implantación completa. Para ello se ha requerido del apoyo de las autoridades y de un proceso de información-sensibilización-capacitación que modifique las actitudes y procedimientos de manera gradual, pero definitiva.

El caso del Hospital Integral de la Guajolota en Durango representa a los nosocomios comunitarios pequeños que se encuentran en zonas indígenas y se ha mostrado cómo es posible alcanzar una atención más personalizada, que incorpore a la familia, las costumbres de la región y la participación de las parteras tradicionales; todo enmarcado en un ámbito intercultural.

<sup>xxvi</sup> Es decir, con una atmósfera confortable, el corte tardío del cordón umbilical, el apego inmediato madre-hija o hijo y facilitar que una persona de la familia la acompañe durante estos eventos. En este sentido, el Hospital General de Tula cuenta con vídeos para capacitar en ambos procedimientos bajo el modelo intercultural y humanizado.

<sup>xxvii</sup> Cabe señalar que en la práctica este Centro Estatal también ha funcionado como Centro Nacional de Capacitación.

Por otro lado, el Hospital General de Tula es un caso entre los hospitales que tienen elevada carga de trabajo y alto número de atención de partos, por lo que es común que se argumente esta situación como dificultad para implantar el modelo. Sin embargo, quedó demostrado que con algunos cambios de actitud, el apoyo de las autoridades y ciertos instrumentos, es posible su aplicación de manera integral, humana y exitosa. Es importante enfatizar que en este nosocomio fue fundamental el manejo de las evidencias científicas para sustentar y posicionar las modificaciones realizadas.

Entre las tareas pendientes se encuentra el análisis de los costos, pero los datos iniciales dan cuenta de un ahorro significativo expresado en la disminución de medicamentos, complicaciones e intervenciones quirúrgicas innecesarias, en particular las cesáreas, las que se reducen de forma significativa.

Con la información derivada de estas dos experiencias y de otras nueve que se están desarrollando en el mismo número de entidades federativas, se espera continuar con su implantación en el resto del país, con el fin de impactar de manera significativa en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: mejorar la salud materna.

## Referencias bibliográficas

- Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Cultural. Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. México: DGPLADES-SSA; s.f.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. s.l.: OMS; 2015. [Consultado 11 noviembre 2015]. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna [cinco pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/mdg/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/)
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación (12-12-2013 edición matutina).
- Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 2014.
- Janet M, Torpy, MD. Evidence-Based Medicine, JAMA 2006;296(9): 1192.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004;(1).
- Lavender T, Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
- Hodnett ED. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2011 Feb 16;(2): CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- Berkowitz G, Scott K, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a metaanalysis. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1999;180 (5):1054-9.
- Moore ER. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2012 May 16;5: CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
- Liu J, Leung P, Yang A. Breastfeeding and Active Bonding Protects against Children's Internalizing Behavior Problems Nutrients 2014;6: 76-89.
- Begley CM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2011 Nov 9;(11): CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub3.
- McDonald SJ. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2013 Jul 11;7: CD004074. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- Basevi V, Lavender T. Routinely shaving women in the area around the vagina on admission to hospital in labour. Cochrane Summaries [Internet]. United Kingdom: Cochrane; 2014. [Consultado 11 noviembre 2015]. Disponible en: [http://www.cochrane.org/CD001236/PREG\\_routinely-shaving-women-in-the-area-around-the-vagina-on-admission-to-hospital-in-labour](http://www.cochrane.org/CD001236/PREG_routinely-shaving-women-in-the-area-around-the-vagina-on-admission-to-hospital-in-labour)
- Revez L. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev 2007 Oct 17;(4): CD000330.
- Singata M. Eating and drinking in labour, Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(8): CD003930. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
- Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última



revisión: 1 de febrero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.

18. Lawrence A. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Apr 15;(2): CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
19. Aasheim V. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma, *Cochrane Database of Systematic Reviews* October 2011;(12): CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
20. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
21. Carroli G. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* November 2012;(1): CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
22. Sachse-Aguilera M. Indications of the manual inspection of the uterine cavity during the third stage of labor. Revision of evidence. *CONAMED* 2013;18(1): 31-6
23. Alvirde AO, Rodríguez AG. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. *Investigación Materno infantil*. 2009 May-ago;1(2): 58-63.
24. Camacho PV. Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. *Enfermería universitaria*. 2013;10(1): 21-6.

# Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso<sup>1</sup>



Yessica Sánchez Rangel

**Susana Patricia Collado-Peña<sup>@</sup>**

Médica cirujana  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Maestra en Estudios de la Mujer

**Ángeles Sánchez-Bringas**

Profesora investigadora  
Departamento de Política y Cultura  
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Se me rompió la fuente y arrojé el tapón, entonces sentí que me mojé y no sentí dolor. Le dije a mi mamá que ya se me había roto la fuente y venimos aquí [*hospital de segundo nivel de atención para población abierta; Secretaría de Salud Federal, donde se realizó esta investigación*]. Dos doctoras me hicieron tacto y la cristalografía y dijeron que era positiva, lo pusieron en la hoja de referencia y me dijeron que mi parto iba a ser normal, pero que no me podían atender porque se necesitaba un tocógrafo o algo así y no había servicio ese día porque estaban limpiando. La doctora me dijo: “en cualquier otro hospital te tienen que atender” y me dieron la hoja. Ese mismo día fuimos a Contreras [*hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal*] y leyeron la hoja donde decía que la cristalografía era positiva, que se me había roto la fuente. Aun así, me hicieron tacto como cuatro doctoras y pues me dolía, pero me aguanté mucho. Luego vino el jefe y me iban a hacer otra cristalografía, les dije que ya no, que estaba muy lastimada y me puse a llorar por el dolor. Una de las doctoras se enojó y me dijo: “¡ay, pues eso hubiera pensado antes de embarazarse!”. Entonces me pidieron un ultrasonido, pero mi mamá no quiso y, como mi tía les reclamó que me trataran así, las doctoras mandaron llamar a un policía y hasta la sacaron del hospital.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria; estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por considerarse como potencialmente infectada por ruptura prematura de membranas prolongada.

El embarazo es un fenómeno muy complejo en el que intervienen procesos biológicos, socioeconómicos y culturales. En cualquier momento de la gestación, en el parto y el puerperio, se pueden presentar complicaciones en

la salud<sup>ii</sup> que ponen en peligro la vida de la mujer gestante, estas pueden ser agudas o derivarse de morbilidades previas agravadas por el embarazo. El riesgo es diferente y depende del contexto en el que se encuentren las mujeres, de las condiciones de salud que tengan al momento de presentar dichas complicaciones, del acceso que tengan a los recursos para poder resolverlas y de las características de estos, tanto en términos de habilidades técnicas como de infraestructura y organización.

Asimismo, se calcula que alrededor de 15% de los embarazos conllevan complicaciones que requieren la intervención de personal médico capacitado. Sin embargo, en los países emergentes y pobres este tipo de profesionales sólo atiende la mitad de los casos.<sup>2</sup> En México, aun cuando la extensa mayoría de las mujeres es atendida por personal médico durante el embarazo y el parto,<sup>3</sup> existen problemas y obstáculos institucionales en el acceso a la atención obstétrica,<sup>4</sup> los cuales pueden generar o agudizar complicaciones en las mujeres gestantes al momento de la resolución obstétrica y en el puerperio.

En este sentido, el propósito de este artículo es discutir algunas de las dificultades y las barreras de acceso en el caso de mujeres que concluyeron sus embarazos en un hospital de segundo nivel de atención para población abierta, ubicado al sur de la Ciudad de México.

Por lo general, la atención del embarazo inicia con el control prenatal, el cual tiene un impacto significativo en la salud de las mujeres embarazadas, debido a que permite un proceso educativo que las prepara para reconocer los datos de alarma que sugieren la aparición de complicaciones, así como posibles alternativas de atención obstétrica y de control de la fertilidad una vez concluido el embarazo. Por otra parte, también posibilita que el personal de salud identifique de forma oportuna las

<sup>i</sup> Esta colaboración es una nueva versión del artículo “¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo”, publicado en el volumen 17, suplemento 1, de la Revista CONAMED,<sup>1</sup> disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/issue/view/22>

<sup>©</sup> Correos electrónicos de la autoras principales: [sarina94@hotmail.com](mailto:sarina94@hotmail.com) y [angeles15sb@gmail.com](mailto:angeles15sb@gmail.com)

<sup>ii</sup> Con este concepto se denomina a cualquier contratempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer, de su hija o hijo, o que origine secuelas graves e incluso la muerte.<sup>5</sup>

complicaciones y refiera a las mujeres que así lo ameriten a un nivel de atención con mayor capacidad resolutoria, lo cual se realiza a través del sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención a la salud.<sup>iii</sup>

El acceso a servicios de salud de buena calidad (técnica y humana) es un aspecto fundamental para la mejor resolución de la gestación, con o sin complicaciones.<sup>6,7</sup> En este sentido, la calidad de la atención se relaciona con los tiempos de espera y con los insumos necesarios para la prestación de los servicios, además también se vincula con el trato que las mujeres reciben por parte del personal de salud al interior de las instituciones y con la capacidad de las y los profesionales para resolver de manera oportuna y correcta los problemas o complicaciones de salud, desde un punto de vista técnico-médico.

La accesibilidad, la calidad de la atención y el sistema de referencia y contrarreferencia son los eslabones en el proceso de atención que reciben las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de salud para su resolución obstétrica, y sus características subjetivas se relacionan con el ejercicio y respeto de sus derechos y con el resultado materno y perinatal.

Este artículo se basa en un estudio cualitativo, cuyo propósito fue describir la atención obstétrica de un grupo de mujeres que ingresó para la resolución de su embarazo a una institución hospitalaria de segundo nivel de atención para población abierta de la Ciudad de México. La investigación se enfocó en las barreras, los mecanismos de rechazo y los obstáculos en el sistema de referencia y contrarreferencia, así como en la atención brindada por el personal de salud (administrativo, médico y de enfermería) antes y después de la resolución del embarazo. Además, se describieron las consecuencias en el resultado materno y perinatal, cuando así fue el caso.

Respecto a las mujeres y sus familias, se consideró el impacto de las condiciones de género y clase en el acceso a la atención obstétrica y las estrategias que establecieron para acceder a estos servicios; es decir, si contaron con redes de apoyo social y cuáles fueron estas.

El trabajo de campo se realizó en el periodo de febrero a mayo del año 2008, durante el cual el hospital seleccionado contaba con una unidad de Tococirugía, donde cada mes se realizaban en promedio 500 procedimientos obstétricos con la siguiente distribución aproximada: 50% partos, 30% cesáreas y 20% legrados uterinos instrumentados por aborto. A partir de lo anterior, se realizaron de manera secuencial entrevistas semiestructuradas a 35 mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato y mediato al momento de la entrevista.<sup>iv</sup> En el aspecto ético, de forma verbal se les solicitó su consentimiento para ser entrevistadas y grabadas, con lo que se enfatizó el respeto a su confidencialidad y se garantizó el anonimato de su testimonio.

En la mayor parte de los casos se contó con acceso al expediente clínico, lo que permitió conocer los diagnósticos y tratamientos utilizados durante la estancia en el hospital, así como la información relativa a la salud, complicaciones y el manejo de la o el recién nacido. La información sobre la referencia y contrarreferencia se obtuvo de manera directa de los testimonios de las mujeres, pues en la mayoría de los casos no existía un documento en el expediente clínico, ya sea porque no se les entregó a las mujeres en las diferentes instituciones que visitaron, previo a su ingreso al hospital de estudio en el cual se atendió la resolución obstétrica o porque el personal del área de urgencias no lo anexó al momento del ingreso.



<sup>iii</sup> El sistema de referencia y contrarreferencia es el flujo organizado de envío y traslado de usuarias y usuarios entre los tres niveles de atención. La referencia es el procedimiento para canalizar de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutoria para que se reciba atención médica integral. La contrarreferencia es el procedimiento por el que, una vez resuelto el problema de diagnóstico/tratamiento, se retorna a la persona usuaria a la unidad que lo refirió para llevar el control o el seguimiento y continuar con la atención integral.<sup>5</sup>

<sup>iv</sup> Estas mujeres asistieron al servicio de Ginecología y Obstetricia para la resolución de su embarazo, el cual podía tener distintos resultados: parto eutócico a término sin complicaciones, parto pretérmino, operación cesárea, laparotomía exploradora por embarazo ectópico y aborto, que ameritó legrado uterino instrumentado.

## Las mujeres del estudio

El grupo de estudio se integró con 35 mujeres que se encontraban en puerperio inmediato y mediato. La edad promedio fue de 24.7 años, la más joven tenía 15 años y la mujer con más edad contaba con 43 años; además, 77% eran originarias del Distrito Federal, 9% del Estado de México y 14% de otras entidades federativas. En el caso de residencia habitual en el Distrito Federal, 41% provenía de Tlalpan, 18% de Coyoacán e Iztapalapa, respectivamente, 15% de Xochimilco y 8% del resto de las delegaciones.

En relación con el estado civil al momento de la entrevista, 63% vivía con pareja estable y 37% no estaba en esa situación. Entre las primeras, 73% refirió estar en unión libre y 27% estaba casada; mientras que en el segundo grupo, ocho de cada diez se encontraban en soltería y dos de cada diez estaba separada. La escolaridad promedio fue de 10 años, lo que implica que habían cursado poco más que la secundaria.

Respecto a su ocupación, 74% se dedicaba a su hogar, 3% eran estudiantes y 23% tenía un trabajo remunerado. Entre estas últimas, la mayoría declaró ser empleada y una menor proporción manifestó que era empleada del hogar. Con la información anterior se afirma que ocho de cada diez mujeres que participaron en esta investigación no contaban con ingresos económicos propios y, en particular a quienes dijeron dedicarse a su hogar, se les interrogó sobre fuentes propias de ingresos, pero ninguna contaba con ellos. Las parejas de las mujeres unidas tenían ocupaciones como ayudante de albañil, empleado, chofer y comerciante. Asimismo, 86% pertenecía al medio socioeconómico bajo y 14% a un nivel medio. En cuanto a la religión, 97% de las mujeres dijo ser católica y 3% refirió ser testigo de Jehová.

## Hallazgos sobre salud reproductiva del grupo de mujeres estudiado

En el cuadro 1 se resumen algunos de los datos recopilados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que participaron en esta investigación:

**Cuadro 1. Indicadores de salud sexual y reproductiva de las mujeres entrevistadas, 2008**

Edad (promedio)	Edad al Inicio vida sexual (promedio)	Con una pareja sexual	Más de una pareja sexual	Promedio Hijas e hijos	Ha usado anti-conceptivos	Nunca ha usado anti-conceptivos	Se ha realizado Papanicolaou	Nunca se ha realizado Papanicolaou
25	18	53%	47%	2	86%	14%	46%	54%

Fuente: elaboración propia con base en la guía de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo.

De acuerdo con lo anterior, las entrevistadas comenzaron a tener relaciones sexuales a los 18 años de edad en promedio, indicador similar a la edad mediana que registró la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009.<sup>8</sup> Además, 53% refirió haber tenido un compañero sexual, 26.5% indicó haber tenido dos y 20.5% mencionó tres o más. En ningún caso mencionaron haber vivido relaciones homosexuales y cuando se les interrogó sobre el uso de métodos anticonceptivos, se identificó que 86% los ha utilizado en algún momento previo al embarazo por el que acudieron al hospital en esa ocasión y aunque es un porcentaje alto, 14% refirió no haber utilizado jamás un contraceptivo. Tal vez estas mujeres presentaron baja fecundidad porque muchas de ellas no vivían con una pareja (37%). Asimismo, el promedio de hijas e hijos fue de dos y el intervalo entre un embarazo y otro fue de cuatro años.

## Características del control prenatal

Las mujeres del estudio que llevaron control prenatal representaron un porcentaje bajo (77%), si lo comparamos con el nacional de quienes sí asistieron a consulta durante el embarazo (97%).<sup>3</sup> Esto es significativo si consideramos que la mayoría fueron residentes del D.F. y, por otro lado, que 23% no acudió a la consulta prenatal. En este sentido, es importante resaltar que las mujeres con control prenatal recibieron un mayor número de consultas de las que recomienda la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido;<sup>9</sup> sin embargo, poco más de la mitad de quienes conformaron este grupo de estudio presentó alguna complicación.

Aquellas que recibieron atención prenatal acudieron a un promedio de 6.5 consultas y en 63% de los casos estas se otorgaron en algún centro de salud, 26% en un consultorio privado y 11% en algún hospital público. Respecto al sitio donde se llevó a cabo el control prenatal, la mayor parte de las mujeres que mencionaron haber acudido a algún medio privado lo hicieron en consultorios en farmacias, donde usualmente laboran médicas y médicos generales, cuyos honorarios se desprenden del consumo de los medicamentos que ahí se venden. El costo de la consulta en estos lugares fluctuó entre 25 y 35 pesos.

En 41% de los casos la atención prenatal inició en el primer trimestre de la gestación, mientras que 59% lo inició a partir del segundo; es decir, más de la mitad de las mujeres tuvo control prenatal tardío.<sup>v</sup> Debido a lo anterior, no tuvieron acceso oportuno a la detección de posibles circunstancias que incrementan la probabilidad de desarrollar complicaciones, como infecciones genitourinarias o periodontales, así como trastornos nutricionales, síndrome anémico y condiciones de violencia familiar. Por otro lado, en ninguno de los casos existió una evaluación pre-concepcional.

A las mujeres que no acudieron a control prenatal se les interrogó sobre sus motivos para no asistir o hacerlo de forma tardía. La naturalización del embarazo y la condición precaria de algunas mujeres fueron aspectos que influyeron:

[...] mi mamá no me dejó ir porque dice que el embarazo es algo normal y que ella nunca fue.

No sabía que estaba embarazada.

No tenía dinero.

También se les interrogó sobre las actividades que se llevaron a cabo en las consultas del control prenatal, tomando como punto de partida la NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,<sup>9</sup> y de manera arbitraria se seleccionaron ocho para fines de esta investigación: registro del peso y de la presión arterial maternas, administración de ácido fólico (o al menos su prescripción), explicación de los datos de alarma en el embarazo, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, solicitud de estudios de laboratorio y de ultrasonido, así como haber recibido asesoría sobre las opciones anticonceptivas. Así, se encontró que el número promedio de actividades que se llevaron a cabo en el control prenatal fueron 6.8, aunque cabe mencionar que en la norma oficial se contemplan más acciones.

## Resolución del embarazo

En 43% de los casos las mujeres tuvieron un parto vaginal a término sin complicaciones. Sin embargo, a pesar de que las dos terceras partes del grupo de estudio recibió control prenatal, 57% presentó complicaciones, entre las que se documentaron parto pretérmino (9%), embarazo ectópico roto que ameritó laparotomía exploratoria (11%), legrado uterino instrumental por aborto incompleto (14%) y operación cesárea (23%).

Asimismo, se observó que las complicaciones no siempre fueron identificadas en el control prenatal; por ejemplo, entre quienes tuvieron parto pretérmino, todas asistieron a consultas prenatales en las que no se registró la presencia de factores de riesgo para esta complicación y acudieron a buscar atención hospitalaria hasta el momento en el que presentaron molestias:

<sup>v</sup> Cifra que está por debajo del porcentaje nacional (84%) registrado por la ENADID 2009.<sup>8</sup>

A mí me quitaron un pólipo del cuello de la matriz y me dijeron que tenía amenaza de aborto e infección en el segundo mes de embarazo [todas estas condiciones son factores de riesgo para parto pretérmino]. En mi octavo mes, fui al ISSSTE de Ermita-Iztapalapa [hospital de segundo nivel de atención para población derechohabiente] porque tenía dolores [dolor abdominal] y sentí que me salía líquido [transvaginal] y ahí me revisó un ginecólogo y me dio unos supositorios de Indocid y unos óvulos de nistatina porque tenía infección y amenaza de parto prematuro. Luego fui con un médico general [primer nivel de atención, privado] porque me dolía la panza y me seguía saliendo líquido, él me recetó amoxicilina y fenazopiridina, pero no me revisó. Como me seguía sintiendo mal, fui con un doctor particular [primer nivel de atención, ginecoobstetra privado], pero tampoco me revisó, nomás me recetó una medicina que se llama Dactil OB. Como nada me hacía, me regresé a urgencias del ISSSTE [al hospital al que acudí inicialmente] y otro ginecólogo me revisó y me dijo que ya tenía dos centímetros de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones.

Martha, 29 años. Parto pretérmino a las 33 semanas de gestación en el área de urgencias del hospital donde se realizó la investigación.

## Obstáculos y barreras institucionales en la atención obstétrica

Entre las 35 mujeres que conformaron este grupo de estudio, 43% pudo ser atendida de manera resolutiva en el primer sitio al que acudió y más de la mitad de los casos (57%) se vio obligada a buscar al menos dos hospitales para recibir atención. Así, 25% de las mujeres acudió a dos unidades de atención, 17% a tres y 15% a más de tres. De esta forma, es necesario mencionar que el número máximo de nosocomios a los que acudieron algunas mujeres fue nueve.



Yessica Sánchez Rangel

En este sentido, uno de los principales hallazgos de la investigación es que el número de consultas prenatales adecuado no garantiza que las mujeres puedan llegar de manera más expedita a una institución que les brinde una atención integral y resolutiva durante la conclusión de sus embarazos. Así, se observó que una conducta pertinente por parte de las usuarias, como la identificación de signos de alarma, no facilitó el ingreso a un hospital resolutivo:

Yo llegué a tiempo, llevé mi control de embarazo y cada mes me hacía mis estudios por mi cuenta, mi glucosa y todo. No se vale que eso suceda, a cuántos hospitales fuimos y dijeron que no se me había roto nada [tuvo ruptura prematura de membranas motivo por el cual acudió a diferentes hospitales]. Si me hubieran provocado los dolores aquí [hospital de segundo nivel de atención para población

abierta, Secretaría de Salud Federal, donde se llevó a cabo este estudio y donde ella tuvo sus últimas consultas prenatales], desde un principio, mi bebé hubiera nacido sin ningún problema y yo no llevaría ocho días aquí, sin siquiera conocerla. Nadie me la presentó cuando nació.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria. Estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por haber sido considerada como potencialmente infectada.

La aceptación y agilidad de la atención que reciben las mujeres en las instituciones de salud depende en gran medida del personal administrativo, de seguridad (policías) o del secretarial, como se ejemplifica con el testimonio de una de las mujeres con complicación de preeclampsia:

Como tengo una prima en el hospital [segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ella nos llevó ahí, pero desde la entrada el policía nos dijo que no había 'ginecos', entonces nada más entré para ver si me daban un papel para que me atendieran más rápido.

Claudia, 19 años, el embarazo se resolvió mediante cesárea por preeclampsia severa.

También se reconoce la ausencia de habilidades técnicas en el personal médico de primer y segundo nivel de atención, tanto de instituciones públicas como privadas, para llevar a cabo una atención primaria de las urgencias obstétricas:

A mí ya me habían quitado el dispositivo, pero tenía dolor en el estómago y por eso fui con una ginecóloga particular [primer nivel de atención, privado], pero me dijo que no podía estar embarazada porque estaba menstruando. Como el dolor se hizo más fuerte, fui con otro doctor particular, un médico general [primer nivel de atención, privado]. Estuve ahí como una hora, me revisó y me dio unas gotas para subirme la presión y al final me dijo que tenía que ir de urgencia a otro hospital [sin especificar a cuál] porque probablemente era un embarazo fuera de mi matriz y ellos no se podían hacer responsables, entonces me subió a una silla de ruedas para llevarme al coche.

Lucía, 28 años de edad. Se le tuvo que realizar una laparotomía exploradora y salpingectomía derecha por un embarazo tubario roto que generó una hemorragia de 2500cc.

Así, se observó y documentó que el retraso en la atención obstétrica resolutive se presenta al interior de los servicios de salud, situación que pone en entredicho la habilidad, los conocimientos técnicos y la calidad de la atención que brinda el personal de salud de estas instituciones, independientemente de que sean públicas o privadas, del nivel de atención que ofrecen y de que sean estatales o federales.

De igual modo, se identificó que el personal hospitalario no ofreció métodos anticonceptivos o no logró que las mujeres optaran por algún contraceptivo, a pesar de que muchas de ellas sí lo deseaban. Lo anterior se considera como una negligencia en la atención, pues no se previene el riesgo de un nuevo embarazo ni se ofrecen los beneficios de prolongar el período intergenésico por lo menos dos años. Además, se evidenció que con frecuencia el personal no respeta la decisión de las usuarias que desean un contraceptivo definitivo:

Yo quiero una operación, pero me dijeron que pasara a planificación. Me quería operar de una vez, pero no, una enfermera o doctora, no sé qué era, me dijo que no y que pasara a prevención, que después ellos me mandaban de aquí mismo para que me operaran. Yo quería que fuera de una vez, pero me dijeron que ahorita nada más va a ser parto, pero nada de operación.

Juana, 23 años. Parto a término sin complicaciones.

Antes de que naciera mi bebé [durante la atención del parto], me dijeron que con qué me iba a cuidar y pues yo les dije que me quería operar y me dijeron que no se podía, que si me hacían cesárea sí, pero como fue parto no, entonces me preguntaron que si quería el DIU y yo les dije que sí, si es que no había otra opción, pero no sentí que me lo pusieran y ya no me dijeron si me lo habían puesto.

Lorena, 22 años. Parto a término sin complicaciones, en la nota de atención de parto se encuentra la leyenda: "no aceptó método".

Aunque existieron casos en los que la condición de urgencia obstétrica hizo imposible que las mujeres dieran su consentimiento informado para algún contraceptivo, la mayoría de ellas permaneció hospitalizada al menos 24 horas después de haber sido resuelta dicha condición, tiempo en el cual se pudo haber ofrecido contracepción. Entre quienes integraron el estudio, 26% mencionó haber recibido asesoría

contraceptiva en la consulta prenatal y 63% no contaba con un método anticonceptivo al momento de la entrevista.

Respecto a los procesos y las trayectorias de búsqueda de atención que vivieron las entrevistadas para lograr el acceso a la atención obstétrica hospitalaria, se encontró que en la mayor parte de los casos utilizan transporte público, lo que incide en gastos que exceden los ingresos de sus familias. Además, en los sitios donde están siendo rechazadas no hay directorios que les permitan ubicar la institución que les corresponde, por lo que tuvieron que resolver esta situación con sus propios medios, a pesar de que varias cursaban con complicaciones potencialmente mortales:

Al día siguiente ya no aguantaba mucho y nos fuimos al Belisario Domínguez [*hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal*]. Ahí no me revisaron y no me aceptaron porque no me correspondía [*desde el punto de vista de la regionalización geográfica con respecto a su domicilio*].

Laura, 22 años. Su embarazo se complicó con preeclampsia y ruptura prematura de membranas. Le realizaron cesárea.

De igual forma, la narrativa de las entrevistadas mostró que el personal de salud no se considera responsable por el desenlace que pudiera ocasionar la falta de atención y la referencia inadecuada al siguiente nivel de atención:

Un ginecólogo me revisó y me dijo que ya tenía dos centímetros de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones. Entonces me mandaron al ISSSTE de Zaragoza [*hospital de segundo nivel de atención para población derecho-habiente*], me dieron un pase, pero me dijeron que no lo mostrara y que quién sabe a qué hora llegaba la ambulancia. Todos me decían que eran movimientos del bebé. Cuando llegué al ISSSTE de Zaragoza [*por sus propios medios*] me pusieron un suero y una inyección, pero como no encontré la hoja del ISSSTE [*no pudo comprobar la derechohabiencia*], me dijeron que fuera a Perinatología [*hospital de tercer nivel de*

*atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal*]. Con todo y el suero puesto fui y ahí me dijeron que no había lugar, que cómo me atrevía a llegar sin avisar, por eso no me deje revisar. Entonces me hicieron firmar una hoja para liberarlos de responsabilidad, pero no me dieron direcciones de otros hospitales. De ahí nos fuimos a Tláhuac [*hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal*]. Llegamos entre seis y siete de la mañana, me recibieron la hoja, pero hasta las 11 de la mañana me dijeron que estaba lleno, no tenían incubadoras, no había ginecólogos ni lugar y que el único ginecólogo estaba ocupado. Entonces me revisaron y me dieron una hoja para irme a otro hospital, como yo les dije que entonces me mandaran en ambulancia a otro lado, ellos me dijeron que yo lo tenía que ver en Trabajo Social.

Martha, 29 años. Parto pretérmino a las 33 semanas de gestación en el área de urgencias del último hospital al que acudió.

Ante este fenómeno, algunas de las estrategias que las mujeres implementaron para finalmente ser recibidas en el hospital donde se llevó a cabo este estudio fueron: no abandonar la institución, solicitar la atención cuando el trabajo de parto o una complicación ya se encontraban en una etapa avanzada o acudir a sus redes de apoyo social, como sucedió en los casos de quienes refirieron haber sido admitidas gracias a que alguna persona conocida trabajaba en la institución donde fueron atendidas.

Asimismo, en la mayoría de los casos se documentaron distintos grados de violencia obstétrica<sup>vi</sup> por parte del personal de salud, la cual fue ejercida por personal de áreas como la administrativa, de enfermería y médica, y se expresó a través de actitudes de rechazo, regaños e insultos. En varios testimonios se constata que durante la resolución del embarazo existieron agresiones verbales, amenazas, coacciones mediante el dolor durante el trabajo de parto, así como críticas al ejercicio de la sexualidad de las usuarias por parte del personal de salud:

Fuimos a Xoco [*hospital de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal*], ahí me revisó un doctor y dijo que tenía la presión alta, que

<sup>vi</sup> Se entiende como aquellas violaciones a los Derechos Humanos, a la salud y reproductivos de las mujeres, ejercida por las y los prestadores de servicios en el cuerpo y en el proceso reproductivo de las mujeres, las cuales suceden en los servicios de salud públicos y privados. Consiste en un trato inhumanizado y de maltrato hacia la mujer embarazada. Además, es resultado de un conjunto de factores entre los que destacan la violencia institucional y la violencia de género.<sup>4-10</sup>



era normal y que me fuera a caminar dos horas. Entonces mi mamá le dijo: “aunque sea dele algo para que se le baje la presión” y el doctor le contestó: “mire señora, usted no es nadie para venirme a decir qué tengo que hacer; el que estudió fui yo, no usted”. Después, ya aquí, las doctoras me decían que pujara [*médicas residentes de primero y segundo año de Ginecología y Obstetricia, hospital de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud Federal*], que mi bebé se iba a morir porque yo no cooperaba. Era tanto el dolor que vomité y una doctora [*especialista en Anestesiología*] dijo: “¡ay, qué asco! Díganme que eso es agua de sandía, ¿ya terminó de hacer su numerito?”.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria, estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por haber sido considerada como potencialmente infectada por ruptura prematura de membranas prolongada. El diagnóstico que le dieron en uno de los hospitales a los que acudió, preeclampsia, no tuvo seguimiento en el último sitio de atención.

Diversas situaciones similares vividas por algunas mujeres embarazadas tuvieron como consecuencia que al percibir un mal trato postergaran la solicitud de atención, lo que generó posibles retrasos que incrementaron la probabilidad de un resultado materno y perinatal adverso:

Al día siguiente empecé con dolor, contracciones y arrojé un material como verdoso, grumoso. Mi mamá me dijo que fuéramos al doctor [*a alguno de los hospitales previamente visitados*], pero le dije que no porque me iban a volver a regañar, que mejor hasta que se me rompiera bien la fuente.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria, estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por haber sido considerada como potencialmente infectada por ruptura prematura de membranas prolongada

Finalmente, entre los motivos de rechazo hospitalario que se identificaron en este estudio se encuentran la falta de personal médico y de espacio físico para las mujeres embarazadas y para sus bebés, en el caso de que sean pretérmino, la no derechohabencia a la seguridad social y en muchos casos no se identificaron razones que justificarán el rechazo.

## Para concluir

Los hallazgos de esta investigación permiten afirmar que el acceso a la atención obstétrica para la resolución del embarazo se ve demorado por la existencia de mecanismos de rechazo, barreras y ejercicio de violencia obstétrica en las unidades de salud de los tres niveles de atención y en unidades médicas públicas y privadas. En este sentido, es posible señalar que el sistema de referencia y contrarreferencia no existe, en particular entre la población

sin derechohabencia a la seguridad social y en lugar de cumplir la función de canalizar el flujo de usuarias hacia los distintos niveles de atención, es utilizado parcialmente para rechazar el ingreso a las unidades médicas. También se constató que este fenómeno tuvo un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y en la salud de las mujeres que participaron en este estudio.

Así, no es una realidad el flujo organizado de envío y recepción de usuarias entre los diferentes niveles de atención e instituciones de salud – públicos y privados–, pues se rechaza de forma cotidiana a las mujeres con y sin complicaciones. A lo largo del proceso atención prenatal-resolución del embarazo se observaron violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de quienes participaron en esta investigación: su derecho a la vida, a tomar decisiones reproductivas autónomas, a la información, a la atención médica de calidad y a la protección de la salud y a gozar de los beneficios del progreso científico.

De acuerdo con los testimonios de las entrevistadas, quienes refirieron haber recorrido más de un establecimiento de salud en búsqueda de atención para la resolución de sus embarazos, también se concluye que las condiciones actuales del llamado sistema de referencia y contrarreferencia son las siguientes: no en todos los casos las mujeres son debidamente valoradas antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención, por lo tanto están siendo rechazadas y el procedimiento de canalizarlas a otro hospital no garantiza la atención resolutive en el siguiente nivel de atención. En las instituciones involucradas nadie se responsabiliza por el rechazo. Los motivos de este no quedan claros y carecen de justificación, se responsabiliza a las usuarias de la falta de capacidad resolutive de la unidad que rechaza y de llevar a cabo la referencia.

En este escenario, el sistema de referencia y contrarreferencia constituye un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna. Derivado de ello y a partir de los hallazgos de esta investigación, se propone que tal fenómeno sea contemplado como una causa de morbilidad materna y perinatal, así como una forma flagrante de violación a los derechos sexuales y reproductivos de quienes lo viven.

Cuando las mujeres son “referidas”, no siempre reciben la hoja de referencia y contrarreferencia que documente que fueron evaluadas correctamente ni que indique u oriente respecto a cuál es el siguiente sitio al que deben acudir. De

acuerdo con los resultados de la investigación, esto obedece a una omisión intencionada que no permite dejar constancia de la responsabilidad del personal de salud y la institución que ejerce el rechazo. De esta forma, el manejo de la información parece darse a conveniencia de quien la brinda y no de la usuaria a la que se le da. Por lo tanto, pareciera que en las instituciones, públicas y privadas, se privilegia la posibilidad de manipular la información para evitar posibles problemas médico-legales y en el ámbito privado se manipula para perpetuar el papel de las usuarias como un medio de ganancia económica y no como un fin en sí mismo.

De igual forma, se constató que la falta de derechohabencia a la seguridad social es motivo de rechazo hospitalario y con ello de retraso en la atención resolutive. Cabe aclarar que desde 2007 existe un convenio interinstitucional<sup>11</sup> que obliga a atender a las mujeres con una urgencia obstétrica, independientemente de su condición de seguridad social, situación que pudiera evitar que se les exija comprobar la afiliación a las usuarias que presentan alguna complicación, con el fin de no demorar su atención resolutive. El rechazo para brindar la atención también sucede con el argumento de la “regionalización” en las instituciones para población abierta, pues uno de los motivos por los cuales las mujeres que participaron en este estudio mencionaron no haber sido atendidas en los diferentes servicios sanitarios que visitaron, fue que el personal de salud les indicaba acudir por sus propios medios al hospital que les correspondiera geográficamente.

Los testimonios de las entrevistadas y las observaciones que surgieron durante el trabajo de campo permiten identificar los mecanismos que posibilitan la existencia de barreras y mecanismos que dificultan la atención obstétrica, como son la ausencia de lineamientos claros que regulen la referencia y la contrarreferencia de pacientes obstétricas, la inexistencia de controles de calidad del trabajo respetuoso y de retroalimentación para las y los prestadores de los servicios de salud y la ausencia de una figura que se responsabilice del rechazo que viven las mujeres cuando buscan atención obstétrica en los hospitales, del seguimiento a las posibles quejas y de crear las estrategias que permitan evaluar a este sistema desde la perspectiva de las usuarias. Esto permite afirmar que las instituciones de salud tienen una responsabilidad directa en la morbimortalidad materna y perinatal.

En relación con el grado de ejercicio de sus derechos, algunas entrevistadas identificaron ser objeto de maltrato, que implicó la forma en

cómo el personal de salud delegó en ellas la responsabilidad del rechazo; sin embargo, aun cuando exigieron un trato digno y respetuoso, en las instituciones no existió un verdadero control de la atención que respondiera a tales demandas. A través de la mirada al proceso atención prenatal-resolución del embarazo fue posible evidenciar que en muchos casos el grado de ejercicio y respeto a los derechos reproductivos sigue siendo nulo.

Asimismo, se observó que la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las mujeres, a través de insultos hacia el ejercicio de su sexualidad y la forma en que se les responsabiliza del resultado perinatal, estuvo cargada de significaciones de género y clase social. Estas prácticas discriminatorias fueron realizadas por mujeres y hombres servidores de la salud; además, los mecanismos institucionales de atención obstétrica posibilitaron esta forma de trato hacia las mujeres embarazadas, desde el momento en que no existe retroalimentación que permita identificar la mala praxis, su seguimiento y la corrección, cuando es el caso, y que además deriven en la reparación del daño. Por lo tanto, no basta con la apropiación de los derechos y la exigencia de un trato digno, es fundamental que el personal de salud incorpore en su práctica cotidiana la noción de derechos, los cuales tienen la obligación de respetar.

A través de los diversos testimonios, también se constató que las jerarquías de clase, género y violencia atraviesan las prácticas médicas e institucionales en la atención obstétrica en todas

sus etapas. Además, se evidenció que el rechazo hospitalario es un mecanismo que se deriva de la relación vertical y muchas veces autoritaria entre el personal de salud y las usuarias, por lo que se propone que este fenómeno sea investigado de manera integral para poder incidir en el proceso atención prenatal-resolución del embarazo y finalmente modificarlo con el objetivo de brindar un verdadero trato respetuoso, oportuno y técnicamente adecuado a las mujeres que acuden a los servicios de salud.

Los obstáculos y las barreras en la atención obstétrica constituyen un fenómeno complejo y multifactorial que debe ser estudiado desde todos los ángulos, de lo contrario seríamos cómplices de la deficiente atención que reciben las mujeres de forma cotidiana durante el ejercicio de su capacidad reproductiva. Por ello, se propone que tal fenómeno (del que forman parte el multi-rechazo hospitalario que encubre el sistema de referencia y contrarreferencia, la atención deficiente y la violencia obstétrica) sea contemplado como una causa de morbilidad materna y perinatal, así como una forma de violación flagrante a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que tienen que vivirlo.

Finalmente, es fundamental que se deje de considerar que un resultado materno y perinatal que cae dentro de los parámetros de lo aceptable, desde la óptica de la salud pública, basta para afirmar que la atención que se brinda durante la resolución del embarazo es de calidad y respetuosa de los derechos reproductivos de las mujeres.



## Referencias bibliográficas

1. Collado-Peña SP, Sánchez-Bringas A. ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. Rev CONAMED [Revista en línea] 2012 [Consulta en línea]; 17 Supl 1. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/issue/view/22>
2. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna [Internet]. Washington, D.C: Population Reference Bureau; 2009. [Acceso 5 diciembre 2012]. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf/makmotherhdsafes\\_sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/makmotherhdsafes_sp.pdf)
3. Sánchez-Bringas A, Pérez Baleón F. La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México. En: Sánchez-Bringas A, editora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 71-103.
4. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, y Espinoza G, compiladores. Género y Política en Salud. México: SSA- UNIFEM; 2003. p. 255-273.
5. Secretaría de Salud. Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del Estado de México [Internet]. s.l.: Secretaría de Salud; 2002. [Acceso 5 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>.
6. Grupo coordinador para la emisión de recomendaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol y Obstet de Méx 2004; 72(6): 295-331.
7. Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. México: INEGI; 2009.
9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México. Diario Oficial de la Federación. 6 de enero de 1995. [Acceso 5 diciembre 2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
10. Belli L. la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En Revista Redbioética/UNESCO. 2013; Año 4, 1 (7): 25-34. [Acceso: 18-09-2015] Disponible en: [http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)
11. Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. [Acceso: 5-12-2012]. Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wpcontent/uploads/2009/07/convenio.pdf>.

El informe *El estado de las parteras en el mundo 2014*, publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se centra en 73 de los 75 países de bajos y medianos ingresos que se incluyen en los informes de la "Cuenta atrás para 2015" (Countdown to 2015, en inglés), pues a pesar de que 92% de todas las muertes maternas y neonatales y mortinatos ocurren en estos países, solo 42% del personal médico, de partería y de enfermería del mundo está disponible en esas naciones.<sup>1</sup>

De esta manera, en el análisis correspondiente a México en el año 2012, este documento señala que de una población estimada de 120.8 millones de personas, 45% vivía en zonas rurales y 28% eran mujeres en edad reproductiva; además, la tasa de fecundidad era de 2.2 hijas e hijos por mexicana.<sup>1</sup>

Hacia el año 2012, en nuestro país la disponibilidad de personal para la atención de la salud materna y neonatal (SMN) cubría el 61% de la necesidad satisfecha estimada:<sup>1</sup>

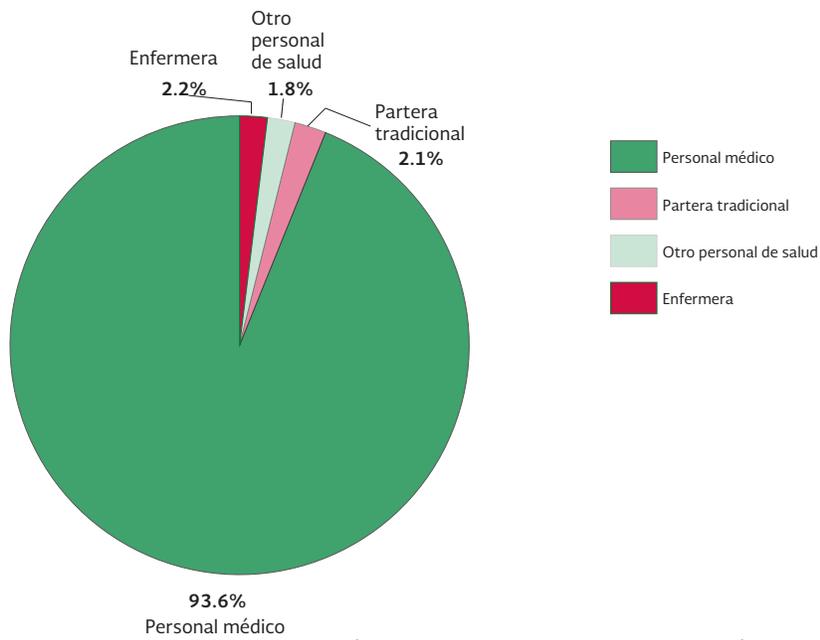
**Figura 1. Disponibilidad de personal que trabaja en salud materna y neonatal y necesidad satisfecha estimada. México, 2012**



Fuente: El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.<sup>1</sup>

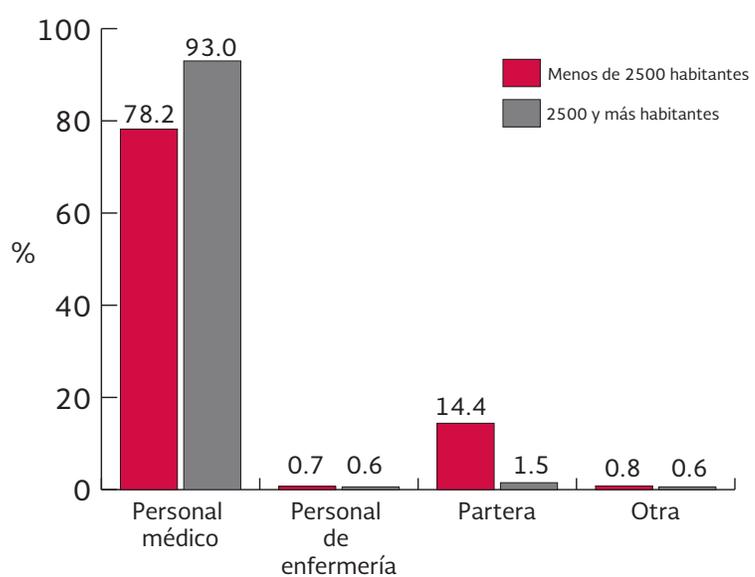
Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 indica que entre 2006 y 2011 la atención de los partos correspondió en 93.6% al personal médico y 2.1% a parteras tradicionales (Gráfica 1),<sup>2</sup> lo que concuerda con la información reportada en Mujeres y hombres en México 2014, en la que se observa que en localidades con 2 500 y más habitantes solo 1.5% de los partos fueron atendidos por parteras, mientras que en localidades con menos de 2 500 habitantes ellas atendieron 14.4% de estos eventos obstétricos (Gráfica 2).<sup>3</sup> Lo anterior demuestra la importancia de la partería tradicional en localidades de baja concentración poblacional, en las que se supondría que este tipo de atención es preponderante debido a las distancias existentes entre ciertos poblados y las unidades médicas más cercanas, además de la preferencia de las mujeres por la partería.

**Gráfica 1. Distribución porcentual de las mujeres de 12 a 19 años de edad con antecedente de una o un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista según personal que brindó la atención en el último parto. México, 2012**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.<sup>2</sup>

**Gráfica 2. Distribución porcentual de los nacimientos registrados según tamaño de localidad y persona que atendió el parto. México, 2012**

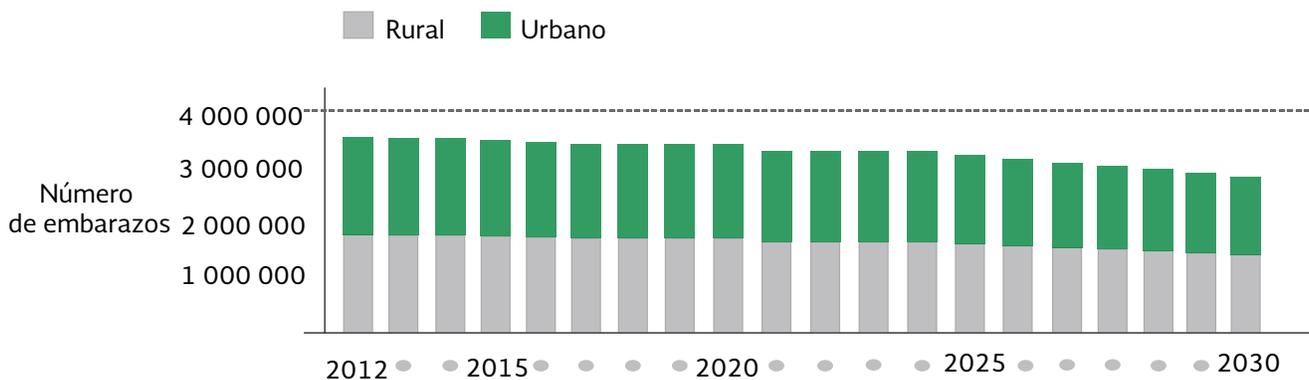


Fuente: . Mujeres y hombres 2014. INEGI, 2015.<sup>3</sup>

Respecto a las proyecciones hacia el año 2030 (gráfica 3), el informe El estado de las parteras en el mundo 2014 señala que:

la población crecerá el 19% a 143,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 3,1 millones de embarazo por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 251,4 millones de visitas prenatales, 41 millones de partos y 163,9 millones de visitas posparto/postnatales entre 2012 y 2030.<sup>1</sup>

**Gráfica 3. Proyección del número de embarazos por año: urbano o rural. México, 2012-2030**



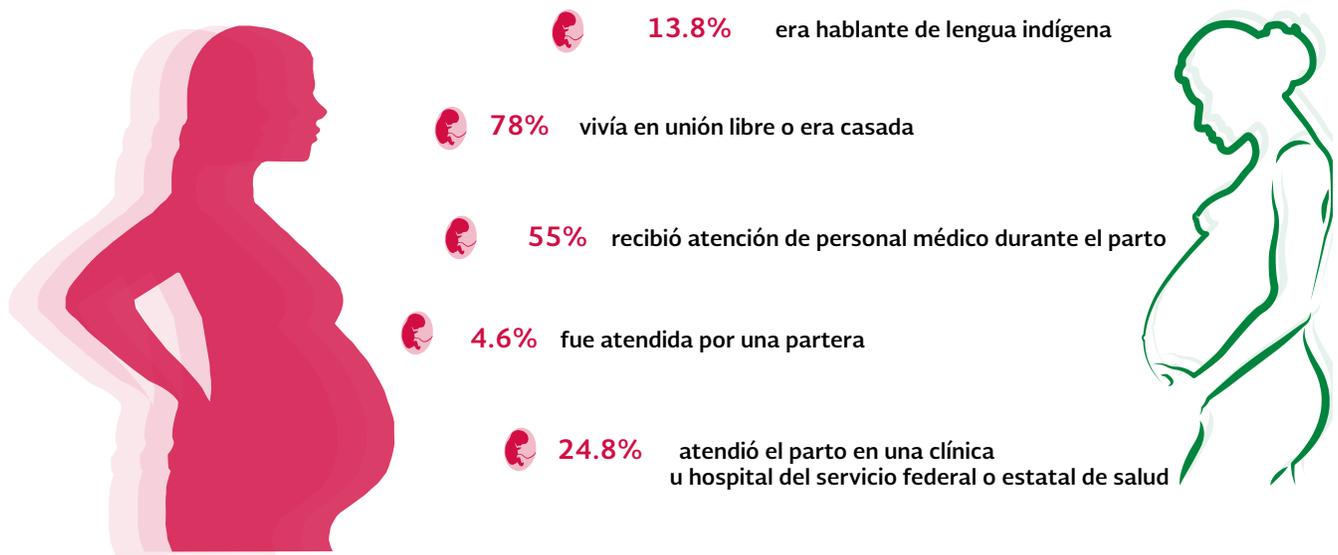
Fuente: El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.<sup>1</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Nueva York: UNFPA; 2014.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2015. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2014. México: INEGI; 2015.

En 2013 la Razón de Muerte Materna en México fue **38.2**

De las **861** muertes maternas, 109 ocurrieron entre mujeres que no estaban afiliadas a ningún servicio de salud y entre ellas:



Fuente: Numeralia 2013. Mortalidad Materna en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015.<sup>1</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Freyermuth G, Luna M, Muños JA. Numeralia 2013. Mortalidad Materna en México. México: OMM-CIESAS; 2015.

A black and white portrait of Dra. Ángeles Sánchez Bringas, a woman with short dark hair and glasses, smiling. The portrait is overlaid with a semi-transparent pink filter. The background of the page is divided into pink and white sections.

Entrevista  
Dra. Ángeles Sánchez Bringas  
Profesora-investigadora  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco  
Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Me definiría como una persona que ha dedicado la mayor parte de su vida laboral a la construcción de espacios para la reflexión sobre el género y el estudio de las condiciones de las mujeres y la diversidad sexual.

**El diseño, implementación y evaluación de políticas públicas enfocadas en mejorar la salud de las mujeres y los hombres requieren de la colaboración constante entre la academia y el ámbito gubernamental. Sin embargo, existen diversas dificultades para concretar acciones específicas, por lo que este es un asunto pendiente.**

**Para conversar sobre este tema, en esta ocasión se entrevistó a Ángeles Sánchez Bringas, doctora en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y profesora–investigadora titular del Departamento de Política y Cultura de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco, quien además es integrante de diversas redes y grupos de investigación y durante varios años se ha enfocado en el campo de la salud reproductiva, la cultura y el género.**

**Doctora Sánchez Bringas, ¿cómo se definiría a sí misma?**

Soy una profesora, una académica de la UAM, institución en la que he trabajado desde 1980 y en la que he coincidido y colaborado con algunas compañeras para integrar y dar continuidad a un espacio para los estudios de las mujeres. Ha sido una lucha muy larga y ardua, que iniciamos en 1982, cuando logramos formar el área, después comenzamos un curso de actualización, la especialización y finalmente la maestría.

Me definiría como una persona que ha dedicado la mayor parte de su vida laboral a la construcción de espacios para la reflexión sobre el género y el estudio de las condiciones de las mujeres y la diversidad sexual.

**¿Cómo fue su acercamiento a los feminismos?**

Fue a raíz de la militancia política, pues durante un corto tiempo formé parte del Partido Comunista y en ese espacio coincidí con mujeres como Marcela Lagarde, María Luisa Liborio y Amalia García, entre otras. En ese momento pensábamos que era importante abrir espacios para la lucha de las mujeres y sus derechos, por lo que creamos una célula feminista.

Casi de forma simultánea ingresé a la UAM y ahí conocí compañeras, como Eli Bartra, con quien he trabajado y he vivido mi historia en la universidad.

**¿Cuáles son las temáticas en las que se ha enfocado en el transcurso de estos años de investigación?**

En un inicio me centré en cuestiones de trabajo. Después, por situaciones del destino colaboré con

personas que en 1985 asistieron en el ámbito de la salud a las trabajadoras de la industria. Así, comencé a vincularme con cuestiones de salud en el trabajo y con todo lo que implica centrarse en espacios para el género y la mujer en la universidad, tarea que nos llevó muchísimo tiempo.

A partir de 1985 el tema central fue la salud y poco a poco fue tomando su propio cauce hacia la maternidad. En aquella época no había sido madre y me sorprendía mucho la forma en que estas mujeres se complicaban la vida teniendo hijas e hijos.

De esta forma, fue como un gran cuestionamiento, pensar qué hay en el ejercicio de la maternidad que las mujeres lo colocan como un proyecto central en su vida. A partir de ahí, tratar de entender cómo estas se levantaban a las cinco de la mañana para hacer comida, dejar listas y listos a los hijos, ir a trabajar, regresar a las cinco de la tarde, lavar, arreglar su casa, etcétera. Era una vida totalmente de trabajo y su objetivo central era sacar adelante a las hijas y a los hijos.

Estos cuestionamientos derivaron en que iniciara el estudio en esta temática. De hecho, mi tesis de doctorado fue sobre la comparación de la maternidad en distintos grupos sociales y diferentes clases sociales, para conocer si este proyecto era similar en grupos de mujeres con condiciones socioeconómicas, culturales y sociales diferentes.

**De la maternidad a la morbilidad materna**

**¿Cómo fue la transición de enfocarse en maternidad a investigar algo tan concreto como la morbilidad materna?**

Fue una coyuntura muy particular, porque en un solo año recibimos cuatro o cinco proyectos que tenían que ver con morbilidad materna. Por un lado sí era cuestionar de nuevo la maternidad, porque mujeres en condiciones de riesgo para su salud se embarazaban con el conocimiento de que podían perder la vida. De nuevo, el tema se engarza con algo muy concreto como la morbilidad y el imperativo de la maternidad, su importancia y cómo da sentido a una vida viable y habitable para las mujeres. Además, el peso tan importante que tiene esto para que muchas de ellas arriesguen la vida con tal de tener hijas e hijos.

En este sentido, la tesis de Carmen Rincón fue muy interesante, pues trabajó con mujeres con

insuficiencia renal crónica, quienes aún con esta enfermedad se volvían a embarazar. Los testimonios eran muy fuertes, de mujeres con un deterioro de la salud muy grave, con una hija o hijo recién nacido o de cinco años y decían: “bueno, es que no me esperaba esto. Yo quiero una vida ‘normal’, llevar a mi hijo al kínder, hacer el desayuno, la comida”. Es decir, qué significa ser una madre o esposa dentro de una estructura que da el ejercicio de la maternidad y que da un lugar social, y cómo es vivido desde la enfermedad, en particular en una sociedad en la que el imperativo maternal es muy fuerte.

Al mismo tiempo. Susana Collado realizó una investigación en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y existieron cinco o seis proyectos más. En ese momento decidí retomar el tema de la maternidad, pero ahora llevándolo a la cuestión concreta de la morbilidad materna.

### ¿Por qué es importante abordar la maternidad, la mortalidad y morbilidad materna desde los feminismos?

Es fundamental porque en estas temáticas se cruza la clase social, la cuestión étnica como racialización del cuerpo, la condición de salud y el género. Este último concepto se tomó como algo abstracto durante mucho tiempo y después nos hemos dado cuenta que esto no puede comprenderse así. De esta forma, este tipo de problemáticas nos permiten comprender cómo se construye el género, atravesado por otra serie de jerarquías fundamentales y en contextos específicos. Por eso creo que fue una situación coyuntural, pero muy favorecedora.

### En este sentido, ¿cómo nace el Seminario “Morbimortalidad materna en México”?

Justo a raíz de estos proyectos, pues comprendí que tenían muchas cosas en común, lo que permitía que la información que se obtenía de lugares específicos fuera compartida entre todas las investigadoras, por lo que empezamos a elaborar preguntas en común y tratamos de construir una perspectiva. Al año siguiente se incorporó Lina Berrío y empezaron a llegar proyectos sobre la misma temática.

El seminario inicia en el año 2010, actualmente seguimos y ahora es mucho más amplio, ya que están participando personas del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), del Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) y de la UAM. En nuestra última sesión

había alrededor de 15 personas y cuando comenzamos éramos cinco.

Además, fue muy importante el ingreso como posdoctorante de Fabiola Pérez Baleón, pues le dio énfasis al trabajo cuantitativo. En este sentido, se han dado diversas circunstancias que han derivado en un trabajo colectivo. El Seminario es muy importante porque nos permite redefinir de forma constante el acercamiento a la problemática.

En fechas próximas tendremos la visita de un profesor de Puerto Rico que nos apoyará para dar un giro, pues ahora estamos considerando, como línea para explorar, la incidencia que tiene la biomedicina –en la atención clínica y en su saber– en la percepción, la sensación y la forma de nombrar al cuerpo desde el género, como mujeres.

Consideramos que esta nueva línea de análisis va dar una nueva dimensión a nuestra tarea. Por ejemplo, Fabiola Pérez Baleón y yo estamos trabajando cesáreas; Lina Berrío se fue a Guerrero y también está abordando este procedimiento, pero en las condiciones que existen para las poblaciones indígenas. Así, ya le dimos un giro para reflexionar sobre la cuestión de la biomedicina, la tecnología, los protocolos y cómo impacta todo esto en la salud de las mujeres.

Además, esto se relaciona con los altos índices de realización de cesáreas, tanto en el ámbito privado como en el público y en este último está creciendo enormemente. Es un tema que estamos estrenando en este año 2015.

### La necesaria y difícil relación entre la academia y el ámbito gubernamental

**En términos del vínculo de la academia y la política pública, ¿cuál ha sido el impacto del seminario y del trabajo de morbilidad materna? ¿Han tenido la oportunidad de establecer vínculos con organizaciones de la sociedad civil, con el ámbito gubernamental y el de la salud?**

No como grupo ni como Seminario, pero sí de forma individual. Tenemos un acercamiento muy estrecho con el OMM y algunas de las participantes tienen contacto cercano con la Secretaría de Salud. Esta ha sido la intención, tener un espacio de reflexión donde las personas, desde sus distintos lugares y vínculos políticos, puedan deliberar con nosotras. Es un impacto indirecto, pero es importante.

## ¿Cuáles son los proyectos a futuro para el Seminario y para quienes lo integran?

44

Insisto, me he propuesto incidir a partir de un espacio de reflexión y de difusión. El siguiente paso se relaciona con un próximo libro; el primero, *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México* tiene un carácter cuanti-cualitativo y los artículos ofrecen un panorama de cada una de las problemáticas, lo que es muy importante, pues permite entender como un problema general la mortalidad en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPER) o analizar las trayectorias reproductivas y de atención en Guerrero.

Para el siguiente libro queremos centrarnos en cuestiones cualitativas, buscamos retomar el aspecto del cuerpo y la condición de enfermedad y salud, desde el embarazo, el parto y el posparto.

### En este sentido, ¿cómo podría vincularse la academia y la política pública?

Una de las experiencias más exitosas ha sido el OMM, porque ha estado alimentado por académicas, como Graciela Freyermuth y Lina Berrío, mujeres que trabajan en el ámbito académico o que han tenido experiencia fuerte en él, pero que de forma simultánea han podido dialogar y presionar a las instituciones de salud pública, con lo que han logrado cosas importantes.

Por un lado, sería un vínculo muy directo, como el construido por las organizaciones civiles que logran tener una presión importante. Esto es muy

interesante porque es por la seriedad académica del trabajo, de las personas que integran estas organizaciones, que el sector público escucha.

De forma indirecta, durante muchos años el grupo coordinador estuvo trabajando con la Secretaría de Salud y las feministas tuvieron un papel importante. Por supuesto que son feministas dedicadas a la política, pero que estaban retroalimentadas por toda la producción académica que se desarrollaba en las distintas instituciones. Han existido momentos muy importantes en el país, en los cuales las mujeres hemos logrado incidir en la política pública, como con la pastilla del día siguiente, la discusión del aborto, aunque durante muchos años no se hizo del conocimiento público, pero se escuchaba en ciertas instancias.

Me parece que estamos en un momento muy propicio para que las instituciones públicas tomen en consideración las propuestas y señalamientos que se hacen desde la academia.

### ¿Qué mecanismos y herramientas podríamos llevar a cabo desde la política pública para escuchar a la academia?

Una que sería muy interesante es un diálogo directo. Por ejemplo, en el seminario tratamos de elaborar una perspectiva de acercamiento a la realidad y los resultados de las investigaciones hablan de situaciones muy específicas, pero todavía no hemos dado el paso de puntualizar y hacer una agenda de los aspectos que tendrían que modificarse e incluirse para mejorar la condición de salud de las mujeres en esta

etapa reproductiva. Esa es una tarea para la academia, pues ha existido cierto divorcio entre la práctica política y el producto académico de las feministas, con sus buenas excepciones, como es el caso del OMM.

Así, es fundamental seguir el ejemplo del OMM: puntualizar con base en excelentes investigaciones, pues han logrado trabajar de forma directa sobre puntos específicos. Sería pertinente que esto mismo lo replicara la institución pública para que nos permitiera abordar de forma directa esas líneas que saben que no están funcionando y de esta manera reflexionar desde la academia sobre esos ejes y contribuir con propuestas particulares.

### ¿Cómo podríamos abrir esos espacios de escucha en las instituciones y en la política pública?

Una de las cuestiones que suele ser complicada para la investigación y el trabajo académico es entrar y atravesar las puertas de las instituciones con el fin de entender qué es lo que está pasando desde adentro. Si se quiere hacer una investigación en un hospital, lo primero que piden es un protocolo que va a tardar tres meses en ser revisado y que probablemente no aprobarán, lo que se traduce en impedimentos para realizar estudios en ciertas instituciones o en algunas áreas de la política pública.

Sería un gran apoyo si se pudieran facilitar y flexibilizar los protocolos. Percibo que mucha de la rigidez al decir “no entren” es miedo de que vayamos con una actitud de denuncia y no propositiva, para entender qué está pasando y llegar a una mejor situación.

Me gustó mucho que en la presentación del libro *Desigualdades en la procreación*, había representantes del sector salud, con quienes se pudo dialogar de forma directa. Considero que cada quien tiene tarea en su ámbito y después hay que trabajar en los canales de comunicación.

Sin embargo, lo que no es eficaz, pero que se ha hecho de forma constante, son las reuniones o los congresos, en los que no hay comunicación previa y orgánica entre la academia y la institución pública, por lo que no se profundiza y no hay conclusiones claras.

### Pensando más allá de la política pública a gran escala; es decir, en el personal de salud que es el que de forma cotidiana atiende a las mujeres, ¿cómo puede incidir la academia en el personal operativo?

Hace poco me comentaba una amiga, también de la academia, que algunas y algunos funcionarios públicos se quejaban un poco de que se había hecho a un lado al personal médico que está a cargo de la interrupción legal del embarazo (ILE), pues no se les ha escuchado. Y creo que tienen razón, pero la pregunta es cómo acceder a ese personal. Por eso comentaba que tenemos tarea desde los dos lugares; por un lado, la academia tiene que sentarse a pensar y reflexionar de manera muy seria sobre los productos de investigación que estamos realizando, tenemos que pensarlos un paso más allá. Bueno, ya se hizo la investigación, la tesis, el libro, lo que sea, ahora debemos ver cómo puede incidir en el servicio y en la atención que se da a las mujeres. Esto tenemos que tomarlo muy en serio.

Por otro lado, la institución pública también tiene que proponerse entender qué es lo que está sucediendo. Pero creo que es difícil, porque por un lado tienes toda la organización de los hospitales, que es considerada intocable, a pesar de que se han emitido críticas sobre cómo la atención está básicamente en manos de médicas y médicos residentes. Sin embargo, sabemos que para que haya una mejor atención, esto tendría que modificarse. No podemos sólo dar un curso al personal médico; si sus comisiones de trabajo son insostenibles, ¿qué atención van a dar? Ese es el gran problema, porque entonces la pregunta sería, ¿hasta dónde quieren realmente transformar y modificar?

Claro, por otro lado también pensamos: lo que se pueda es bueno. Tampoco vamos a decir: como no se puede transformar todo, entonces no vamos a hacer nada. Si se compara la planificación o la salud materna que existe en México, en relación con América Latina, pues ves que no estamos tan mal. Es cierto, hay condiciones y situaciones en las que el peso de la religión o de los grupos conservadores es mucho más fuerte que en México. Aquí, las feministas han tenido incidencia, poca, pero se ha tenido y falta mucho.

## Publicar para difundir

46

### Respecto al libro de *Desigualdades en la procreación, ¿por qué es importante analizar las trayectorias reproductivas, la atención obstétrica y la morbilidad, tomando en cuenta las desigualdades?*

Es fundamental, no solo en estas temáticas, todo tendría que hablarse desde este enfoque. En los últimos 40 años, en México el proceso de desigualdad ha llegado a límites insostenibles, por lo que cualquier problemática social la debe tomar en cuenta la desigualdad, de lo contrario no hay una cabal comprensión. En particular, el proceso de embarazo, el parto y el puerperio tienen que considerar la desigualdad y la estratificación por dos razones centrales: la primera, porque no es lo mismo la condición de salud materna y reproductiva en ciertos sectores sociales más privilegiados que en otros. Esto se observa en el artículo de Graciela Muñoz, pues hace un análisis cuantitativo en el que evidencia cómo los grupos indígenas son los más marginados y con menor acceso a servicios de salud, lo que es resultado de la desigualdad y cómo tiene repercusiones tan graves como la muerte.



Yessica Sánchez Rangel

Lo anterior también apunta a otra cuestión primordial, que la reproducción humana es un evento social y cultural, no podríamos verlo solamente como natural y en ese sentido hay que desnaturalizarlo. El embarazo y el parto no son procesos naturales, como lo muestra el libro, pues al analizar cada uno de los casos, es factible observar cómo los procesos de maternidad y de procreación son distintos y tienen sus particularidades: el cuerpo reproductivo de las mujeres es diferente y en cada grupo asume características diversas.

Por lo anterior, al utilizar unos lentes que nos permiten ver el embarazo, el nacimiento y la procreación a partir de la desigualdad, hacemos a un lado la naturalización de la maternidad, que ha sido uno de los puntos más importantes que ha combatido el feminismo.

**La desigualdad es un término que manejamos de forma constante en diferentes ámbitos, como en la salud, pero damos por hecho que todas y todos entendemos lo mismo. Sin embargo, es probable que no coincidamos en las definiciones, por ello es pertinente la pregunta: ¿cómo entender la desigualdad?**

En principio, el concepto de desigualdad implica una jerarquía; por lo tanto, se refiere a diferencias jerarquizadas e implica un proceso que abarca aspectos económicos, culturales y sociales, así como la forma de vida y el cuerpo. En todos estos rubros el capital social, cultural y económico se concentra en algunos grupos y se va perdiendo poco a poco en otros.

A diferencia del concepto de pobreza, la desigualdad siempre nos habla del referente constante y comparativo en el que existen los recursos concentrados en ciertos grupos sociales, a expensas de otros. Esto es muy importante porque se puede afirmar que en México existe muchísima pobreza; en la última encuesta se vio que de cada dos mexicanas y mexicanos, una o uno vive en condiciones de pobreza. Además, esta nos remite a indicadores referidos a condiciones de vida y de servicios, así como a la concentración de recursos en algunos grupos.

De esta forma, en los grupos sociales hay diferencias importantes de recursos, alimentación y salud, entre otras cosas. Se ponen en marcha programas y políticas que no logran romper ni disminuir las grandes distancias que se producen por la desigualdad e incluso se propicia que esta incremente. Por eso es muy importante analizar este tipo de problemas de salud desde

la desigualdad, para que recordemos su relación con los recursos. Por ejemplo, los recortes presupuestales en el sector salud, afectan a toda la población, pero en particular a las y los más desfavorecidos.

### ¿Cómo se ha recibido el libro en los diferentes ámbitos?

La verdad es que ha habido bastante difusión, tengo que reconocerlo, Itaca lo ha promovido en las universidades y se han dado críticas y comentarios muy puntuales. A nivel de otras instituciones públicas, se ha dado a conocer poco, por lo que creo que esta es una dificultad, no solo para este libro sino en general para la producción académica: la gran distancia que existe entre esta y la política pública.

### ¿Cuáles considera que son las principales aportaciones de este libro?

Una de las cosas que más me ha gustado es ver cómo el proceso reproductivo de las mujeres se vive a través de la desigualdad, tanto en comunidades indígenas como en la Ciudad de México o Pachuca. Es decir, cómo estas condiciones y el impacto de la desigualdad en la población mexicana ocurren tanto en el campo como en las áreas urbanas y en la metrópoli, lo que evidencia que es una problemática común. En segundo lugar, está el género como otra aportación, pues cada artículo realiza un análisis a partir de esta categoría en contextos muy específicos; por ejemplo, las mujeres en condición de calle y cómo en esa situación de desigualdad, el género adquiere una forma muy peculiar: mujeres que no pueden ejercer la maternidad y no pueden acceder a una vida socialmente reconocida como viable. Si las comparas con mujeres en condiciones de marginalidad semejantes, como el caso de las indígenas, puedes identificar que el género cobra otra dimensión, pues en el caso de las segundas tienen una familia y suegras.

Asimismo, esta categoría se observa con mujeres multíparas que han dedicado su vida a la crianza. Así, las relaciones desiguales de género entre mujeres y hombres van tomando forma de manera distinta en contextos diferentes. Lo anterior también se observa en el artículo de las mujeres que mueren en el INPER, debido al imperativo de la maternidad; es decir, la condición e ideología de género tiene nombre y apellido. Creo que ese es uno de los aportes más importantes.

## Tareas pendientes en materia de morbilidad materna

### Pensando en un mediano plazo, ¿cuál será la condición de la morbilidad materna en nuestro país?

Me parece que cuando menos se va a estancar y esto se debe a que la mortalidad materna no es solo un problema de índole biológico, sino que está directamente vinculada a la desigualdad y en el panorama actual no se ha tenido éxito en la reducción de esta, en particular en el ámbito de la salud. Por lo tanto, es probable que la mortalidad podrá contenerse, pero la morbilidad materna seguirá en aumento.

### Es este sentido, ¿cuáles serían las tareas pendientes para el ámbito académico y para las políticas públicas?

Me parece que es muy importante retomar el proyecto de las parteras, que es otro gran punto ciego para el sector salud. Si las parteras se incorporaran en el primer nivel de atención no solo como ayudantes o auxiliares, sino para atender los partos que no tienen complicaciones, la situación sería diferente. En ese sentido, es importante la tesis de Claudia Carrera sobre la clínica de Santa Catarina, que es un excelente ejemplo de lo que podría hacerse a nivel más general y en todo el país.

Es cierto que existen varios programas y proyectos, pero aún es necesario que el sector salud los ponga en marcha. No necesitan nuevos planes, solo que los ya existentes se lleven a cabo, con eso sería suficiente.

### Finalmente, ¿cuáles son sus planes y proyectos para los próximos años?

Bueno, el pendiente más inmediato es dar inicio al doctorado en Estudios Feministas, es algo muy importante como grupo y de forma personal, esperamos que esto ocurra a más tardar en el año 2017.

También me gustaría consolidar la línea de trabajo y de investigación de morbilidad materna en la UAM, en la maestría y en el doctorado. Hasta ahora es una temática que llevo a cabo sola, como personal académico. Muchas estudiantes entran, van y vienen, pero me parece que es fundamental dar continuidad a este trabajo.



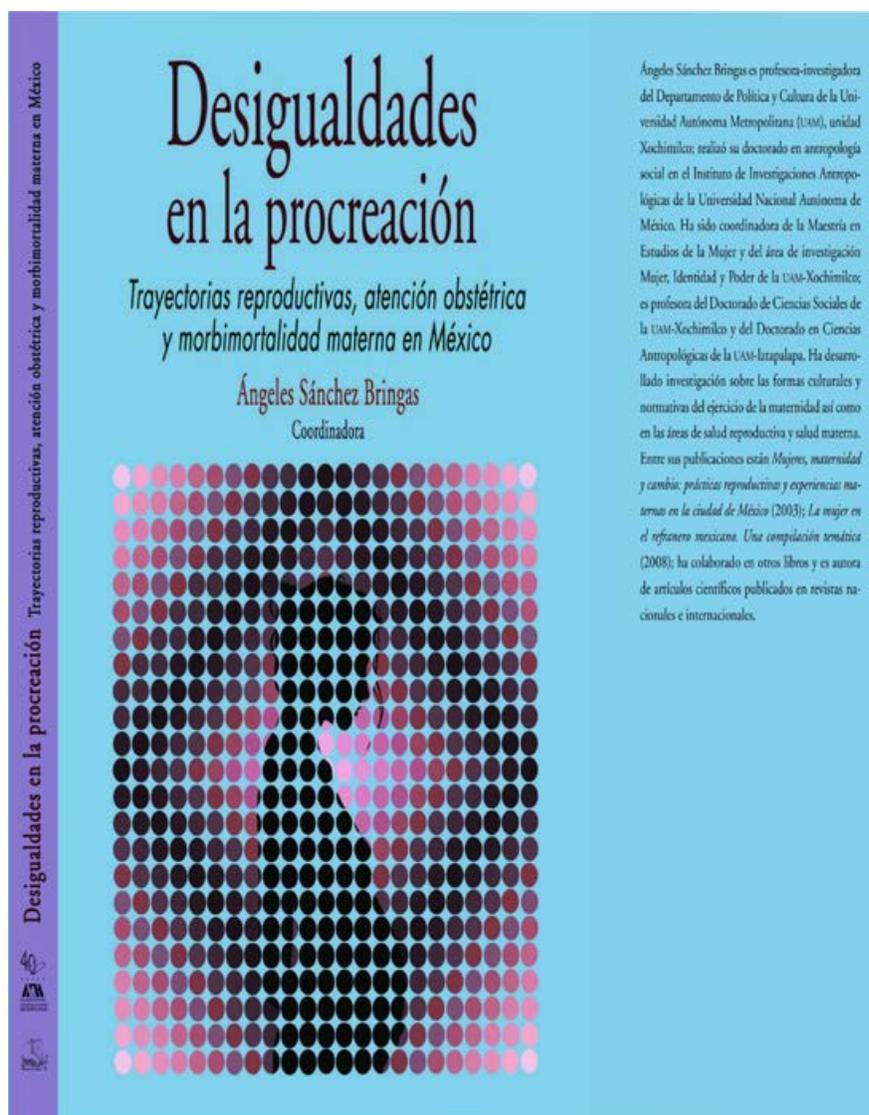
Yessica Sánchez Rangel

En la actualidad cuento con la colaboración permanente de la doctora Dora Cardaci y del grupo de Educación y Salud que trabaja aborto, entre otros temas, pero siempre han sido aportaciones muy puntuales. Sería pertinente hacer esto de una forma más institucionalizada y sólida, para que de manera independiente de las personas que estemos ahí, se siga adelante con esta labor. Asimismo, me interesa continuar publicando en esta misma línea de investigación.

**Las palabras de la doctora Sánchez Bringas son una invitación para fortalecer los lazos y la colaboración entre la academia, con las investigaciones que se desarrollan en este ámbito académico, y los esfuerzos que de manera constante se realizan en las instituciones gubernamentales para elaborar políticas públicas que incidan en la reducción de la muerte y la morbilidad maternas. El fin último es coincidente: mejorar la salud de las mexicanas y evitar, en lo posible, que los procesos reproductivos culminen en morbilidades o en la muerte.**

## **Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México**

Dra. Mónica Carrasco Gómez<sup>i</sup>.



Ángeles Sánchez Bringas es profesora-investigadora del Departamento de Política y Cultura de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco; realizó su doctorado en antropología social en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha sido coordinadora de la Maestría en Estudios de la Mujer y del área de investigación Mujer, Identidad y Poder de la UAM-Xochimilco; es profesora del Doctorado de Ciencias Sociales de la UAM-Xochimilco y del Doctorado en Ciencias Antropológicas de la UAM-Itzamal. Ha desarrollado investigación sobre las formas culturales y normativas del ejercicio de la maternidad así como en las áreas de salud reproductiva y salud materna. Entre sus publicaciones están *Mujeres, maternidad y cambio: prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México* (2003); *La mujer en el ofrendero mexicano. Una compilación temática* (2008); ha colaborado en otros libros y es autora de artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales.

<sup>i</sup> Cátedras CONACYT, adscrita al Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Sureste.  
©Correo electrónico: [lazulblues@yahoo.com.mx](mailto:lazulblues@yahoo.com.mx)

Las desigualdades y los mecanismos de discriminación y exclusión que influyen en el proceso reproductivo y en el acceso a la atención obstétrica son los temas centrales que se analizan en este libro, coordinado por Ángeles Sánchez Bringas y que compila los trabajos de investigadoras de diferentes instituciones académicas, quienes han dedicado su esfuerzo al estudio de la mortalidad y la morbimortalidad maternas.

Esta publicación es el resultado de poco más de un año de reflexión colectiva en un seminario integrado por investigadoras de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), así como por estudiantes de posgrado.

El documento está dividido en dos partes: la primera de ellas dedicada a ensayos donde María Graciela Freyermuth Enciso, Ángeles Sánchez Bringas, Guadalupe Fabiola Pérez Baleón y Rosario Cárdenas, especialistas en el tema de salud reproductiva, reflexionan sobre la morbimortalidad en México. En la segunda parte, Susana Patricia Collado Peña, Irma Romero Pérez, Carmen Rincón, Lina Rosa Berrío Palomo y Graciela Muñoz aportan trabajos empíricos sobre trayectorias reproductivas y de atención en el embarazo y su manejo.

En el capítulo titulado “Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres”, Graciela Freyermuth presenta una síntesis de las principales políticas nacionales e internacionales, así como la ejecución de programas gubernamentales dirigidos a la reducción de la muerte materna. Desde una perspectiva crítica, identifica los principales debates y enfoques que se han construido e implementado en México; además, muestra cómo influyeron las estrategias focalizadas para la atención materna en el decremento de la razón de muerte materna (RMM) en el periodo de 1990 a 2008.

A partir de este contexto, Freyermuth lleva a cabo un estudio cuantitativo que visualiza y analiza las distintas formas en que las desigualdades étnicas e intragénero contribuyen a la muerte de mujeres por causas maternas. Asimismo, retoma para el estudio el enfoque de derechos y la perspectiva de estudios feministas, que identifican las intersecciones entre género, raza y clase, así como sus impactos diferenciales en la dominación y la desigualdad entre mujeres. También incluye un marco teórico estructural/institucionalizado sobre los niveles de racismo, que incluye el mediado por las personas y el internalizado.

Lo anterior, permite estudiar el comportamiento de la mortalidad materna (MM) durante el período de 2003-2007, considerando tres tipos de inequidades: las estructurales, las institucionales y las que se perpetúan debido a la internalización de la condición subordinada. De esta forma, Freyermuth muestra el riesgo de fallecer por MM según la entidad federativa y la comparación por lugar de defunción y de residencia, en la cual se observa la tendencia de las mujeres a movilizarse a las entidades con mayores servicios, lo que incide en la saturación de casos graves y en un número importante de muertes en dichos lugares.

La investigadora identifica las inequidades estructurales que están directamente relacionadas con el comportamiento de la MM: pobreza alimentaria, rezago social, residencia según el número de habitantes de la localidad y acceso limitado a los servicios de salud.

Respecto a las inequidades institucionales muestra que la condición de derechohabiente de las mujeres, la adscripción diferencial a los servicios de salud, el origen étnico, la pertenencia a programas sociales, contar con un trabajo formal y el tipo de ocupación, son inequidades que se construyen en el seno de las instituciones y son mediadas por las personas. Este último aspecto es muy importante, pues la autora puntualiza que la discriminación en las interacciones sociales ocurre de forma cotidiana y está culturalmente conformada debido a una distribución inequitativa del poder, lo que favorece un manejo desigual de recursos.

La discriminación pudiera no ser intencional, pero cuando lo es podría deberse a diversos factores, como actos burocráticos, la ausencia de los servicios, el incumplimiento en los horarios de trabajo, la negación del servicio, los permisos o los cambios de adscripción de una localidad indígena a una ciudad, e incluso la resistencia del sector a promover la humanización del parto.

Por último, analiza la internalización de la desigualdad como un elemento que posibilita la perpetuación de la inequidad y el rezago, a través de la interiorización individual de las circunstancias predominantes, imponiendo una limitada capacidad para la toma de decisiones, lo que permite naturalizar las condiciones de inequidad.

Algunos factores que colocan a las mujeres en mayor riesgo para no ejercer su derecho a la toma de decisiones adecuadas que les habilite a

enfrentar de mejor manera las complicaciones obstétricas son: su ubicación en el grupo de edad de 29 a 34 años, bajos niveles de escolaridad y su pertenencia a municipios con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena. Además, en algunos lugares las decisiones sobre la salud de las mujeres dependen de los hombres, por lo que hay una deficiente identificación de los signos de una urgencia obstétrica y no se cuenta con información adecuada sobre los lugares a los que se podría trasladarlas, como un hospital con capacidad resolutoria. Lo anterior sugiere que la búsqueda de atención adecuada durante la urgencia obstétrica debe ser una de las estrategias prioritarias en el combate de la MM.

En “La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México”, Ángeles Sánchez Bringas y Guadalupe Fabiola Pérez Baleón amplían el conocimiento de la morbilidad materna siguiendo los hallazgos de los estudios sobre esta problemática, por lo que analizan la incidencia de los síntomas asociados a la morbilidad materna en mexicanas embarazadas en el periodo 2004-2009, para lo cual acuden a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. En su investigación contrastan factores de la presencia de la morbilidad y sus efectos en esta, por lo que se centran en las condiciones socioeconómicas, el acceso a la seguridad social y privada, y la edad; además, evidencian las desigualdades en la condición de salud de las mujeres durante el embarazo.

De esta forma, delimitaron una submuestra con mujeres de áreas urbanas de más de 100 mil habitantes (47%), mientras que las áreas rurales representaron 23%. Así, se conformaron dos grupos: el primero formado con mujeres unidas a jefes de hogar y el segundo, conformado mexicanas no unidas.

Las autoras comparan el total de la muestra, de la submuestra y las mujeres del grupo 1 y 2, respecto a sus estados civiles, edad de ellas y de la pareja, composición familiar, tipo de hogar, estrato socioeconómico, escolaridad, tipo de trabajo y de seguridad social. También describen las trayectorias reproductivas, el inicio de la vida sexual, la primera unión conyugal, el primer hijo o hija, el último embarazo y el promedio de embarazos y de hijas e hijos vivos al momento de la entrevista.

De esta forma, Sánchez Bringas y Pérez Baleón evidencian un orden normativo tradicional en las transiciones de prácticas reproductivas de ambos grupos y señalan que existe el riesgo de morbilidad materna diferencial entre mujeres que se encuentran unidas al jefe de

hogar y las que no lo están, pero reconocen que en la fuente de información utilizada (ENADID) las diferencias que encuentran no son significativas.

Al respecto, en un estudio del año 2015 se comprueban las pistas que ambas investigadoras iniciaron, pues Graciela Freyermuth señala que el estado conyugal de las mujeres implica riesgos diferenciales de morir por causas maternas: las viudas, las separadas y las divorciadas tienen una RMM de 162, mayor a la que tienen las mujeres que viven en unión libre (37), las casadas (34) y las solteras (62).<sup>1</sup> Estos hallazgos muestran la necesidad de profundizar con estudios cualitativos sobre cuáles son las situaciones, los contextos y las prácticas que favorecen esta diferenciación por estado civil.

En el tercer ensayo, Rosario Cárdenas propone un análisis sobre la situación que guarda la práctica de la cesárea entre los subgrupos de mujeres que la utilizan de acuerdo con su entidad de residencia y su condición de derechohabiencia. En “El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva”, se muestra que la práctica de cesáreas sigue en aumento, en específico en relación con la población asegurada, que tiene un uso más intensivo (49.7%) que la población sin seguridad social (32.5%). De esta forma, se expone que la práctica de este procedimiento es un problema de salud pública en México por su uso excesivo y por los diferenciales estatales y entre condición de derechohabiencia.

La autora identifica la frecuencia de la cesárea cuando es empleada de manera adecuada para resolver complicaciones durante el embarazo o el parto y concluye que una tasa inferior a 10 de cada 100 nacimientos puede reflejar el uso inapropiado derivado de la escasez de su aplicación. Sin embargo, en algunos lugares hay tasas muy superiores al promedio nacional, que en 2009 fue de 38.1, debido a que se concentran casos de alto riesgo y su uso amplio muestra una adecuada utilización de la misma. De igual forma, Cárdenas revisa los factores que promueven la cesárea y los divide en seis grandes rubros: las características sociodemográficas de las mujeres, los patrones reproductivos de la población y diversos riesgos para la salud, la solicitud de las mujeres por diversos motivos, las características de las y los profesionales de la salud, el tipo de institución donde se labora y los resultados de las demandas contra el personal médico.

Asimismo, en este capítulo se abordan los efectos negativos en la salud relacionados con la cesárea,

así como algunas de las acciones implementadas para reducir su uso y la necesidad de modificar los aspectos culturales de la práctica médica, entre otras. Al respecto retomo un ejemplo actual de la posición del personal de salud, en el que están imbricados diversos factores que favorecen la utilización de este procedimiento en México. En el 2015, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. (FEMECOG) señaló su posicionamiento sobre la violencia obstétrica y sustentó la argumentación en las sanciones que se pueden recibir por la realización de cesáreas injustificadas y se afirmó que estos procedimientos son utilizados de forma responsable y de acuerdo con los criterios científicos, por lo que responden a las necesidades de salud del binomio madre-hija o hijo, en este sentido se indica que: “las condiciones de la actual infraestructura hospitalaria en nuestro país no permiten realizar prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, que serían deseables”.<sup>2</sup>

Al respecto, y en respuesta al comunicado anterior, el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) realizó un pronunciamiento en donde se manifiesta que:

la FEMECOG acepta que está realizando este procedimiento de manera electiva por las condiciones laborales y que la violación a los derechos de las mujeres correspondería

directamente al Estado mexicano. Sin embargo, este argumento es débil en el pronunciamiento de la FEMECOG, ya que el mayor porcentaje de estos procedimientos ocurre en la práctica privada, en la cual estos especialistas tendrían la posibilidad de realizar un acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento.<sup>3</sup>

Desde mi perspectiva, ante un sistema de salud cada vez más pauperizado, hay condiciones de infraestructura que dificultan el acompañamiento al parto, pero el OMM tiene razón al señalar que incluso cuando hay posibilidades de hacerlo en la práctica, el personal de salud decide realizar cesáreas. Así, existen factores económicos y culturales que podrían favorecer la práctica de este procedimiento, entre estos últimos que no se considere a la mujer como la principal protagonista en el acto de parir. Por lo tanto, coincido con las propuestas de Cárdenas y del OMM sobre la necesidad de documentar los pagos diferenciados por parte de la compañía de seguros e incluso del Sistema de Protección Social en Salud. En este sentido, es pertinente cuestionar de qué manera los criterios de pago de las aseguradoras privadas y públicas están determinando el incremento en la realización de cesáreas.

Cárdenas concluye que se requiere garantizar que el proceso de atención del parto se lleve a cabo con pleno respeto a los derechos



de las mujeres, con decisiones sustentadas exclusivamente en pro de la salud de ellas y no de las preferencias del personal de salud o del manejo del tiempo.

La segunda parte del libro nos ofrece una recopilación de cinco trabajos empíricos sobre las trayectorias reproductivas y de atención en el embarazo y su manejo. El primero de ellos se titula “Del sistema de referencia y contra-referencia al multirechazo hospitalario en materia de atención obstétrica” y su autoría corresponde a Susana Patricia Collado Peña, quien desde el primer momento nos sumerge en la narración impactante de una mujer entrevistada que tuvo complicaciones con preeclampsia y quien, después de acudir a varios nosocomios, fue rechazada de un hospital por la falta de personal ginecológico que pudiera atenderla en la noche.

Con esta investigación, Collado nos permite escuchar la experiencia de mujeres que sobrevivieron a una complicación durante el proceso de atención prenatal-resolución del embarazo, para conocer los aspectos subjetivos relacionados con esta e indagar sobre la responsabilidad que tienen las instituciones en la morbilidad. Lo anterior lo llevó a cabo a partir del análisis de aspectos éticos y profesionales, así como de las condiciones necesarias para el ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Desde un abordaje cualitativo, la autora se propuso conocer cuántas unidades médicas visita una mujer embarazada para recibir atención obstétrica resolutive, cuáles son las razones del rechazo y las consecuencias sobre la salud de las mujeres y bajo qué condiciones está sucediendo este fenómeno. Sus hallazgos permiten concluir que “el sistema de referencia y contra-referencia no cumple los objetivos para los que fue elaborado; por el contrario, es un mecanismo que frecuentemente oculta prácticas que dan lugar a un fenómeno de multi-rechazo hospitalario”<sup>4</sup> Para concluir, Collado analiza las ausencias legislativas, de monitoreo perpetradas por las personas, que favorecen la existencia del multi-rechazo.

Irma Romero Pérez es la autora del capítulo “Muerte materna. La maternidad en situaciones de riesgo”, cuyo propósito es discutir algunos factores socioeconómicos, de género, de salud e institucionales que contribuyeron a la muerte de las mujeres que fallecieron por causas relacionadas con el aborto, el embarazo, el parto y el puerperio, en el periodo 2006-2010 en un hospital que brinda atención de tercer nivel, ubicado en el Distrito Federal.

La autora analizó expedientes clínicos y realizó entrevistas a las familias de las mujeres fallecidas. Los resultados de esta investigación evidencian que a pesar de que las mujeres buscaron ayuda con anticipación, no fueron diagnosticadas ni tratadas de forma adecuada, pues fueron rechazadas en el hospital o en el posparto no se les dio el seguimiento esperado. Asimismo, algunas de las muertes maternas por causas indirectas se pudieron haber evitado a través de una atención adecuada a la salud reproductiva.

Romero Pérez insiste en que el aumento de la muerte materna por causas indirectas es un “foco rojo de la falta de tratamiento y seguimientos médicos de las enfermedades previas al embarazo”<sup>5</sup> y propone tomar en cuenta la dificultad que tienen las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, así como la violación de los mismos por parte de las instituciones de salud, lo cual debe ser tomado en cuenta para el diseño de políticas públicas e intervenciones en este ámbito.

Por otra parte, Carmen Rincón y Ángeles Sánchez Bringas colaboran en el apartado “Morbilidad materna y sus secuelas en un hospital de seguridad social de Pachuca, Hidalgo”, en el cual describen y analizan la frecuencia de la morbilidad materna y sus secuelas en mujeres que asistieron a consulta en un hospital de seguridad social de segundo nivel de atención, en el estado de Hidalgo.

Las investigadoras señalan la dificultad para medir la morbilidad materna, puesto que es un proceso complejo, en el que intervienen múltiples factores y existen complicaciones para su sistematización debido a las distintas dimensiones que tiene. Asimismo, se señalan las limitaciones de las fuentes de información en México y afirman que estas parten de una definición que no solo debe incluir las causales directas e indirectas, sino también los problemas crónicos que suceden de forma posterior al embarazo, pero que fueron originadas en alguna etapa de la gestación.

Rincón y Sánchez Bringas retoman estas categorías para proponer una estrategia de abordaje que consiste en utilizar la información de los expedientes y archivos clínicos. Sin embargo, al enfrentarse con el hecho de que los datos buscados no eran reportados de manera adecuada, decidieron aplicar una encuesta sobre morbilidad materna a 393 mujeres que solicitaron servicios médicos.

En los resultados, las autoras reportan que 64.7% de las encuestadas presentaron complicaciones y las primeras causas de morbilidad durante el parto fueron la hipertensión arterial, el desgarro y el sangrado; mientras que durante el puerperio se derivaron de la hipertensión, la infección de herida quirúrgica y la mastitis. Asimismo, se hallaron correlaciones entre variables como la edad, condición de derechohabiente, la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la no utilización de anticonceptivos. Además, las investigadoras describen las secuelas y la discapacidad derivadas del embarazo.

A partir del estudio, las autoras muestran que la información obtenida en relación con la prevalencia de la morbilidad materna y sus secuelas supera las fuentes de información existentes. También visibilizan que la cultura institucional solo fija su atención en el cuidado del embarazo y parto, pero se desentiende del cuidado en el puerperio y las secuelas derivadas del embarazo. Lo anterior brinda otra pista importante para continuar con las investigaciones para reducir la morbimortalidad materna.

El penúltimo trabajo es presentado por Lina Rosa Berrío Palomo y se titula “Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero”. El propósito de la autora fue describir el tipo de atención obstétrica que se brinda a mujeres indígenas ñomndaa y na’saavi de distintos grupos etarios, destacando sus principales diferencias y similitudes.

La investigadora realizó una encuesta a 100 mujeres de la región para conocer su comportamiento reproductivo y constituir las trayectorias reproductivas y de atención, las que concentró en grupos etarios para identificar continuidades y transformaciones.<sup>ii</sup>

Los resultados de la investigación evidencian el comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero y se subraya la carencia de información disponible al respecto. El aporte más importante fue presentar las diferencias entre los grupos etarios.

Berrío analiza las trayectorias reproductivas de las mujeres en cada grupo de edad e identifica los contextos familiares, laborales, económicos, de acceso a programas sociales, a las y los curadores con quienes atendieron su embarazo

y describe la dinámica social y los diversos roles que desempeñan.

Las conclusiones de la autora aluden a elementos comunes que se mantienen constantes en las trayectorias reproductivas de las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, como la edad en la que inician su vida sexual y conyugal, la cual es más temprana que la del promedio nacional. Otro elemento común es que el inicio de la vida sexual, la conyugal y la maternidad permanecen muy próximas entre sí; asimismo, es similar entre los grupos el uso de anticonceptivos para espaciar o finalizar la etapa reproductiva.

Respecto a las diferencias, destaca el incremento significativo de la escolaridad entre las más jóvenes, lo cual Berrío deja como pista para seguir investigando posibles cambios en los comportamientos reproductivos. Finalmente, la autora analiza el acceso a los programas sociales y cómo influyen en el comportamiento reproductivo de los tres grupos etarios, lo que debe ser tomado en cuenta en la formulación y seguimiento de las políticas públicas que pretendan atender el proceso reproductivo con perspectiva intercultural, de género y de respeto a los Derechos Humanos.

El último capítulo, “Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la ciudad de México”, corresponde a la autoría de Graciela Muñoz y su objetivo fue investigar las trayectorias sexuales y reproductivas de mujeres en situación de calle e interpretar su elaboración simbólica.

Para alcanzar sus objetivos, Muñoz aplicó un cuestionario cerrado y realizó entrevistas abiertas para indagar el tipo de relación que mantenían con su familia de origen, los motivos de la salida del hogar, las redes que construyeron en la calle, sus relaciones de pareja y las que mantenían con las instituciones de asistencia social y otros agentes. Asimismo, la autora exploró los detalles sobre cada uno de los eventos reproductivos y las relaciones de pareja.

Los resultados muestran que las mujeres provenientes de otras entidades tuvieron una situación en común: desde su nacimiento o niñez fueron colocadas en “familias de acogida”, en condiciones de desigualdad y subordinación respecto a las demás personas integrantes de

<sup>ii</sup> Para el análisis, Berrío dividió la muestra en tres grupos de edad: 15 a 24 años, 25 a 34 años y mayores de 35 años

las familias donde vivieron. También indicaron que enfrentaron situaciones de violencia en sus hogares de origen, explotación laboral y sexual, acoso, abuso y violación sexual incestuosa. Todo esto sin el apoyo ni el auxilio de las redes sociales cercanas y ante la ineficacia de las instituciones gubernamentales para garantizar el bien de las menores. Por lo tanto, su estrategia de supervivencia fue el abandono del hogar de origen, lo que relaciona con el inicio de la vida sexual y reproductiva.

De esta forma, la investigadora retoma información estadística proporcionada por el Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal e identifica sus limitaciones en cuanto la desagregación por sexo y por grupo etario.

Los relatos seleccionados por Muñoz muestran la dureza de la vida en las calles, el sentido de bienestar y justicia que habita en ellas “si logras darte a respetar”, lo cual está mediado por el uso de la violencia como defensa y/o el trabajo sexual para obtener protección. Lo anterior devela la desarticulación del trabajo de las instituciones de

asistencia social públicas y privadas, aunque la autora también reconoce sus logros, pero subraya la falta de supervisión de albergues y centros de desintoxicación.

La inestabilidad en el apoyo tiene graves implicaciones en la trayectoria reproductiva de las mujeres, ya que por su condición de calle tienen conductas adictivas y están expuestas a la violencia de género que pone en riesgo su salud y la de su bebé.

En un segundo momento, Muñoz presenta las características reproductivas de las mujeres en quienes se centró y que coinciden en haber iniciado su vida sexual y reproductiva a una edad promedio de 13.5 años, con embarazos consecutivos, la mayoría concluidos en abortos y sin la utilización de métodos de anticoncepción.

La investigadora enfatiza que a diferencia de las trayectorias sexuales y reproductivas que viven la mayoría de las mujeres mexicanas de ingresos bajos, quienes se encuentran en situación de calle no iniciaron la vida conyugal posterior a la etapa sexual y reproductiva. Es así



que el anhelo de formar una familia fuera de las calles es un sueño inalcanzable para ellas, lo que puede ser interpretado a partir del análisis que hace Muñoz de los constantes embarazos, hijas e hijos dados en adopción y abortos, y de las relaciones de pareja que enmarcaron cada procreación.

En este contexto, la sexualidad se ejerce de una manera más flexible debido a la ausencia de instituciones sociales y culturales que las ayuden en el control de su vida sexual y reproductiva. El machismo y los estigmas de género permean la percepción que se tiene de ellas, lo que resulta en violencia y trabajo sexual, así como la carencia de la asunción de paternidad por parte de sus parejas.

Algunas mujeres descritas en este estudio contaron con el apoyo de instituciones sociales en la atención del parto, pero ocho de las diez entrevistadas tuvieron varios abortos, en los que tuvo incidencia su condición de calle, pues estuvieron expuestas a infecciones, abuso de drogas y alcohol, sin cuidados perinatales ni acceso a servicios de salud durante el embarazo o el puerperio.

Finalmente, Muñoz analiza las desigualdades y formas de exclusión de la experiencia reproductiva de las mujeres en situación de calle a partir del concepto de reproducción estratificada de Colen, el cual enfatiza el “acceso diferenciado a recursos materiales y sociales prevalecientes en contextos históricos y culturales específicos”,<sup>6</sup> lo que contrasta con las experiencias reproductivas de mujeres de otros grupos sociales. De esta forma, el capítulo permite conocer los cuerpos y las trayectorias reproductivas de las mujeres que encarnan las diversas desigualdades estructurales, institucionales, relacionales e individuales.

En conclusión, este libro expone diversas experiencias sexuales y reproductivas de las mexicanas a través de sus trayectorias de vida. Además, evidencia las desigualdades intragénero, que son analizadas a través de dimensiones subjetivas, interpersonales, institucionales y estructurales. Las autoras brindan un amplio repertorio de metodologías, escenarios, fuentes y pistas para seguir indagando este fenómeno, con la finalidad de mejorar el entendimiento y generar propuestas de intervención para que todas las mujeres ejerzan su derecho a la salud y a una vida libre de violencia.

## Referencias bibliográficas

1. Freyermuth Enciso G. Determinantes sociales en la mortalidad materna en México. Revista CONAMED. En prensa.
2. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. Comunicado del 10 de junio de 2015 [Internet]. México, D.F.: FEMECOG; 2015. [Consultado el 5 noviembre]. Disponible en: <http://omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>
3. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Posicionamiento del OMM respecto al comunicado del 10 de junio de 2015 de la FEMECOG. Comunicado del 14 de julio de 2015 [Internet]. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: OMM; 2015. [Consultado el 5 noviembre]. Disponible en: <http://omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Posicion%20del%20OMM-final.pdf>
4. Collado-Peña SP. Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. En: Sánchez Bringas MA, coordinadora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México, D.F.: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 133-159.
5. Romero Pérez I. Muerte materna. La maternidad en situaciones de riesgo. En: Sánchez Bringas MA, coordinadora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México, D.F.: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 161-195
6. Colen S. (1995). Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York. En: Ginsburg F, Rayna R., editors. Conceiving the new world order: global politics of reproduction. Berkeley: University of California Press; 1995. p.78-102.

## Curso virtual “Los cuidados en las agendas políticas y en las vidas cotidianas”



Inicio: 2 de noviembre

Duración: 8 semanas

Asociación Civil “Comunicación para la Igualdad”

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

El curso aborda la división sexual del trabajo que da origen al reparto desigual de las tareas de cuidado en la sociedad y el papel que tiene este tema en las políticas públicas de cuidado de América Latina. El objetivo del programa es avanzar en la conceptualización de los cuidados y de la organización social y política que estos asumen en distintos contextos.

Módulo I: Género, división sexual del trabajo y cuidados

Módulo II: Los cuidados en la agenda de las políticas

Modulo III: Políticas de cuidado

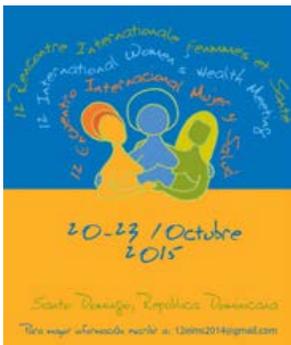
<http://www.comunicarigualdad.com.ar/10727-2/capacitacion@comunicarigualdad.com.ar>

## 12° Encuentro Internacional Mujer y Salud

Del 20 al 23 de octubre de 2015

Hotel Be Live Hacama

Calle Duarte, Boca Chica 15700, República Dominicana



En este espacio las organizaciones que trabajan a favor de los Derechos Humanos de las mujeres de todo el mundo se reúnen para analizar, discutir, compartir y reflexionar sobre estrategias dirigidas a mejorar su salud, así como sus derechos sexuales y reproductivos. El Encuentro Internacional Mujer y Salud se basa en tres principios: la salud como derecho fundamental para las personas; la igualdad como prerequisite para el pleno ejercicio del derecho a la salud y la justicia distributiva para mujeres del Norte y del Sur.

Tema 1. Impacto de las políticas de privatización

Tema 2. Fundamentalismos religiosos y el derecho a la salud de las mujeres

Tema 3. Autonomía física de las mujeres

Tema 4. El movimiento de salud de las mujeres

<http://www.12eims.org>  
[12eims2014@gmail.com](mailto:12eims2014@gmail.com)

## X Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología FEMESS

58

Del 12 al 14 de noviembre de 2015

Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. (FEMESS)  
Centro Regiomontano en Sexología, A.C. (CRESEX)  
Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León  
Consejo Estatal de Sida Nuevo León (COESIDA)  
Consejo para la Cultura y las Artes de Nuevo León (CONARTE)  
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León



Centro Internacional de Negocios de Monterrey  
Av. Fundidora núm. 501, colonia Obrera,  
Monterrey, Nuevo León

El objetivo de este Congreso es aportar en el reconocimiento de la sexualidad como un aspecto central de nuestro ser a lo largo de la vida, el cual abarca el sexo, las identidades y los roles de género, así como el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Asimismo, busca reafirmar que la sexualidad es vivida y expresada a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales, por lo que tiene influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

<http://www.femess.org.mx/Xcongreso/>  
Facebook: /CongresoFEMESS

### 1er Ciclo de conferencias “Elvia Carrillo Puerto”. Derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres  
Cuarta Visitaduría General. Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Subdirección General de Igualdad de Género  
Suprema Corte de Justicia de la Nación

Programa Universitario de Estudios de Género  
Universidad Nacional Autónoma de México

CONFERENCIA “VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD DE LAS MUJERES”  
12 de noviembre de 2015

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



Informes:

Programa de Asuntos de la Mujer y de la Igualdad entre Mujeres y Hombres  
Teléfonos 5490-7400 y 5681-8125, extensiones 1032, 1096 y 1415

[difusión.igualdad@cndh.org.mx](mailto:difusión.igualdad@cndh.org.mx)

En septiembre del año 2000, 189 países firmaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en la cual se determinaron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los que establecieron metas medibles sobre la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la prevención de enfermedades mortales, pero tratables, y la ampliación de las oportunidades educacionales para todas las niñas y los niños.<sup>1,2</sup>

Quince años después, se ha reconocido que los ODM aún están inconclusos, por lo que el 25 de septiembre de 2015 los países que asumieron esos primeros objetivos se reunieron para adoptar la agenda de desarrollo sostenible con 17 nuevas metas basadas en los ocho ODM, las cuales buscan poner fin al hambre, alcanzar la igualdad de género, mejorar los servicios de salud y lograr que todas y todos los niños asistan a la escuela”. Además se estableció el año 2030 como fecha límite para observar mejoras en todas las temáticas propuestas.<sup>2</sup>

En este contexto, presentamos los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible, con el fin de que nuestro público lector se familiarice con estas nuevas metas de alcance mundial

## Objetivo 1

### Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo



- Erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo, actualmente medida por un ingreso por persona inferior a 1.25 dólares de los Estados Unidos al día.
- Reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.
- Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todas y todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables.
- Garantizar que todos los mujeres y hombres, en particular pobres y vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la microfinanciación.
- Fomentar la resiliencia de las personas pobres y de quienes se encuentran en situaciones vulnerables y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y otras crisis y desastres económicos, sociales y ambientales.
- Garantizar una movilización importante de recursos procedentes de diversas fuentes, incluso mediante la mejora de la cooperación para el desarrollo, a fin de proporcionar medios suficientes y previsibles a los países en desarrollo, en particular los países menos adelantados, para poner en práctica programas y políticas encaminados a poner fin a la pobreza en todas sus dimensiones.
- Crear marcos normativos sólidos en los planos nacional, regional e internacional, sobre la base de estrategias de desarrollo en favor de los pobres que tengan en cuenta las cuestiones de género, a fin de apoyar la inversión acelerada en medidas para erradicar la pobreza.

## Objetivo 2

### Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura



- Poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular las pobres y aquellas en situaciones vulnerables, incluidas las y los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.
- Poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de las y los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
- Duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, las y los agricultores familiares, pastores y pastoras, y las personas dedicadas a la pesca, entre otras cosas mediante un acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos de producción e insumos, conocimientos, servicios financieros, mercados y oportunidades para la generación de valor añadido y empleos no agrícolas.
- Asegurar la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos y aplicar prácticas agrícolas resilientes que aumenten la productividad y la producción, contribuyan al mantenimiento de los ecosistemas, fortalezcan la capacidad de adaptación al cambio climático, los fenómenos meteorológicos extremos, las sequías, las inundaciones y otros desastres, y mejoren progresivamente la calidad del suelo y la tierra.
- Mantener la diversidad genética de las semillas, las plantas cultivadas y los animales de granja y domesticados y sus especies silvestres conexas, entre otras cosas mediante una buena gestión y diversificación de los bancos de semillas y plantas a nivel nacional, regional e internacional, y promover el acceso a los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos y los conocimientos tradicionales y su distribución justa y equitativa, como se ha convenido internacionalmente.
- Aumentar las inversiones, incluso mediante una mayor cooperación internacional, en la infraestructura rural, la investigación agrícola y los servicios de extensión, el desarrollo tecnológico y los bancos de genes de plantas y ganado a fin de mejorar la capacidad de producción agrícola en los países en desarrollo, en particular en los países menos adelantados.
- Corregir y prevenir las restricciones y distorsiones comerciales en los mercados agropecuarios mundiales, entre otras cosas mediante la eliminación paralela de todas las formas de subvenciones a las exportaciones agrícolas y todas las medidas de exportación con efectos equivalentes, de conformidad con el mandato de la Ronda de Doha para el Desarrollo.
- Adoptar medidas para asegurar el buen funcionamiento de los mercados de productos básicos alimentarios y sus derivados y facilitar el acceso oportuno a información sobre los mercados, en particular sobre las reservas de alimentos, a fin de ayudar a limitar la extrema volatilidad de los precios de los alimentos.

## Objetivo 3

### Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades



- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidas y nacidos vivos.
- Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niñas y niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1 000 nacidas y nacidos vivos, y la mortalidad de menores de 5 años, al menos hasta 25 por cada 1 000 nacidos vivos.

- Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales y de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

## Objetivo 4

### Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad

#### y promover oportunidades de aprendizaje

#### durante toda la vida para todos



- Velar porque todas las niñas y los niños terminen los ciclos de la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad, y producir resultados escolares pertinentes y eficaces.
- Velar porque todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y a una enseñanza preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria.
- Asegurar el acceso en condiciones de igualdad, para todas las mujeres y los hombres, a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria.
- Aumentar sustancialmente el número de personas jóvenes y adultas que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento.
- Eliminar las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, así como las niñas y los niños en situaciones de vulnerabilidad, a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional.

- Garantizar que todas las personas los jóvenes y al menos una proporción sustancial de las adultas, tengan competencias de lectura, escritura y aritmética.
- Garantizar que todo el alumnado adquiera los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y la adopción de estilos de vida sostenibles, los Derechos Humanos, la igualdad entre los géneros, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y de la contribución de la cultura al desarrollo sostenible, entre otros medios.
- Construir y adecuar instalaciones escolares que respondan a las necesidades de las y los niños y las personas discapacitadas y que tengan en cuenta las cuestiones de género, así como que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces.
- Aumentar sustancialmente a nivel mundial el número de becas disponibles para los países en desarrollo, en particular los países menos adelantados, los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países de África, para que sus estudiantes puedan matricularse en programas de estudios superiores, incluidos programas de formación profesional y programas técnicos, científicos, de ingeniería y de tecnología de la información y las comunicaciones, en países desarrollados y otros países en desarrollo.
- Aumentar sustancialmente la oferta de personal docente calificado, mediante la cooperación internacional para la formación de docentes en los países en desarrollo, especialmente los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

## Objetivo 5

### Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas



- Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
- Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
- Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.
- Velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública.
- Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
- Emprender reformas que otorguen a las mujeres el derecho a los recursos económicos en condiciones de igualdad, así como el acceso a la propiedad y al control de las tierras y otros bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.
- Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.
- Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.

## Objetivo 6

### Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos



- Lograr el acceso universal y equitativo al agua potable, a un precio asequible.
- Alcanzar el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones vulnerables.
- Mejorar la calidad del agua mediante la reducción de la contaminación, la eliminación del vertimiento y la reducción al mínimo de la descarga de materiales y productos químicos peligrosos, la reducción a la mitad del porcentaje de aguas residuales sin tratar y un aumento sustancial del reciclado y la reutilización en condiciones de seguridad a nivel mundial.
- Aumentar sustancialmente la utilización eficiente de los recursos hídricos en todos los sectores y asegurar la sostenibilidad de la extracción y el abastecimiento de agua dulce para hacer frente a la escasez de agua y reducir sustancialmente el número de personas que sufren de escasez de agua.
- Poner en práctica la gestión integrada de los recursos hídricos a todos los niveles, incluso mediante la cooperación transfronteriza, según proceda.
- Proteger y restablecer los ecosistemas relacionados con el agua, incluidos los bosques, las montañas, los humedales, los ríos, los acuíferos y los lagos.
- Ampliar la cooperación internacional y el apoyo prestado a los países en desarrollo para la creación de capacidad en actividades y programas relativos al agua y el saneamiento, incluidos el acopio y almacenamiento de agua, la desalinización, el aprovechamiento eficiente de los recursos hídricos, el tratamiento de aguas residuales y las tecnologías de reciclaje y reutilización.
- Apoyar y fortalecer la participación de las comunidades locales en la mejora de la gestión del agua y el saneamiento.

## Objetivo 7

### Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos



- Garantizar el acceso universal a servicios de energía asequibles, confiables y modernos.
- Aumentar sustancialmente el porcentaje de la energía renovable en el conjunto de fuentes de energía.
- Duplicar la tasa mundial de mejora de la eficiencia energética.
- Aumentar la cooperación internacional a fin de facilitar el acceso a la investigación y las tecnologías energéticas no contaminantes, incluidas las fuentes de energía renovables, la eficiencia energética y las tecnologías avanzadas y menos contaminantes de combustibles fósiles, y promover la inversión en infraestructuras energéticas y tecnologías de energía no contaminante.
- Ampliar la infraestructura y mejorar la tecnología para prestar servicios de energía modernos y sostenibles para todos en los países en desarrollo, en particular los países menos adelantados, los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países en desarrollo sin litoral, en consonancia con sus respectivos programas de apoyo.

## Objetivo 8

### Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos



- El desempleo mundial aumentó de 170 millones en 2007 a casi 202 millones en 2012, de los cuales alrededor de 75 millones son mujeres y hombres jóvenes.
- Casi 900 millones de trabajadoras y trabajadores –uno de cada tres– vive por debajo del umbral de pobreza, con menos de 2 dólares de los Estados Unidos. Solo será posible erradicar la pobreza a través de empleos estables y bien remunerados.
- Se necesitan 470 millones de empleos a nivel mundial para las personas que se incorporarán al mercado laboral entre 2016 y 2030.

## Objetivo 9

### Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación



- Desarrollar infraestructuras fiables, sostenibles, resilientes y de calidad, incluidas infraestructuras regionales y transfronterizas, para apoyar el desarrollo económico y el bienestar humano, con especial hincapié en el acceso equitativo y asequible para todos.
- Promover una industrialización inclusiva y sostenible y, a más tardar en 2030, aumentar de manera significativa la contribución de la industria al empleo y al producto interno bruto, de acuerdo con las circunstancias nacionales, y duplicar esa contribución en los países menos adelantados.
- Aumentar el acceso de las pequeñas empresas industriales y otras empresas, en particular en los países en desarrollo, a los servicios financieros, incluido el acceso a créditos asequibles, y su integración en las cadenas de valor y los mercados.
- Mejorar la infraestructura y reajustar las industrias para que sean sostenibles, usando los recursos con mayor eficacia y promoviendo la adopción de tecnologías y procesos industriales limpios y ambientalmente racionales, y logrando que todos los países adopten medidas de acuerdo con sus capacidades respectivas.
- Aumentar la investigación científica y mejorar la capacidad tecnológica de los sectores industriales de todos los países, en particular los países en desarrollo, entre otras cosas fomentando la innovación y aumentando sustancialmente el número de personas que trabajan en el campo de la investigación y el desarrollo por cada millón de personas, y aumentando los gastos en investigación, así como en desarrollo de los sectores público y privado para 2030.
- Facilitar el desarrollo de infraestructuras sostenibles y resilientes en los países en desarrollo con un mayor apoyo financiero, tecnológico y técnico a los países de África, los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Apoyar el desarrollo de tecnologías nacionales, la investigación y la innovación en los países en desarrollo, en particular garantizando un entorno normativo propicio a la diversificación industrial y la adición de valor a los productos básicos, entre otras cosas.
- Aumentar de forma significativa el acceso a la tecnología de la información y las comunicaciones y esforzarse por facilitar el acceso universal y asequible a Internet en los países menos adelantados a más tardar en 2020.

## Objetivo 10

### Reducir la desigualdad en y entre los países



- Lograr progresivamente y mantener el crecimiento de los ingresos del 40% más pobre de la población a una tasa superior a la media nacional.
- Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.
- Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de los resultados, en particular mediante la eliminación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y la promoción de leyes, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.
- Adoptar políticas, en especial fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad.
- Mejorar la reglamentación y vigilancia de las instituciones y los mercados financieros mundiales y fortalecer la aplicación de esa reglamentación.
- Velar por una mayor representación y voz de los países en desarrollo en la adopción de decisiones en las instituciones económicas y financieras internacionales para que estas sean más eficaces, fiables, responsables y legítimas.
- Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, entre otras cosas mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas.
- Aplicar el principio del trato especial y diferenciado para los países en desarrollo, en particular los países menos adelantados, de conformidad con los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio.
- Alentar la asistencia oficial para el desarrollo y las corrientes financieras, incluida la inversión extranjera directa, para los Estados con mayores necesidades, en particular los países menos adelantados, los países de África, los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países en desarrollo sin litoral, en consonancia con sus planes y programas nacionales.
- Reducir a menos del 3% los costos de transacción de las remesas de los migrantes y eliminar los canales de envío de remesas con un costo superior al 5%.

## Objetivo 11

### Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles



- Asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.
- Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación vulnerable, las mujeres, las niñas, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.
- Aumentar la urbanización inclusiva y sostenible y la capacidad para una planificación y gestión participativas, integradas y sostenibles de los asentamientos humanos en todos los países.
- Redoblar los esfuerzos para proteger y salvaguardar el patrimonio cultural y natural del mundo.
- Reducir de forma significativa el número de muertes y de personas afectadas por los desastres, incluidos los relacionados con el agua, y reducir sustancialmente las pérdidas económicas directas

vinculadas al producto interno bruto mundial causadas por los desastres, haciendo especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones vulnerables.

- Reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades, incluso prestando especial atención a la calidad del aire y la gestión de los desechos municipales y de otro tipo.
- Proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres, las niñas, los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.
- Apoyar los vínculos económicos, sociales y ambientales positivos entre las zonas urbanas, periurbanas y rurales mediante el fortalecimiento de la planificación del desarrollo nacional y regional.
- Aumentar sustancialmente el número de ciudades y asentamientos humanos que adoptan y ponen en marcha políticas y planes integrados para promover la inclusión, el uso eficiente de los recursos, la mitigación del cambio climático y la adaptación a él y la resiliencia ante los desastres, y desarrollar y poner en práctica, en consonancia con el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, la gestión integral de los riesgos de desastre a todos los niveles.
- Proporcionar apoyo a los países menos adelantados, incluso mediante la asistencia financiera y técnica, para que puedan construir edificios sostenibles y resilientes utilizando materiales locales.

## Objetivo 12

### Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles



- Aplicar el Marco Decenal de Programas sobre Modalidades de Consumo y Producción Sostenibles, con la participación de todos los países y bajo el liderazgo de los países desarrollados, teniendo en cuenta el grado de desarrollo y las capacidades de los países en desarrollo.
- Lograr la gestión sostenible y el uso eficiente de los recursos naturales.
- Reducir a la mitad el desperdicio mundial de alimentos per cápita en la venta al por menor y a nivel de los consumidores y reducir las pérdidas de alimentos en las cadenas de producción y distribución, incluidas las pérdidas posteriores a las cosechas.
- Lograr la gestión ecológicamente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos, y reducir de manera significativa su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo a fin de reducir al mínimo sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente.
- Disminuir de manera sustancial la generación de desechos mediante políticas de prevención, reducción, reciclaje y reutilización.
- Alentar a las empresas, en especial las grandes empresas y las empresas transnacionales, a que adopten prácticas sostenibles e incorporen información sobre la sostenibilidad en su ciclo de presentación de informes.
- Promover prácticas de contratación pública que sean sostenibles, de conformidad con las políticas y prioridades nacionales.
- Velar por que las personas de todo el mundo tengan información y conocimientos pertinentes para el desarrollo sostenible y los estilos de vida en armonía con la naturaleza.
- Apoyar a los países en desarrollo en el fortalecimiento de su capacidad científica y tecnológica a fin de avanzar hacia modalidades de consumo y producción más sostenibles
- Elaborar y aplicar instrumentos que permitan seguir de cerca los efectos en el desarrollo sostenible con miras a lograr un turismo sostenible que cree puestos de trabajo y promueva la cultura y los productos locales.
- Racionalizar los subsidios ineficientes a los combustibles fósiles que alientan el consumo antieconómico mediante la eliminación de las distorsiones del mercado, de acuerdo con las circunstancias nacionales, incluso mediante la reestructuración de los sistemas tributarios y la eliminación gradual de los subsidios perjudiciales, cuando existan, para que se ponga de manifiesto su impacto ambiental, teniendo plenamente en cuenta las necesidades y condiciones particulares de los países en desarrollo y reduciendo al mínimo los posibles efectos adversos en su desarrollo, de manera que se proteja a los pobres y las comunidades afectadas.

## Objetivo 13

### Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos



- Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países.
  - Incorporar medidas relativas al cambio climático en las políticas, estrategias y planes nacionales.
  - Mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional en relación con la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana.
  - Poner en práctica el compromiso contraído por los países desarrollados que son parte en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático con el objetivo de movilizar conjuntamente 100 000 millones de dólares anuales para el año 2020, procedentes de todas las fuentes, a fin de atender a las necesidades de los países en desarrollo, en el contexto de una labor significativa de mitigación y de una aplicación transparente, y poner en pleno funcionamiento el Fondo Verde para el Clima capitalizándolo lo antes posible.
  - Promover mecanismos para aumentar la capacidad de planificación y gestión eficaz en relación con el cambio climático en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, centrándose en particular en las mujeres, las y los jóvenes, y las comunidades locales y marginadas.
  - incluidos los relacionados con el agua, y reducir sustancialmente las pérdidas económicas directas
- \* Reconociendo que la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es el principal foro intergubernamental internacional para negociar la respuesta mundial al cambio climático.

## Objetivo 14

### Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible



- Para 2025, prevenir y reducir de manera significativa la contaminación marina de todo tipo, en particular la contaminación producida por actividades realizadas en tierra firme, incluidos los detritos marinos y la contaminación por nutrientes.
- Para 2020, gestionar y proteger de manera sostenible los ecosistemas marinos y costeros con miras a evitar efectos nocivos importantes, incluso mediante el fortalecimiento de su resiliencia, y adoptar medidas para restaurarlos con objeto de restablecer la salud y la productividad de los océanos.
- Reducir al mínimo los efectos de la acidificación de los océanos y hacerles frente, incluso mediante la intensificación de la cooperación científica a todos los niveles.
- Para 2020, reglamentar eficazmente la explotación pesquera y poner fin a la pesca excesiva, la pesca ilegal, la pesca no declarada y no reglamentada y las prácticas de pesca destructivas, y aplicar planes de gestión con fundamento científico a fin de restablecer las poblaciones de peces en el plazo más breve posible, por lo menos a niveles que puedan producir el máximo rendimiento sostenible de acuerdo con sus características biológicas.
- Para 2020, conservar por lo menos el 10% de las zonas costeras y marinas, de conformidad con las leyes nacionales y el derecho internacional y sobre la base de la mejor información científica disponible.
- Para 2020, prohibir ciertas formas de subvenciones a la pesca que contribuyen a la capacidad de pesca excesiva y la sobreexplotación pesquera, eliminar las subvenciones que contribuyen a la pesca ilegal, no declarada y no reglamentada y abstenerse de introducir nuevas subvenciones de esa índole, reconociendo que la negociación sobre las subvenciones a la pesca en el marco de la Organización

Mundial del Comercio debe incluir un trato especial y diferenciado, apropiado y efectivo para los países en desarrollo y los países menos adelantados.

- Aumentar los beneficios económicos que los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países menos adelantados reciben del uso sostenible de los recursos marinos, en particular mediante la gestión sostenible de la pesca, la acuicultura y el turismo.
- Aumentar los conocimientos científicos, desarrollar la capacidad de investigación y transferir la tecnología marina, teniendo en cuenta los criterios y directrices para la transferencia de tecnología marina de la Comisión Oceanográfica Intergubernamental, a fin de mejorar la salud de los océanos y potenciar la contribución de la biodiversidad marina al desarrollo de los países en desarrollo, en particular los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países menos adelantados.
- Facilitar el acceso de los pescadores artesanales en pequeña escala a los recursos marinos y los mercados.
- Mejorar la conservación y el uso sostenible de los océanos y sus recursos aplicando el derecho internacional reflejado en la Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho del Mar, que proporciona el marco jurídico para la conservación y la utilización sostenible de los océanos y sus recursos, como se recuerda en el párrafo 158 del documento «El futuro que queremos».

## Objetivo 15

**Promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y frenar la pérdida de la diversidad biológica**



- Para 2020, velar por la conservación, el restablecimiento y el uso sostenible de los ecosistemas terrestres y los ecosistemas interiores de agua dulce y los servicios que proporcionan, en particular los bosques, los humedales, las montañas y las zonas áridas, en consonancia con las obligaciones contraídas en virtud de acuerdos internacionales.
- Para 2020, promover la gestión sostenible de todos los tipos de bosques, poner fin a la deforestación, recuperar los bosques degradados e incrementar la forestación y la reforestación a nivel mundial.
- Luchar contra la desertificación, rehabilitar las tierras y los suelos degradados, incluidas las tierras afectadas por la desertificación, la sequía y las inundaciones, y procurar lograr un mundo con una degradación neutra del suelo.
- Velar por la conservación de los ecosistemas montañosos, incluida su diversidad biológica, a fin de mejorar su capacidad de proporcionar beneficios esenciales para el desarrollo sostenible.
- Adoptar medidas urgentes y significativas para reducir la degradación de los hábitats naturales, detener la pérdida de la diversidad biológica y, para 2020, proteger las especies amenazadas y evitar su extinción.
- Promover la participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos y promover el acceso adecuado a esos recursos, como se ha convenido internacionalmente.
- Adoptar medidas urgentes para poner fin a la caza furtiva y el tráfico de especies protegidas de flora y fauna y abordar la demanda y la oferta ilegales de productos silvestres.
- Para 2020, adoptar medidas para prevenir la introducción de especies exóticas invasoras y reducir de forma significativa sus efectos en los ecosistemas terrestres y acuáticos y controlar o erradicar las especies prioritarias.
- Para 2020, integrar los valores de los ecosistemas y la diversidad biológica en la planificación nacional y local, los procesos de desarrollo, las estrategias de reducción de la pobreza y la contabilidad.
- Movilizar y aumentar de manera significativa los recursos financieros procedentes de todas las fuentes para conservar y utilizar de forma sostenible la diversidad biológica y los ecosistemas.
- Movilizar un volumen apreciable de recursos procedentes de todas las fuentes y a todos los niveles para financiar la gestión forestal sostenible y proporcionar incentivos adecuados a los países en desarrollo para que promuevan dicha gestión, en particular con miras a la conservación y la reforestación.

- Aumentar el apoyo mundial a la lucha contra la caza furtiva y el tráfico de especies protegidas, en particular aumentando la capacidad de las comunidades locales para promover oportunidades de subsistencia sostenibles.

## Objetivo 16

**Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles**



- Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo.
- Poner fin al maltrato, la explotación, la trata, la tortura y todas las formas de violencia contra las niñas y los niños.
- Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.
- Reducir de manera significativa las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de bienes robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada.
- Reducir sustancialmente la corrupción y el soborno en todas sus formas.
- Crear instituciones eficaces, responsables y transparentes a todos los niveles.
- Garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades a todos los niveles.
- Ampliar y fortalecer la participación de los países en desarrollo en las instituciones de gobernanza mundial.
- Proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos.
- Garantizar el acceso público a la información y proteger las libertades fundamentales, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos internacionales.
- Fortalecer las instituciones nacionales pertinentes, incluso mediante la cooperación internacional, con miras a crear capacidad a todos los niveles, en particular en los países en desarrollo, para prevenir la violencia y combatir el terrorismo y la delincuencia.
- Promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible.

## Objetivo 17

**Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible**



### Finanzas

- Fortalecer la movilización de recursos internos, incluso mediante la prestación de apoyo internacional a los países en desarrollo, con el fin de mejorar la capacidad nacional para recaudar ingresos fiscales y de otra índole.
- Velar por que los países desarrollados cumplan cabalmente sus compromisos en relación con la asistencia oficial para el desarrollo, incluido el compromiso de numerosos países desarrollados de alcanzar el objetivo de destinar el 0.7% del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para

el desarrollo y del 0.15% al 0.20% a la asistencia oficial para el desarrollo de los países menos adelantados; y alentar a los proveedores de asistencia oficial para el desarrollo a que consideren fijar una meta para destinar al menos el 0.20% del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo de los países menos adelantados.

- Movilizar recursos financieros adicionales procedentes de múltiples fuentes para los países en desarrollo.
- Ayudar a los países en desarrollo a lograr la sostenibilidad de la deuda a largo plazo con políticas coordinadas orientadas a fomentar la financiación, el alivio y la reestructuración de la deuda, según proceda, y hacer frente a la deuda externa de los países pobres muy endeudados a fin de reducir el endeudamiento excesivo.
- Adoptar y aplicar sistemas de promoción de las inversiones en favor de los países menos adelantados.

### **Tecnología**

- Mejorar la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y el acceso a ellas y aumentar el intercambio de conocimientos en condiciones mutuamente convenidas, entre otras cosas mejorando la coordinación entre los mecanismos existentes, en particular en el ámbito de las Naciones Unidas, y mediante un mecanismo mundial de facilitación de la tecnología.
- Promover el desarrollo de tecnologías ecológicamente racionales y su transferencia, divulgación y difusión a los países en desarrollo en condiciones favorables, incluso en condiciones concesionarias y preferenciales, por mutuo acuerdo.
- Poner en pleno funcionamiento, a más tardar en 2017, el banco de tecnología y el mecanismo de apoyo a la ciencia, la tecnología y la innovación para los países menos adelantados y aumentar la utilización de tecnología instrumental, en particular de la tecnología de la información y las comunicaciones.

### **Creación de capacidad**

- Aumentar el apoyo internacional a la ejecución de programas de fomento de la capacidad eficaces y con objetivos concretos en los países en desarrollo a fin de apoyar los planes nacionales orientados a aplicar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular.

### **Comercio**

- Promover un sistema de comercio multilateral universal, basado en normas, abierto, no discriminatorio y equitativo en el marco de la Organización Mundial del Comercio, incluso mediante la conclusión de las negociaciones con arreglo a su Programa de Doha para el Desarrollo.
- Aumentar de manera significativa las exportaciones de los países en desarrollo, en particular con miras a duplicar la participación de los países menos adelantados en las exportaciones mundiales para 2020.
- Lograr la consecución oportuna del acceso a los mercados, libre de derechos y de contingentes, de manera duradera para todos los países menos adelantados, de conformidad con las decisiones de la Organización Mundial del Comercio, entre otras cosas velando por que las normas de origen preferenciales aplicables a las importaciones de los países menos adelantados sean transparentes y sencillas y contribuyan a facilitar el acceso a los mercados.

### **Cuestiones sistémicas**

#### *Coherencia normativa e institucional*

- Aumentar la estabilidad macroeconómica mundial, incluso mediante la coordinación y coherencia normativas.
- Mejorar la coherencia normativa para el desarrollo sostenible.
- Respetar el liderazgo y el margen normativo de cada país para establecer y aplicar políticas orientadas a la erradicación de la pobreza y la promoción del desarrollo sostenible.

#### *Alianzas entre múltiples interesados*

- Fortalecer la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen y promuevan el intercambio de conocimientos, capacidad técnica, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países, en particular los países en desarrollo.

- Alentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las asociaciones.

#### *Datos, supervisión y rendición de cuentas*

- Para 2020, mejorar la prestación de apoyo para el fomento de la capacidad a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, con miras a aumentar de forma significativa la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de alta calidad desglosados por grupos de ingresos, género, edad, raza, origen étnico, condición migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales.
- Aprovechar las iniciativas existentes para elaborar indicadores que permitan medir progresos logrados en materia de desarrollo sostenible y que complementen los utilizados para medir el producto interno bruto, y apoyar el fomento de la capacidad estadística en los países en desarrollo.

Estos 17 objetivos se encuentran en el *Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015*, documento disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>

## Referencias bibliográficas

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Seguimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) [sitio de Internet]. UNICEF (Consultada 28 octubre 2015). Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/statistics/index\\_24304.html](http://www.unicef.org/spanish/statistics/index_24304.html)
2. Organización de las Naciones Unidas. 2015 – Es hora de la acción mundial por las personas y el planeta. Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible 2015. 25 al 27 de septiembre [sitio de Internet]. ONU (Consultada 22 octubre 2015). Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Una nueva agenda de desarrollo sostenible [sitio de Internet]. PNUD (Consultada 28 octubre 2015). Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview.html>



## Invitación para publicar

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

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas, inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.
2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 a 25 cuartillas (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 15 cuartillas. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.
3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.
4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.
5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.
6. Incorporar a pie de página sólo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice (i, ii, iii, iv).
7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.
8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice (1, 2, 3). Para consultar este tipo de citación se sugieren los siguientes hipervínculos:
  1. <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>
  2. Versión en Power Point: <http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422>

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

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: [gysenc@gmail.com](mailto:gysenc@gmail.com)



# Género y salud en cifras

[cnegrs.gob.mx](http://cnegrs.gob.mx)

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