



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O



Memoria del Foro Internacional

LA DESIGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES:
UN OBSTÁCULO PARA EL ACCESO AL DERECHO HUMANO A LA SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

MEMORIA DEL FORO INTERNACIONAL
LA DESIGUALDAD ENTRE MUJERES
Y HOMBRES: UN OBSTÁCULO
PARA EL ACCESO AL DERECHO
HUMANO A LA SALUD



MÉXICO, 2009

Por tratarse de la Memoria de un Foro Internacional, esta Comisión Nacional da a conocer las ponencias adaptadas para su publicación.

Las opiniones expresadas en los trabajos no necesariamente reflejan la postura de la CNDH.

La presente memoria del Foro Internacional “La desigualdad entre mujeres y hombres: un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud” fue coordinada y estuvo a cargo del equipo del Programa de Igualdad entre Mujeres y Hombres, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Primera edición: diciembre, 2009

ISBN: 978-607-7888-25-3

D. R. © Comisión Nacional
de los Derechos Humanos
Periférico Sur 3469,
esquina Luis Cabrera,
Col. San Jerónimo Lídice,
C. P. 10200, México, D. F.

Diseño de portada:
Flavio López Alcocer

Impreso en México

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
--------------------	---

CONFERENCIAS MAGISTRALES

ESTRATEGIAS FRENTE AL CÁNCER DE MAMA. EL PRINCIPIO DE EQUIDAD <i>Dra. Begoña García Retegui</i>	13
--	----

CÁNCER MAMARIO: UN DESAFÍO PARA LA INVESTIGACIÓN, LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA SOCIEDAD CIVIL <i>Dra. Lizbeth López Carrillo</i>	45
---	----

LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD DE LOS HOMBRES <i>Lic. Luis Edmundo Gálvez Trejo</i>	63
--	----

CÁNCER DE PRÓSTATA, MÁS DUDAS QUE REALIDADES <i>Dr. Mariano Sotomayor de Zavaleta</i>	71
--	----

PANEL “MUERTE MATERNA”

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA, INEQUIDADES ÉTNICAS Y GENÉRICAS. LÍNEAS PARA UNA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS <i>Dra. Graciela Freyermuth Enciso</i>	81
---	----

MUERTE MATERNA Y DERECHOS HUMANOS	
<i>Dra. Paola Sesia Arcossi Masino</i>	95
¿CÓMO PUEDE LA CNDH CONTRIBUIR A DISMINUIR LA TRAGEDIA DE LAS MUERTES MATERNAS?	
<i>Dra. Rosa María Núñez Urquiza</i>	105
ESTRATEGIA INTEGRAL PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA: CONVENIO INSTITUCIONAL	
<i>Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva</i> <i>Secretaría de Salud</i>	121
PANEL	
“EL DERECHO A LA SALUD DE MUJERES Y HOMBRES”	
ALGUNAS REFLEXIONES —DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO— SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES	
<i>Mtra. Edda Alatorre Wynter</i>	185
BARRERAS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA	
<i>Dr. Gustavo Nigenda López</i>	191
HOMBRES, MASCULINIDAD Y SALUD	
<i>Psic. Luis Gerardo Ayala Real</i>	203
MASCULINIDAD PATRIARCAL: OBSTÁCULO AL DERECHO A LA SALUD DE MUJERES Y HOMBRES	
<i>Lic. Jaime Javier Aguirre Martínez</i>	211
CÁNCER DE MAMA: PRIORIDAD APREMIANTE	
<i>Instituto Carso para la Salud</i>	221
RELATORÍA	247
LOS AUTORES	253

INTRODUCCIÓN

Mujeres y hombres no gozan de la salud en igualdad de circunstancias debido a las inequidades y desigualdades socioculturales que con base en criterios, prejuicios, estereotipos y costumbres parten de una “masculinidad tradicional machista” y provocan situaciones de riesgo y de desventaja sobre la salud o la enfermedad, ocasionando que la familia, la pareja, o las instituciones de salud limiten el goce y ejercicio integral del derecho a la salud en igualdad de condiciones.

La biología establece diferencias por sexo en materia de riesgos y necesidades para la salud, ya que en muchos casos se considera que el hombre sigue siendo el parámetro de funcionamiento fisiológico y social. Por eso, en ocasiones, las investigaciones en salud financiadas tanto por el sector privado como por el sector público utilizan sujetos y muestras de población masculinos. Los informes sobre la salud de las mujeres raras veces incluyen las necesidades de servicios de salud específicos para las mujeres adultas mayores, discapacitadas o pertenecientes a minorías raciales y étnicas. La desigualdad viola los derechos humanos y se convierte en un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud.

En este sentido, la Declaración Mundial de la Salud, adoptada por la comunidad sanitaria mundial en la 51a. Asamblea Mundial de la Salud, señala que el grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y reafirma la dignidad y el valor de cada persona, así como la igualdad de derechos y deberes y la responsabilidad compartida en lo que se refiere a la salud, sobre todo se compromete a reducir las desigualdades sociales y económicas para mejorar la salud de toda la población.

Lo anterior parte del reconocimiento de que las diferencias y desigualdades en la vida de mujeres y hombres determinan las posibilidades y

oportunidades también distintas y desiguales en el ejercicio de su derecho a la salud, además de las que se viven por razones de género, edad, lugar de residencia, preferencia sexual y condición económica y étnica.

Prevalece en mujeres y hombres una mala distribución del ingreso y situaciones de pobreza y marginalidad; excesivas cargas de trabajo femenino por las dobles o triples jornadas; costumbres que impiden acudir al médico o la prohibición de intervenciones quirúrgicas; violencia y maltrato en la familia; malos hábitos alimentarios por la falta de recursos económicos; se duerme poco o no se tiene tiempo para el descanso; no se realiza ejercicio, y, sobre todo, no se dispone de tiempo para atenderse los padecimientos propios de su ser biológico. En ocasiones, las desigualdades sociales se encubren detrás de las diferencias biológicas (genéticas, hereditarias, fisiológicas, etcétera), vulneran los derechos humanos e impiden el acceso a una calidad de vida saludable y digna.¹

Otra situación que afecta el acceso a la salud de hombres y de mujeres es la desigual forma de distribuir el presupuesto en las instituciones de salud, lo que origina que el Estado no tenga recursos económicos para cubrir los altos costos de ese sector y provocan ineficiencia, hospitales mal equipados y clínicas sin medicinas o sin médicos; por lo tanto, la atención gratuita de la salud se traduce en un servicio deficiente. Por estas razones el vínculo entre pobreza y enfermedad es una constante que afecta la salud de la población mexicana.

Tomar en cuenta la existencia de desigualdades sociales implica reconocer la necesidad de la especificidad de los derechos humanos, pero sobre todo, concretamente el vínculo entre los derechos humanos y la perspectiva de género en el ámbito de la salud, permite detectar en la realidad aquellos hechos que limitan e impiden el ejercicio de los derechos a la salud y a la igualdad, y que, en ocasiones, constituyen violaciones a ellos; también se deben analizar tanto las implicaciones por diferencias sexuales en el disfrute de esos derechos, como las desigualdades de género que envuelven las prácticas médicas en el acceso a la salud de mujeres y hombres.

¹ “El análisis basado en el género (ABG) ayuda a clarificar las diferencias entre mujeres y hombres, la naturaleza de sus relaciones sociales y sus diferencias en el ámbito social, en las expectativas de vida y en las circunstancias económicas. Un ABG identifica cómo estas condiciones afectan la salud de mujeres y hombres y su acceso e interacción con el sistema de salud”. *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en la salud*, Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS, Oficina Regional de la OMS, p. 23.

No todas las causas de muerte masculina se explican por la socialización de género, pero sí tienen una gran incidencia, los hombres en comparación con las mujeres tienen una menor preocupación por su salud, debido a una cultura machista y misógina que los desmotiva a acudir, por ejemplo, a la consulta con el urólogo. El cáncer de próstata pone en riesgo la salud y la vida de miles de hombres; los pacientes acuden a su evaluación médica porque ya tienen síntomas y presentan una enfermedad avanzada. Especialistas informan que los prejuicios y los tabúes sobre la masculinidad están ocasionando que los hombres enfrenten un problema de cáncer cuando pueden evitarlo con una simple revisión. Otro ejemplo de ello es también el cáncer de testículo, pues está demostrando que los hombres no se atienden a tiempo por el prejuicio que significa someterse al examen de detección y autodetección. Una de las desigualdades en este tipo de padecimiento se debe, en parte, a que han sido excepcionales las campañas para la prevención de enfermedades frecuentes en los hombres, y concretamente en los jóvenes. La carencia de datos e investigaciones en este tema significa que no se reconoce la magnitud del problema.

En este sentido, el Programa de Igualdad entre Mujeres y Hombres de la CNDH tiene como finalidad realizar el Foro La Desigualdad entre Mujeres y Hombres: un Obstáculo para el Acceso al Derecho Humano a la Salud para invitar a especialistas en los temas de muerte materna, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de testículo, para que a través de sus investigaciones y propuestas permitan diseñar las estrategias para superar situaciones que, basadas en diferencias biológicas o en desigualdades económicas, sociales y culturales, afectan el derecho a la salud, en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han dirigido algunas recomendaciones a las y los profesionales del sector salud haciendo énfasis en que sus intervenciones deben ir más allá de atender “los síntomas” de los padecimientos o enfermedades hacia la eliminación de las actitudes y las creencias que legitiman y justifican la inequidad en el acceso, goce y ejercicio del derecho a la salud de mujeres y hombres, es decir, que hagan intervenciones con enfoque de género, que promuevan la adopción de estilos de vida y conductas saludables y responsables, eliminando los riesgos y haciendo a hombres y mujeres responsabilizarse de su autocuidado.

Este enfoque ha permitido también identificar las desigualdades en cuanto a la protección y el mantenimiento de la salud, que persisten en las políticas y programas de salud y de población que, frecuentemente, cons-

tituyen formas de maltrato y de violaciones a los derechos humanos; por ello, está siendo una prioridad del Estado y la sociedad mexicana el que haya hombres y mujeres sanos, con las mismas oportunidades de desarrollo personal y profesional.

Es así que, al identificar los determinantes biológicos y sociales, tanto de la salud como de las enfermedades, se estará en posibilidad de diseñar programas y políticas sanitarias que actúen en el sentido de mejorar la calidad de vida, evitar y minimizar los efectos de las enfermedades y eliminar las inequidades en la salud de mujeres y hombres.²

²“La equidad de género en la situación de salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas evitables”. *Op. cit. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en la salud*, p. 15.

CONFERENCIAS MAGISTRALES

ESTRATEGIAS FRENTE AL CÁNCER DE MAMA. EL PRINCIPIO DE EQUIDAD

Dra. Begoña García Retegui

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y HOLÍSTICO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

La perspectiva de género establece la necesidad de reorientar el paradigma existente para dar una respuesta social organizada y reunir diversas disciplinas del conocimiento. Para ello, es necesario realizar propuestas integrales de interacción continua entre investigación multidisciplinaria y políticas de salud.

En este tenor, el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres del mundo desarrollado. Es un problema de salud pública. En la Unión Europea una de cada ocho mujeres sufre de cáncer de mama en algún momento a lo largo de su vida. La probabilidad de desarrollar cáncer de mama antes de los 75 años es del 8 %.

Estos argumentos, además del hecho de que la disparidad en los índices de supervivencia entre los Estados miembros puede llegar hasta el 16 %, han llevado a estudiar cuál es la situación en toda la cadena del cáncer de mama y averiguar los resultados a lo largo de toda Europa. Para ello se confió en el trabajo llevado a cabo por la Red Europea de Cáncer de Mama, la EBCN, una red que se fundó hace más de 10 años con el Programa Europa contra el Cáncer, y que ha establecido estándares mundiales con las recomendaciones pertinentes, así como de la muchísima información que ha proporcionado Europa Donna: la Coalición Europea contra el Cáncer de Mama. El propio Parlamento Europeo ha organizado jornadas públicas y talleres, así como distintos eventos especiales con el fin de recoger la mayor información posible sobre el cáncer de mama y poder decidir una estrategia común europea.

Ya no es deseable aceptar el sistema de atención al cáncer de mama que se base en una especie de lotería. Todas las mujeres de Europa deben tener acceso al mismo tipo de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y atención posterior de primera clase, y todo esto con independencia del lugar donde esa mujer viva, su estatus social o su nivel de educación. El problema tiene que ver más con la estructura de la atención sanitaria que con los costes. Esto ha quedado demostrado dado el éxito extraordinario alcanzado por algunos Estados miembros individuales en la lucha contra esta enfermedad. Pero asimismo queda claro que la calidad, cada vez mejor a la larga, resultará con costes más bajos y terminará con algunos gastos innecesarios.

El Parlamento Europeo se puso de acuerdo para establecer una estrategia común europea basada en, y esto es importante, puntos de referencia, *bench marking*, y mejores prácticas. En la Unión Europea la Sanidad sigue estando dentro de las competencias de los Estados miembros. No se ha intentado armonizar la sanidad europea pero esto no evita que el Parlamento Europeo apoye la investigación contra el cáncer, que anime a que haya redes de investigadores, médicos y grupos de pacientes. Además recomienda, pues no tiene capacidad legislativa, establecer directrices de obligado cumplimiento para los Estados miembros, porque ya no es aceptable el hecho de que existan 100,000 fallecimientos por cáncer de mama en la Unión Europea todos los años sabiendo que 25,000 mujeres podrían salvarse si a todos los pacientes de Europa se les ofreciera una atención de alta calidad.

En vista de estas cifras tan dramáticas y sabiendo que 90 % de los pacientes de cáncer de mama pudieran curarse, el Parlamento Europeo llamó a los Estados miembros para crear antes del año 2008 las condiciones necesarias para que hubiera una reducción del 25 % del índice de mortalidad por cáncer de mama. Al mismo tiempo, el Parlamento Europeo pidió una reducción de 5 % en cuanto la disparidad de los índices de supervivencia entre los Estados miembros que en la actualidad llega hasta el 16 %. Estas cifras se refieren a los 15 Estados miembros de la Unión Europea (actualmente somos 27 estados).

Ante esta acuciante situación se estableció la necesidad de intercambiar información y experiencias de una forma más eficaz y aprender unos de otros. El Informe sobre Cáncer de Mama en Europa puso los cimientos para esta tarea.

Sobre este punto, el *screening mamográfico*, con las guías de la Unión Europea, garantiza un examen radiológico de alta calidad y según la Orga-

nización Mundial de la Salud (OMS) ayuda a reducir el índice de mortalidad en 33 %. Por esto, la introducción del *screening* es uno de los principios elementales de la estrategia. El Parlamento Europeo en su resolución llamó a los Estados miembros a implementar programas de *screening mamográfico* de calidad asegurada para mujeres de 50 a 69 años. El índice de mortalidad en este grupo se podría reducir de 18 % a 22 %. Este dato aún no está basado en la evidencia y la Unión Europea sólo recomienda tratamientos que están basados en evidencia. De los programas de *screening* también se pueden beneficiar mujeres de entre 40 a 50 años. Portugal ya ofrece *screening* a nivel nacional para este rango de edad y hay varias comunidades autónomas (CCAA) en España, así como en el Reino Unido, Suecia y Finlandia que hacen lo mismo desde hace muchos años. En Estados Unidos también se recomienda a las mujeres desde la edad de 40 años que participen en los programas de *screening*.

Permítanme recordarles los seis puntos de la Unión Europea que todos debían implementar para mejorar la detección precoz del cáncer de mama:

Primer punto. A las mujeres de entre 50 a 69 años se les debe ofrecer *screening mamográfico* poblacional de alta calidad, y esto es importante, cada dos años pagado por la sanidad pública.

Segundo punto. Esta prueba preventiva debe tener lugar en centros dedicados y certificados de *screening*, y se pueden utilizar unidades móviles para facilitar la asistencia de mujeres que residen en las áreas rurales.

Tercer punto. Cada mamografía, y esto realmente es muy importante, deberá ser leída independientemente por dos radiólogos por el procedimiento llamado de doble ciego.

Cuarto punto. Cada radiólogo involucrado en el *screening* deberá leer las mamografías de un mínimo de 5,000 mujeres por año para así lograr una experiencia cualificada.

Quinto punto. El equipamiento deberá ser supervisado regularmente por una entidad nacional independiente para asegurar que la dosis de radiación se mantenga al mínimo y la calidad de imagen al máximo.

Punto seis. Cada mujer deberá ser informada de los resultados de su prueba en cinco días laborables.

Nuestra segunda prioridad es la creación de centros certificados de atención a la patología mamaria. Al efecto, se debe crear una Unidad de Mama por alrededor de cada 300,000 habitantes y debe cumplir los siguientes criterios recomendados por el Parlamento Europeo y basados por lo menos en las propuestas de EUSOMA (Sociedad Europea de Mastología):

1. Cada unidad deberá realizar un mínimo de 150 intervenciones quirúrgicas primarias de mama. Si el número de casos es menor al de 150 intervenciones exigidas, el cirujano ha de venir de otro hospital. Un requerimiento vital es que cada cirujano deberá realizar por lo menos 50 de estas intervenciones quirúrgicas al año. Después de todo, la práctica hace al maestro.
2. También es importante que todos los cirujanos realicen solamente intervenciones quirúrgicas de mama y no otras intervenciones quirúrgicas. Una cirugía de mama responsable no es algo que se puede realizar como un trabajo suplementario.
3. Todo el equipo médico multidisciplinario en la Unidad de Mama deberá estar especializado en enfermedades benignas y malignas de la mama. Éste también es el caso de las enfermeras especializadas en patología de mama que pueden ser importantes miembros del equipo junto con los médicos, oncólogos, psicólogos y asistentes sociales.
4. Y esto también es muy, muy importante, sesiones clínicas multidisciplinarias semanales donde cada caso deberá ser examinado y consultado antes y después de la intervención quirúrgica. Es absolutamente vital y estas conferencias tendrán lugar en el sitio donde el paciente será intervenido quirúrgicamente.
5. Por último, todo el equipo médico deberá asistir a cursos de formación regularmente. También hacemos un llamamiento para que todas las mujeres reciban un diagnóstico preoperatorio confirmado; por ejemplo, por medio de una biopsia mediante punción.

También es igualmente importante que ninguna mujer que haya sido diagnosticada con cáncer de mama tenga que esperar más de cuatro semanas para ser tratada. No podemos tolerar los periodos de espera extremadamente largos en algunos Estados europeos y, por supuesto, el Parlamento Europeo exige la disponibilidad de la cirugía de reconstrucción de mama cuando esté médicamente justificada. Actualmente se sigue practicando la mastectomía innecesariamente en Europa con demasiada frecuencia. Es simplemente la intervención más fácil y menos costosa.

LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER

En España son las comunidades autónomas las responsables del establecimiento de los programas asistenciales y preventivos en su ámbito territorial, por lo que son éstas las que pueden determinar la edad más adecuada para el inicio de las mamografías en la mujer.

Cada año se diagnostican en Europa más de 300,000 nuevos casos y mueren más de 100,000 mujeres por esta causa. España es el país europeo que ocupa la última posición en incidencia. La supervivencia relativa europea media a los cinco años se sitúa alrededor del 80 %.

El aumento de la incidencia del cáncer de mama en Europa se atribuye parcialmente a los programas de cribaje poblacional o al cribaje oportuno que se hacen algunas mujeres, que permite la detección de tumores pequeños y poco agresivos. De todas maneras su incidencia empezó a aumentar antes de que se extendiesen los programas de cribaje, por lo que se deduce que hay otros factores relacionados con el aumento.

De los factores de riesgo conocidos hay algunos que no son fácilmente modificables (como por ejemplo la edad de la menarquía, la edad en la que se tiene el primer hijo, el número de hijos), pero otros sí, como la obesidad posmenopáusica, el sedentarismo y el consumo de alcohol.

CADA 35 MINUTOS UNA MUJER ES DIAGNOSTICADA DE CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, con aproximadamente 1,151,000 nuevos casos al año (22,7 % del total femenino). Su incidencia aumenta en los países con mayor nivel económico. Más de la mitad de los casos se diagnostica en los países desarrollados: 370,000 casos al año en Europa (31.3 %) y 230,000 en Norteamérica (20 %).

En España se diagnostican unos 16,000 casos al año, lo que representa casi el 30 % de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 45 y los 65 años. En la Región de Murcia suponen 500 nuevos casos diagnosticados al año.

La incidencia de este tumor en España es una de las más bajas de Europa, sin embargo, el número de casos nuevos aumenta lentamente tanto en nuestro país como en el resto del mundo, probablemente debido al en-

vejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama es de una de cada ocho mujeres. En España existe una distribución geográfica de incidencia notablemente variable según las provincias. Así, en Cataluña la incidencia es de 83,9 casos / 100,000 habitantes, mientras que la media nacional se sitúa en 50,9 casos / 100,000 habitantes.

SUPERVIVENCIA

Los programas de detección precoz junto con los avances diagnósticos y terapéuticos se han traducido en España en un incremento de la supervivencia, que se sitúa próxima al 83 %, a los cinco años tras el diagnóstico, lo que coloca a nuestro país por encima de la media Europea en supervivencia de cáncer de mama (79 %).

La supervivencia ha mejorado notablemente en las últimas décadas (64 % para casos diagnosticados entre 1980 y 1985, 78 % para los diagnosticados entre 1990 y 1994 y 83 % entre 1995 y 1999) y se espera que esta tendencia continúe.

Igual que la incidencia, la mortalidad por cáncer de mama en España es de las más bajas de Europa, tan sólo comparable a la de Grecia. No obstante lo dicho en el punto anterior, en España fallecen unas 6,000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa 16.7 % de todos los fallecimientos por cáncer de la población femenina, y el 3.3 % del total de muertes entre las mujeres.

Mientras que el número de casos y la incidencia aumentan lentamente en nuestro país, el número de muertes desciende 1.4 % anual desde la década de los noventa debido, fundamentalmente, a la puesta en marcha de programas de diagnóstico precoz en todas las Comunidades Autónomas y a una mejora en los tratamientos oncológicos. Navarra es la Comunidad Autónoma donde el descenso de la mortalidad desde 1992 es más acusado. Este dato coincide con que fue la primera Comunidad Autónoma que implantó un programa de diagnóstico precoz, en 1990.

La detección precoz del cáncer de mama mediante programas específicos con mamografías constituye una herramienta fundamental para el control de esta enfermedad. La mamografía se considera hoy en día la prueba más eficaz para el diagnóstico precoz y la reducción de la mortalidad por este tipo de cáncer. Múltiples estudios científicos, llevados a cabo en Europa y Estados Unidos, demuestran que la realización periódica

ca de una mamografía, en el contexto de un programa de cribado, a partir de los 45-50 años, puede reducir 30 % la mortalidad por cáncer de mama.

Al diagnosticar el cáncer en las fases tempranas es posible administrar tratamientos menos agresivos (por ej.: cirugía conservadora), que dejan menos secuelas físicas y psicológicas en la mujer.

MEJORAR LOS RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA

Si el tumor se diagnostica antes de que se haga invasivo (*in situ*) las posibilidades de curación son superiores al 98 %. La mamografía es una prueba sencilla e inofensiva que en general no es dolorosa, aunque debido a la presión que es necesario realizar para que la imagen de la radiografía sea más clara, en algunos casos puede resultar algo molesta. Para facilitar el acceso a esta prueba diagnóstica, además de los mamógrafos instalados en los distintos centros sanitarios, se han habilitado unidades móviles de mamografía, que se desplazan por toda la geografía española llegando a toda la población.

Los programas de detección precoz del cáncer de mama son una de las actuaciones de atención a la salud de las mujeres que tiene más relieve y penetración en nuestra sociedad. Este hecho obliga a las instituciones responsables de su desarrollo a poner en común las experiencias desde los puntos de vista clínicos, terapéuticos y tecnológicos y por ello se tratarán aspectos como:

- La gran transformación que supone la introducción de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) tan sólo 20 años después de la gran transformación de la sanidad pública en la década de los ochentas.
- La importancia de la participación de las mujeres en estos programas sigue siendo un aspecto clave para su éxito y eso hace que la comunicación con las mujeres sea primordial para conseguir su implicación en beneficio de su salud.
- Se comparten y debaten resultados de proyectos de investigación relacionados con la densidad mamaria, la población inmigrada, los resultados falsos positivos, la evaluación de la mamografía digital y la calidad de vida de las mujeres participantes.

- El objetivo último del programa es disminuir la mortalidad por esta causa y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas. También se trata sobre los factores de riesgo, el manejo de las lesiones de riesgo, la configuración de las unidades de mama y la contemplación de la perspectiva de género en su funcionamiento.
- La relevancia de la interdisciplinariedad de estos programas y de los profesionales de enfermería, la puesta en común de los protocolos y de los indicadores son otros aspectos a debatir.

CONCEPTOS

Cribado

Se entiende por cribado la aplicación de cualquier tipo de prueba a personas aparentemente sanas para seleccionar aquellas que pueden tener una enfermedad concreta o mayor riesgo de padecerla. Todo resultado positivo de una prueba de cribado conlleva la realización de pruebas complementarias con el fin de confirmar el resultado.

El fundamento que caracteriza a un programa de cribado es que la iniciativa de realizar las pruebas de selección parte de la administración sanitaria, constituye programas de salud pública y tiene como objetivo principal el descenso de la mortalidad por esa causa en la población.

El cáncer de mama reúne todos los requisitos exigibles para ser objeto de un programa de cribado de carácter poblacional. Es el tumor más frecuentemente diagnosticado en las mujeres y la primera causa de muerte en mujeres de 35 a 55 años; se conoce su historia natural y existe una fase preclínica detectable mediante mamografía que adelanta de dos a cuatro años el diagnóstico clínico; su pronóstico depende principalmente de la extensión de la enfermedad en el momento de la detección.

La mamografía se ha acreditado como la prueba de cribado de mayor validez, más efectiva, con escasa morbilidad y buena tolerancia.

Los criterios de selección de las mujeres en un programa de cribado son la edad, en función de la incidencia del cáncer de mama, la sensibilidad del test diagnóstico y por supuesto los recursos existentes en cada comunidad.

El intervalo más adecuado entre mamografías es el que permite maximizar los beneficios del cribado con el menor número de mamografías

realizadas a lo largo de la vida de las mujeres manteniendo una baja tasa de cánceres de intervalo. El propuesto en todos los programas de cribado es de dos años.

Los numerosos estudios y ensayos clínicos desarrollados en América y Europa desde hace más de tres décadas han demostrado la posibilidad de reducir la mortalidad por cáncer de mama en alrededor de 30 % en mujeres de más de 50 años y con una participación en programas de cribado de al menos 60 % de las mujeres de la población.

Mamografía

Es el mejor método de detección precoz en la actualidad, pero no es infalible. Su sensibilidad (detecta cáncer cuando existe) es de entre un 85 y un 95 %, con una especificidad (resultado negativo si no hay cáncer de mama) del 90 %. O sea entre 5-15 % no se van a detectar precozmente y 10 % van a ser falsos positivos, se harán pruebas complementarias que pueden ocasionar, ansiedad y miedo añadido.

No hay evidencia de que la autoexploración disminuya la mortalidad por cáncer de mama. La detección precoz supone localizar cánceres de tamaño menor a un centímetro y sin afectación ganglionar. Y éstos no son asequibles a la autoexploración. 75 % de los nódulos son benignos. Al parecer, no hay pruebas de su eficacia en el tramo de 40 a 49 años. Los estudios no evidencian que los programas de cribado mediante mamografía consigan una reducción de la mortalidad en mujeres menores de 50 años. Hablamos de eficacia en programas de cribado poblacional. Sin embargo, la mamografía sí que resulta eficaz en tanto que permite diagnosticar cáncer de mama en mujeres con lesiones palpables y por tanto una ganancia personal a las mujeres diagnosticadas sea cual sea la edad.

Unidades de mama

Uno de los objetivos que se contemplan al poner en marcha los programas de detección precoz de cáncer de mama es la mejora de los recursos necesarios, tanto de las unidades de detección, como de diagnóstico y tratamiento. La configuración de unidades de mama multidisciplinarias es por tanto una reivindicación técnica que las profesionales de la salud y las mujeres debemos exigir.

El abordaje integral del tratamiento debe contemplar desde el momento del diagnóstico los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en la morbilidad del cáncer de mama, las diferentes fases de tratamiento, hasta la reincorporación a la vida social o laboral, en integridad física y psíquica para enfrentarse de nuevo a la vida cotidiana. Y para recibir esa atención integral, las mujeres no pueden estar deambulando de un sitio a otro. La necesidad de que esté ubicada en un espacio físico específico lo refrenda la publicación de un reciente estudio de la Universidad de Los Ángeles, California, que demuestra que las mujeres sienten la necesidad de proteger a sus hijos y de agruparse con otras mujeres en situaciones en que aumenta la producción de oxitocina provocada por el estrés. Acerca de esta necesidad hay que insistir a las personas que gestionan el sistema sanitario ya que el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres.

La importancia, la investigación, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama deben ser considerados como prioritarios dentro de las políticas sanitarias, pero sería necesario dar mayor relevancia a la investigación etiológica de buena calidad, ya que los factores establecidos explicarían menos del 50 % de los casos observados y no justifican su incremento en las sociedades industrializadas.



Estereotipos de género y participación
¿siguen siendo un problema?
¿introducen elementos de desigualdad en salud?

Los Programas de Prevención del Cáncer de Mama en España. Situación en la Región de Murcia.

Dra. Begoña García Retegui

Servicio Murciano de Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo.
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, España.



Resumen de la exposición

- Abordaje multidisciplinar y holístico del tratamiento del cáncer de mama
- **Perspectiva de género**
- **Realizar propuestas integrales de interacción**
- Estrategia de cáncer de mama en Europa, España, Región de Murcia
- Análisis de la participación
- **Motivos de no participación en el programa de prevención de cáncer de mama de la Región de Murcia.**
- **Influencia de la población no española en la participación ¿una fuente de desigualdades en salud?**

Intervención

- **Eficacia de la intervención de los profesionales sanitarios en la mejora de la participación de un programa de prevención del cáncer de mama.**

Conclusiones



Abordaje multidisciplinar y holístico desde la perspectiva de género en el Cáncer de Mama

- **Perspectiva de género establece la necesidad de reorientar el paradigma existente para dar una respuesta social organizada, reuniendo diversas disciplinas del conocimiento**
- **Realizar propuestas integrales de interacción continua entre investigación multidisciplinaria y políticas de salud**



Estereotipos de género; determinante diferencial en el cáncer de mama

Visiones Patología mamaria:

- Mama, órgano peculiar y variable en como la percibe la propia mujer y la sociedad.
- Conceptos médicos científicos para curar sus enfermedades

Funciones

- Nutricia
- Maternal

Símbolo

- Fecundidad.
- Erótico.
- Feminidad
- Sufrimiento
- Belleza



Estereotipos de género; determinante diferencial en el cáncer de mama

¿Qué son tus senos?

- Sean cuales sean los significados que demos a nuestros senos, siempre irán ligados a los valores culturales
- Los significados que se le han atribuido a lo largo de la historia, y mediante los cuales varones e instituciones se han apropiado de nuestros senos, raramente han expresado los sentimientos de las mujeres.

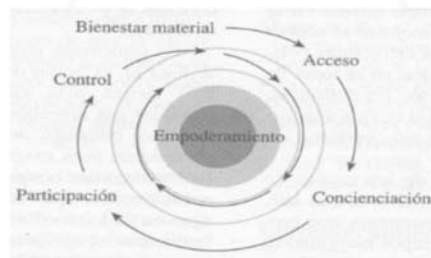
¿Qué significado les das?

- Esfera social respecto a sistema sanitario.
- Rol social; cuidadora, abnegada,...
- Sexualidad, temor, rechazo, repercusión emocional.
- Imaginario; distinta valoración plano individual y social.

Empoderamiento

- **Capacidad para generar cambios.**
- **Fortalecimiento de la posición económica, política, social.**
- **Para influir en la sociedad que les toca vivir.**
- **Para participar activamente en todos los procesos que nos afectan, incluidos los procesos de salud y enfermedad y la forma en que se enfocan y atienden.**

EMPODERAMIENTO



INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES

Pensar en las enfermedades como algo más positivo, como un reto o algo que tiene cierto valor, permite defenderse mejor en lo emocional y lo social

Cuando se asumen un papel más activo en la toma de decisión y se participa activamente en las opciones de tratamiento, se padecen de niveles menores de ansiedad



CONFIGURACIÓN UNIDADES MANA

- **Resolución del Parlamento Europeo sobre el cáncer de mama en la Unión Europea. 2002/2279(INI)**
- **Informe sobre el cáncer de mama de la comisión de derechos de la mujer y de igualdad de oportunidades del Parlamento Europeo**



CONFIGURACIÓN UNIDADES MANA

- Detección precoz, diagnóstico, tratamiento con garantía de calidad y control ulterior, realizados únicamente por un equipo multidisciplinar.
- Lograrse el nivel más elevado posible de calidad de vida para las pacientes (físicos, psíquicos).
- Informadas adecuadamente sobre el diagnóstico y el tratamiento para participar en las decisiones.
- La lucha contra el cáncer de mama es una prioridad de política sanitaria.
- Operar 150 nuevos casos.
- Dirección con cualificación y especialización en patología mamaria.
- Equipo Multidisciplinar (cirugía de mama, ginecología, radiología, oncología, radioterapia, cirugía reparadora, psicooncología, psicoterapia, enfermería, trabajo social,...).
- Sesiones clínicas multidisciplinares semanales.
- Capacitación profesional e investigación científica.



Seis recomendaciones de la Unión Europea para mejorar la detección precoz del cáncer de mama

- **Primer punto.** A las mujeres de entre 50 a 69 años se les debe ofrecer screening mamográfico poblacional de alta calidad, y esto es importante, cada dos años pagado por la sanidad pública.
- **Segundo punto.** Esta prueba preventiva debe tener lugar en centros dedicados y certificados de screening, se pueden utilizar unidades móviles para facilitar la asistencia de mujeres que residen en las áreas rurales a las pruebas de screening.
- **Tercer punto.** Cada mamografía, y esto realmente es muy importante, deberá ser leída independientemente por dos radiólogos por el procedimiento llamado de doble ciego.
- **Cuarto punto.** Cada radiólogo involucrado en el screening deberá leer las mamografías de un mínimo de 5,000 mujeres por año para así lograr una experiencia cualificada.



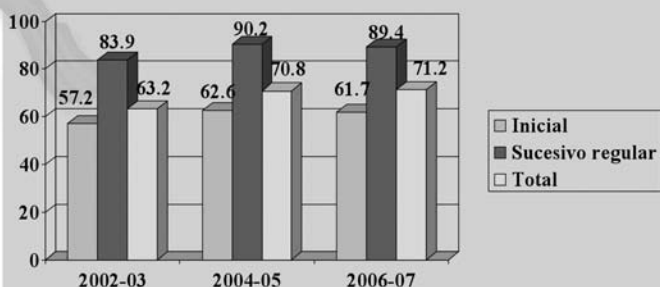
Seis recomendaciones de la Unión Europea para mejorar la detección precoz del cáncer de mama

- **Quinto punto.** El equipamiento deberá ser supervisado regularmente por una entidad nacional independiente para asegurar que la dosis de radiación se mantenga al mínimo y la calidad de imagen al máximo.
- **Sexto punto.** Cada mujer deberá ser informada de los resultados de su prueba en 5 días laborables. Nuestra segunda prioridad es la creación de centros certificados de atención a la patología mamaria.

Análisis de la participación (o de la no participación)

Estudio del Programa de Prevención
del Cáncer de Mama. Región de Murcia

Tasas de participación



**MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE
MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA**



MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

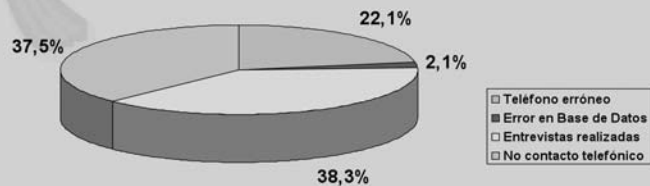
Población a estudio.

Cribado inicial	Nº	%
Total de mujeres en cribado inicial	869	
Muestra	246	28,3
Entrevistadas	92	10,6



MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Llamadas realizadas



MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

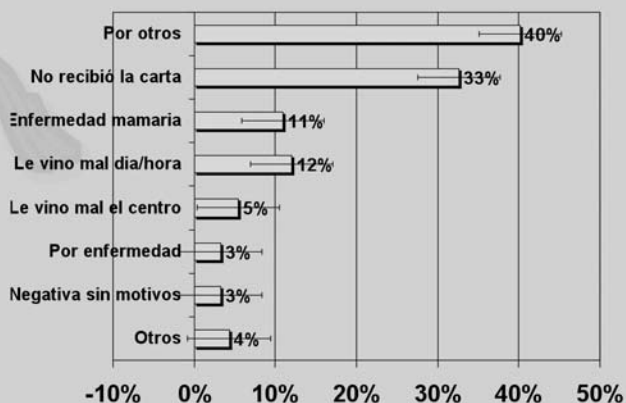
RESULTADOS

- Distribución de las mujeres en función a su respuesta si han recibido la carta.

	%	
Si ha recibido la carta	63	
Antes de la cita	53,2	
Después de la cita	2,2	
NS/NC	7,6	
No ha recibido la carta	32,6	
Datos correctos	10,9	
Datos incorrectos	21,7	
NS/NC	0	
NS/NC	4,4	
Total contactos	100,0	

MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

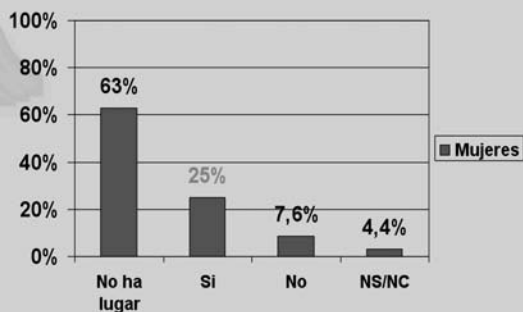
Motivos por los que no acudieron a la cita



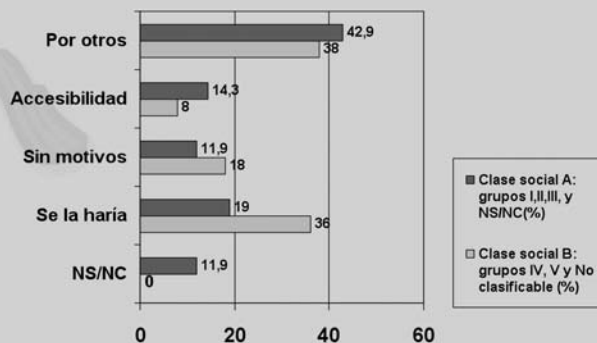
MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA



Mujeres que no han recibido la carta y están interesadas en participar en el programa



MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA REGIÓN DE MURCIA





Influencia de la población no española en la participación ¿una fuente de desigualdades en salud?

INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA EN LA PARTICIPACIÓN ¿UNA FUENTE DE DESIGUALDADES EN SALUD?

Distribución por países de origen: Europa Occidental

	n	f
Inglesas	2078	78,5
Irlanda	17	0,64
Bélgica	58	2,19
Dinamarca	12	0,45
Países bajos	67	2,53
Noruega	27	1,02
Suiza	25	0,94
Suecia	30	1,13
Finlandia	21	0,79
Francia	189	7,14
Italia	52	1,97
Portugal	70	2,65
Total	2646	100,00



INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA EN LA PARTICIPACIÓN ¿UNA FUENTE DE DESIGUALDADES EN SALUD?

Distribución por países de origen: Hispano América



País de origen	n	f
Ecuador	1340	47,55
Bolivia	418	14,83
Colombia	386	13,70
Cuba	105	3,73
Venezuela	70	2,48
Chile	55	1,95
Rep Dominicana	56	1,99
Perú	43	1,53
Paraguay	37	1,31
México	22	0,78
Honduras	10	0,35
Argentina	276	9,79
Total	2818	100,00

INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA EN LA PARTICIPACIÓN ¿UNA FUENTE DE DESIGUALDADES EN SALUD?

Distribución por países de origen de Europa Oriental



	n	f
Rusia	105	13,36
Georgia	15	1,91
Rumania	145	18,45
Ucrania	521	66,28
Total	786	100,00

Distribución según origen: Países Árabes

	n	f
Marruecos	819	92,86
Argelia	63	7,14
Total	882	100,00

INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA EN LA PARTICIPACIÓN ¿UNA FUENTE DE DESIGUALDADES EN SALUD?

Participación de población española y no española



País de origen	Participan	Invitadas	Tasa (%)
Españolas	80.615	110.149	73,2
No españolas	4.201	8.592	48,9
Total	84.816	118.741	71,4

INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA EN LA PARTICIPACIÓN ¿UNA FUENTE DE DESIGUALDADES EN SALUD?

Participación en población española y no española



Región de origen	Participan	Invitadas	Tasa (%)
España	80.615	110.149	73,2
Europa occidental	1.720	2.646	65,0
Hispanoamérica	1.162	2.818	41,2
Europa oriental	239	786	30,4
Países árabes	405	882	45,9
Otros	675	1.460	46,2
Total	84.816	118.741	71,4



EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA *MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN* DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA *MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN* DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Métodos

- Estudio de intervención con grupo control en mujeres de cribado inicial con invitación postal.
- A los profesionales sanitarios de los EAP, se les solicita que informen y asesoren a las mujeres citadas mediante llamada telefónica o entrevista personal.
- El grupo control lo componen las mujeres en cribado inicial con invitación postal y sin intervención de los profesionales sanitarios.

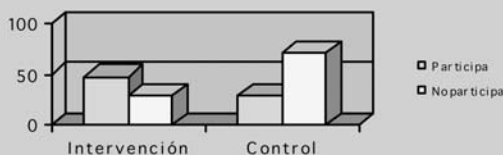
La población diana total (c. inicial y sucesivo)
grupo intervención 7.876
grupo control 6.606.

Num. Mujeres incorporadas al estudio: 1624

grupo intervención: 1062
grupo control: 562

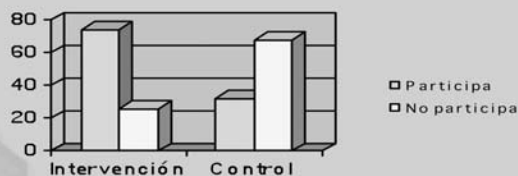


EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA *MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN* DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



	Grupo de pertenencia		Total
	Intervención	Control	
Participa	508	158	666
	47,8%	28,1%	41,0%
No participa	554	404	958
	52,2%	71,90%	59,%
Total	1062	562	1624
	100%	100%	100%

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA *MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN* DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



	Intervención realizada		Total
	Sí	No	
Participa	157	327	484
	74,10%	32,00%	39,2%
No participa	55	695	750
	25,90%	68,00%	60,80%
Total	212	1022	1234
	100%	100%	100%

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA *MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN* DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Estimación de la razón de riesgos

Por grupo de pertenencia
(intención de tratar)

Estimación	1,701
p (bilateral)	>0,001
Límite inferior	1,47
Límite superior	1,97

Intervención realizada

Estimación	2,314
p (bilateral)	>0,001
Límite inferior	2,053
Límite superior	2,609

CONCLUSIÓN

- La **NO** participación es un problema complejo en el que influyen entre otros:
 - Problemas de correo (no siempre debidos a la base de datos)
 - Acceso a otros proveedores
 - Accesibilidad a centros de cribado
 - La clase social influye sobre los anteriores
 - País de origen
 - Modelo de creencias
- Hay que utilizar estrategias que puedan mejorar la participación: invitación personal, invitación realizada por los Equipos de Atención Primaria

Es necesario seguir investigando porque se puede estar generando una nueva fuente de desigualdad en salud



SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DE LA REGION DE MURCIA.



Introducción

- Satisfacción como dimensión de calidad del programa
- Enfoque: oportunidad de mejora
- Comunicación: uno de los aspectos valorados al medir la satisfacción
- Se presentan los resultados sobre comunicación de la encuesta de satisfacción del programa



Aspectos metodológicos

- Diseño y validación: 2000
- 400 encuestas telefónicas anuales
- Periodo de estudio: 2001-2007
- Dimensiones:
 - Global: 4 ítems, escala Lickert; uno escala 1-10
 - Relación interpersonal: 5 ítems escala Lickert
 - Entorno físico: 7 ítems escala Lickert
 - Accesibilidad: 5 ítems escala Lickert
 - Disconfor: 2 ítems escala Lickert
- Dos preguntas abiertas: cualitativas



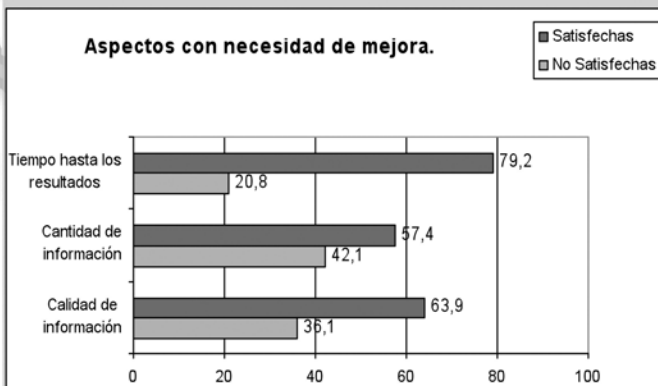
Aspectos metodológicos

- Recodificación:
 - Satisfecha + muy satisfecha = Satisfecha
 - Regular, poco o nada satisfecha = No satisfecha
- Estándares
 - <90% de satisfechas: oportunidad de mejora
 - < 80% de satisfechas: necesita mejorar



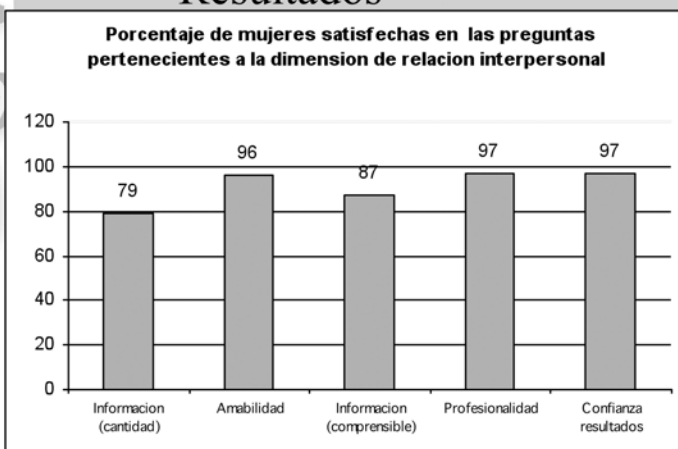
Resultados

Aspectos con necesidad de mejora.



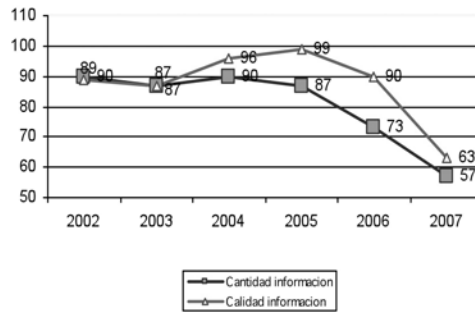
Resultados

Porcentaje de mujeres satisfechas en las preguntas pertenecientes a la dimensión de relación interpersonal



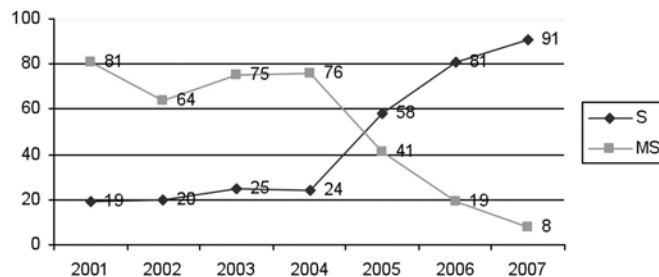
Resultados

Evolución anual del nivel de satisfacción con la información recibida



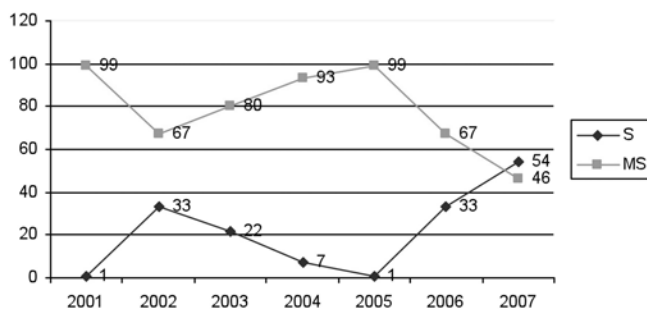
Resultados

Evolución anual del nivel de satisfacción con la cantidad de información recibida (niveles satisfecha y muy satisfecha)



Resultados

Evolución anual del nivel de satisfacción con la calidad de información recibida (niveles satisfecha y muy satisfecha)



Resultados

Porcentaje de mujeres muy satisfechas en la dimensión relación interpersonal por grupo de edad y año

Año	50-59	60-69	p
2001	82,2	92	0,005
2002	76,9	83,1	0,13
2003	70,4	78	0,076
2004	77,8	86,1	0,029
2005	78,1	91,3	0,0001
2006	69,7	81,3	0,007
2007	75	75,8	0,84



Resultados

- Preguntas cualitativas:
 - El aspecto menos valorado coincide con los resultados que arroja el estudio cuantitativo sobre la cantidad y calidad de la información recibida y se mantiene sin cambios a lo largo de todo el periodo de estudio.



Conclusiones

- Las mujeres muestran una tendencia clara hacia una mayor exigencia de información, en especial las más jóvenes
- Es necesario mejorar la información adecuándola a las necesidades y demandas de la mujer.



Hazte una mamografía

- Una de cada 10 mujeres desarrollará un cáncer de mama.
- La mamografía es la forma más eficaz de detectar a tiempo un cáncer de mama.
- La mamografía es una prueba sencilla y no dolorosa.
- El diagnóstico precoz aumenta hasta el 80% las posibilidades de curación.



aecg

19 de Octubre

C/la Cámara de Comercio de Murcia

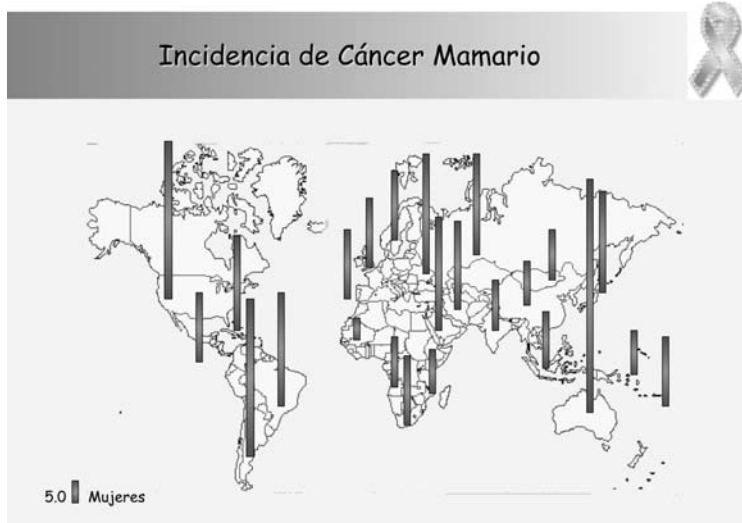
CÁNCER MAMARIO: UN DESAFÍO PARA LA INVESTIGACIÓN, LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA SOCIEDAD CIVIL

Dra. Lizbeth López Carrillo

La realidad mexicana en materia de salud es grave; esta plática aborda la situación del cáncer mamario a nivel nacional y mundial, la prevención primaria en México que implica el analizar qué lo causa, la prevención secundaria que no es otra cosa que la detección temprana del cáncer y la propuesta que como país, como sociedad civil tenemos.

En primer lugar, hablaré de la magnitud del problema que tenemos países como México, que también refleja la situación de Latinoamérica, pues actualmente las circunstancias y las cifras son muy similares.

INCIDENCIA DE CÁNCER MAMARIO A NIVEL MUNDIAL



Se estima que existen aproximadamente cada año 10 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo, de esos 10 millones, por decirlo de una manera muy sencilla, un millón corresponde a cáncer de pulmón y el segundo lugar es para el cáncer mamario. Es una enfermedad prácticamente del género femenino, sin dejar de recordar que al menos el 1 % del estimado de los tumores de cáncer mamario, que es bastante también, sucede entre los hombres.

A nivel mundial, como se ve en la gráfica anterior, la barra de Australia es la más grande, a diferencia de los países asiáticos que presentan barras más pequeñas. México ocupa un lugar intermedio a nivel mundial, pero ningún país en el mundo, ni uno solo hasta el día de hoy, ha logrado revertir la tendencia de aumento de la incidencia, cada día aumenta el número de casos nuevos, lo que se está logrando de alguna manera es disminuir la mortalidad.

En la siguiente gráfica se puede apreciar que los países con mayor incidencia en el continente americano son Canadá y Estados Unidos, así como Argentina y Uruguay.



INVESTIGACIÓN

Para llegar a disminuir la incidencia debemos saber cuáles son los factores que están causando este tumor, por ejemplo, en el caso de cáncer de

pulmón no es desconocido que el tabaco es el factor de riesgo causal, su consumo determina prácticamente la incidencia en los países.

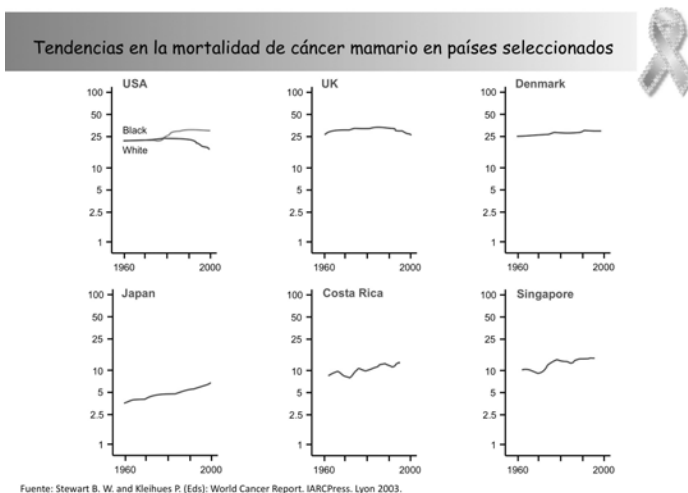
Afortunadamente, el tabaquismo va disminuyendo paulatinamente, pero para el caso del cáncer mamario la situación es distinta pues los factores que lo causan no están claros y tampoco son tan conocidos, eso explicaría el aumento en el número de casos y, obviamente, este problema no tiende a disminuir.

Entonces, cuando escuchemos que la prevención primaria de cáncer mamario se encuentra lejana, es justamente por este motivo, y si algún día llegamos a saber más acerca de las causas de este tumor será sólo a través de la investigación, ése es uno de los desafíos que tenemos.

DECREMENTO DE LA MORTALIDAD

En términos de mortalidad, recientemente, no pasa de 10 años, que empezamos a ver un decremento de la mortalidad por cáncer de mama, cuando se ha detectado oportunamente y se ha aplicado el tratamiento adecuado. Esto ha sucedido en países como los que se ven en la siguiente imagen, Estados Unidos, Inglaterra y Dinamarca.

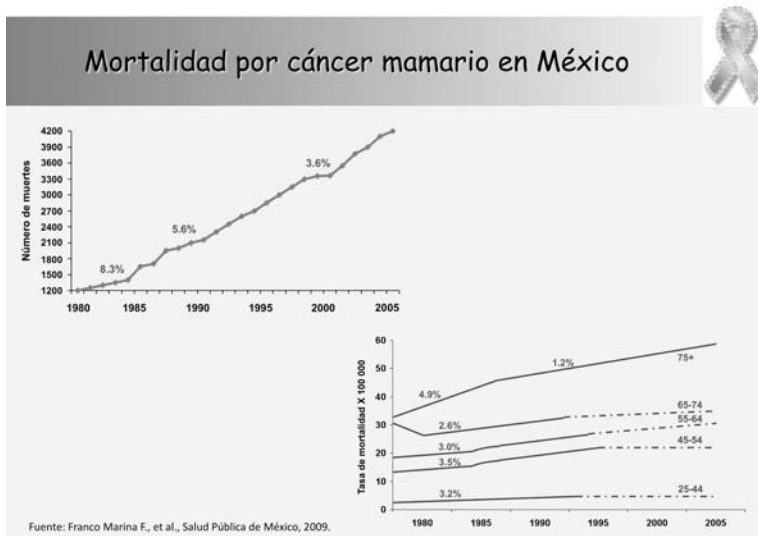
También hemos escuchado a la doctora Begoña García decir que en España empieza a disminuir la mortalidad, sin embargo, esta disminución es contrastante con lo que vemos en otros países como Japón, Costa Rica y Singapur, que sigue aumentando.



MORTALIDAD POR CÁNCER MAMARIO EN MÉXICO

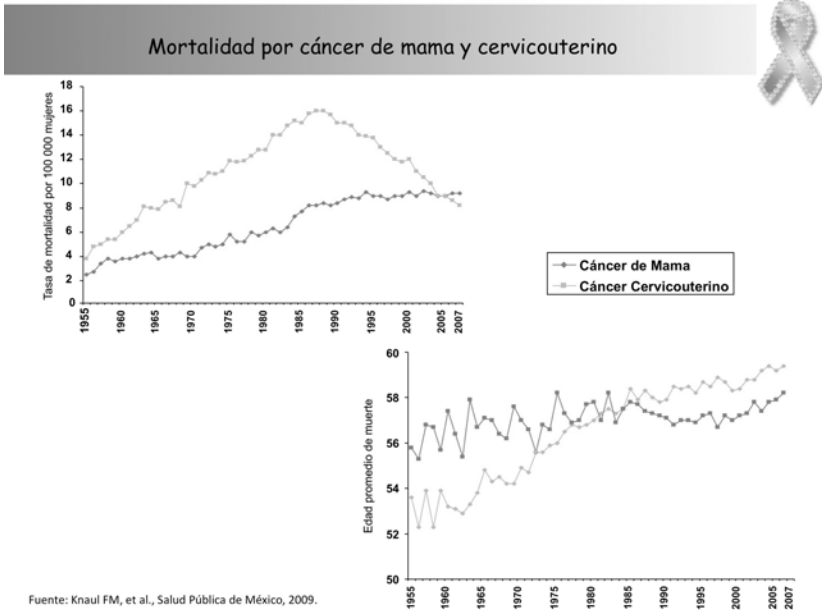
En México tenemos datos generados por diferentes grupos. En marzo de este año se publicaron en un número especial de la revista *Salud Pública* los datos aportados por el Instituto Nacional de Salud Pública y por la Fundación Mexicana para la Salud, sobre la situación que guarda el cáncer mamario en México y en Latinoamérica.

Según esta información, el número de casos aumenta. En la siguiente imagen se muestra este incremento, incluso a partir de 2005 el cáncer mamario ha desplazado al cérvico-uterino como primera causa de muerte por cáncer en las mujeres.



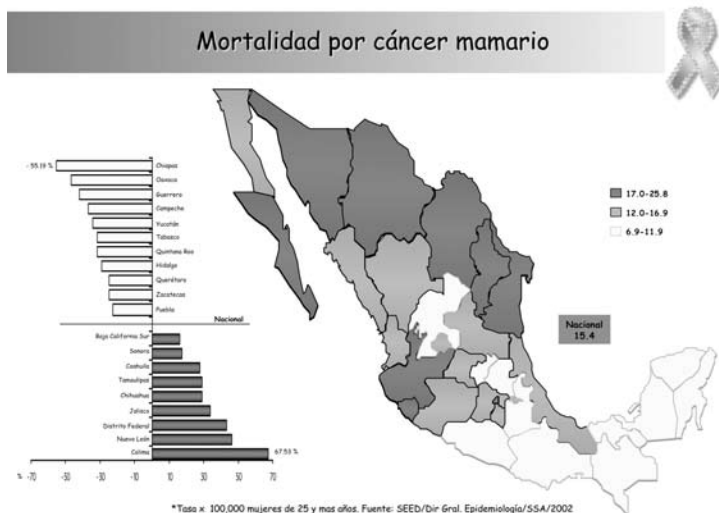
Ahora la edad promedio de muerte de las mujeres por cáncer cérvico-uterino es mucho mayor que las mujeres con cáncer mamario; las mujeres con cáncer cérvico-uterino mueren aproximadamente entre 58 y 60 años de edad, mientras que las de cáncer mamario mueren tempranamente; éstos son datos importantes para la toma de decisiones.

Es importante señalar que el cáncer cérvico-uterino podría ser considerado como un indicador de desarrollo de los países, debido a que es una enfermedad de transmisión sexual que no debería de existir pues hay manera de prevenirla con la vacuna del virus de papiloma y el simple uso del condón que es un medio para de alguna forma reducirla.

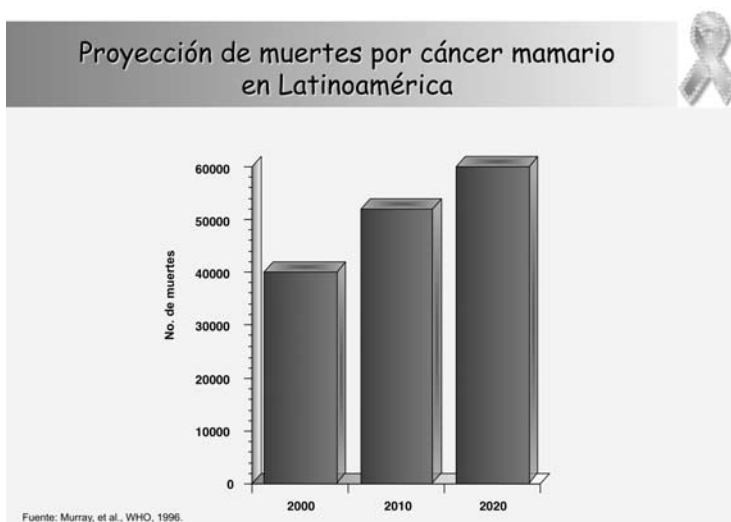


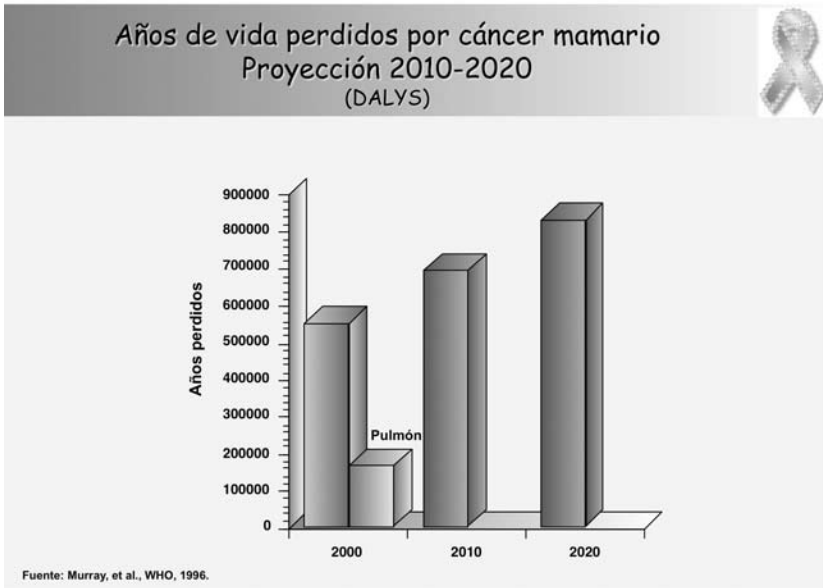
En el tema del cáncer mamario, podríamos dividir a México en tres países diferentes. El norte (junto con Baja California y Jalisco), que tiene influencia en el estilo de vida de Estados Unidos de Norteamérica; la parte central, y el sur. Las diferencias estructurales y de costumbres nos hacen pensar que elaborar un Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer Mamario para todo el país es poco realista.

Por ello, es momento de ir pensando en hacer programas regionales que atiendan la problemática sociodemográfica y cultural de cada una de las regiones que se reflejan en esta imagen.



Aunque no existen muchos estudios ni cifras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un compendio en donde se hace una proyección simple, en base a los actuales programas que funcionan con coberturas muy bajas y la incidencia del cáncer mamario sigue siendo alta, etcétera, el número de muertes seguirá aumentando.

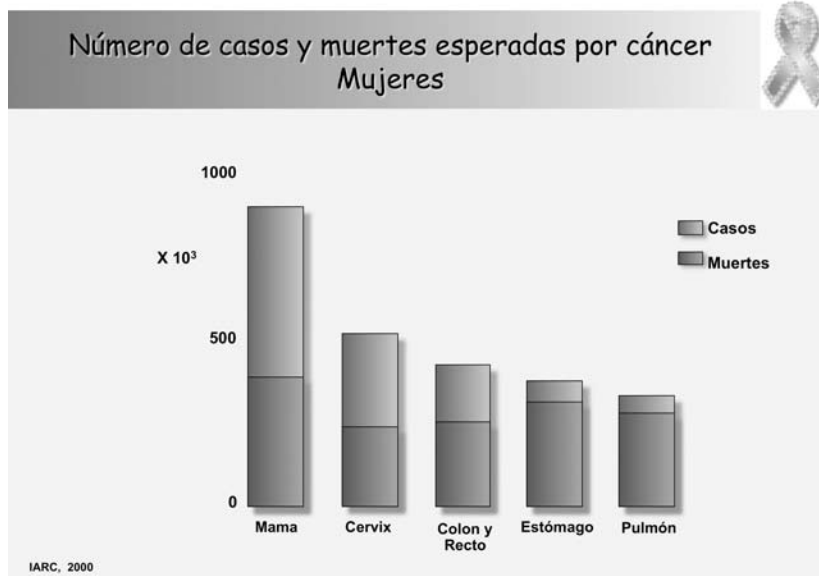




Existen indicadores de calidad de vida que miden el impacto en las personas que son diagnosticadas con cáncer o mueren tempranamente. Uno de los indicadores son los DALYS que considera el año de muerte; un DALY tiende a ser mayor si la persona queda incapacitada o muere a una edad más temprana.

En la imagen de arriba, la barra baja son los años calculados por el cáncer de pulmón, que son menores que los causados por el cáncer mamario.

La siguiente gráfica nos muestra la relación que existe entre el número de casos y las muertes esperadas en cada enfermedad. La parte baja más oscura refleja el número de muertes en comparación con los casos, si esas dos barras fueran de la misma magnitud querría decir, que es un cáncer altamente letal.

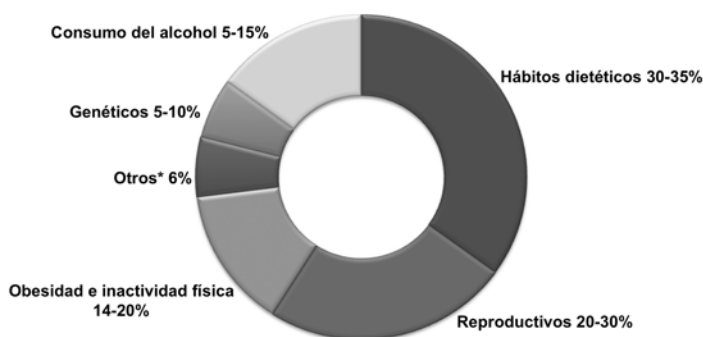


Los casos de cáncer son tratables entre comillas si se diagnostican tempranamente, pues hay muchos cánceres mamarios tempranos que son muy agresivos, por ello es importante darle a la población un mensaje claro.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Aunque falta mucho por investigar, actualmente se sabe que existen factores de riesgo que provocan el aumento en la incidencia de esta enfermedad. Controlar estos factores es lo que nos permitirán incidir verdaderamente en el área de prevención. Dentro de las situaciones detectadas como de riesgo se encuentran los hábitos dietéticos, factores reproductivos, el consumo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo y los factores genéticos, entre otros.

Factores asociados a la incidencia de cáncer de mama



*Incluye factores ambientales, metabólicos, étnicos, patologías mamarias previas e infecciosos.

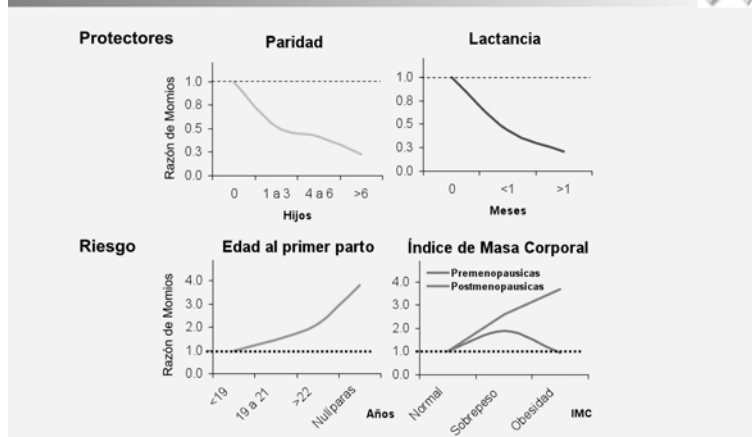
¿Dónde estamos en términos de prevención primaria, cómo nos ubicamos en el contexto mundial y latinoamericano, sobre el conocimiento mundial acerca de este tumor? Se sabe que este tumor se empezó a estudiar con relación a la acumulación de estrógenos endógenos. El aumento en los niveles de dichas hormonas se ha asociado al incremento del cáncer mamario, pero realmente los episodios que lo aumentan son básicamente la falta de lactancia, el tener hijos tardíamente, tener pocos hijos o no tenerlos, el inicio temprano de la menstruación y la pérdida de la menstruación tardíamente.

Cada mujer tiene una ventana estrogénica, es decir, que entre más temprano haya iniciado su menstruación y ésta se haya retirado tardíamente, se tiene una ventana mayor, si además, dentro de la misma nos encontramos con que hubo pocos hijos o ninguno, hubo menos lactancia o nada, el riesgo individual es mayor.

Estos factores reproductivos explican el 30 % de las causas, por ello, la investigación se ha enfocado a cuestiones genéticas que son más interesantes pero poco modificables. Aunque es difícil cambiar hábitos de vida en general, como hacer ejercicio cuando no se acostumbra hacerlo, es preferible intentarlo pues estos cambios que redundarán en nuestra salud. El ejercicio reduce los niveles de estrógeno; la dieta, por su parte, también, porque dentro de los factores dietéticos sabemos que muchos de

los alimentos, incluso de nuestra dieta mexicana, contienen fitoestrógenos naturales que compiten con los estrógenos endógenos, ayudando a disminuir el riesgo de cáncer. Ésta es la razón por la que consideramos que falta mayor investigación en aquellos factores que pueden ayudar con mayor facilidad a reducir esta enfermedad.

Factores reproductivos del cáncer mamario en mujeres residentes en el norte de México, mayo 2009



Dieta y cáncer mamario en mujeres mexicanas



Alimento	Comparación	Razón de Momios (IC95%)
<i>Premenopausicas</i>		
Cebolla (rebanadas)	≥1 vs <1	0.18 (0.07–0.42)
Caroteno ^a	≥797.8 vs <797.8	0.44 (0.20–0.95)
Lariciresinol (mcg)	>190.3 vs <114.7	0.32 (0.10–0.99)
Pinoresinol (mcg)	>84.7 vs <48.7	0.19 (0.06–0.62)
<i>Postmenopausicas</i>		
Cebolla (rebanadas)	≥1 vs <1	0.37 (0.18–0.76)
Grasa poliinsaturada (g)	>32.9 vs <25.4	0.10 (0.02–0.39)
Vitamina E ^b	>23.3 vs <17.6	0.10 (0.02–0.44)
Flavonoles (mg)	>36.7 vs <26.1	0.21 (0.07–0.60)
Flavones (mg)	>3.9 vs <1.7	0.29 (0.10–0.82)

a. equivalentes de retinol
b. equivalentes de alfa-tocopherol

Fuente: Torres Luisa, et al., *Nutrition and Cancer* 2000; Bonilla P, et al, *Nutrition and Cancer* 2003; Galván M, et al., *Salud Pública de México* 2007.

En términos de dieta, tenemos la cebolla, que es una fuente natural de fitoestrógenos que potencialmente podría ser preventiva; datos aportados por el grupo de investigación muestran que el consumo de frijol, en general (la idea no vino de México sino de Japón y China), de alguna manera tiene alguna protección, pero la investigación, como para que en este momento sea traducida a política inmediata de acción, todavía es incipiente.

Aunque la investigación es muy lenta, y los programas políticos más, existen recomendaciones a nivel internacional de qué hacer específicamente para disminuir el cáncer, sobre el número de horas que se recomiendan de ejercicio a la semana y qué tipo de alimentos consumir; el eslogan de *coma frutas y verduras* sigue vigente no sólo para este caso sino para muchas otras enfermedades, pero hablando de estilos de vida, sabemos poco de la prevención primaria.

Como país con pocos recursos para investigación, la única estrategia que tenemos es la alianza con otros países más fuertes con situaciones similares y encontrar de alguna manera multidisciplinaria respuestas que nos hagan algún día tener un programa específico tal vez no nacional, pero por lo menos regional, para la prevención primaria.

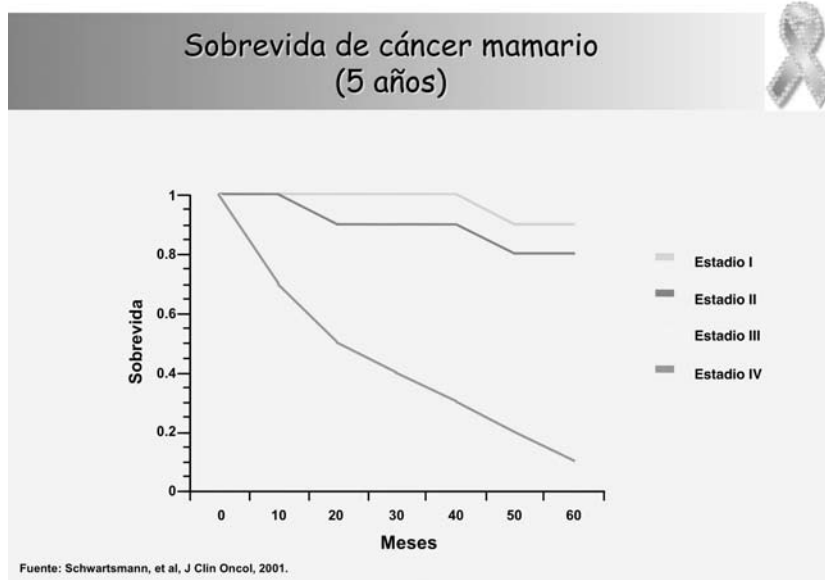
DETECCIÓN DE CÁNCER MAMARIO

Detección de Cáncer Mamario



Entramos al segundo bloque de la prevención, que tiene que ver con la detección del cáncer mamario, aquí me refiero a la mortalidad, la idea de que lo detectamos pronto, lo tratamos y el asunto acabó no es así, en realidad la detección no es sinónimo de un tratamiento eficaz.

En términos de sobrevida, la detección temprana debe ser también en la fase de desarrollo temprana del tumor, pues entre más avanzado el tumor, hace metástasis, es decir, invade otros órganos y tejidos y las posibilidades de sobrevivencia disminuyen radicalmente. En la gráfica de abajo el estadio IV, donde la mujer llega prácticamente con un tumor visible, la pendiente es más pronunciada.

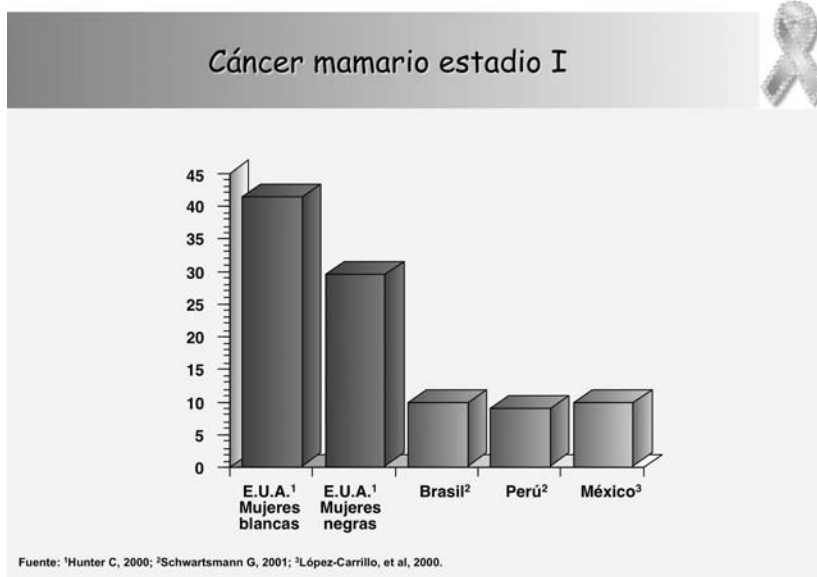


En la gráfica de arriba el estadio I es el inicio, sin embargo, la línea no está totalmente horizontal pues no todas se salvan, aún con la detección temprana hay un porcentaje de muerte a los cinco años. Este dato fue tomado de estudios internacionales donde hubo un tratamiento adecuado y eficaz aunado a la detección.

En países como el nuestro —déjenme mencionarles uno de los artículos que viene en el número especial de *Salud Pública de México*, de Karla Unger de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)— es impresionante ver cómo hace un estudio cualitativo con grupos focales;

hay un ejemplo de una mujer de un área rural que tarda más de un año cuatro meses en recibir el diagnóstico de cáncer mamario, desde que ella se detecta una bolita hasta que se lo entregan, pudiendo haber sido un estadio I, al recibirlo ya estaba en etapa II, ésta es la situación que tenemos en México.

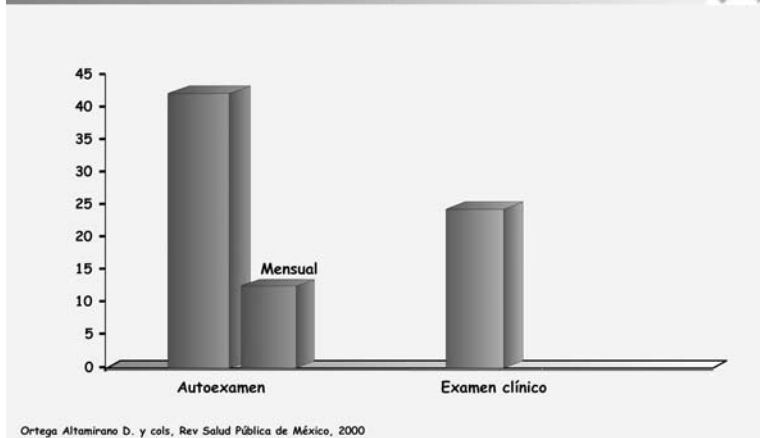
En Estados Unidos, por ejemplo, 45 % de las mujeres (una de cada dos) son diagnosticadas cuando están en etapa I (que no es sinónimo de sobrevivencia total); en nuestro país las cifras marcan que es menos del 10 %, más bien cerca del 5 %.



En una investigación que hicimos en el Instituto Nacional de Salud Pública, también hace varios años, vimos que de ese 5 % que llegaron al hospital en etapa I, el 95 % de ellas se había autodiagnosticado el tumor al azar, no por hacerse el autoexamen, no por hacerse un examen médico clínico, sino por azar. Sobre esto hay muchos estudios, hay muchas cifras, pero lo que necesitamos es actuar.

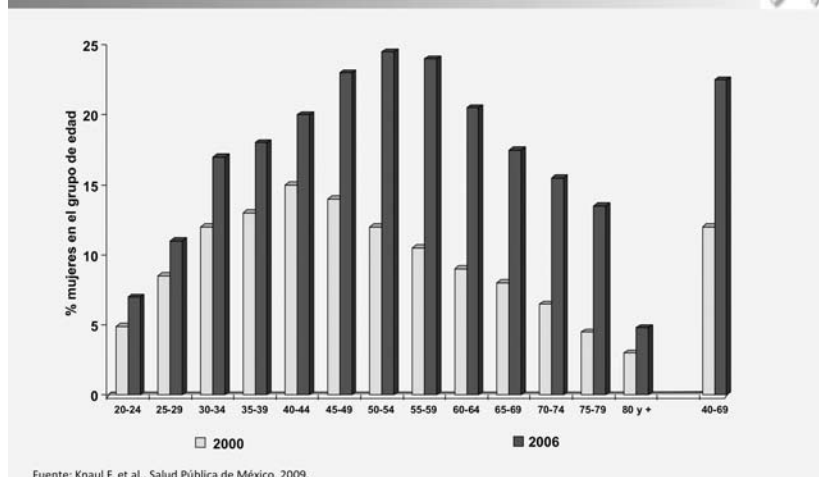
En otro estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud se le preguntó a 1,477 mujeres: “¿Se hace el autoexamen y cada cuándo se lo hace?”, la mitad contestó que sí, pero cuando se les preguntó ¿cómo se lo hacen? se dieron cuenta que no lo hacían correctamente. Tampoco está comprobada su eficacia como estrategia para disminuir la mortalidad.

Práctica del autoexamen clínico en 1477 mujeres del IMSS y SSA



En las encuestas nacionales estas cifras son muy similares, 25 % de la población dice que en los últimos 12 meses tuvo una mamografía o el examen clínico.

Exploración clínica de mama o mamografía en un periodo de 12 meses, México



Razones de momios de las características relacionadas con la práctica de la revisión y examen clínico de las mamas



Características	Revisión de las mamas		Examen clínico de las mamas	
	R.M.	I.C. 95%	R.M.	I.C. 95%
Edad				
15-19	1.0		1.0	
20-24	1.5	1.3-1.9	2.9	2.3-3.7
25-29	2.3	1.8-2.8	5.0	4.0-6.3
30 o +	3.2	2.6-3.8	7.6	6.3-9.3
Residencia				
Rural	1.0		1.0	
Urbana	1.7	1.4-1.9	1.3	1.1-1.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	1.0		1.0	
Primaria y secundaria	2.7	2.1-3.5	1.8	1.4-2.5
Preparatoria o más	4.3	3.1-5.9	2.2	1.6-3.1
Estrato socioeconómico				
Muy bajo	1.0		1.0	
Bajo	1.4	1.2-1.7	1.4	1.2-1.6
Medio	1.6	1.3-2.0	1.6	1.4-1.9
Alto	1.9	1.4-2.5	1.9	1.5-2.4

Fuente: López Carrillo, et al., Salud Pública de México, 2009.

En realidad no tendríamos que presentar la gráfica de arriba, pues el sentido común nos dice que la falta de escolaridad o el bajo nivel de educación implican una menor información en todos estos temas. Las mujeres de zonas urbanas tienen 1.3 veces más de oportunidades en la detección sobre las mujeres de las zonas rurales.

Otra situación que no se ha solucionado es la de la calidad de las mamografías y la certeza en su interpretación. La calidad no es buena y no existe un programa de calidad que las certifique.

Reproducibilidad del diagnóstico de cáncer mamario por mamografía. Estudio piloto.



Oncólogo	Radiólogo 1		
	Normal	Probablemente benigno	Probablemente maligno
Normal	12	4	1
Probablemente benigno	2	3	
Probablemente maligno	0	0	1

Kappa 0.25

Poblano Verástegui, et al. Women and Cancer, 2000

En el 12 % de las mamografías aparecen dos quistes normales, pero en los demás, si hay un probable maligno y un probable benigno —y se ponen de acuerdo radiólogo y oncólogo—, el caso termina en una cirugía que a lo mejor no necesitaba la paciente, pero la cuestión, como se dijo antes, es que no tenemos un programa de calidad de certificación de la mamografía.

PROGRAMA DE ACCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA 2007-2012

En el Programa de Acción del Cáncer de Mama 2007-2012, en términos de porcentaje de cobertura —del examen clínico no hay datos—, el dato que arroja la Secretaría de Salud es que 8.5 % de la población accede a la mamografía, es decir, que 91.5 % de la población está descubierta de este servicio, obviamente esto es consecuencia de la falta de mamógrafos y de infraestructura, no se diga radiólogos con experiencia; ojalá los radiólogos tuvieran 5,000 lecturas antes.

Con el Programa se pretende que “para el 2012 la cobertura del 8.5 % suba al 21 %”, sin embargo, la tasa de mortalidad no va a disminuir porque la tienen planteada en 16.2 % que finalmente es la de 2007 y se plantea subirá a 17.5 % en 2012.

Metas anuales del Programa de Acción del Cáncer de Mama 2007-2012



Unidad de medida	Metas	Años					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cobertura %	Alcanzar en el año 2012 una cobertura anual de 30% con exploración clínica de mama en mujeres de 25 a 69 años	--	10	15	20	25	30
Cobertura%	Incrementar al triple la cobertura de la detección del cáncer de mama por mastografía en las mujeres de 50 a 69 años	8.5	10.5	14.4	16.8	19.2	21.6
Porcentaje	Efectuar diagnóstico de certeza en 95% de las mujeres sospechosas por exploración clínica anormal, mastografía o ultrasonido	70	80	90	95	95	95
Porcentaje	Certificar a 95% de los radiólogos que interpretan estudios de imagen para detección o diagnóstico de afección mamaria	--	20	40	60	80	95
Tasa de mortalidad por 100 000	Mantener la tasa de mortalidad por cáncer mamario por debajo de 17.5 defunciones por 100 000 mujeres de 25 y más años de edad	16.2	16.4	16.7	16.9	17.1	17.5

DESAFÍOS PARA EL PAÍS

Desafíos	
Demanda	-Incrementar información y <u>educación</u> desde la pubertad
Oferta	-Incrementar la capacidad instalada: i.e. mamógrafos -Establecer centros de estandarización y certificación diagnóstica
Atención	-Incrementar radiólogos en México y enfermeras entrenadas para examen clínico
Norma y programa	- "Autocomplaciente"
Investigación	-Fortalecerla a través de grupos interinstitucionales y financiamiento <i>ad-hoc</i>



En este momento los desafíos son todos, y yo les podría preguntar a ustedes y cada uno tendría una idea, pero de manera esquemática, simple, ¿cómo se aumenta la demanda? Ojalá la información nos hiciera más exigentes, nos falta educación a nivel de país, ése es un problema que va más allá de dar folletitos con o sin elefante (como en España). La cuestión aquí es otra, hay mucha pobreza, insisto, nos falta muchísima educación desde primaria y en la adolescencia sobre este cáncer y otros problemas de salud.

Aquí yo diría que es totalmente una cuestión de falta de recursos financieros y de cómo va a ofrecer el sistema de salud lo que no tiene; se requieren mamógrafos y personal capacitado, radiólogos entrenados, certificación de la calidad de la mamografía, la atención, la norma y el programa.

Yo vivo de la investigación, qué más puedo decir, creo en la investigación pero reconozco que es un proceso lento, no inútil, y afirmo que los países que no realicen investigación se van a rezagar todavía más de lo que ya están.

LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD DE LOS HOMBRES

Lic. Luis Edmundo Gálvez Trejo

Voy a exponer algunos aspectos sobre el cáncer de próstata. Advierto que no soy médico, por lo que no voy a detenerme en esos aspectos, ya que contaremos con la presencia de algunos doctores. Hablar de cáncer de próstata para un sociólogo tal vez es inadecuado, pero al intentar el abordaje del problema del cáncer de próstata y del cáncer de testículo, así como de otras dolencias desde la perspectiva de género, hace necesario detenerse en los patrones culturales que establecen mandatos para el ejercicio de la masculinidad.

Ha sido poco estudiada la relación de los patrones culturales asociados con las entidades de género diferenciadas entre mujeres y hombres, que lleva a estos últimos a provocar y exponerse a riesgos que generalmente en la juventud terminan en enfermedades, lesiones y muerte. Las estadísticas y los informes epidemiológicos generalmente no presentan información desagregada por sexos, lo que genera la falta de diagnósticos específicos y hace ver a los comportamientos entre mujeres y hombres como homogéneos, de ahí que se tienda a plantear esquemas de atención y de rehabilitación también homogéneos, por lo que en los estudios de salud e incluso en los de violencia, los hombres son más invocados que estudiados pese a la cada vez más inminente necesidad del abordaje de las especificidades de las conductas masculinas, hacen falta datos específicos respecto de la mortalidad masculina.

Intentaré demostrar con esta exposición cómo los hombres se convierten en un factor de riesgo para la salud de las otras, de los otros y de ellos mismos, pero debo hacer énfasis además en que la incorporación de la perspectiva de género en la problemática de la salud trasciende al ámbito de las políticas públicas, de la salud pública, no solamente en cuanto a la incidencia de las tasas de mortalidad masculina, sino también en el ambi-

to de la salud como un derecho humano, es decir, en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos de los hombres.

En este sentido, el tema de la masculinidad en la salud sexual y reproductiva y el enfoque de género tienen una singular importancia dentro de este Foro Internacional sobre la Desigualdad entre Mujeres y Hombres: un Obstáculo para el Acceso al Derecho Humano a la Salud, ya que se plantea una visión desde las mujeres y desde los hombres, y a la salud como un derecho humano.

En la propuesta de abordaje del tema pretendo trascender más allá del ámbito académico y de las funciones que cada una y cada uno de los presentes desempeñamos en el ámbito laboral. El rol que han jugado las leyes y la academia han sido importantes pero no suficientes; también desde la sociedad civil tenemos que asumir una responsabilidad; el hecho de que el Estado cumpla o deje de cumplir con las labores que le corresponden no nos libera como ciudadanos o como individuos de asumir la responsabilidades propias. Los hombres estamos muy acostumbrados a hablar en plural, “a los hombres nos gusta”, “los hombres sabemos”, pero para este tipo de trabajo se requiere hablar en primera persona, yo, Luis, reconozco haber ejercido la violencia; yo, Luis, asumo el compromiso de luchar contra la violencia; soy de los que creen que también desde las personas se puede hacer la diferencia.

Insisto, no niego para nada la academia, no niego las leyes, pero las experiencias de vida, las experiencias en el ámbito en donde yo me desempeño profesionalmente, te enseñan lo que ya Alda Facio, de Costa Rica, planteaba acerca del fenómeno jurídico, porque en El Salvador tenemos leyes para vitrina buenísimas, pero también aplicadores de las leyes que no desarrollan adecuadamente su función, se ha gastado cantidad de dinero en la capacitación de género y masculinidad, pero todavía tenemos jueces que negocian para declararse incompetentes en la atención de casos de violencia familiar, o que en público se jactan de lo sensibles que son; dicho de otra forma, se trata de que los hombres entendamos que el cuerpo de las mujeres es de las mujeres. En una ocasión, un compañero que era juez de paz decía: “cuando llega una mujer víctima de violencia yo no permito que la atienda el personal, yo voy, yo bajo de mi investidura y la atiende personalmente, y cuando la mujer va muy golpeada lo primero que yo hago es preguntarle: ‘señora, ¿y usted qué hizo para que su marido la golpeará de esa manera?’”

A los hombres no se nos ha enseñado a cuidar a las otras u otros, ni a nosotros mismos, y eso que uno de los mandatos de la masculinidad es ser protectores. Los hombres seguimos controlando el poder y casi todos los

programas de salud están diseñados pensando en nosotros como “modelo de normalidad”, y no obstante que constituimos aproximadamente la mitad de la población, en estos programas no se tienen en cuenta los problemas específicos de los hombres, la causa tal vez reside en que los hombres no estamos acostumbrados a cuestionarnos, cómo nos cuestionaríamos si nosotros somos el paradigma, ni siquiera hemos tomado conciencia de esta necesidad, supongo que a causa del androcentrismo que nos incapacita para considerarnos como objeto de estudio.

Por eso, es necesario introducir en las políticas públicas de salud estrategias que promuevan la participación activa de los hombres en el cuidado de la salud materno-infantil y fortalezcan el papel de los varones como difusores de información en el seno de la familia y en el seno de las comunidades. Aunque a pesar de que en diversos contextos sociales y culturales no existen las condiciones apropiadas para su mayor involucramiento, el hombre desempeña un papel relevante respecto de la salud reproductiva, pues sus desconocimientos y actitudes son decisivos y repercuten tanto en el entrono familiar como en el desarrollo social.

En el enfoque de las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, los hombres no somos vistos como beneficiarios de estos derechos, a pesar de que el cáncer de próstata en muchos países de nuestro continente es una importante causa de mortalidad masculina.

Es importante señalar que en la región se han realizado diversos eventos específicos, que el tema de los hombres y la salud fue abordado en 1988 en la Conferencia Regional La Equidad de Género en América Latina y el Caribe, Desafío desde las Identidades Masculinas, organizada por Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Chile y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. En México también en 1988, en Oaxaca, se realizó el Simposio Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas, organizado por la Cooperación Internacional; en marzo del 1999, en la ciudad de México, se realizó también el Primer Encuentro Nacional Los Varones Frente a la Salud Sexual y Reproductiva; en octubre de 2003 se convocó a una reunión de expertos sobre el tema “El rol de niños y hombres en la promoción de la equidad de género”, organizada por la División por el Avance de la Mujer de las Naciones Unidas y por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, y finalmente, hace algunos meses, en Río de Janeiro se realizó el Simposio Hombres y Jóvenes en la Equidad de Género, la pregunta es ¿por qué estamos como estamos?, si desde 1988 se vienen realizando eventos con esta temática.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para el presente año centró la reflexión en el papel de los hombres en la promoción de la salud materna y sus potenciales implicaciones para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio en el 2015, destacando que la pobreza y las profundas desigualdades entre mujeres y hombres limitan la posibilidad de que las mujeres planifiquen sus embarazos; las mujeres planifican y no se embarazan solas, dónde están los hombres, empezamos a aparecer en los problemas de las mujeres, en los problemas de violencia intrafamiliar, aparecemos en las estadísticas como agresores, en El Salvador con 87 % de los casos judicializados. Los hombres tenemos un papel crucial como agentes de cambio para respetar y proteger el ejercicio de los derechos humanos y de la maternidad sin riesgos, pero en tanto no cambiemos esa visión de que el hombre es el paradigma y el hombre de repente se concientiza, se sensibiliza y “ayuda a las mujeres”, la cosa no se va a cambiar mucho. Se debe involucrar activamente a los hombres con el fin de exhortarlos a asumir un compromiso personal y político de emplear su poder a favor de un cambio positivo, al servicio de la igualdad y de la equidad.

No obstante, los objetivos de la campaña y toda la labor del Fondo de Población y de otras agencias del Sistema de Naciones Unidas han sido loables, pero también es cierto que dicho enfoque se invisibiliza a los hombres como sujetos de derecho y las responsabilidades que nos corresponden en la violencia de género; de la misma manera, encontramos políticas públicas de salud sexual y reproductiva enfocadas en las mujeres exclusivamente que denotan no solamente un desconocimiento del derecho de los hombres a la salud, sino también un desconocimiento del funcionamiento de la sexualidad de los hombres.

Voy a pedir a los hombres presentes que me acompañen en el siguiente ejercicio, se trata de que reflexionemos sobre algunos de los atributos de la masculinidad: el éxito por ejemplo; sin los símbolos del éxito un hombre es visto como un fracasado, es un “no hombre o es un menos hombre”. Para los hombres los coches son símbolos de nuestro estatus de imposición social, de coches sabemos mucho los hombres, porque somos hombres, hagamos un cálculo aproximado de lo que hemos invertido en nuestro coche el año pasado y los dos años anteriores, cuando ya tengamos la cifra hagamos el cálculo de lo que hemos invertido en nuestra salud en el mismo periodo, normalmente gastamos más en el coche que en la salud. Y es que el modelo ideal de hombre nos enseña que somos fuertes, que los hombres no nos enfermamos, que los hombres no nos duele nada.

Sigamos con el tema de los coches, pero ahora reflexionemos sobre otro aspecto, las fallas mecánicas, si se nos poncha un neumático, todos los hombres sabemos cambiarlo; imagínese un hombre que no sepa cambiar un neumático, porque somos hombres debemos saber aunque no tengamos la necesidad de hacerlo. Pero preguntémonos ahora cuántos de nosotros sabemos hacer un examen de testículo para la detección temprana de malformaciones que pueden devenir en el cáncer, probablemente muy pocos, probablemente alguno de nosotros los hombres aquí presentes ni sabíamos de que el autoexamen existe.

Espero que quienes amablemente se dieron la oportunidad de acompañarme en el ejercicio hayan logrado conectar el tema con sus emociones, más allá de la racionalización del mismo. Reconozcamos que los hombres también estamos involucrados en la violencia, de ahí la importancia de conectar el tema con nuestros sentimientos. Sabemos que el cáncer tiene cura si su detección es temprana y tal conocimiento también debemos proyectarlo al ámbito de nuestros sentimientos, porque es triste constatar que esa conexión aún es poco usual; en una ocasión, en una clínica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social pregunté a una médica internista encargada de hacer los exámenes preliminares para la detección del cáncer de próstata: “Doctora ¿cuál es el perfil de sus pacientes?”, y su respuesta fue lapidaria, fue lapidaria literal y simbólicamente, lo que me dijo fue que la mayoría ya viene demasiado tarde, en El Salvador el cáncer de próstata es una de las principales causas de mortalidad masculina.

En el cumplimiento de los mandatos de “la masculinidad tradicional” para los hombres la vida es un constante riesgo, no poner su vida en peligro es sinónimo de poca hombría, por lo tanto no tienen necesidad del autocuidado ni de la cultura de la asistencia médica, ni previsión. En cambio, las mujeres asisten a la consulta médica sin necesidad de que sea una emergencia, las mujeres recuerdan cuándo fue su última consulta, recuerdan también los motivos por los cuales consultaron a un médico, además saben cuándo va a ser su próxima cita; con los hombres ocurre al contrario, por ello es usual encontrar que más de uno nunca ha asistido a la consulta médica. En algunos cursos de sensibilización con policías hemos encontrado que en sus años de servicio no han acudido, y los pongo como referencia porque la policía en El Salvador tiene derecho a la seguridad social, no es un asunto de dinero, no implica un gasto.

Frecuentemente algunos de los que han asistido lo hicieron en una situación de emergencia, no recuerdan cuándo será su próxima cita con el médico y buena parte de ellos no tiene una cita concertada.

También es importante develar el papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de la masculinidad, ya que como los hombres no parimos, pensamos que el problema no es de los hombres; un panorama muy distinto sería si nos detuviéramos a pensar en algunos elementos que convierten a los hombre en factor de riesgo para otros hombres, por ejemplo, en El Salvador, como la mayoría de los países, las mujeres viven alrededor de siete años más que los hombres, las tasas de mortalidad en los hombres son superiores a las de las mujeres, pero también son distintas las causas de muerte para ambos, y las enfermedades asociadas a la diferencia genética no han podido explicar las desigualdades en tanto años de esperanza de vida, de esos siete años de diferencia entre los sexos, por lo que es posible concluir que esas causas tienen que ver con imperativos culturales más que con los biológicos.

Los hombres padecemos de enfermedades cardiovasculares, de tumores malignos en los órganos reproductores, padecemos enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo, y en causas externas están los accidentes de tráfico, los suicidios, los envenenamientos accidentales, así como los homicidios y otros accidentes. Pasamos menos días en la cama por enfermedad, consumimos menos medicamentos, vamos menos al médico, a las consultas de salud mental y a los servicios de sanidad de urgencias; pero en cambio, permanecemos con más frecuencia en los hospitales por intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, que quede claro que no se trata de establecer una “competencia de victimizaciones”, pero estos datos aparentemente contradictorios pueden apuntar hacia la hipótesis de que tal vez muchos hombres somos educados para ser fuertes, aguantar el dolor, valernos por nosotros mismos, no pedir ayuda y salir siempre adelante, por lo que acostumbramos a negar o minimizar los problemas de salud hasta que éstos se agravan, como decía la doctora “cuando acuden ya no hay nada que hacer”.

Por ejemplo, son ritos de la iniciación de la masculinidad el aprender a fumar y hay que dar el golpe, también hay que aprender a beber, esta necesidad de cumplir con los mandatos del modelo para ser aceptados entre los pares son dañinos para la salud; el objetivo de los juegos de los niños y la vida de un número importante de los hombres es ganar, aquí no hay nada de olimpismo, participar no es nada, hay que ganar y para ganar hay que aprender a ocultar las propias carencias. Las expectativas de nuestros mayores, la competencia entre varones, la dictadura de la pandilla y la necesidad inducida de probarnos y probar que somos al menos tan hombres como el que más nos lleva a asumir hábitos no saludables y conductas temerarias.

Recuerdo que cuando yo estaba en la escuela en el nivel básico era bastante peleonero y que ganaba, pero llegó un momento en que empecé a perder, un día se juntaron tres y me pegaron una buena tunda, cuando llegué a mi casa mi madre me dio una más grande que la que me habían dado los tres juntos; mi madre que sabía que siempre peleaba nunca me había regañado por pelear, me regañó y me pegó por perder, y me dijo para que te andas metiendo en cosas de hombres, porque decir pelea es que vas a ganar, si vas a perder no vale la pena pelear, eso es lo que nos lleva a asumir hábitos no saludables y esas conductas temerarias, porque pelearte contra tres que se traduce en multitud de lesiones, enfermedades y muerte. Resulta evidente la relación entre la socialización masculina y los problemas de la salud de los hombres.

En fin, mi intención nada tiene que ver con plantear respuestas, mi intención es dejarles muchas preguntas, consideraría mis expectativas cumplidas si al menos a algún hombre logré “moverle el piso” y si al menos a alguno de los compañeros presentes “les cayó el veinte” de que hay otra manera de vivir y de ejercer nuestra manera de ser hombres.

Muchas gracias.

CÁNCER DE PRÓSTATA, MÁS DUDAS QUE REALIDADES

Dr. Mariano Sotomayor de Zavaleta

INTRODUCCIÓN

Este cáncer tiene que ver con la proliferación de células malignas que se origina en la próstata, puede pasar inadvertido durante años, progresando ulteriormente hacia los órganos vecinos y por la sangre a otros órganos, especialmente a los huesos.

El cáncer de próstata es, por su incidencia, la segunda neoplasia y la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. En 2007 se presentaron 782,600 nuevos casos y hubo 254,000 muertes por esta causa.

La posibilidad de nacer con cáncer de próstata es alta, uno de cada seis hombres serán diagnosticados con cáncer de próstata el 15.78 %, sin embargo, es más fácil morir con cáncer de próstata, que morir por esta causa.

Una vez que se detecta, del 100 % localizado, el 31 % lo tiene avanzado y existe una sobrevida de cinco años.

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

—Crecimiento lento.

Por ser de crecimiento lento, si se detecta a tiempo se cura a la mayoría de los pacientes.

—Conducta biológica heterogénea.

No se puede predecir su comportamiento, ya que varía de un paciente a otro y no hay síntomas específicos hasta que hay metástasis. Cuando hay síntomas, se presenta dolor al orinar, aumento de la frecuencia de la orina,

disminución de la fuerza del chorro de orina, y quedarse con la sensación de no haber terminado de orinar u orinar mucho por las noches. En ocasiones hay rastros de sangre en la orina.

En etapas muy avanzadas, si llega a los huesos, el paciente siente dolores óseos muy fuertes.

—Frecuencia creciente en relación con la edad.

El crecimiento del cáncer se incrementa con la edad. Se ha visto que hay factores raciales, ya que los negros americanos tienen más propensión que los americanos blancos. La edad superior a 70 años es un factor de riesgo, pero ya empieza a existir riesgo a partir de los 50. A los 90 años, 80 % de hombres tienen cáncer de próstata, lo que no significa que vayan a morir del mismo. Se dice que estas personas mueren con cáncer pero no de cáncer de próstata, ya que el pronóstico de vida es largo y da tiempo a que fallezcan de otras enfermedades asociadas a la edad. Es más frecuente en el noreste de Europa y América del norte y muy poco frecuente en Oriente.

FACTORES PREDISPONENTES

- Edad.
- Dieta.
- Hábitos de vida.
- Hormonas.

Es conveniente evitar factores que predispongan la aparición de este cáncer. La dieta rica en grasas, la ingesta de alcohol y otros tóxicos, así como las infecciones venéreas pueden desarrollarlo, también el estímulo hormonal. Sin embargo, como lo vimos antes, la edad es el factor fundamental.

IMPACTO

- Diferentes tipos:
 - En calidad y esperanza de vida.
 - Emocional.

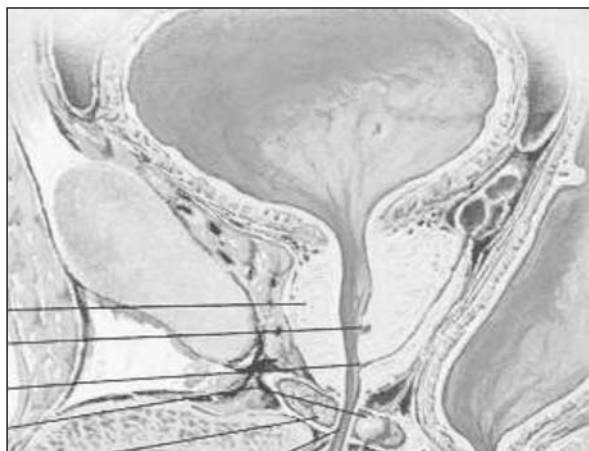
- Económico.
- En diferentes momentos:
 - Escrutinio.
 - Tratamiento.
- En diferentes personas:
 - Paciente.
 - Familia.
 - Sociedad.

Una vez detectado, se impacta en la calidad de vida, no sólo del paciente sino de su familia.

ESCRUTINIO

- Anual después de los 50 años (40 en algunos grupos).

Lo primero que debe hacerse es localizar dónde está la próstata y conocer para qué sirve, a partir de los 50 años de edad es conveniente realizarse una revisión pues el mejor diagnóstico es el que se realiza a tiempo, ya que existe un tratamiento que puede curar o controlar con eficacia la enfermedad. En algunos grupos de riesgo como en aquéllos donde existe algún caso de familiares directos como abuelo, padre o hermano con este cáncer o con otros factores de riesgo, debe realizarse desde los 40 años, el médico encargado es el urólogo o un doctor especializado en esta enfermedad.



—Antígeno prostático específico (APE).

Consiste en analizar la sangre para ver el antígeno prostático específico (APE) que permite sospechar la presencia de un tumor o descartarlo si no lo hay. En ocasiones se encuentran pequeños bultos y una tasa elevada de antígeno, sin embargo, no son determinantes para afirmar que existe cáncer en la próstata.

Aunque tenemos el mejor marcador de antígeno prostático de cáncer, no es suficiente pues los laboratorios no lo hacen perfecto, siempre es necesario efectuarlo junto con el escrutinio físico a través del tacto rectal.

—Tacto rectal.

Consiste en el tacto que realiza el médico con guante de látex para tocar la superficie de la próstata a través del recto. Dificultades que presenta el escrutinio en nuestro país:

Por ser un examen incómodo para el hombre, en muchas ocasiones lo evita y esto provoca un impacto negativo en la sobrevida del paciente, pues retrasa la detección oportuna de la enfermedad.

Éste se debe en gran medida al grado de desinformación, el desinterés que muestran muchos hombres por el tema y al machismo, que está asociado con los prejuicios acerca de la homosexualidad.



TRATAMIENTO

Existen varias opciones de tratamiento, dependiendo del avance de la enfermedad:

Enfermedad localizada

- Vigilancia (incide en la calidad de vida, pues aunque no tiene efectos adversos directos, desencadena la preocupación y ansiedad).
- Cirugía.
- Radioterapia.
- Externa.
- Braquiterapia.

La quimioterapia no sirve para tratar el cáncer de próstata.

Enfermedad avanzada

- Supresión de producción de testosterona que es la hormona masculina. En este caso no se cura el cáncer, pero se controla. Su evolución es muy lenta. Los efectos secundarios del tratamiento hormonal son fatiga, bochornos, disfunción eréctil, crecimiento de mama y riesgos vasculares, todo ello contribuye a crear un impacto negativo en el paciente y la familia.

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS LOCALES

<i>Braquiterapia</i>	<i>Radioterapia externa</i>	<i>Cirugía radical</i>
• Cistitis • Sangrado • Disfunción eréctil • Toxicidad gastrointestinal • Estenosis uretral • Incontinencia urinaria	• Cistitis • Sangrado • Disfunción eréctil • Toxicidad gastrointestinal • Incontinencia fecal • Estenosis uretral • Obstrucción uretral • Incontinencia urinaria	• Obstrucción vesical • Disfunción eréctil • Infecciones urinarias • Estenosis uretral • Incontinencia urinaria • Fístulas • Cirugía mayor • Ausencia de eyaculación • Disminución de volumen del pene

Complicaciones en enfermedad avanzada

<i>Por la enfermedad</i>	<i>Por el tratamiento</i>
Obstrucción urinaria	Anemia
Infecciones urinarias secundarias	Alteraciones cognitivas
Sangrado	Depresión
Dolor óseo	Fatiga
Fracturas patológicas	Ginecomastia
Limitación funcional	Bochornos
	Osteoporosis y fracturas
	Disfunción eréctil y libido disminuida
	Aumento de riesgo cardiovascular

CALIDAD DE VIDA DE LA FAMILIA

Se ha detectado que los familiares de pacientes sometidos a radioterapia sufren de:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Alteraciones del sueño.
- Fatiga matutina.
- Alteraciones del estado funcional y calidad de vida.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

El mejor tratamiento es la prevención, llevando una dieta balanceada, con frutas y verduras por su alto contenido vitamínico y que contengan un antioxidante llamado licopeno (presente en el jitomate), pues existe evidencia científica que señala que ayudan a proteger a los hombres contra el cáncer de próstata.

También existen medicamentos preventivos como el Finasteride, que reduce la incidencia del cáncer de próstata en un 25 %, pero si se presenta la enfermedad, muestra grados más agresivos debido a su aplicación. El Dutasteride también reduce la incidencia en un 25 %, pero el estudio de agresividad no se ha presentado aún.

CONCLUSIONES

- Es una enfermedad frecuente.
- Las campañas de detección son de dudosa eficacia y difícil realización.
- Se da la detección tardía por falta de síntomas y prejuicios.
- En todos los casos hay un impacto importante en la calidad de vida del paciente y su familia.

PANEL
“MUERTE MATERNA”

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA, INEQUIDADES ÉTNICAS Y GENÉRICAS. LÍNEAS PARA UNA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS

Dra. Graciela Freyermuth Enciso

En el sexenio 2000-2006, la Dirección General de Información en Salud (Lozano, 2005) corrigió el subregistro de la mortalidad materna. Así, con estas nuevas cifras, se ha dado el seguimiento puntual al comportamiento de la mortalidad materna desde 1990. Habiéndose acordado en El Cairo disminuir en 50 % la Razón de Muerte Materna (RMM) durante la década de los noventas, México la redujo apenas en 19 %. Si asociamos la RMM con los programas que la Federación ha impulsado en los noventas y en la primera década del siglo XXI, podemos reconocer que en la medida en que pasan los años y a programas anteriores se añaden otros nuevos, el decremento conseguido está lejos de las metas que tales programas se han fijado (*cf.* cuadro 1). En 1993 se promovió la iniciativa Maternidad sin Riesgo y para 1995 el descenso de mortalidad había sido de 2.2 %, lo que significa un progreso de sólo 0.7 % al año.

En 1996 se implementó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) con el fin de proporcionar servicios básicos de atención, incluyendo la atención materna, a la población más aislada del país y alcanzar la Salud para Todos en el año 2000. Para 1998 se puso en marcha uno de los programas focalizados más ambiciosos que ha impulsado el Gobierno Federal —Progresas—, a fin de combatir la pobreza, con tres¹ de sus cuatro estrategias enfocadas a la atención materna. A partir del PAC, incluyendo el programa Progresas, y hasta antes de la estrategia de Arranque Parejo en la Vida (APV), la caída en la RMM fue de 2 %, lo que corresponde a un 0.5 % promedio anual. Con la puesta en marcha de APV pero previa instrumentación del Seguro Popular se logró una caída de casi 10 %, es decir el

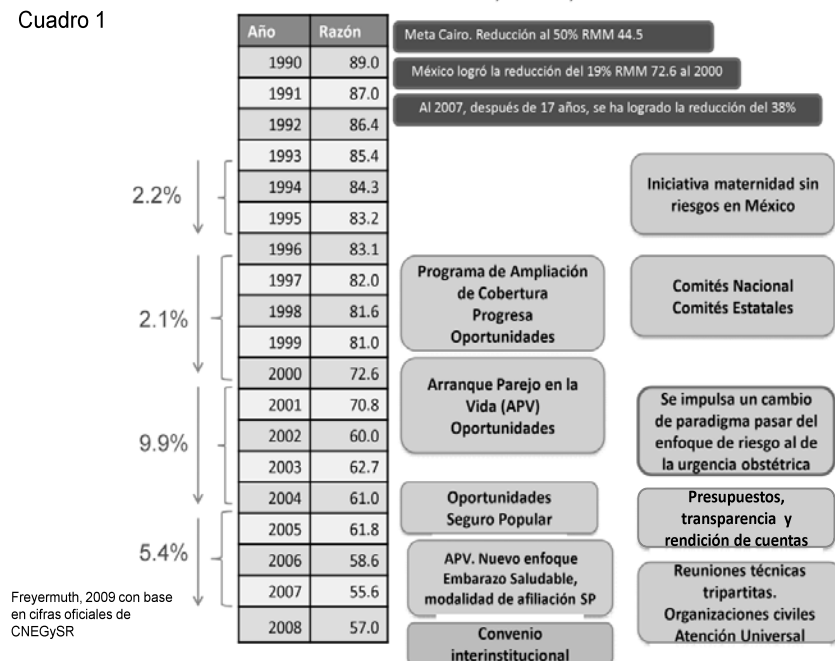
¹ Paquete básico de salud, el autocuidado de la salud a través de la educación para la salud y el refuerzo de la oferta de los servicios de salud.

2.5 % anual. Con la puesta en marcha del Seguro Popular, en los últimos tres años no se ha alcanzado una disminución sostenida como la del cuatrienio anterior, pues la baja promedio anual ha sido del 1.35 % (5.4 % para el periodo). Para 2008, año de instauración de Embarazo Saludable, el número de muertes maternas se incrementó a 1,115 y la RMM a 57. El impacto de esta estrategia ha sido limitado en su primer año de implementación.

La epidemia de influenza que recientemente ha azotado al país, probablemente contribuirá a un mayor número de decesos de mujeres durante la maternidad, ya que conforman uno de los grupos más vulnerables frente al virus AH1N1. Ante este panorama la presente ponencia tiene como objetivo identificar las inequidades étnicas y genéricas en un marco de derechos humanos y proponer algunas acciones pertinentes.

Cuadro 1

Razones de mortalidad materna, México, 1990-2007



Según un reporte de la Secretaría de Salud (2006), entre los años 2000 y 2004 se registraron en el país 2.3 millones de muertes, y 38.5 % fueron debidas a causas evitables. El caso de la muerte materna es paradigmático; en Nuevo León no ocurrieron muertes maternas evitables, a diferencia

de lo sucedido en Oaxaca (75.9 %), Chiapas (79.3 %) y Guerrero (82.7 %) (Franco, 2006).

El mismo documento señala que en los años recientes se ha incrementado la muerte evitable, atribuible a la calidad de la atención médica (SSA, 2006). La muerte evitable es aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción prematura; estas muertes, por tanto, no deben ocurrir. Internacionalmente se considera que la mayor parte de las muertes maternas son evitables (FCI, 2003), por ello, es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud. El conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que 90 % de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas puedan ser tratadas oportunamente.

El deceso prematuro de la población está muy ligado a la calidad de la atención, y también estrechamente relacionado con inequidades étnicas, genéricas o de clase. De acuerdo con Whitehead (2000), el término inequidad tiene una dimensión ética que, en este caso, se refiere a las diferencias en la mortalidad por causas evitables, por lo que deben ser consideradas injustas e inaceptables. Dichas inequidades pueden fundarse en la desigualdad de oportunidades para el acceso a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; a condiciones de vida inadecuadas, determinadas por factores económicos y sociales restrictivos; a la exposición a riesgos para la salud por condiciones de vida particulares, tales como violencia, estrés o inadecuadas condiciones de trabajo, o a la inaccesibilidad de la atención médica por discriminación étnica o genérica. Las normas internacionales de derechos humanos proveen un marco concreto, a partir del cual se puede evaluar desde el diseño hasta la puesta en marcha de las políticas públicas y los programas de salud. Un enfoque de salud basado en derechos incluye principios como: no retroceso y progreso adecuados; no discriminación y equidad; participación significativa; rendición de cuentas, y desarrollo de estrategias multisectoriales (PHR, ECOSR, CCESC, 2006).

Bajo estas premisas, el análisis de la calidad de un servicio no puede soslayar los siguientes elementos: a) el propósito; b) el diseño del sistema, organización, ámbitos de acción, bienes que proporciona, y c) la evaluación y el monitoreo del desempeño del mismo. En el caso particular de los servicios de salud, su propósito es mantener, restaurar y promover la salud de la población hasta donde los conocimientos técnicos lo permitan. Los medios son las intervenciones para lograr el propósito, tomando como punto de partida la evidencia científica.

En este caso, como señala Donabedian, *la calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar mayores logros en los propósitos* (Donabedian, 1990).

En México, los estudios tradicionales para la evaluación de los servicios de salud se han basado fundamentalmente en la dimensión estructural y de gestión e inventario de recursos (camas/población, médicos/población, enfermeras/población); en las actividades realizadas (número de consultas y recetas otorgadas), y en la satisfacción de los y las usuarias (tiempo de espera y encuestas a la salida de los servicios). En algunos casos particulares, cuando existen acuerdos internacionales, como son las Metas del Milenio (México, 2005), se proponen indicadores de impacto.

La calidad de los servicios no puede ser concebida al margen de estrategias claras de evaluación y monitoreo. Estos elementos permitirán en el corto y mediano plazos reconocer el progreso y no retroceso, y reformular las políticas públicas y los servicios de salud para cumplir con el propósito para el que fueron creados.

La calidad de la atención a la salud, por tanto, debe ser evaluada prioritariamente a través de indicadores de resultados, contemplando indicadores de impacto y de proceso.

Los indicadores permiten constatar si los problemas de salud que los servicios pretenden atender se están resolviendo. Algunos indicadores duros, sensibles de la calidad de los servicios, son las tasas de mortalidad materna; el porcentaje de mortalidad materna por causas evitables en los estados y jurisdicciones; las tasas de letalidad hospitalaria por causas maternas.

Otros indicadores más sensibles de la calidad de los servicios son los indicadores de los resultados de los procesos. En la prestación de los servicios de salud se pueden considerar las siguientes dimensiones, fundamentales en el cumplimiento del proceso del servicio, y que por tanto deben ser monitoreadas permanentemente:

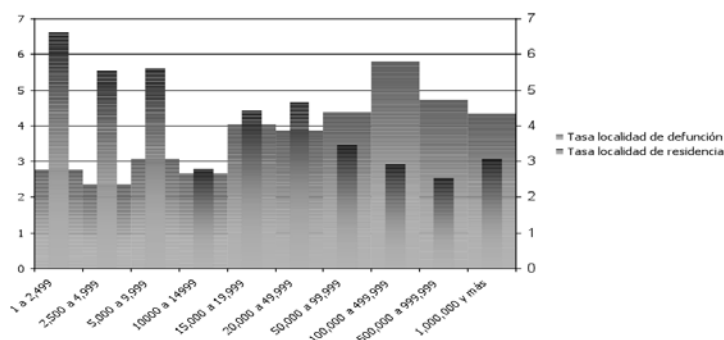
- La accesibilidad de los servicios de salud: directorio en un lugar visible, difusión de programas de disponibilidad de ambulancia, radiocomunicación. Orientación, información, adecuación cultural, personal de salud hablantes de lengua indígena.
- Su capacidad para resolver la morbilidad de los y las usuarias.
- Su capacidad de generar la demanda y/o utilización del servicio por parte de la población, particularmente en los contextos indígenas, y al margen de las transferencias monetarias. Éste es un método indirecto para estimar la satisfacción de las personas usuarias.

CALIDAD CON RELACIÓN A LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS MULTISECTORIALES, INEQUIDADES INTRAGÉNERO

La accesibilidad geográfica es fundamental para evitar la muerte prematura durante la urgencia obstétrica. La *inequidad estructural* ligada a la distribución diferencial de muertes de acuerdo con la residencia habitual de las mujeres considerando el número de habitantes de la localidad, es un buen ejemplo. Sin ser una regla, generalmente las localidades pequeñas están más aisladas y alejadas de los servicios de salud. De las mujeres que fallecieron por causas maternas del 2003 al 2007 se puede reconocer que 1,977 tenían como residencia habitual una localidad con menos de 2,500 habitantes; la tasa de muerte materna es dos veces mayor para las que se ubicaban en este tipo de localidades con respecto de aquellas que vivían en ciudades de un millón y más (*cf.* gráfica 1). Se puede observar que, únicamente 830 de las 1,977 mujeres fallecieron en localidades de menos de 2,500 habitantes, lo que muestra que las mujeres se desplazaron, ya sea durante el embarazo, parto o puerperio o cuando se presentó la urgencia. Sin embargo, la movilidad no necesariamente las condujo a la resolución exitosa de su problema. Al analizar las tasas de mortalidad materna (TMM) según tamaño de localidad resulta que éstas son mayores en ciudades medianas (de 100 a 500 mil habitantes), localidades que presentan TMM del doble que las de menos de 10,000 habitantes.

Gráfica 1

Tasas de muerte materna, según tamaño de localidad de defunción y de residencia, México, 2003-2007



Freyermuth, 2009 a partir de la población femenina de 12 años y más. Por: Edad. Según: Tamaño de localidad. Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.
http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#festati_ca
http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/*total.xls

Estos hallazgos muestran que los rezagos estructurales determinan un acceso diferenciado entre mexicanas a los servicios de salud, ya sea porque las mujeres habitan en lugares en donde hay ausencia de servicios o éstos tienen una limitada capacidad resolutive; tal inequidad se puede reconocer en los municipios con mayor pobreza y rezago social, y puede considerarse institucionalizada ya que los gobiernos no generan políticas efectivas capaces de reducir estas inequidades. Así, se requiere que los servicios de atención inmediata (clínicas, centros de salud, casas de salud y hospitales) estén distribuidos geográficamente de tal manera que aseguren su accesibilidad con un retraso menor a dos horas. La hemorragia posparto es una de las causas principales de mortalidad materna que ameritan atención urgente. Se ha determinado que para que una mujer sobreviva a este evento el servicio de salud debe estar disponible —cuando mucho— a dos horas de distancia.

En México, la instalación de infraestructura se ha incrementado notablemente; sin embargo, no necesariamente una distancia corta asegura un acceso rápido. La planificación de la instalación de servicios debe basarse en el tiempo de desplazamiento, para lo cual es necesario disponer de un inventario sobre la distribución y lejanía (en tiempo y distancia) de las usuarias potenciales, y de estrategias multisectoriales en las que participe no sólo el Sector Salud, sino los municipios y otras entidades y Secretarías. Estrategias como 100 x 100 deberán estar destinadas a mejorar el acceso a los servicios.

CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN O LA DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA. NO DISCRIMINACIÓN Y EQUIDAD

Éste es un aspecto fundamental que debe ser considerado en la calidad de los servicios de salud; no basta con la presencia de las clínicas a una distancia o tiempo de desplazamiento adecuados. Estas unidades deben contar con personal durante las 24 horas los 365 días del año, y disponer de los insumos necesario para la resolución de los problemas de salud que se requiere atender (medicamentos, instrumentos y otros). Una evaluación de la calidad requiere de auditorías sobre dichos insumos en las clínicas de primer y segundo nivel de atención, que aseguren un funcionamiento potencial adecuado, dependiendo de los perfiles epidemiológicos regionales.

CALIDAD TÉCNICA/CIENTÍFICA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
NO RETROCESO Y PROGRESO ADECUADO

Asegurar el propósito del Sector Salud demanda, además de infraestructura e insumos suficientes, de un personal de salud con conocimientos y destrezas que le permitan resolver los problemas. El personal a cargo del primer nivel de atención debe contar con las habilidades para proporcionar la atención primaria —muchas veces en situación de urgencia—, de padecimientos o accidentes potencialmente letales. Por ello es menester evaluar, y transformar en caso necesario, este contacto de primer nivel de atención para que sea efectivo y resuelva la urgencia o estabilice al enfermo, permitiendo su canalización segura a un segundo nivel de atención. Para ello debe considerarse:

- La formulación y reformulación de lineamientos y normas basadas en evidencias científicas.
- El impulsar el monitoreo de habilidades técnicas del personal de salud para resolver los problemas que se presentan, de acuerdo con la región y al nivel de atención que se trate.

El caso de las regiones indígenas es bastante particular, ya que existe un recambio de personal de salud tan frecuente que los programas de capacitación no aseguran un nivel aceptable y constante de calidad en la prestación del servicio. Por ello, deben fortalecerse las habilidades técnicas del personal de acuerdo con el nivel de atención al que esté adscrito, tomando en cuenta los problemas de salud locales que tendrá que resolver. Esto ampliará su capacidad resolutive y de atención primaria de las urgencias. Para ello pueden utilizarse las nuevas tecnologías, con módulos de autoenseñanza que deberán ser estudiados y resueltos por el personal de salud antes de su incorporación a un servicio de salud.

En los estados de la República se ha incrementado el número de universidades privadas que cuentan con programas de medicina. La ausencia de un monitoreo estrecho de estos egresados por parte del Sector Educativo se ha visto reflejado en la calidad de los servicios de salud que se prestan. Por ello, debe consolidarse la relación entre instituciones de salud y universidad para asegurar las habilidades técnicas y científicas de los egresados de los programas de medicina, enfermería y personal auxiliar. Médicos generales y especialistas deben conocer y utilizar los manuales producidos por la OMS para padecimientos específicos. Existe

material educativo en el ámbito internacional que ha probado su eficacia y que es desconocido por estudiantes y residentes de especialidades.

La dificultad para retener al personal médico en las localidades indígenas apartadas debe llevar a promover la formación técnica y científica de los recursos locales, considerando no solamente a las parteras tradicionales, sino a los auxiliares y técnicos en salud.

Reformular la prestación del servicio basado en evidencia científica. Actualmente se está replanteando la prestación de servicios basándose en estos principios. Por ejemplo, se ha demostrado que no es el número de consultas prenatales lo que disminuye la mortalidad materna. La consulta prenatal por sí misma no previene las complicaciones durante la maternidad, sino el acceso oportuno a un servicio de salud apropiado. No obstante, se sigue monitoreando la calidad de la atención basándose en el número de consultas otorgadas, y no en el número de urgencias obstétricas oportunamente canalizadas. Otro ejemplo es la no utilización del sulfato de magnesio, tratamiento de primera elección para la preclamsia y eclampsia.

CREAR UNA NUEVA CULTURA DE LA SALUD.

PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Para disminuir estas desigualdades y promover la equidad entre las mujeres mexicanas, en los últimos 10 años se han promovido iniciativas focalizadas a la población más pobre, y como ya se ha mencionado, uno de los programas más exitosos en este rubro ha sido Progresá, ahora Oportunidades. El Programa Oportunidades tiene una cobertura actual de cinco millones de familias en más de 93 mil localidades del país (Mir Cervantes y cols., 2008) y aunque no se puede afirmar que su focalización se centra en los más pobres (Sariago, 2008), puesto que su esquema de operación requiere que las beneficiarias cuenten con acceso a escuelas y servicios de salud —lo que deja fuera del Programa a la población más dispersa y más pobre—, beneficia a una parte importante de la población rural (97 % de los beneficiarios) y muy limitadamente a la semiurbana y urbana. Desde 1998 el componente del Sector Salud-Oportunidades ha centrado su estrategia en acercar a la población y particularmente a las mujeres a la atención médica y a la consulta prenatal, por ello se podría pensar que este componente de salud de Oportunidades debiera asegurar la demanda y el acceso oportuno a los servicios de salud en caso de urgencia obstétrica.

Entre 2003-2005 ocurrieron 3,507 muertes maternas y 857 de ellas en familias beneficiarias del Programa; es decir, 24 % del total² (Oportunidades, 2008). Un número importante de defunciones correspondieron a mujeres cuya residencia habitual eran localidades pequeñas, de menos de 2,500 habitantes. Llama la atención que de este grupo la mitad eran beneficiarias de Oportunidades, lo que significa que estuvieron bajo control prenatal y conocían y acudían a los servicios de salud. Paradójicamente, según una evaluación reciente del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (Arredondo y cols., 2008: 317), una de las fortalezas del Programa es que las mujeres presentan una mayor cobertura y utilización de los servicios de salud. Al respecto, las evaluaciones pasadas y al parecer las recientes no han evaluado la capacidad de las mujeres para la búsqueda de atención en caso de urgencia obstétrica, ni el reconocimiento de los signos de urgencia obstétrica (INSP, 2003, 2005, 2006). Esto resulta inusitado debido a que estos mismos estudios sí evalúan las conductas de las madres respecto de los problemas de salud de sus pequeños (Arredondo y cols., 2008). Por ello, se considera pertinente cambiar la visión de que la consulta asistencial es suficiente para prevenir las enfermedades, ya que la consulta prenatal no es suficiente para identificar a las mujeres en quienes ocurrirá una urgencia obstétrica. La consulta prenatal debe también estar encaminada a proporcionar información y educación a la mujer embarazada; debe servir para el tamizaje y reconocimiento de las mujeres que sufren de violencia doméstica, y para la detección de padecimientos asociados a fin de realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

La presencia de salud o enfermedad se relaciona estrechamente con la calidad de vida y la inequidad de género, por lo que es necesario lograr que el personal de salud, de los institutos de las mujeres y de las secretarías de los pueblos indios, desarrollen habilidades para detectar y documentar la violencia doméstica y vincularla con la salud de la mujer, así como proporcionar consejería y aplicar la Norma Oficial de Salud 046.

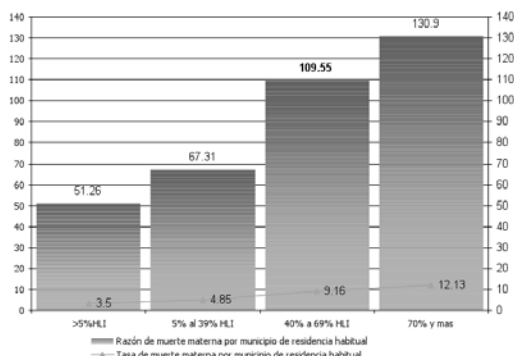
Las tasas de muerte materna elevadas también se presentan en municipios con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena (HLI) *versus* menos porcentaje de HLI. Por cinco muertes que ocurren en mujeres que habitan en municipios de 70 % de hablantes de lengua indígena, se dan dos en municipios con menos del 5 % de hablantes de lengua indígena. No solamente la condición individual de pertenecer a una etnia es distin-

² Información proporcionada por la Dirección General de Evaluación de Oportunidades, Sedesol, 2008.

tiva en la probabilidad de morir por causas maternas, sino que la pertenencia a un pueblo indígena está más ligada a la inaccesibilidad de los servicios de salud (gráfica 2).

Gráfica 2

Razón y tasa de muerte materna, según municipios hablantes de lengua indígena, México, 2003-2007



Freyermuth, 2009 a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad Según: HLI Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estadistica>
http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls_total.xls

En el caso de población indígena que está alejada de los servicios, es necesario el desarrollo de campañas masivas de comunicación en lenguas indígenas que hagan posible que las familias conozcan los signos y síntomas de urgencia respecto de los padecimientos locales más frecuentes. Además de promover la elaboración en cada familia de un Plan de Seguridad para el acceso oportuno a los servicios de salud a través del cual:

- La mujer y la familia conozcan los signos y síntomas de urgencia que ameriten la búsqueda de atención para los padecimientos locales más frecuentes.
- La familia acuerde con el personal de salud o la autoridad local, quien tomará la decisión del traslado del paciente en caso de que el jefe de familia esté ausente.
- La familia acuerde quién se hará cargo de los hijos pequeños, en caso del traslado de uno de los integrantes por parte de los padres.
- La familia tenga identificado el medio más rápido y seguro para el traslado.

- Se familiarice con la clínica más cercana que otorga atención durante las 24 horas los 365 días al año.
- La familia considere un fondo de ahorro personal, comunitario o municipal para cubrir los gastos de traslado (o incluso el endeudamiento).
- La familia identifique a quién pueden acudir en la clínica u hospital si no se les atiende oportunamente.

LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL SERVICIO. NO DISCRIMINACIÓN Y EQUIDAD ÉTNICA

Si analizamos el número de muertes maternas totales respecto de las ocurridas entre las beneficiarias de Salud-Oportunidades, según adscripción étnica de las localidades, se reconoce que el Programa contribuye con el 21 % de las muertes de las mujeres no indígenas y con el 50 % de los fallecimientos de mujeres indígenas (Oportunidades, 2008). Lo anterior puede sugerir que existen dificultades en otorgar una prestación competente culturalmente. Estos hallazgos también dan cuenta de que las relaciones indígenas-pacientes/mestizos-personal de salud son complejas y de difícil comunicación (Freyermuth, 2003; Meneses, 2006; Argüello, 2006; López, 2008).

En contextos multiculturales es necesario que el personal de salud se capacite en competencia cultural y humana. La competencia cultural, parafraseando a Fazio (1998), es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud reconoce la necesidad de una autorreflexión respecto de sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura; combina un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene del paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva. Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y los valores de cada población, los proveedores de servicios de salud deben siempre estar abiertos al aprendizaje que sus pacientes y otros proveedores de servicios de salud les pueden brindar.

Debe reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención, basadas en la diversidad cultural. Por lo tanto, evita hacer juicios escuchando con atención los valores culturales de sus pacientes, clarificando aquellos aspectos que no comprende; valora las fortalezas de sus pacientes y aquellas que provienen de

sus culturas (lealtad familiar o espiritual). Está dispuesto a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de un paciente está en peligro; por ejemplo, permite que una parturienta tome posol u otra bebida o alimento tradicional después del nacimiento, o que la mujer adopte la postura que desee durante el trabajo de parto.

La competencia humana, elemento que mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso al paciente que acude en condiciones de vulnerabilidad extrema, como ocurre en el caso de población indígena que desconoce el idioma castellano y no tiene contacto frecuente con las prácticas de la medicina alópata. Esto implica, además, el obtener el consentimiento informado, transmitiendo la información requerida en lengua indígena, de todos los procedimientos médicos a los que se someta al paciente, e ir construyendo una nueva cultura en salud con una participación más activa de paciente o usuarias(os) de los servicios.

Se requiere, además, la inclusión en el servicio de salud de: a) un intérprete cultural; b) de personal local en la prestación del servicio; c) formación de recursos humanos locales capacitados para la atención primaria de las urgencias; d) adaptación de procedimientos y normas, de acuerdo con el contexto cultural (exención de pago), y e) sensibilizar al personal sobre la diversidad de la población y de una cultura cambiante.

Evaluar y monitorear la accesibilidad de los servicios de salud, con capacidad para resolver la morbilidad obstétrica y generar la demanda o utilización del servicio por parte de la población, particularmente en los contextos indígenas, al margen de las transferencias monetarias, permitirán una mejora en la calidad de la salud de la población para que en Chiapas, Oaxaca y Guerrero no ocurran muertes maternas evitables como se ha conseguido en Nuevo León.

BIBLIOGRAFÍA

- ARGÜELLO, H. 2005. *El claro oscuro de la mirada: estudio de representaciones y prácticas sociales en la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de Chiapas*. Tesis de Maestría-CIESAS-Sureste.
- FAMILY CARE INTERNACIONAL. 2003. *Atención calificada durante el parto. Perfiles de país*. Un cuaderno informativo preparado por Mia MacDonald y Ann Stars. Nueva York.

- FAZIO, J. Ruiz-Contreras A. 1998. "Domestic Violence; Cultural Competency in the health care setting", en *Trainers Manual for Health Care providers*. San Francisco, Family Violence Prevention Fund.
- FRANCO-MARINA, Francisco y cols. 2006. *La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencia*. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.
- FREYERMUTH, G. 2003. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México, CIESAS / INM / CPMVSR-Chiapas / Porrúa.
- LOZANO, R. y cols. 2005. "Medición de la mala clasificación de la mortalidad materna en México, 2002-2004". Síntesis ejecutiva núm. 16. México, Secretaría de Salud.
- MENESES, S. 2004. *Semiótica de la otredad. Etnografía de los encuentros interétnicos entre prestadores y usuarios de servicios de salud en Los Altos de Chiapas*. Tesis para obtener el grado de maestro en Antropología Social con especialidad en Antropología Médica. San Cristóbal de Las Casas, CIESAS-Sureste.
- MÉXICO, GOBIERNO DE LA REPÚBLICA, NACIONES UNIDAS. 2005. *Los objetivos de desarrollo del milenio en México: Informe de Avances 2005*. México, Secretaría de Desarrollo Social, Gabinete de Desarrollo Humano y Social.
- LÓPEZ, J. 2008. *La práctica médica tradicional y sus representaciones en los problemas de salud que ocasionan la muerte materna en San Juan Chamula*. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Chiapas.
- PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS, EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR, CENTRO DE CAPACITACIÓN EN ECOLOGÍA Y SALUD PARA CAMPESINOS-DEFENSORÍA DEL DERECHO A LA SALUD. 2006. *Pueblos excluidos comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas*. México, pp. 49-64.
- WHITEHEAD, Margaret. 2000. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europa Copenhagen, p. 5.

MUERTE MATERNA Y DERECHOS HUMANOS

Dra. Paola Sesia Arcossi Masino

Esta ponencia pretende contestar a tres grandes preguntas relacionadas entre sí:

- ¿Cómo se ha construido el enfoque que relaciona la muerte materna y los derechos humanos y en específico considera que la muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres? ¿A partir de qué plataformas?
- ¿En qué consiste este enfoque y cuáles son los argumentos utilizados en él?
- ¿Por qué se constituye en un enfoque poderoso para promover la reducción de la muerte materna?

En primer lugar, es importante mencionar que se trata de un enfoque novedoso, surgido en los últimos dos o tres años, que añade una nueva y relevante dimensión a la visión de lo que constituye la muerte materna. A la visión de que la muerte materna es una problemática prioritaria de salud pública, un obstáculo al desarrollo social, un problema de inequidad de género, hoy en día introducimos en la justificación de ser una alta prioridad en la agenda de la política pública el hecho de que es una violación fundamental a los derechos humanos de las mujeres.

LOS DERECHOS HUMANOS

En primer lugar, es importante recordar qué son los derechos humanos:

- Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.
- Son universales porque pertenecen a todas las personas, sin importar su sexo, edad, posición social, partido político, creencia religiosa, origen familiar o condición económica.
- Son incondicionales porque únicamente están supeditados a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos, es decir, hasta donde comienzan los derechos de los demás o los justos intereses de la comunidad.
- Son inalienables porque no pueden perderse ni transferirse por propia voluntad; son inherentes a la idea de dignidad del ser humano.
- Los Estados-naciones tienen la obligación legal de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos y responden ante la comunidad internacional.
- Los derechos humanos deben ser garantizados sin discriminación (principio de igualdad).
- Los derechos humanos no son discrecionales, no son metas sociales ni aspiraciones políticas: deben ser promovidos, protegidos y garantizados por todos los gobiernos.
- Los mecanismos de rendición de cuentas y exigibilidad son obligatorios.
- La protección y promoción de todos los derechos humanos es un interés legítimo de la comunidad internacional, por encima de todo reclamo de soberanía.

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Hay cuatro grandes plataformas de derechos que se han ido construyendo en el marco normativo internacional que han contribuido a la definición de la muerte materna como una violación a los derechos humanos. Éstas son:

- Los derechos humanos y los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).

- La salud como un derecho.
- Los derechos de las mujeres.
- La salud reproductiva como un derecho.

Vamos entonces a desarrollar cada una de estas plataformas:

1. Los derechos humanos y los DESC

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (1966, 1976). Obliga a los países signatarios en garantizar los DESC a los individuos, incluyendo derechos laborales y el derecho a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado (2008: 160 países; México: 1981).

2. La salud como un derecho

- Definición de la OMS sobre salud: “La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Es una definición integral y extensiva, lo cual facilita promover a la salud como un derecho fundamental de todo ser humano.

- Constitución de la OMS: “El goce del máximo grado de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (principios de universalidad, no discriminación, accesibilidad y equidad).
- Comentario General 14 del Comité DESC (2000): universalidad, progresividad e irreversibilidad, disponibilidad, accesibilidad, igualdad y equidad, calidad y gratuidad (doc Fundar) (se explicitan los derechos de las mujeres a la salud).
- La salud como parte fundamental de los derechos humanos.

3. Los derechos de las mujeres

El documento seminal es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW 1979), Convención que México suscribe en 1981. Actualmente hay 170 países signatarios.

Algunos de los derechos de las mujeres muy explícitos en la CEDAW son:

- Participación igualitaria en la vida pública y política (art. 7).
- Participación igualitaria a nivel internacional (art. 8).
- Igualdad de derechos de nacionalidad (art. 9).
- Igualdad de derechos a la educación (art. 10).
- Igualdad de derechos al trabajo y empleo, con especial consideración a la maternidad (art. 11).
- Igualdad de acceso a beneficios económicos y sociales (art. 13).
- Igualdad de las mujeres rurales (art. 14).
- Igualdad ante la ley (art. 15).
- Igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares (art. 16).

La CEDAW declara cuáles son las obligaciones de los Estados parte para evitar todo tipo de discriminación hacia las mujeres y promover la equidad de género. Entre estas obligaciones se encuentran:

- Desarrollar políticas para eliminar la discriminación (art. 2).
- Establecer garantías para el goce y ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales por parte de las mujeres (art. 3).
- Consagrar medidas de acción positiva (art. 4).
- Establecer medidas para modificar roles sexuales y estereotipos (art. 5).
- Establecer medidas contra el tráfico y la explotación sexual de las mujeres (art. 6).

En particular, el artículo 12 de la CEDAW establece:

- 1. Los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

- 2. [...] Los Estados parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

4. La salud reproductiva como un derecho

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICDP) (El Cairo, 1994) representa el momento y sede en que se logra establecer a nivel mundial que:

- La salud sexual y reproductiva es un derecho de todas las personas.
- En ella se explicita el vínculo entre los derechos reproductivos y la salud.
- Y se adopta una perspectiva de género.

El capítulo VII “Derechos reproductivos y salud reproductiva” de la ICDP es el que se refiere específicamente a la definición de la salud reproductiva como un campo de derechos:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. [...] el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello... Los servicios de salud reproductiva... deber(án) incluir, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, [...] interrupción del embarazo...

Los derechos reproductivos básicos en la ICPD que son relevantes para la construcción de la conceptualización de la salud materna como un derecho humano:

- El derecho a la vida.
- El derecho a la salud.
- El derecho a decidir el número e intervalo de hijos.
- El derecho a la igualdad y a la no discriminación.
- El derecho a la información adecuada y oportuna.

Más allá de las cuatro plataformas antes mencionadas, ha habido cuatro aportaciones fundamentales en los últimos tres años para la construcción de la conceptualización de la muerte materna como una violación a los derechos humanos:

- Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt en 2006.
- La Conferencia Internacional de Women Deliver, realizada en Londres en octubre 2007.
- La conformación de la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos, con la participación de cinco agencias internacionales que ha estado trabajando desde 2007 a la fecha (véase: www.righttomaternalhealth.org).
- Finalmente, la Resolución del Consejo de Derechos Humanos, elaborada y propuesta inicialmente en 2008 y aprobada recientemente por el conjunto de países en junio de 2009.

¿Cuáles han sido los argumentos que se han utilizado y se siguen utilizando para construir la conceptualización de la muerte materna como una violación a los derechos humanos fundamentales de las mujeres? Identifico seis argumentos:

Primer argumento

La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque es prevenible en la gran mayoría de los casos. Son muertes innecesarias, por lo que, al ocurrir, se viola el derecho a la vida de las mujeres.

Segundo argumento

La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque no ocurriría si los Estados garantizaran:

- Acceso pleno y sin restricciones a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados.
- Atención al embarazo, parto y puerperio con personal calificado.
- Acceso oportuno e irrestricto a Atención Obstétrica de Emergencia (AOE).

Por lo tanto, la muerte materna es una violación flagrante al derecho a la salud durante la etapa reproductiva; un derecho básico que tienen todas las mujeres.

En México se calcula que hasta el 80 % de las muertes maternas son prevenibles/evitables.

Tercer argumento

La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque afecta de manera desproporcionada a las mujeres pobres, de minorías étnicas o raciales, de clases sociales bajas, que viven en zonas rurales, marginadas y aisladas. Por lo tanto, la muerte materna de estos grupos sociales de mujeres es una flagrante violación al principio del derecho a la no discriminación y al principio de la universalidad y equidad en el derecho al acceso a servicios de salud oportunos y de calidad.

Cuarto argumento

La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque muchas veces es consecuencia de la falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos por parte de las instituciones de salud, dándose situaciones comunes de:

- Maltrato.
- Abusos.
- Falta de sensibilidad.
- Menosprecio o desprecio hacia su lengua y cultura.

- Trato discriminatorio por ser mujeres, pobres, indígenas y de clase social baja.
- Manejo deshumanizado del parto hospitalario.
- Negligencia e incompetencia.

Todo lo anterior implica nuevamente la violación al principio del derecho a la no discriminación y al principio del acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad.

Quinto argumento

La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres por no haber tenido muchas veces pleno acceso a la información adecuada y oportuna sobre anticoncepción; por no haber tenido acceso irrestricto a métodos anticonceptivos y al aborto seguro y legal y no haber podido así evitar embarazos no deseados.

Esto implica la violación al derecho fundamental de las mujeres y sus parejas en decidir el número e intervalo de hijos; violación al derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales, y violación al derecho a la información en salud reproductiva.

Sexto argumento

La muerte materna es una violación a los derechos de las mujeres por ser a veces consecuencia de relaciones sexuales no deseadas; por no haber respetado su autonomía de decisión en cuanto a sus vidas sexuales y reproductivas; por no haber estado empoderadas en sus familias, con sus maridos, en sus trabajos, en sus comunidades; por no haber sido protegidas en contra de la violencia; por no haber podido participar equitativamente con los hombres en las esferas políticas y sociales, y por haber sido criadas interiorizando su subordinación, obediencia y menor valor frente a los varones.

Por lo tanto se viola el derecho de las mujeres a la equidad de género, a su autonomía en la toma de las decisiones fundamentales que afectan el curso de sus vidas. Asimismo, se violan sus derechos sexuales y reproductivos establecidos en la ICPD.

ARTICULACIÓN ENTRE MUERTE MATERNA Y DERECHOS HUMANOS. UNA ESTRATEGIA PODEROSA

La articulación que se ha ido formulando y tejiendo entre muerte materna y derechos humanos de las mujeres es una estrategia poderosa en la promoción de la reducción de la muerte materna en la agenda de política pública. Las razones son:

- Exige responsabilidad de los gobiernos en el abatimiento de la MM.
- Vuelve una obligación para los gobiernos el ofrecer servicios de salud materna oportunos, resolutivos, de calidad y de acceso universal e irrestricto.
- Empodera a las mujeres y a la sociedad civil en sus demandas para la reducción de la MM y en el monitoreo de la política pública y programas implementados para tal fin.
- Involucra a la ciudadanía y al gobierno en un diálogo sobre la problemática, reconociendo la importancia de la participación ciudadana.
- Se centra en la equidad de género.
- Visibiliza la violación a los derechos humanos de las mujeres al morir de muertes prevenibles.

Termino mi presentación con una cita que nos hace reflexionar de manera profunda: “El número anual de muertes (maternas) no ha cambiado en treinta años. Pueden apostar a que si existiera algo llamado mortalidad paterna, las cifras no se mantendrían congeladas en el tiempo por tres décadas” (Stephen Lewis, ex enviado especial de la ONU sobre VIH/Sida en África, 26 de abril de 2005 [Doc. IIMMHR 2009]).

¿CÓMO PUEDE LA CNDH CONTRIBUIR A DISMINUIR LA TRAGEDIA DE LAS MUERTES MATERNAS?

Dra. Rosa María Núñez Urquiza

MORTALIDAD MATERNA EN GRUPOS VULNERABLES QUE NO ACCEDEN PLENAMENTE A SUS DERECHOS HUMANOS

Con relación a la mortalidad materna, cuando se piensa en grupos vulnerables tiende a puntualizarse a la mujer indígena. Sin embargo, se soslaya que 33 % de las mujeres en edad fértil son trabajadoras asalariadas, y otro 18 % trabajan en la economía informal. Aun durante el embarazo, se ha documentado que una de cada tres embarazadas trabaja en forma asalariada por lo menos tres meses. Sin embargo, la supervisión de las condiciones laborales de la mujer trabajadora se han hecho más laxas, se ha documentado que hay empresas maquiladoras en las que las mujeres trabajan a destajo, y que son periódicamente sometidas a un examen de embarazo, y cuando lo están, pierden su trabajo. La exposición a posturas prolongadas sedentarias, como las telefonistas, pone en riesgo el retorno de sangre en el lecho venoso, compromete el riego sanguíneo a la placenta, y esto se asocia a un incremento de trastornos hipertensivos en el embarazo, cuya forma grave, la preeclampsia, es una de las dos primeras causas de muerte en el país. Asimismo, las trabajadoras en la venta ambulante están expuestas a fatiga, trabajan más de 50 horas, no tienen control sobre sus condiciones laborales, están expuestas a respirar el plomo expedido de los automóviles, y el riesgo entre ellas de que sus bebés presenten bajo peso al nacer es tres veces más elevado que el que se presenta entre la población general.

Empleadas domésticas

Dentro de las mujeres trabajadoras, una población especialmente afectada son las empleadas domésticas, pues están expuestas a fatiga por largas jornadas de trabajo, en ocasiones trabajo pesado; en general sus condiciones dificultan el acceso a los centros de salud, y además, si bien existen centros de salud para áreas marginadas, no los hay en zonas residenciales que es donde ellas laboran. Poco más de un millón de personas se manifestaron en el censo como “empleadas domésticas” y de respeto a la regulación de condiciones laborales para este tipo de trabajo. En un estudio realizado entre abril y septiembre de 2008, financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y coordinado por la doctora Séverine Durin (CIESAS Noreste), donde participaron la licenciada Diana García Tello, la maestra Rebeca Moreno Zúñiga, la licenciada Alejandra León Saucedo y la licenciada Nydia Prieto Chávez, se señaló que: “Las empleadas del hogar suelen ser muy jóvenes, trabajan y viven ahí, por lo que sus jornadas de trabajo son de aproximadamente 12 horas. Esta población es vulnerable por aspectos vinculados con el género y su carácter migrante. Así, cuando se embarazan, se enferman o son objeto de abuso laboral, suelen ser objeto de violación de sus derechos como mujeres y trabajadoras. Además, no consideran ser sujeto de derecho por lo que es raro que pidan apoyo”.



Empleadas domésticas “el 50 por ciento de la población femenina en esta ocupación, trabaja entre 25 y 48 horas semanales, aunque existe un nueve por ciento que lo hace hasta por 64 horas”. CIMAC <http://www.cimac.org.mx/noticias/01jul/01071807.html>

“ INEGI. Marzo 2003 publicación basada en la Encuesta Nacional de Empleo, y en “hombres y mujeres 2003).

1 243 948 empleados domésticos. 96% mujeres “jóvenes principalmente”.

1 194 190 (aproximadamente 24,000 nacimientos en el 2003)

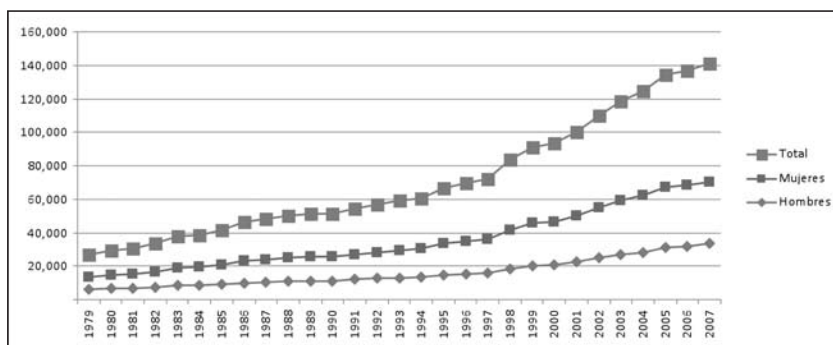
53% de ellas en ciudades de más de 100 000 habitantes

15% en ciudades de 15 a 99 000 mil



MORBILIDAD REPRODUCTIVA QUE HACE MÁS VULNERABLE A LA MUJER PARA LA MUERTE PRECOZ POR DIABETES MELLITUS

En México, ocho de cada 100 personas tienen diabetes mellitus, que es una de las primeras tres causas de muertes precoces (45-70 años), tan sólo en el año 2007 murieron 70,517 personas por esta causa; de ellas, 37,202 fueron mujeres y 33,310 fueron hombres.



Fuente: INEGI 2007

Elaboró: Evangelina Morales, RM Núñez Urquiza, INSP.

La desproporción en la mortalidad de mujeres y hombres por diabetes mellitus se atribuye, en parte, a la exposición de la mujer al embarazo, que es en sí un estado con demandas adicionales a la función endócrina. Está documentado que la diabetes durante el embarazo, llamada diabetes gestacional, incrementa hasta cuatro veces el riesgo de desarrollar, después de los 45 años, diabetes mellitus. Sin embargo, en México no se ha establecido que a las mujeres en el control prenatal se les practique un examen de tolerancia a la glucosa. En contraste, en el estado de California, en Estados Unidos, en el programa de atención a migrantes embarazadas, tan solo el antecedente de ser mexicana o tener padres mexicanos hace que deriven a la mujer a un programa de alto riesgo para diabetes gestacional, es decir, diabetes durante el embarazo. En México, la Norma Oficial de Salud 007 establece los lineamientos técnicos para el cuidado del embarazo, y aunque sí establece exámenes de laboratorio como la química sanguínea en la que una glucemia elevada puede detonar un seguimiento de la embarazada, de acuerdo con las acciones registradas en el Sistema de Información en Salud, donde registran más de 11 mil centros de salud, sólo 37 % de las mujeres en control prenatal se practicaron una química sanguínea (Análisis del SIS 2007). Esto en parte se debe a que la mayoría de los centros de salud no cuentan con un equipo para exámenes de laboratorio y la mujer ha de ser enviada al hospital o al laboratorio de referencia para que se le practiquen.

Esta situación no sólo afecta a los centros de salud, sino también a las unidades hospitalarias que ofrecen atención para los 54 millones de población que no están afiliadas a IMSS, ISSSTE y otras de seguridad social. Por ejemplo, en el año 2008 se registró la atención de parto en 611 unidades hospitalarias de los servicios estatales de salud de las 32 entidades. De estas unidades, sólo 350 cuentan con laboratorio, y tan sólo 286 tienen servicio de transfusión sanguínea. Cuando en una unidad que carece de servicio de transfusión sanguínea se presenta una hemorragia posparto no se cuenta con sangre. Peor aún, no contar con un sistema ágil de traslado de sangre y hemoderivados hace que en vez de acercar este insumo vital a la mujer se le exponga a un traslado estresante y en ocasiones demorado. Además, el Seguro Popular no cubre el costo de traslados, y este factor ha contribuido a que no se hayan evitado muertes maternas, documentadas entre los casos estudiados por el grupo de Acción Inmediata de Mejora (AIDEM) en casos de muerte materna. ¿No es esto una omisión al derecho humano a la salud?

EN MÉXICO MUEREN TRES MUJERES CADA DÍA POR CAUSA OBSTÉTRICA

La mayoría no muere por pobreza en su hogar, sino por falta de oportunidad y calidad en la atención médica que recibe, imputable no sólo al desempeño clínico, sino a la combinación de éste, con una organización deliberada de los servicios, y con la estructura insuficiente de los hospitales públicos, y con un pago insuficiente a los profesionales de la salud que los obliga a mantener dos y hasta tres trabajos.

Cuando la voluntad política ha puesto el acento en la disminución de la mortalidad materna, por inercia se ha pensado en la pobreza rural. Por inercia se continuó capacitando a parteras tradicionales e incluso se les certificó después de haberles dado algunos cursos, pero la capacitación a la partera nunca será una medida resolutive para evitar muertes maternas, ya que hoy se sabe que la mayoría de las complicaciones graves del parto no se pueden prever ni prevenir ni aun con el mejor control prenatal, y entonces, cuando al momento del parto la mujer se ha quedado en su hogar o en manos de una partera tradicional y presenta una hemorragia posparto, el riesgo de que muera es muy alto. Por eso la muerte por hemorragia obstétrica no disminuyó con la capacitación a las parteras. La muerte materna en el México del siglo XXI es un problema de calidad en la atención médica y no tanto un problema de pobreza y de falta de acceso a servicios de salud. En México, por lo menos desde 2003 (ENSAR 2003), se documenta que hasta el 93 % de las mujeres tienen atención prenatal, y eso es atribuible como uno de los éxitos del programa Oportunidades que lleva mensualmente a todas las mujeres a los centros de salud. Pero la atención prenatal, *per se*, no puede evitar muertes maternas. Para evitar muertes maternas se requieren antibióticos intravenosos, sangre y hemoderivados, acceso a operación cesárea de emergencia, y acceso a terapia intensiva en caso de preeclampsia severa. Se requieren profesionales como parteras-profesionales, médicos y enfermeras especialistas que puedan valorar y aplicar una profilaxis preventiva de tromboembolia, por ejemplo. Además, como el 83 % de la población mexicana vive en localidades urbanas, ya la mayoría de la población vive a menos de 30 minutos de un hospital. De acuerdo con el Sistema Geo-referenciado en Salud, desarrollado por el Centro Nacional de Información en Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, 92 % de la población vive a menos de dos horas de un hospital. Es así que en el 2008 más del 90 % de los nacimientos accedieron a la atención en unidades médicas. Sin embargo, hay abordajes que siguen

enfaticando la distancia, la demora por el tiempo de viaje, que si bien puede explicar 16 % de las muertes maternas, desvía la atención de 84 % de las muertes que ocurren en hospital y que son evitables si se cuenta con médicos y enfermeras especialistas, en cada uno de los cinco jornadas laborales en hospitales, y si se cuenta con servicio de transfusión sanguínea, imagen y laboratorios.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA PREVENCIÓN DE MUERTES MATERNAS

El consenso de las agencias intergubernamentales (UNFPA, UNICEF, OMS, OPS y FCI) es que hay tres intervenciones que reducen la mortalidad materna en el corto plazo:

1. Planificación familiar, anticoncepción postevento obstétrico. APEO en hospital.
2. Atención del parto en unidad médica.
3. Atención de emergencia obstétrica.



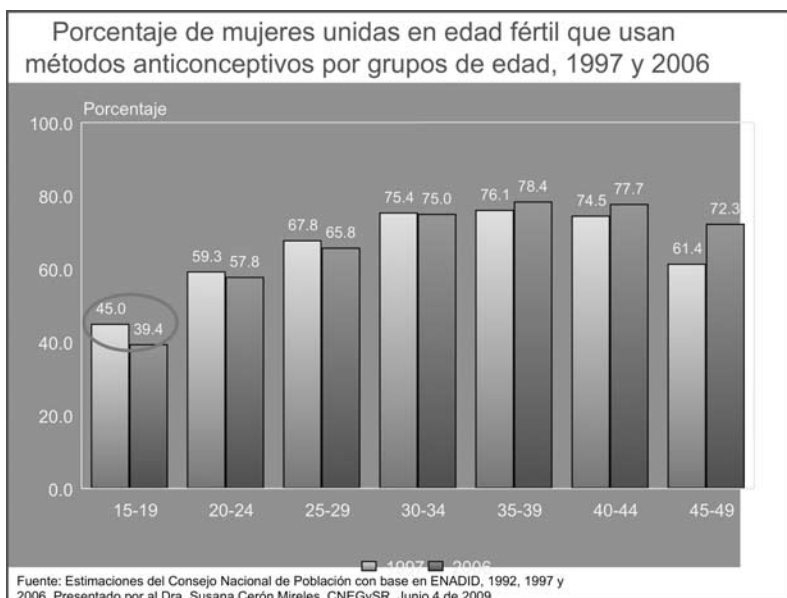
1. Planificación familiar para reducir mortalidad materna

- Si con PF al evitar embarazos se evitaran las complicaciones obstétricas y las asociadas con el aborto inseguro, la mortalidad materna se reduciría 32 % (Cleland, 2006).
- El riesgo de muerte materna disminuye del primero al segundo parto, después aumenta en cada parto sucesivo cuando existen situaciones de bajo desarrollo.

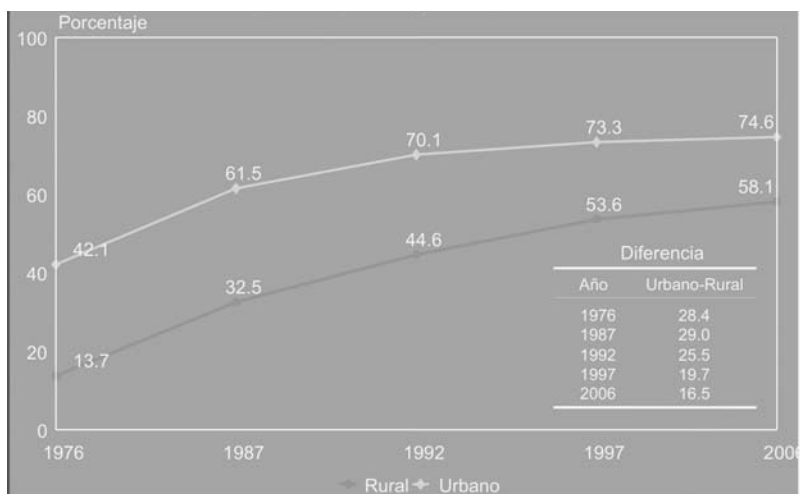
NOTA: Esta relación de muerte materna y número de embarazos desaparece en contextos con buen índice de desarrollo humano.

- A partir del cuarto parto el riesgo de MM se incrementa de 1.5 a tres veces más que en mujeres, con tres o menos cuando existen situaciones de bajo desarrollo.

NOTA: Esta relación de muerte materna y número de embarazos desaparece en contextos con buen índice de desarrollo humano. *Las siguientes dos imágenes fueron presentadas por la doctora Susana Cerón el 4 de junio del 2009 en el Foro Nacional del Programa “Arranque Parejo en la Vida” (cita: Susana Ceron. Presentación 4 de junio 2009).*



Proporción de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1976-2006



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en ENADID, 1997 y 2006. Presentado por al doctora Susana Cerón Mireles. CNEGySR. 4 de junio de 2009.

2. Atención del parto en unidad médica

En los últimos años se ha presentado un incremento en la atención de partos en clínicas o unidades médicas, este aumento está relacionado con la afiliación al Seguro Popular.

2003: 86 % de los partos se atendieron en unidad médica.

2006: 88 % de los nacimientos se atendieron en unidad médica.

2008: Más de 90 % de la cifra de nacimientos estimados por Conapo se registro como atención en unidad médica.

3. Atención de emergencia obstétrica

Si bien hoy se sabe que 80 % de las complicaciones graves del parto no se pueden prever ni prevenir aun con la mejor atención prenatal, sí sabemos que ocho de cada 10 muertes maternas se presentan alrededor del desenlace del embarazo (aborto complicado, parto obstruido, preeclampsia-eclampsia, hemorragia posparto, sépsis puerperal, tromboembolia). Y como la fecha probable de parto sí se puede predecir es necesario que las mujeres atiendan su parto en una unidad médica que sí tenga capacidad resolutive ante una emergencia, o bien en un centro de salud que esté a menos de 35 minutos de un hospital que sí tenga todo lo necesario. La atención en unidad médica hace la diferencia sólo cuando se tiene capacidad resolutive ante una emergencia obstétrica, es decir, se cuenta con anestesiólogo, obstetra, quirófano, servicio de transfusión sanguínea y terapia intensiva obstétrica y neonatal.

En la gráfica de la mortalidad materna en Gran Bretaña se muestra que ni la mejora en las condiciones de saneamiento general ni la atención prenatal disminuyeron de manera importante la mortalidad materna, sino que fue el advenimiento de la tecnología médico-quirúrgica y los antibióticos lo que disminuyó la mortalidad materna.

En México hay una amplia disponibilidad de hospitales públicos y como 83 % de la población se ha concentrado en localidades urbanas, la mayoría de la población vive cerca de un hospital. En el Sistema de Información en Salud con Referencia Geográfica se mapean los hospitales públicos de instituciones gubernamentales y todas las localidades habitadas en el país, de manera que se puede apreciar el acceso a la atención médica en hospital. Se puede observar que la mayoría de las localidades

Acceso a la atención obstétrica de emergencias:

**CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LOS HOSPITALES DISPUESTOS
PARA LA POBLACIÓN NO AFILIADA A IMSS, ISSSTE,**

La evidencia muestra que fue hasta el advenimiento de la tecnología médica quirúrgica y de los antibióticos que disminuyó la mortalidad materna.



habitadas están a menos de dos horas de un hospital, y que la mayoría de la población vive en centros urbanos. Es así que sólo cinco millones y 119 mil personas viven a más de dos horas de un hospital. Es decir, ellas están en riesgo de que si se presenta una hemorragia posparto en su hogar o en un centro de salud distante no alcancen a llegar vivas a un hospital. En cinco millones de población ocurren, según la tasa cruda de nacimiento de 20 por mil habitantes, no más de 200,000 nacimientos. En este tipo de localidades ocurrieron 16 % de la muertes maternas entre 2003 y 2007, 80 % de las muertes ocurrió entre población que vive a menos de 30 minutos de un hospital.

Cuadro: Distribución de la población según distancia al hospital más cercano

<i>Tiempo viaje por categorías</i>	<i>Núm. localidades</i>	<i>% localidades</i>	<i>Núm. población</i>	<i>% Población</i>
tiempo viaje: < 30 minutos	29,359	15.51	74,466,665	72.10
tiempo viaje: de 30 min. a < 1hr	42,724	22.58	14,837,831	14.37
tiempo viaje: de 1 hr < 1 y media hr	31,383	16.58	5,898,866	5.71
Subtotal población que vive a una hora y media o menos			95,203,362	92.18
tiempo viaje: de 1 y media < 2 hrs	20,786	10.98	2,961,133	3
Poblacion que vive a dos horas o menos			98,162,000	95
tiempo viaje: de 2 hrs a < 5hrs	42,936	22.69	4,000,935	
tiempo viaje: de 5hrs a < 12hrs	17,937	9.48	943,990	
tiempo viaje: de 12hrs >	4,121	2.18	174,152	
Subtotal Pob vive a < 2 horas			5,119,077	

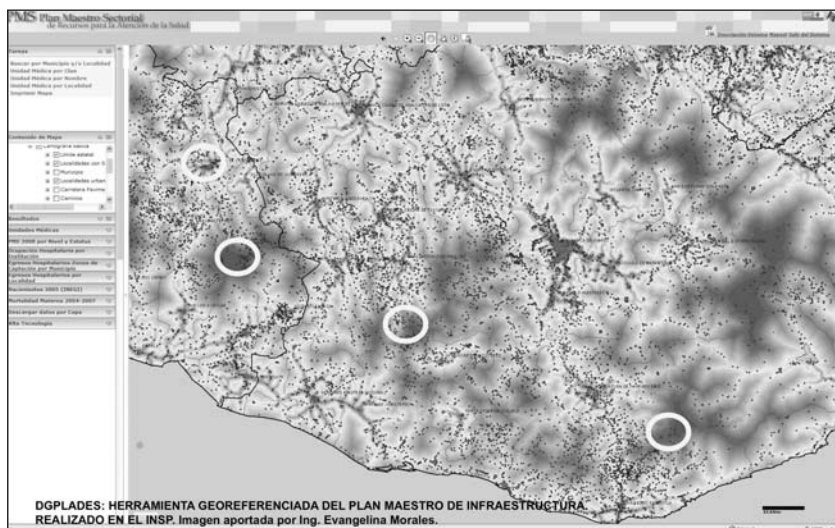
Total de localidades en el país 189,246. Se estimó tiempo de viaje de cada localidad al hospital más cercano. Se obtuvo población en cada localidad.

Información generada por J. E. Hernández Ávila. Tesis doctoral. *Plataforma de distribución de población de la Herramienta Georreferenciada del Plan Maestro de Infraestructura desarrollada por el CENDIS para la DGPLADES*. 2008.

Si bien el 80 % del problema de mortalidad materna está en centros urbanos, y dentro de los hospitales, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en colaboración con la Dirección General de Desarrollo y Planeación Estratégica en Salud, ha desarrollado una estrategia para ubicar las localidades vulnerables a la mortalidad materna por falta de acceso —mediado por distancia— a los hospitales, y ha propuesto es-

trategias específicas para estos lugares. El mapa que sigue es un ejemplo de focalización de intervenciones en los “hoyos” de las redes de servicio. Es decir, áreas pobladas inaccesibles al hospital de referencia para la atención de emergencia obstétrica. En éstas se propone la estrategia diseñada por Deborah Maine: “Encuentra a la comunidad a medio camino”.

Localidades habitadas que distan más de dos horas del hospital más cercano. “Hoyos en las redes de atención materna”



La estrategia “encuentra a la comunidad a medio camino” propone que para las unidades de salud que están apartadas:

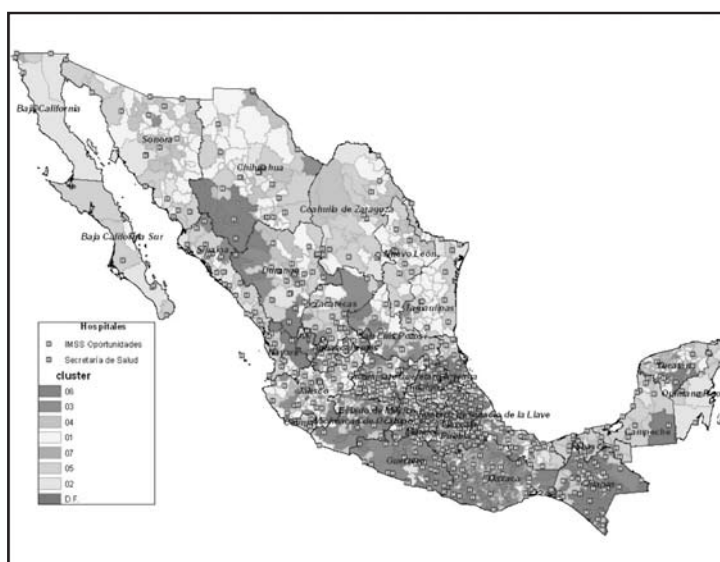
Los centros de salud que estén en las localidades que distan más de dos horas de un hospital deberán tener personal capacitado e insumos para estabilizar a una mujer con emergencia obstétrica con:

1. Solución parenteral para evitar choque.
2. Medicamentos parenterales para controlar infección.
3. Medicamentos útero-tónicos para detener hemorragias.
4. Medicamentos para controlar el dolor.
5. Sulfato de magnesio para evitar convulsiones y antihipertensivos.

PLANES REGIONALES CON INTERVENCIONES MICRORREGIONALES PARA ABATIR LA MORTALIDAD MATERNA

Dado que México no es un país homogéneo es conveniente conocer las diferencias regionales en la epidemiología de la mortalidad materna. La transición epidemiológica se observa también en la distribución de causas de mortalidad materna. En los municipios de más elevada marginación se observa todavía altas tasas de fecundidad, es decir, mujeres que a los 40 años y más están teniendo su sexto y séptimo embarazo. Si además habitan en una localidad lejana al hospital, están más expuestas a la mortalidad por hemorragia cuando ésta se presenta. Por otro lado, en centros urbanos, donde la mayoría de los nacimientos se atienden en hospital, si bien la morbilidad por hemorragia puede afectar entre 3 y 8 % de las mujeres durante el parto, la mortalidad por esta causa ha disminuido. Y entonces, proporcionalmente emerge la preeclampsia, y la tromboembolia del puerperio, más aún en el puerperio posterior a una operación cesárea. Para conocer estas diferencias, el Centro Nacional de Equidad de Género encargó al Instituto Nacional de Salud Pública un mapeo del riesgo y causas de mortalidad materna, en el ámbito municipal y microrregional, es decir, conglomerados municipales.

Mapeo municipal del riesgo y causas de mortalidad materna

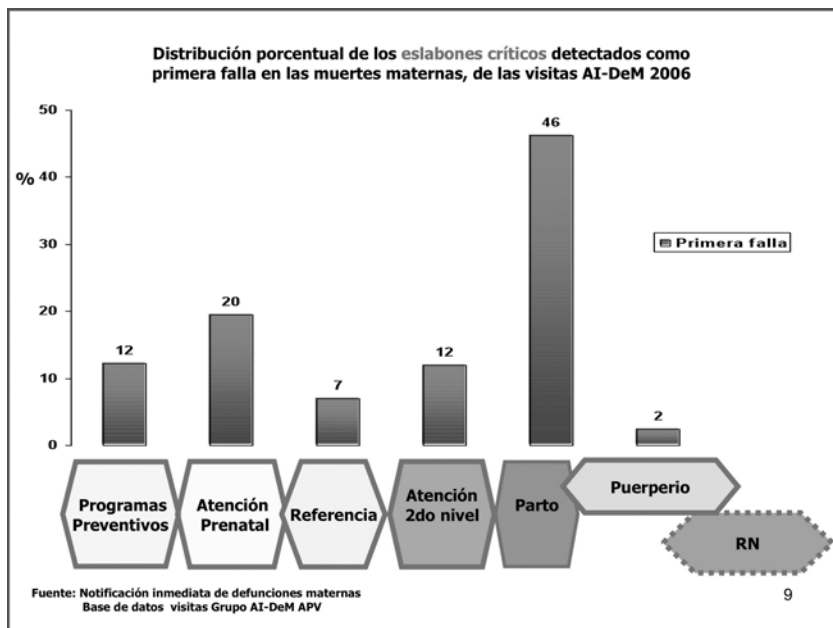


CONGLOMERADOS MUNICIPALES SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR CAUSA, Y FUERA/DENTRO DE UNA UNIDAD MÉDICA

Información estadística, más estudios de caso de mortalidad materna

Para estudiar las muertes entre la población de mujeres que sí acude a los servicios médicos para la atención prenatal (96 %) y que sí atienden su parto en un hospital (90 %), y aun así se complican y mueren, desarrollamos un método de estudio de caso, que además de indagar sobre los factores al interior del hospital donde falleció la mujer, indaga sobre los procesos de atención en cada uno de los eslabones de la cadena de servicios, desde los programas preventivos, los centros de atención prenatal, la del parto en unidad hospitalaria y de ésta la referencia a hospitales generales cuando la mujer se complica.

Detección de eslabones críticos en los procesos de atención materna



Dado que más del 80 % de las muertes se presentan ya en unidades médicas, el Método de Detección de Eslabones Críticos en los Procesos de Atención se focaliza en lo que ocurre dentro de un hospital en mujeres que sí fueron atendidas, y que de todas maneras fallecieron. En los estudios de caso se detectan problemas como el siguiente:

- El médico del turno matutino deja escrito “niveles de líquido en abdomen, es necesario programar cirugía a la brevedad”.
- El médico de la tarde revisa a todas las pacientes de urgencias; cuando llega al pabellón obstétrico la mujer está en choque hipovolémico.

En ese caso hubo una demora en el cambio de turnos. Por eso hemos dicho al inicio que el problema de la mortalidad materna no sólo está en el desempeño clínico del médico, sino en la organización hospitalaria. El personal asiste a un turno, por el que no gana un salario suficiente y por eso tiene que salir corriendo al término de su jornada matutina de ocho horas para incorporarse a otra institución o acudir a su consultorio por la tarde. Mientras el sueldo de los médicos y enfermeras en los hospitales públicos no sea suficiente para comprometer al profesional a un solo trabajo, ellos tendrán que salir para trabajar otro turno en otro hospital.

Aunque recientemente se firmó un convenio de colaboración entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, por el que se establece que toda mujer que presente una emergencia obstétrica acceda a un hospital de cualquiera de esas instituciones, sin importar si cuenta con afiliación, la realidad nos sigue rebasando pues debemos atacar no sólo el acceso a los servicios, sino la calidad de éstos.

México ha hecho una transición epidemiológica de la mortalidad materna, el 80 % ya no está en la pobreza ni en la falta de acceso, sino en la calidad y capacidad resolutive que tienen los hospitales donde se están atendiendo los partos. ¿Pero, quién va a presentar una queja a la CNDH porque sólo 286 unidades hospitalarias de las 611 que atienden partos tienen un servicio de transfusión sanguínea?

Si la CNDH sólo actúa después de una queja, debemos promover que cualquiera que conozca las omisiones en la ley, en la estructura hospitalaria y en el desempeño médico y tenga manera de probarlo, interponga la queja, sin importar si los quejosos somos los afectados o no.

Para ello proponemos la creación de un protocolo de quejas de terceros documentados.

¿CÓMO PUEDE LA CNDH CONTRIBUIR A DISMINUIR LAS MUERTES MATERNAS?

Cuando uno marca el 01 800 718 2770, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se escucha una grabadora repitiendo el siguiente mensaje: “*La CNDH es competente para tramitar una queja cuando una autoridad administrativa del Gobierno Federal... cometa actos u omisiones que violen los derechos humanos*”.

¿Cómo puede un médico angustiado pedir apoyo a la CNDH porque en su hospital no hay anestesiólogo en el turno nocturno, o porque no dispone de sangre para una paciente que se le muere?

La Ley General de Salud establece el derecho a la atención a la salud y la NOM Oficial de Salud 007 y los lineamientos técnicos especifican los requerimientos para la atención a la salud de emergencias obstétricas. Entonces, cuando no se ofrece un servicio esencial para salvar vidas, o hay una violación al derecho humano a la salud y la Comisión podría intervenir haciendo recomendaciones, pero ¿cómo? Si se requiere una demanda específica para que la CNDH detone sus acciones y la paciente ya se murió, y su hija de 12 años, huérfana ahora, ¿está en abandono?

¿No es una omisión de los cuerpos legislativos la falta de leyes, reglamentos y normas que especifiquen la Ley Federal del Trabajo, en relación con las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas?

¿No es una omisión la falta de supervisión de la Secretaría del Trabajo sobre las condiciones laborales de las empleadas?

¿No es una omisión por parte de las Secretarías de Salud el no tener programas destinados específicamente a las trabajadoras domésticas, ya que habitan en las casas de zonas residenciales donde no hay “centros de salud para áreas marginadas”?

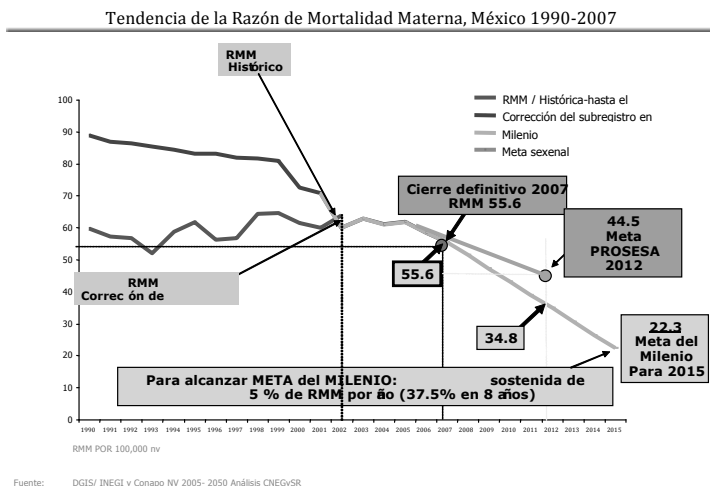
¿No es una omisión de la Sedesol el no destinar programas específicamente para las trabajadoras domésticas?

En esta presentación se ha utilizado información generada por Octavio Mojarro, Doroteo Mendoza, Juan Eugenio Hernández, el grupo FUNDAR, Martha Castañeda, el grupo AIDEM del programa Arranque Paredo en la Vida y análisis realizados sobre la infraestructura hospitalaria para la atención obstétrica por un equipo multidisciplinario compuesto por personal de la Dirección General de Planeación Estratégica en Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

ESTRATEGIA INTEGRAL PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA: CONVENIO INSTITUCIONAL

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

A partir de que el Estado mexicano firmó los acuerdos del milenio, que están enfocados hacia el abatimiento de la pobreza y cuyo numeral 5 se refiere a la mejora de la salud materna, que por supuesto contiene el objetivo del abatimiento de la mortalidad materna en tres cuartas partes de la reportada para el año 1990, se desencadenaron una serie de acciones y estrategias identificadas con el objetivo mencionado. Una de las condiciones que se observaron en un primer acercamiento detallado al problema fue la poca proporción de partos atendidos por personal calificado que para el año 2000 era cercana al 85 %, por lo que se articula un programa de acción específico que se publica por primera vez en el año 2002 y se llama Arranque Parejo en la Vida (figura 1).



Una de las metas del programa está en relación directa con incrementar de manera sustantiva la proporción de partos atendidos por personal calificado, meta francamente compleja porque son muchas las condiciones involucradas en la baja cobertura; baste pensar solamente en las condiciones geográficas tan complejas del territorio nacional para percibir claramente que hay muchos lugares de la República con muy difícil acceso y por consiguiente con dificultades para brindar atención médica suficiente. Se diseñaron, por ejemplo, acciones enfocadas a brindar alimento y posada a mujeres que estuvieran cerca de la resolución del embarazo, contigua a un hospital con capacidad para resolver una emergencia obstétrica. Las acciones descritas fueron francamente exitosas, se han sostenido a lo largo del tiempo y han incrementado la proporción descrita, sin embargo, la sorpresa fue que no hubo una relación directa con la disminución de la mortalidad materna. En pocas palabras, ahora las mujeres mueren pero dentro de las unidades hospitalarias, de tal forma que los responsables del programa de acción se dieron a la tarea de sistematizar y estudiar de manera pormenorizada por lo menos una parte de todas las muertes obstétricas, para darse cuenta de que adicionalmente existe un problema relacionado con la calidad de la atención médica, que no solamente tiene que ver con la calificación del personal médico y paramédico sino con la disponibilidad de los recursos mínimos indispensables en las unidades hospitalarias para la atención de la emergencia obstétrica. Ya en el curso de la administración actual, el tema, que por supuesto tiene implícito también un conjunto de valores en relación con la equidad tanto económica como de género, se toma desde el más alto nivel del Ejecutivo Federal: la Presidencia de la República.

Es así que en mayo de 2009, el Presidente de la República, acompañado de una buena parte de su gabinete social, anunció dos hechos que representan dicho compromiso; primero una estrategia para disminuir la mortalidad materna que toma elementos de los organismos internacionales expertos, así como la experiencia de nuestros expertos, y la firma de un convenio sectorial, interinstitucional para la atención universal de la emergencia obstétrica, en franca consonancia no solamente con la estrategia sino con el Consejo de la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de eliminar la barrera económica por la que las mujeres no acceden a atención médica de calidad. Es un hecho conocido que México tiene fragmentado su sistema de atención médica, de acuerdo con la formalización o no de su relación laboral, y este convenio es un pasaporte para que las mujeres no estén ya sujetas a estar dentro de algún sistema de aseguramiento específico.

La estrategia también contiene —como se verá más adelante— la capacitación universal del personal de salud en relación con la emergencia obstétrica.

Dr. Raymundo Canales de la Fuente

INTRODUCCIÓN

El esfuerzo de los diversos gobiernos para disminuir la mortalidad materna no siempre ha sido exitoso. Existen determinantes que no forman parte de las responsabilidades del sistema de salud, tales como la desigualdad social y la exclusión de la seguridad social. Sin embargo, es posible, a partir de evidencias, desarrollar iniciativas o reformas que en su conjunto contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud con relación a la salud materna. El sistema de salud mexicano ha logrado utilizar las evidencias para diseñar y poner en marcha reformas encaminadas a la mejora sustancial de la salud, un ejemplo es el diseño del Seguro Popular que se estableció una vez que se identificó que la mitad del gasto en salud era gasto de bolsillo (Frenk, 2007). Sin embargo, no se ha conseguido aprovechar las evidencias para mejorar progresiva, homogénea y sostenidamente el desempeño del sistema de salud en beneficio de la salud materna y de un combate más eficaz a la muerte materna.

La respuesta del sistema de salud ante el reto de la muerte materna tiene que contener características de equidad, calidad, protección financiera, enfoque basado en derechos, y en transparencia. En años recientes se ha logrado un consenso internacional respecto al qué hacer para disminuir la mortalidad materna: *Planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva; Atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo, y Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida*¹ son las tres acciones prioritarias. De esta manera se ha puesto el énfasis en cambiar el paradigma en la prestación de los servicios, procurando pasar de un enfoque de riesgo utilizando a la consulta prenatal como la principal herramienta, a un enfoque de atención oportuna de las emergencias obstétricas. Nadie puede dudar de que este cambio de paradigma es necesario y urgente, sin embargo existen evidencias que sugieren no centrarse exclusivamente en la prestación de los servicios de atención, sino incorporar la dimensión del diseño de las políticas y los mecanismos o condiciones de acceso a los programas de atención y servicios. De esta manera, se vislumbran cambios en los paradigmas de “enfoque de riesgo” en contraste con la “atención obstétrica de emergencia”; de parto profesionalizado agregando el concepto de “humanizado”; de “afiliación” para acceder a los servicios de atención contra

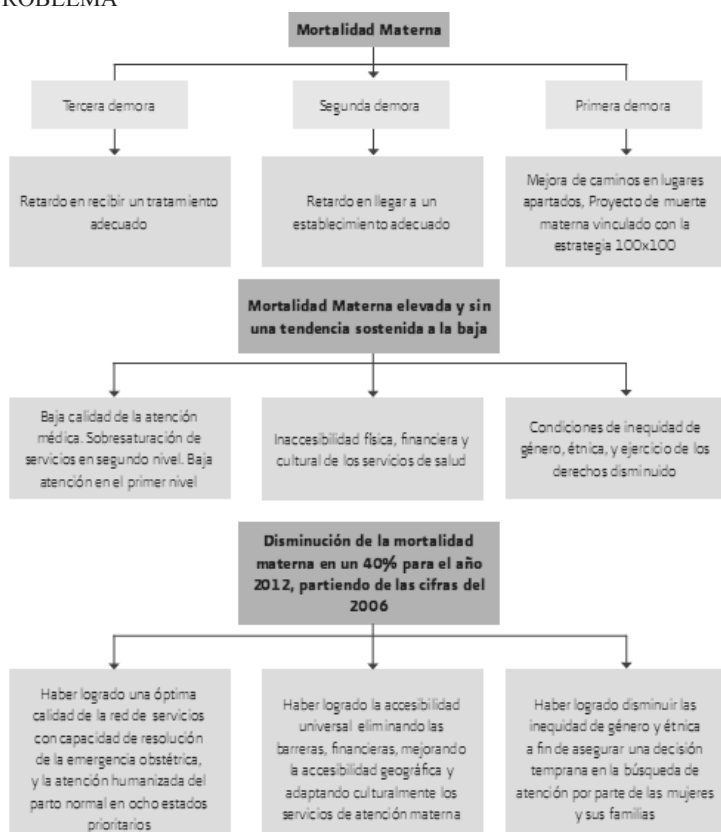
¹ *Women Deliver* en inglés. Para más información sobre esta conferencia puede visitar: www.womendeliver.org

el “acceso universal” basado en la condición de ciudadanía, y de “voluntad política” contra “obligación política”.

Para el desarrollo de este documento se utilizó la metodología de marco lógico para apuntar hacia el logro de resultados; asimismo se realizó el ejercicio de árbol de problemas y árbol de objetivos partiendo del modelo teórico de Maine sobre los tres retardos o demoras que determinan una muerte materna, e incluido como una de las guías estratégicas por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).

A partir de este modelo se identificaron los aspectos problemáticos que a su vez se constituyeron en los componentes de la estrategia, y a partir de estos se diseñaron los objetivos (anexo 1), la estructura analítica del proyecto (anexo 2) y el marco lógico (anexo 3). El documento desarrolla cada uno de estos componentes, señala las problemáticas y las posibles vías de solución.

EL PROBLEMA



En un primer apartado, se presenta un panorama general sobre el cambio de paradigma para disminuir la mortalidad materna que en años recientes se ha propuesto. La segunda parte desarrolla cada uno de los componentes: baja calidad de la atención médica; sobresaturación de servicios en segundo nivel y baja atención en el primer nivel; inaccesibilidad física, financiera y cultural de los servicios de salud, y condiciones de inequidad de género, étnica y ejercicio de los derechos disminuido. La última sección contiene el análisis de los actores y el monitoreo y la evaluación.

ANTECEDENTES EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN MATERNA

A pesar de los esfuerzos realizados desde la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo (1987), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido que las tasas de mortalidad materna continúan siendo inaceptables en un número importante de países (Ramson, 2002), por ello existe un renovado interés mundial en disminuir este tipo de mortalidad. En septiembre de 2002 los miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio; el Gobierno de México y otros 188 Estados miembros suscribieron los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales el número 5 establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75 % para el año 2015, respecto de los niveles de 1990.

En México, la estimación de la RMM para 1990 ascendía a 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 55.6 en 2007; estos registros implican una reducción de 37.5 % en 17 años. En promedio, el progreso ha sido de 2.2 puntos porcentuales por año, y aunque se ha logrado una mayor reducción a partir del año 2006 (5.2 %) —consiguiéndose en 2007 la segunda reducción más importante en los últimos cinco años—, este ritmo no será suficiente para alcanzar la meta establecida para el 2015, para lo cual se requiere avanzar con una reducción anual de al menos 7.7 %.²

²De acuerdo al Conapo, para el 2015 se tienen estimados 1,871,314 nacimientos, de esta manera tenemos el denominador para calcular el numerador (417) cuyo producto sea una RMM no mayor de 22 (la meta del 2015). Para calcular el progreso necesario anualmente se restó el número de MM requeridas para el 2015 (417) a las registradas en el 2007 (1097), (1097-417=680) 680, esta cifra es el 61.9 % de 1097, este porcentaje, es lo que se debe disminuir a partir del registro de MM del 2007 para alcanzar la meta y se dividió en-

De acuerdo a nuestro desarrollo económico y social, se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para este 2015. En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente, 1,100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año. Vale recordar que el 80 % de estas defunciones maternas son prevenibles (CNEGySR, 2009). Más aún, 280 muertes, ocurren entre beneficiarias del programa más importante de desarrollo social de este país:

Oportunidades

Las dificultades presentadas para abatir la mortalidad materna a escala mundial (AMDD, 2002) han requerido de nuevas investigaciones —y la relectura de las anteriores— que han modificado el marco lógico, reconsiderando el enfoque de riesgo y planteando que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar. Los estudios han llevado a varios supuestos:

- Es muy difícil pronosticar el riesgo de hemorragia que se produce después del parto —una de las principales causas de muerte en los estados con población indígena— (UNFPA, 2002).
- Las investigaciones han mostrado que la eclampsia³ frecuentemente aparece sin previo aviso, incluso en mujeres que han estado bajo control médico (WHO/ RHR/00.7/2002:S44).
- El aborto practicado en condiciones inseguras no puede prevenirse en donde existen leyes restrictivas para su realización, como es el caso de México.
- El parto obstruido y las infecciones pueden ser en ocasiones prevenidos y fácilmente solucionados (Kasongo, 1984; Hall *et al.*, 1980).

tre los ocho años que restan para llegar al 2015. INEGI, Dirección General de Información en Salud, Conapo.

³ La eclampsia es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por presentar convulsiones y estados de coma.

Atención calificada del parto versus atención de la emergencia obstétrica

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004a; WHO, 2004b) ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal del embarazo, parto y posparto por personal profesional o calificado, considerando como tal a médicos ginecobstetras, médicos generales, parteras profesionales y enfermeras obstetras, excluyendo a las parteras tradicionales que son las mujeres que atienden partos en la comunidad, que son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente. Se argumenta que la atención profesionalizada del parto asegurará la detección y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. Este enfoque considera que todas las mujeres embarazadas pueden presentar una complicación, lo cual ha llevado a modificar la propuesta de atención y obliga a disponer de dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AOE) para evitar la muerte materna. Ambas propuestas están siendo impulsadas por dos instancias internacionales involucradas en la promoción de una maternidad segura (Freyermuth, 2004).

Family Care International ha respaldado la iniciativa que se centra en promover la atención profesional del parto y se basa fundamentalmente en la experiencia de los países desarrollados en el abatimiento de la mortalidad materna. La atención profesional implica que las personas que se encarguen del cuidado de las mujeres embarazadas, así como de sus partos y pospartos,⁴ hayan pasado por un proceso de entrenamiento profesionalizado (FCI, 2003), lo que lleva a que todas las mujeres embarazadas sean atendidas por médicos, enfermeras u obstetras profesionales capacitados para identificarlas emergencias obstétricas, canalizándolas a la instancia hospitalaria de manera oportuna.

En su propuesta, Family Care estima necesario definir indicadores de referencia con el fin de dar seguimiento al progreso de la atención calificada del parto; elaborar políticas nacionales que garanticen el derecho de toda mujer a la atención calificada durante la maternidad; poner en marcha programas que permitan al personal del sector adquirir las destrezas y conocimientos para este fin; establecer normas y directrices nacionales para dar seguimiento al desempeño del personal calificado; invertir en los

⁴ También llamado puerperio, es el periodo de 40 días posterior al parto.

recursos necesarios que aseguren la atención calificada (medicamentos, transporte y recursos en los distintos niveles de atención), y eliminar las barreras financieras, de clase y culturales para asegurar el acceso universal (FCI, 2003). Esta propuesta ha tenido impacto en la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, que ha incluido como un indicador de evaluación el número de nacimientos atendidos por personal calificado.

La segunda propuesta ha sido promovida por Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD, Columbia University, N. Y.) y está encaminada a resolver la atención obstétrica de emergencia. Se basa en los supuestos de que un embarazo, parto o posparto de evolución normal puede ser tratado por una partera o incluso por los familiares de la mujer embarazada. Sin embargo, la población en general debe tener los conocimientos necesarios para identificarlos signos de emergencia obstétrica, para canalizar oportunamente a las mujeres que sufren complicaciones hacia los servicios de salud de primer y segundo nivel con el fin de que los resuelvan.

Se necesita una red de servicios de salud que cuente con los recursos materiales y humanos necesarios para proporcionar la atención primaria y resolutive de la urgencia. Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención. El plan requiere de la existencia de una red de servicios de atención básicos, con personal calificado capaz de instalar una venoclisis a una paciente con hemorragia, extraer una placenta o restos placentarios retenidos, y manejar oxitócicos, antibióticos, analgésicos y anticonvulsivantes intravenosos, propiciando la atención oportuna y la canalización a un servicio de emergencias completo que resuelva cualquier tipo de emergencia obstétrica. El nivel resolutivo, además de cumplir con lo anterior, debe contar con un cirujano o ginecobstetra, un anestesiólogo, un pediatra y un servicio de transfusión, debiéndose promover mecanismos para que dichos servicios sean utilizados por aquellas mujeres que realmente los necesiten, es decir, las que tienen una emergencia obstétrica. Es indispensable mejorar la calidad de la atención de esta red de servicios para disminuir la mortalidad materna, y contar con indicadores de evaluación y monitoreo de las acciones que se realizan.

La diferencia básica entre las dos propuestas es que en la primera se privilegia la atención universal calificada del parto, y la segunda reserva la atención calificada sólo para los casos complicados (UNFPA, 2002). Sin embargo, ambas pueden ser complementarias. La propuesta de AMDD/UNFPA, al poner el énfasis en la atención de la emergencia obstétrica presupone que los partos normales pueden ser atendidos sin pro-

blemas por las parteras tradicionales. Por lo tanto, es importante asegurar que las mujeres y sus familias, la comunidad en su conjunto, así como las autoridades locales estén preparadas para referir de manera oportuna a una mujer en el momento de padecer una emergencia obstétrica.

La propuesta de Family Care International pone énfasis en la atención profesionalizada del parto y en el seguimiento estrecho del desarrollo del embarazo, con lo que se pretende asegurar la identificación precoz de los síntomas de emergencia obstétrica, la estabilización de la paciente y su canalización a un nivel resolutivo superior. En última instancia, ambas propuestas buscan abatir la mortalidad materna a través de la detección y el tratamiento oportunos de las emergencias obstétricas por parte de profesionales.

En Chile ha tenido lugar una experiencia exitosa en este sentido. Desde 1948 se impulsó en ese país un esquema similar al europeo y se inició un programa de formación de matronas profesionales, quienes han estado a cargo de la atención materna desde entonces. Si comparamos la situación de tres países latinoamericanos, Chile, Brasil y México en el año 2003, podemos percatarnos de que Chile tiene la tasa menor⁵ de mortalidad materna (30), en comparación con las de México (83) y Brasil (260).

El porcentaje del gasto en salud respecto del total del gasto gubernamental es mayor en México que en Brasil y Chile, países con un gasto en salud muy parecido. La diferencia básica entre ellos es que la atención del parto en Chile es realizada en su totalidad (100 %) por personal calificado, pues desde hace más de 50 años ha asegurado la calificación del personal que atiende a las mujeres durante la maternidad (OMS, 2005).

Lamentablemente, las parteras profesionales que en México fueron parte del sistema de salud desde principios del siglo XX —con educación institucionalizada y práctica hospitalaria en diferentes estados de la República—, no fueron contratadas a partir de 1950 y en 1960 se les prohibió atender partos.⁶ Desde esa fecha, la formación educativa de la partería profesional deja de ser mencionada en el sistema de salud mexicano, y las enfermeras obstetras egresadas de la licenciatura son adscritas a puestos administrativos y gerenciales en los hospitales. Fue hasta 1996, a petición de las propias parteras tradicionales que buscaban un mejor entrenamiento y un mejor futuro, que se abrió en el estado de Guanajuato una escuela

⁵ Tasa calculada sobre la base de 100,000 nacidos vivos para el 2003. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Anexo estadístico.

⁶ Comunicación personal con Maricruz Corona, CASA San Miguel Allende.

de partería profesional llamada CASA (Coronado, s/f), que aunque ha sido reconocida por el Gobierno de México, ha tenido dificultades para su reconocimiento formal y por lo tanto para su expansión.

Adicionalmente podemos mencionar que contar con personal alternativo para la atención obstétrica ha sido históricamente de alta rentabilidad en términos de la mortalidad materna como lo demuestran experiencias de muchos años en otros países y en México, además, existe desde hace años la figura de la Enfermera Obstetra, que tiene ya una currícula orientada en este sentido y por lo tanto es importante favorecer la reapertura del código laboral de dicho profesional.

Como se mencionó, la estrategia de atención con parteras profesionalizadas ha sido muy exitosa en Chile, y en nuestro país se han documentado las ventajas de la atención del parto por este tipo de personal respecto de la realizada por médicos. Un estudio retrospectivo (2005-2006) realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas de la Universidad de California (UCSF), concluyó que la tasa promedio de cesáreas en el Hospital de CASA —entre 2002 y 2005— fue menor comparada con la tasa promedio en los hospitales del estado que fue de 35 %; y que la tasa promedio de recién nacidos de bajo peso en CASA fue menor que en los hospitales del estado, entre otros datos. Estas dos instituciones publicaron recientemente una evaluación realizada al currículo de la escuela de medicina más grande de México, su escuela de obstetricia y enfermería, y el plan de estudios de la escuela de partería de CASA (Cragin *et al.*, 2007). El estudio concluyó que el currículo de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA está integrado con un 93 % de los conocimientos básicos internacionalmente recomendados para la atención del parto, contra 60 % en la escuela de medicina y 59 % en la escuela de enfermería. Solamente CASA exige a sus estudiantes experiencia clínica y habilidades comprobadas para su graduación.

Adicionalmente, este tipo de profesional es más compatible con el movimiento del llamado “parto humanizado”, corriente que ha documentado que ciertos procedimientos hospitalarios como la posición de litotomía, la episiotomía de rutina, la tricotomía, y el uso indiscriminado de oxitocina, entre otros, alteran los procesos naturales teniendo como consecuencia más distocias de los partos y una tendencia al incremento en las cesáreas. En nuestro país la tasa de cesáreas a nivel nacional es de alrededor del 40 %, a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, en los que fluctúan entre 25 % (Estados Unidos) y 11 % (Francia).

Los escenarios

Uno de los retos del Sector Salud ha sido la focalización de las acciones en los lugares donde el problema es más evidente. Hay entidades como el Estado de México que, para el periodo 2000-2004, contribuyó con la sexta parte de las muertes maternas ocurridas en el país, 75 % de las cuales fueron evitables. Por su parte, Veracruz y el Distrito Federal sumaron otra sexta porción del total de las defunciones a las que nos referimos. En los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México ocurrieron más del 50 % de las muertes totales para el mismo periodo, mientras que Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala e Hidalgo, aunque presentaron en conjunto alrededor de 100 muertes maternas anuales, casi el 65 % de ellas fueron evitables (*cf.* SSA, 2006).

Estos datos han llevado a reconocer dos espacios geográficos de trabajo para el Sector Salud y algunos puntos estratégicos para la acción. Entre los espacios geográficos destacan aquellos estados con un mayor porcentaje de habitantes indígenas y pobres, donde la población está dispersa y no tiene acceso oportuno a los servicios de salud debido a diversos factores (la ubicación geográfica de las clínicas a más de dos horas de traslado; la ausencia de servicios las 24 horas de los 365 días al año; la falta de capacidad de los médicos para tratar emergencias obstétricas en el primer nivel de atención; las dificultades para el traslado, y el retardo en la toma de decisiones por parte de las familias). El segundo espacio es el de las grandes ciudades en las que el acceso a los servicios también está siendo limitada, aunque por otras razones como el desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; la sobredemanda de camas hospitalarias en el Distrito Federal y el Estado de México por población de otros estados con menores recursos; la consecuente sobresaturación de los servicios y las remodelaciones de nosocomios realizadas en los últimos años que han propiciado el rechazo de las mujeres que requieren atención en los hospitales de segundo nivel, así como la carencia de cunas en las unidades de cuidados intensivos neonatales, también como motivo de rechazo.

El comportamiento de la mortalidad materna en México revela las dificultades de los servicios de salud públicos para lograr una disminución continuada. De acuerdo a las cifras oficiales, la reducción de las muertes en algunos estados no sigue una tendencia a la baja sostenida, pues la voluntad política para enfrentar el problema depende muchas veces de las autoridades locales. Por otro lado gobiernos estatales que mostraron voluntad política para encararlo no siempre llevaron a cabo transformacio-

nes estructurales en el sistema de salud, por lo que su salida va acompañada de retrocesos. Ejemplo de ello es el caso de Chiapas, que a pesar de haber transitado por un sexenio gubernamental (2001-2006) durante el cual la muerte materna tuvo una alta prioridad política —evidenciada en el discurso de los funcionarios de alto nivel y con la puesta en marcha de planes específicos—, no ha conseguido institucionalizar las estrategias para reducirla de manera sostenida (Freyermuth, De la Torre, 2008).

La mortalidad materna es reflejo de la pobreza, pero también de la inequidad de género, construida a partir de la posición que guardan las mujeres en su familia, así como de las condiciones de vida de una familia en particular (la presencia de violencia doméstica como coadyuvante de muerte materna ha sido documentada ampliamente por activistas y académicas). Es necesario incidir en el espacio de la familia, ya que es en éste donde se ubica la mujer en su dimensión individual. La familia es la unidad primigenia de socialización: en ella se interiorizan las relaciones de desigualdad y subordinación o las igualitarias y el empoderamiento; se posibilita o impide poseer capital humano y capital social, y es la unidad en la que se posiciona la persona y determina sus expectativas futuras para la atención de su salud. No se puede soslayar la necesidad de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el conjunto de la población. La mortalidad materna está estrechamente ligada a la posibilidad de las mujeres de ejercer plenamente sus derechos; la muerte materna asociada al aborto es muestra de ello.

Los actores y su participación

La consecución de mejoras progresivas para una maternidad segura es un tema que debe impulsarse por diversos actores y en diversos escenarios. Para lograr acciones eficientes, sostenidas, homogéneas y progresivas no basta con esperar la voluntad política de parte de actores fundamentales; existen evidencias suficientes que demuestran que no es suficiente informar y sensibilizar a los actores y que no es dable esperar la voluntad política, sino que la voluntad política se debe construir (Shiffman, 2007).

Para la generación de voluntad política es indispensable disponer de información clara y precisa sobre qué acciones estratégicas se espera que desarrollen los distintos actores y en los distintos niveles, el CNEGySR tiene, por supuesto, responsabilidad en esto.

La Federación es responsable de alcanzar o permitir el logro de este objetivo, y su meta, disminuir en 40 % la muerte materna. Se necesita la vo-

luntad política para asignar recursos adecuados, así como para crear un ambiente favorable al logro del objetivo. Es menester que este objetivo guíe y ponga en marcha políticas y programas nacionales, y que estas políticas y programas sean del conocimiento de toda la ciudadanía.

Los gobiernos locales también tienen un importante rol que jugar, ya que este plan y la voluntad política federal permite una estructura aprobada por la Federación que puede ser empleada para apoyar las reformas en favor de los pobres y aumentar los gastos en salud, asegurar la disponibilidad de los recursos y mejorar la calidad de la atención. Este objetivo también representa la oportunidad, para las autoridades locales, de acercarse a sus ciudadanos y al legislativo que los representa para ejercer presión y lograr reformas estructurales que garanticen el acceso universal a los servicios de salud, y el etiquetamiento de recursos para el mantenimiento de las ambulancias.

Las redes de organismos internacionales son responsables de organizar sus recursos y conocimientos de la manera más estratégica y eficientemente posible, para apoyar los esfuerzos de los socios a nivel mundial y nacional y controlar los avances. Los ciudadanos, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado deben contribuir con su fuerza para lograr motivación, movilización, acción y evaluación (Boulle, Newton, 2008).

La Presidencia de la República y el Secretario de Salud juegan un papel fundamental en la construcción de la voluntad política. La Presidencia de la República, junto con la coordinación del Gabinete Social son las instancias que pueden hacer posible que el combate a la muerte materna sea una política de Estado. Ello requiere de la alineación de una parte de los programas ya existentes para este fin común. El Ejecutivo es el que debe impartir este sentido de urgencia a la solución del problema, no sólo en el ámbito federal sino ante los gobiernos estatales, municipales, y en el poder legislativo. El avance en éste sentido es claro y explícito —a nivel federal— en vista del reciente convenio firmado entre las principales instituciones de atención médica para la atención universal de la emergencia obstétrica que atestiguó el Presidente de la República, brindando así la base y el marco jurídico para la consecución de los fines mencionados y haciendo patente la voluntad política de la que hablamos.

La Secretaría de Salud, evidentemente es el actor más importante, aunque requiere de alianzas con otras Secretarías e instancias: Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Educación, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, así como con el Instituto de la Mujer, el Instituto de la Juventud y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

La tarea que enfrenta la Secretaría de Salud, asimismo, precisa de conjuntar y alinear los esfuerzos principalmente de tres Subsecretarías. Se cuenta con la estructura y las instancias que permitan el logro del objetivo que se plantea, y es fundamental que todos los actores conozcan cuáles son las medidas estratégicas, el por qué de ellas, y desde éstas impulsar los cambios necesarios para caminar por la misma ruta.

Asegurar el buen desempeño de los servicios en el ámbito estatal es uno de los retos que enfrenta la Federación, así como erigirse en promotora de cambios sustantivos en las políticas de salud del país, dejando de lado el papel pasivo que algunos actores han adoptado en el contexto de la descentralización. La transparencia y la rendición de cuentas, como principios rectores de la actividad federal frente a los estados, son dos elementos que deben estar integrados en una iniciativa de esta naturaleza, ya que estos elementos son los que permitirán la participación de otros actores, como la sociedad civil organizada y los organismos no gubernamentales nacionales e internacionales. Las miradas externas permitirán ir calibrando el avance de las iniciativas que se proponen.

Estratégicamente, las acciones deben estar encaminadas inicialmente al abatimiento de la tercera demora, posteriormente de la segunda, y finalmente de la primera. Si no es posible otorgar una adecuada atención, oportuna y de calidad, no es procedente establecer mecanismos de educación y movilización de la comunidad para que acuda a unidades médicas incapaces de manejar con éxito la urgencia obstétrica, pues esto desalentaría en el corto plazo la búsqueda de atención.

PRIMER COMPONENTE (TERCERA DEMORA).

LOGRAR UNA CALIDAD ÓPTIMA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

El tercer retardo está relacionado con la incapacidad de resolver oportuna y adecuadamente la atención de la emergencia obstétrica. Esto tiene que ver con la calidad en la organización o la dimensión administrativa y con la calidad técnica/científica de la prestación del servicio. Entre los años 2000 y 2004 se registraron en el país un aproximado de 5,000 muertes, y según reporte de la Secretaría de Salud, el 38.5 % fueron debidas a causas evitables. Las muertes evitables son aquellas en las que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido su ocurrencia; por lo tanto estas muertes no deben ocurrir; para el caso de la mortalidad materna se aprecian diferencias importantes entre los estados; así, en Nuevo León no ocu-

rieron muertes maternas evitables, a diferencia de lo sucedido en Oaxaca (75.9 %), Chiapas (79.3 %) y Guerrero (82.7 %) (SSA, 2006). En los años recientes se ha incrementado la muerte evitable, lo que se ha atribuido a la calidad de la atención médica (SSA, 2006). La muerte materna es evitable y es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud, pues el conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen factible que el 99 % de ellas sean prevenidas (*ibid.*).

Así, el deceso prematuro de las mujeres está muy ligado a la calidad de la atención de un país y relacionado también estrechamente con inequidades étnicas, de género o de clase. De acuerdo con Whitehead (2000), el término inequidad tiene una dimensión ética que, en este caso, se refiere a las diferencias en la mortalidad por causas evitables, por lo que deben ser consideradas injustas e inaceptables. Dichas inequidades pueden fundarse en la desigualdad de oportunidades para el acceso a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; a condiciones de vida inadecuadas, determinadas por factores económicos y sociales restrictivos; a la exposición a riesgos para la salud por condiciones de vida particulares, tales como violencia, estrés o inadecuadas condiciones de trabajo, o a la inaccesibilidad a la atención médica por discriminación étnica o de género. Las normas internacionales de derechos humanos proveen de un marco concreto, a partir del cual se puede evaluar desde el diseño hasta la puesta en marcha de las políticas públicas y los programas de salud. Un enfoque de salud basado en derechos incluye principios como: no retroceso y progreso adecuado; no discriminación y equidad; participación significativa; rendición de cuentas, y desarrollo de estrategias multisectoriales (PHR, ECOSUR, CCESC, 2006).

La calidad en la organización o la dimensión administrativa y la calidad técnica-científica de la prestación del servicio⁷

El Gobierno mexicano ha optado por la atención obstétrica de emergencia como la estrategia central para disminuir la mortalidad materna, esto im-

⁷ Sicalidad sería la instancia apropiada para establecer y monitorear las acciones en la mejora de la calidad de la atención de la emergencia obstétrica, ya que dentro de los componentes de este programa se destacan la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios

plica necesariamente la calificación diferenciada del personal de salud (CNEGySR, 2009).

Para el primer nivel de atención deben desarrollarse habilidades específicas para la atención primaria de la emergencia obstétrica, el manejo de antibióticos, anticonvulsivantes, analgésicos y oxitócicos por vía intravenosa, y estrategias muy claras de referencia de la mujer a un segundo nivel de atención en caso de que la emergencia no pueda ser controlada en el primer nivel. Esto tendría diversas ventajas: se promovería el acceso a los servicios de salud para una atención del parto humanizado o competente culturalmente, y cuando se requiriera atención más especializada de la emergencia obstétrica la referencia de las mujeres se realizaría desde el primer nivel de atención, lo que impediría que los servicios hospitalarios se vieran saturados por la atención de partos normales, que puede ser realizada por parteras o por médicos del primer nivel, que además requieren de estar permanentemente comunicados con la unidad de toco-cirugía del hospital más cercano con capacidad de resolver cualquier emergencia obstétrica, de tal manera que cualquier aparente desviación de un trabajo de parto normal puedan consultarla directamente con un experto, que a su vez puede decidir el traslado inmediato de la mujer.

Con los recursos humanos y la infraestructura disponibles, es factible impulsar a corto plazo la atención de emergencias obstétricas, debiendo ser un elemento central el funcionamiento continuo de centros de salud con hospitalización y radio-comunicación ubicados estratégicamente. La propuesta requiere menor cantidad de recursos adicionales que los que exigiría la atención universal por personal profesional. Implica, desde luego, la disponibilidad permanente (24 horas los 365 días del año) de personal profesional en lugares clave para atender el 15 % del total de embarazos, partos y pospartos que se espera evolucionarán hacia la complicación. Asegurar la calidad implica la realización de auditorías sobre los insumos disponibles en las clínicas de primer y segundo nivel de atención, que constaten un funcionamiento potencial adecuado dependiendo de su capacidad resolutive.

a través de los Avales Ciudadanos; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas. Cf. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, 2007.

A partir de la entrada en vigor del Seguro Popular en agosto de 2005, se han fortalecido las clínicas de primer nivel con personal médico e insumos necesarios para la atención primaria de la emergencia obstétrica.⁸ Sin embargo, un monitoreo reciente de estas clínicas en tres de los ocho estados prioritarios —Oaxaca, Chiapas y Guerrero—, demostró la necesidad urgente de proveer de las habilidades necesarias al personal de salud para resolver la emergencia obstétrica; existe una proclividad a referenciar cualquier solicitud de atención, incluso de mujeres con trabajos de parto normal⁹ (Secretariado Técnico del CPMsR en México y CPMVS-Chiapas, 2009; CPMsR-Oaxaca y SSO, 2009).

La fragmentación de los servicios para población abierta persiste en los estados, ya que coexisten dos sistemas de atención: IMSS-Oportunidades y SSA. La microrregionalización de la cobertura de estas instituciones fue un avance en el sentido de que hizo posible evitar duplicidades, pero estudios en campo (Tenejapa, Chiapas) han mostrado que esto impide el funcionamiento de una red de servicios que brinde atención oportuna en caso de emergencia obstétrica, por ejemplo el personal de la clínica Sí Mujer del Instituto de Salud considera que está en capacidad de rechazar a una mujer que proviene de una comunidad bajo el área de influencia del IMSS. Por su parte, los prestadores de servicios del IMSS-Oportunidades afirman que una mujer de su área de influenciado puede hacer uso de una clínica Sí Mujer.¹⁰ Esto retrasa necesariamente la atención de las mujeres y pone en peligro su vida, además de que induce la infrautilización de los recursos públicos instalados para la resolución de estos problemas.

Una observación frecuente en los análisis de muertes maternas está en relación directa con los múltiples motivos por los cuales se difieren de la atención médica a las mujeres embarazadas, y no solamente son los criterios de derecho-habiciencia, sino también está en función de carencia en ocasiones de infraestructura física y/o de personal calificado las 24 horas y las

⁸ El monitoreo —realizado en las clínicas de la región Altos de Chiapas—, ha mostrado que en las unidades del Instituto de Salud de Chiapas existe desabasto de oxitócicos y, en ocasiones, de soluciones endovenosas.

⁹ Los proyectos de telemedicina pueden ser de utilidad para asesorar a médicos del primer nivel en la solución de problemas básicos de la maternidad, estabilizar a las pacientes y valorar el envío a segundo nivel.

¹⁰ Es menester una iniciativa que conforme redes de servicios de acuerdo a la disponibilidad de unidades y de estrategias de referencia. Estas iniciativas deben tener un carácter más formal que el de los convenios a fin de asegurar su permanencia a lo largo del tiempo, a salvo de avatares por cambios de gobiernos federales, estatales y locales.

dilaciones en éste sentido pueden condicionar, en cualquier momento un riesgo inminente para la vida. El reto actual en nuestro fragmentado sistema de salud consiste en que no exista ya motivo para negarle la atención médica a ninguna mujer que la solicite de manera urgente, para la consecución de éste objetivo tiene ya, la Secretaría de Salud un diagnóstico basado en un mapa georreferenciado en el que se pueden apreciar las áreas más necesitadas de infraestructura y/o de medios de comunicación.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es necesario reconsiderar la consulta prenatal y convertirla en un espacio propicio para dotar de información y educación a las embarazadas (información sobre el grupo sanguíneo y rh), llevar a cabo la identificación de mujeres con padecimientos previos a fin de evitar las muertes maternas por causas indirectas, y poner en práctica intervenciones que han mostrado ser benéficas (administración de toxoide tetánico, suplementación de hierro, vitaminas y oligoelementos para todas las mujeres, y detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias u otros padecimientos como tuberculosis o VIH/Sida) (Carroli *et al.*, 2001), así como para anticipar acciones requeridas en los casos de cesáreas programadas, amén de estrechar el vínculo entre la mujer embarazada y el proveedor del servicio. Informar a las mujeres de las posibles complicaciones, hará posible que no solamente aprendan a identificar los signos y síntomas premonitorios de padecimientos capaces de causar su muerte o la de otras mujeres embarazadas, sino a reconocer la vía más corta para su solución. La operación del Programa Oportunidades ofrece la posibilidad de dar este nuevo sentido a la consulta prenatal.

Los servicios de atención de la emergencia obstétrica integral o resolutive son los siguientes:

- Todos los servicios de la AOE básica enunciados anteriormente
- Quirófano y práctica de cirugías (24 horas, 365 días del año)
- Disponibilidad de transfusiones sanguíneas (24 horas, 365 días del año)
- Disponibilidad de laboratorio clínico (24 horas, 365 días del año)
- El equipo de salud que debe proporcionar estos servicios son: cirujano, ginecobstetra anesthesiólogo y pediatra

Los servicios de atención obstétrica de emergencia básica son los siguientes:

- Administración de antibióticos por vía parenteral
- Administración de oxitócicos por vía parenteral
- Administración de medicamentos anticonvulsivos y analgésicos por vía parenteral
- Extracción manual de la placenta
- Extracción de restos retenidos mediante técnica de aspiración endouterina
- Atención del parto vaginal
- El personal de salud que puede proporcionar estos servicios son: enfermeras obstetras, parteras profesionales, médicos y promotores de salud avanzados calificados para este fin.

El reto organizacional en las grandes ciudades

A diferencia de lo que ocurre en algunos estados con bajas coberturas de los servicios de seguridad social que protegen a los trabajadores asalariados, en los estados con una mayor generación de empleos, “la fragmentación del acceso a los servicios de salud en tres grandes grupos de población, de acuerdo a su inserción laboral o capacidad de pago, ha devenido de facto en lo que podría denominarse una ausencia estructural de cobertura universal” (Cárdenas, 2009). En este contexto de fragmentación, la sobre-demanda de los servicios de salud del segundo nivel en las grandes concentraciones humanas como el Distrito Federal y el Estado de México, responde a una lógica muy distinta a la descrita anteriormente. En estas entidades obedece fundamentalmente a la dinámica de las redes sociales familiares y al supuesto de que la medicina de calidad se encuentra en las grandes metrópolis. Un estudio realizado por Sandra Reyes Fraustro (1992) hace varias décadas mostró que un porcentaje no despreciable de las muertes maternas en el Distrito Federal ocurrían como resultado de una atención inicial de mala calidad en clínicas privadas suburbanas, cuya principal clientela provenía de las pequeñas ciudades cercanas a la capital. Estas mujeres pertenecían a familias de la clase media que contaban con ciertos recursos que les permitieron elegir la atención del parto en la gran urbe, y en muchos casos la elección del servicio estuvo determinada

por las redes familiares que aseguraban el contar con habitación y alimentos durante el parto, parto y posparto inmediato. La atención obtenida las llevó a la muerte prematura. Así, un reto presente en las grandes ciudades es la regulación de una multitud de clínicas que carecen de certificación alguna y cuyos ingresos se basan particularmente en la atención de la maternidad.¹¹

Otra clientela que se traslada desde la provincia a la zona metropolitana está conformada por mujeres jóvenes —muchas veces primigestas—, cuyas madres fueron atendidas en décadas pasadas en algún hospital público y valoraron positivamente los cuidados recibidos entonces. Si su llegada coincide con una remodelación o un rechazo, la familia no contará con el capital social y cultural para elegir un hospital que le resuelva el problema en caso de que padezca una emergencia obstétrica. Se ha documentado (Collado, 2009) que las remodelaciones no parecen estar coordinadas y que algunos de los grandes hospitales de referencia pueden estar cerrados de manera simultánea, sin alternativas reales de atención ante dichas contingencias. Es un hecho la falta de personal, que en teoría siempre está completo pero en la práctica no, pues no hay quien cubra las vacaciones, comisiones sindicales, incapacidades o las ausencias injustificadas. La mala calidad de la atención tiene otras aristas; por un lado, el mal trato del que son objeto las mujeres en las instituciones evita que deseen regresar a los hospitales, pudiendo postergar en otra ocasión o desalentar en otras mujeres la búsqueda de atención. Por otra parte, el no brindarles asesoría anticonceptiva reduce las probabilidades de que opten por la anticoncepción postevento obstétrico, incrementando así el riesgo de periodos intergenésicos cortos. Los indicadores de calidad pocas veces toman en cuenta la opinión de las usuarias —basándose en tiempos de espera, por ejemplo—, en lugar de verificar si las mujeres recibieron y comprendieron información relevante, como serían los datos de alarma obstétrica¹² (Collado, 2009). Se ha documentado que la mitad (51 %) de las mujeres que han fallecido acudieron a servicios de salud que no estaban en posibilidad resolver su problema (CNEGySR, 2009), de hecho la Se-

¹¹ Es necesario contar con un catálogo de clínicas privadas y asegurar que su personal de salud posea la certificación en el manejo de las emergencias obstétricas. Estas clínicas también deben contar con un hospital “centinela” al que puedan recurrir en caso de enfrentar un problema obstétrico que no estén en capacidad de resolver.

¹² Se requiere la reformulación de los indicadores de calidad de la atención, con el fin de que se evalúe la calidad técnica de los servicios y la calidad de la información y transmisión del conocimiento que se brindan a las usuarias.

cretaría de Salud ha detectado a la fecha un número muy importante de hospitales que teniendo infraestructura adecuada en muchas de sus áreas carecen, por ejemplo, de unidades de terapia intensiva, indispensables por cierto en la atención de la emergencia obstétrica.

Existen múltiples retrasos entre el contacto con el servicio de salud y la evaluación que decide el ingreso definitivo; entre la admisión y la primera nota médica (es decir, la primera evaluación médica en hospital); entre la indicación médica y la ejecución de la misma por el servicio de enfermería; entre Urgencias y la sala de labor; entre quirófano y la Terapia Intensiva, y entre la orden de transfusión y la administración de la sangre. Es decir, que los trámites que deben vencerse para que se resuelva de manera definitiva la urgencia ocasiona que un porcentaje importante (80 %) de las mujeres que fallecen hayan llegado a un servicio de atención, lo cual no evitó el desenlace fatal (CNEGySR, 2009). La sobresaturación de los hospitales públicos (y sus unidades de cuidados intensivos neonatales) *versus* la infrautilización de hospitales de seguridad social (CNEGySR, 2009), se ha convertido en un espacio de oportunidad para mejorar la atención de las mujeres que lo solicitan. Sin embargo, se requiere que los convenios de colaboración entre instituciones de seguridad social e instituciones públicas que se generen sean de orden estructural, a fin de que los cambios gubernamentales no impidan una mejora sostenida de los modelos de cooperación que se impulsen, y que aseguren la universalidad de los servicios eliminando las barreras financieras para las usuarias. También es necesario, por supuesto, para que dicho convenio pueda operar, garantizar un mecanismo adecuado, en tiempo real, de comunicación interhospitalaria, que bien puede ser un tablero virtual.

Calidad de la atención y un trato humanizado para las usuarias

El llamado movimiento de parto “humanizado o competente culturalmente” persigue que el personal de salud del primer nivel de atención, los agentes de salud de la comunidad, las usuarias y los gobiernos locales trabajen juntos en un proceso de negociación para cambiar la atención del parto institucional, haciéndolo más adecuado a la cultura y a las necesidades de la población. Si esto es posible, las usuarias estarán más satisfechas con los servicios después de estos cambios y por lo tanto utilizarán más los servicios de atención del parto (Hermida, 2009).

La atención del parto incluye una serie de medidas fáciles de llevar a cabo y de probada evidencia científica:

- Atención del parto vertical o en la posición que la mujer la demande.
- Acompañamiento a la parturienta por una persona de su elección (partera, pareja, madre, hermana u otro familiar).
- Adecuación amigable de la sala de partos: temperatura, administración infusiones, ropa cómoda para la usuaria, etcétera.
- Adecuación de los horarios de visita.
- Adecuación de la dieta, incluyendo comidas rituales o tradicionales.

En México existe una iniciativa para la atención del parto vertical, propuesta por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, que pretende conjugar los avances tecnológicos con los aportes para una atención con mayor calidez en el parto. Como señala el documento base, con esta propuesta se tiene la intención de disminuir las barreras culturales, enfatizando en la satisfacción de las usuarias como un elemento fundamental. La Norma Oficial Mexicana 007 también hace posible que las mujeres tengan derecho a gozar de un parto más amigable, facilitando la deambulación durante el trabajo de parto, el permanecer en una postura cómoda y evitando someter a las mujeres a procedimientos de rutina innecesarios, como la episiotomía (OMS, 2004).

*Por qué promover la atención humanizada en nuestro país.
Fortalecer el primer nivel de atención*

Un porcentaje importante de los partos sigue siendo atendido por parteras tradicionales a nivel domiciliario. En Chalchihuitán, un municipio de Los Altos de Chiapas, se instaló en 2003 una Casa de Salud de Parteras.¹³ Durante el año 2004, 10 de las parteras asociadas a esta Casa atendieron 46 % de los partos esperados. En contraste, durante el año 2002 el Sector Salud había atendido solamente 4 % de los partos de dicho municipio. Por otro lado, una encuesta realizada en 2004 en el municipio de Tenejapa, también de Chiapas, reveló que solamente el 20 % de las mujeres había acudido en su último parto a un servicio de salud, porcentaje que no se in-

¹³ Este proyecto fue coordinado por Sebastiana Vázquez, de Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC), y forma parte de una red de Casas de Salud de la Mujer Indígena, impulsada por el CDI y Promsa desde el año 2003.

crementó para el 2008 (19 %), año en que las parteras atendieron al 71 % y los familiares de las parturientas al 9 %.

Frente a la realidad del parto mayoritariamente atendido por parteras en los domicilios, existe una sobresaturación de los servicios de salud en el medio hospitalario, con un número elevado de cesáreas (Tinoco, 2008). En un contexto en el cual la tercera demora prevalece, el envío sistemático de todas las mujeres a los hospitales desalienta la búsqueda de atención en el primer nivel (persistiendo la primera demora), amén de saturar los servicios hospitalarios con partos normales, obstaculizando la atención adecuada de las emergencias obstétricas.

Por ello, una propuesta de atención resolutive debe asegurar que el segundo nivel será utilizado por mujeres con complicaciones —sobre todo en aquellas regiones en donde los recursos son limitados y escasos—, y promoviendo la atención del parto humanizado y/o culturalmente competente con el fin de que los prestadores de servicios en el primer nivel puedan mantener una vigilancia estrecha de la mujer en trabajo de parto inclusive a las que se atiendan en el primer nivel de atención mediante la implementación de sistemas de comunicación bidireccional que han probado ya su eficacia

Calidad técnica/científica de la prestación del servicio.

No retroceso y progreso adecuados

Asegurar el propósito del Sector Salud demanda además de infraestructura e insumos necesarios, de un personal de salud con conocimientos y habilidades que le permitan resolver los problemas. El personal a cargo del primer nivel de atención debe poseer las habilidades para proporcionar la atención primaria de la emergencia obstétrica.

Reformular la prestación de los servicios con base en evidencias científicas forma parte del reto, ya que existe una fuerte resistencia. Por ejemplo, se ha demostrado que no es el número de consultas prenatales lo que reduce la mortalidad materna, pues la consulta prenatal por sí misma no previene las complicaciones durante la maternidad, aunque puede propiciar el acceso oportuno a los servicios de salud; sin embargo, se sigue monitoreando la calidad de la atención con el número de consultas prenatales otorgadas y no con el número de emergencias obstétricas canalizadas oportunamente. Otro ejemplo de esta resistencia es la no utilización de sulfato de magnesio —tratamiento de primera elección para el manejo de la preeclampsia

y eclampsia—, pues se sigue utilizando muy escasamente tanto en servicios públicos como privados. Se debe cambiar el paradigma predominante en las escuelas de obstetricia mexicana para ir modificándolas prácticas de los nuevos egresados. Además, la desigual capacidad técnica del personal de salud debe evaluarse a fondo, pues ocasionalmente ni el personal de salud especializado —ginecobstetras—, tratan con criterios uniformes una emergencia obstétrica; que no exista un juicio clínico unificado que les permita identificar la presencia de complicaciones oportunamente, y que la ausencia de normas les conduzca a rechazar a mujeres que, por su condición, deberían ser atendidas de inmediato (Collado, 2009). El CNEGySR (2009) señala que, para el 2008, el 84 % de las muertes maternas había estado asociado a la mala calidad de la atención obstétrica, y lo más preocupante es que los análisis realizados revelan que esta asociación ha ido al alza, pues en el 2006 fue del 66 % y en el 2007 del 83 %.

Formación en el pregrado y posgrado

El paradigma centrado en la atención prenatal y la detección de embarazos de alto riesgo, debe ser sustituido por el de la atención oportuna de la emergencia obstétrica en todas las escuelas y facultades de medicina, así como en todas las instituciones formadoras de personal de salud de nivel medio y técnico. Desde las instituciones educativas, los planes de estudio deben incluir las propuestas de humanización del parto y la competencia cultural. En México, los pasantes en servicio social y los médicos recién egresados desempeñan un papel fundamental en la atención médica de la población que habita en comunidades rurales o marginadas. Por ello, capacitación durante la formación de pregrado para la atención del embarazo, parto y posparto, la identificación temprana de sus complicaciones y el conocimiento de la terapéutica correspondiente son factores esenciales de un programa para reducir la mortalidad materna. Al entrenamiento de pregrado adecuado para atender las complicaciones maternas se añade la necesidad de incorporar aquellos elementos que permitan transitar de una capacitación práctica adquirida en unidades hospitalarias a su aplicación en centros de salud (Cárdenas, 2009). La homologación de estos conocimientos debe ser asegurada en todas las escuelas y facultades de medicina, enfermería y partería y otras, a través de exámenes departamentales y la inclusión de estos contenidos en las evaluaciones finales o en un examen intermedio previo al ingreso al internado de pregrado.

Las Normas Oficiales Mexicanas deben ser documentos de revisión obligatoria en todas las facultades y escuelas de medicina, así como en las escuelas técnicas, a fin de que los egresados estén familiarizados con el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de la nación. Para esta iniciativa es estratégica la intervención de la Dirección de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Adicionalmente, la formulación y reformulación de guías y normas de la atención del embarazo, parto y emergencia obstétrica con base en evidencias científicas es una cuestión prioritaria en este tema, así como la reformulación de la Norma para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, y la actualización de cualquier otro instrumento que permita la actualización de la atención de la emergencia obstétrica. La instauración de un programa de bioética que haga posible la humanización de la práctica médica y el consentimiento informado por parte de las usuarias.

Si bien el fortalecimiento de la preparación de los estudiantes de medicina en la atención de las complicaciones obstétricas es un elemento del entrenamiento médico necesario para reducir la mortalidad materna que debe ponerse en marcha, en estos momentos se requiere la capacitación inmediata de los proveedores en funciones —de establecimientos públicos y privados—, a fin de que sean competentes para resolver las principales emergencias en obstetricia. Esto será posible mediante la aplicación de programas de capacitación que incluyan aspectos teóricos y prácticos para el manejo de las principales complicaciones maternofoetales y neonatales.

Profesionales alternativos

A pesar de la gran producción de médicos y enfermeras, las tasas de mortalidad materna no ha disminuido significativamente y el nivel de atención materna es de baja calidad y sin calidez humana. Con la incorporación de parteras profesionales y de Enfermeras Obstetras (que por cierto ya tienen un perfil profesional definido en nuestro país) al sistema de salud y la creación de Escuelas de Partería Profesional será posible que la problemática de la atención materna se contenga de alguna manera. En el 2005, la Secretaría de Salud a nivel federal, concedió un premio nacional de excelencia a la Secretaría de Salud de San Luis Potosí por haber implementado estrategias innovadoras, como la contratación de parteras profesionales graduadas de CASA, que han contribuido a reducir el número de muertes maternas. A la fecha el número de graduadas de esta institución

es pequeño y no ha habido voluntad política para la puesta en marcha de filiales de esta escuela (Coronado, s/f).

Esta estrategia podría contribuir a mediano plazo a la atención profesionalizada de partos en zonas rurales y en aquellas regiones en las que el recambio de médicos es continuo. Se requiere por tanto, que la Secretaría de Educación Pública (SEP), DGCEs y CNEGySR realicen las gestiones necesarias para que sea aprobado el currículo y los campos clínicos abiertos para las prácticas de las estudiantes.

Capacitación continua

Una opción es la propuesta desde 1991 por la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP, por sus siglas en inglés): el curso-taller denominado ALSO (Advanced Life Support Obstetrics) (5), cuyo objetivo primordial ha sido capacitar en competencias a los proveedores para el manejo de emergencias en el periodo perinatal en forma estandarizada y validada por evidencias de efectividad (Mora, 2009).

Es posible impartir un curso básico, de un día de duración, dirigido al personal de primer nivel de atención, incluyendo la coordinación con parteras para el manejo inicial adecuado y la referencia oportuna de las pacientes, así como un entrenamiento más avanzado mediante el curso ALSO GLOBAL, que incluye, entre otros aspectos, la reparación de lesiones perineales, la ligadura de arterias hipogástricas, la técnica de B-Lynch, el manejo de expansores de volumen, entre otros temas, y la integración operativa entre redes de referencia y unidades médicas de obstetricia crítica, en proceso de implementación. Esquemas como éstos de educación continua y de posgrado pueden contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios (Mora, 2009). Para todas las iniciativas se debe impulsar un esquema de monitoreo de las habilidades técnicas del personal de salud para resolver los problemas que se presentan, de acuerdo al nivel de atención que se trate y la región. La creación de esquemas de certificación institucional o de los Consejos ya establecidos pueden desempeñar un papel de gran relevancia en el monitoreo del éxito de estos entrenamientos.

La dificultad para retener al personal médico en las localidades indígenas apartadas debe llevar a promover la formación técnica científica de los recursos humanos locales. No solamente a las parteras tradicionales, sino a los auxiliares y técnicos en salud. El caso de las regiones indígenas es bastante particular, ya que existe un recambio de personal tan frecuen-

te que los programas de capacitación no aseguran la calidad de la prestación del servicio. Por ello, es necesario asegurar las habilidades técnicas del personal de salud, de acuerdo con el nivel de atención al que esté adscrito y tomando en cuenta los problemas de salud locales que tendrá que enfrentar, que le doten de capacidad resolutive y de atención primaria de las emergencias obstétricas. Para ello pueden utilizarse las nuevas tecnologías, con módulos de autoenseñanza que sean resueltos previamente por el personal a su ingreso a un servicio de salud, y con un sistema de asesoría a distancia.

Información disponible para los proveedores de salud

El monitoreo que ha realizado el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México y sus filiales en los estados, han documentado la inadecuada preparación de los médicos para la atención de las emergencias obstétricas en el primer nivel. La importancia de la práctica médica con estándares de atención a la salud materna basados en la evidencia científica debe enfatizarse. Es evidente que la práctica médica en México no adopta nuevos procedimientos y mantiene otros aunque no existan evidencias de sus beneficios para las madres y los recién nacidos (ejemplo de ello son la práctica de la episiotomía o la tricotomía). Por ello, es necesario el acceso continuo a información actualizada, inclusive en formatos amigables para su consulta rápida en las clínicas. Los algoritmos sobre el tratamiento de hemorragia, preeclampsia/eclampsia y fiebre puerperal pueden ser de gran ayuda en el tratamiento primario de la emergencia obstétrica, y suelen ser adecuados para su consulta rutinaria; también debe disponerse del formato de partograma recomendado por la OMS en las clínicas de primero y segundo nivel, y de las normas y manuales, así como asegurar el acceso a la Biblioteca de Salud Reproductiva (OMSb, 2004).

SEGUNDO COMPONENTE (SEGUNDA DEMORA).

ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA, CON SISTEMAS DE COMUNICACIÓN DISPONIBLES, CAMINOS TRANSITABLES

El segundo componente, pretende disminuir el segundo retardo, es decir, que al momento de presentarse una complicación durante el embarazo, parto o posparto se tenga la posibilidad de arribar oportunamente a los

servicios de salud, eliminando barreras de acceso y la incertidumbre sobre los mecanismos para demandar oportunamente la atención en los establecimientos pertinentes.

Mejorar el acceso financiero; apuntar hacia la universalidad de la atención obstétrica

Una de las principales barreras para la utilización de los servicios de salud es el aspecto económico. A partir del 2003 se implantó el Seguro Popular de Salud (SP), con la posibilidad de afiliarse y lograr por este mecanismo la gratuidad al utilizar los servicios de salud. Sin embargo, en la implementación del programa en estados como Guerrero sólo era posible afiliarse si la familia o la mujer se encontraba ya afiliada al Programa Oportunidades, o en su defecto se tenía un hijo nacido posteriormente al primero de diciembre del 2006. Cuando la mujer acudía al hospital para atención materna se afiliaba a su hijo, pero ella tenía que pagar el costo de la atención obstétrica. En mayo de 2009, el Presidente de la República anunció un nuevo programa denominado “Embarazo Saludable”, que en la práctica se perfiló como un mecanismo de afiliación directa al SP para que las mujeres embarazadas fueran incorporadas de manera inmediata y se les garantizara la gratuidad en la atención obstétrica requerida. Así, la afiliación sigue siendo un requisito para recibir atención exenta de pago. En Guerrero, a iniciativa de las autoridades estatales se emitió un oficio a todas las unidades de salud con la orden de no realizar cobro alguno en la atención de la maternidad; sin embargo, evidencias empíricas sugieren que las familias y las mujeres continúan realizando gastos de bolsillo por dos causas fundamentales: la primera es que no lograron afiliarse o ser afiliadas al SP, y la segunda porque una vez en el hospital les solicitaron la compra de diversos insumos para su atención.¹⁴ Otro factor que no contribuye a mejorar el acceso universal a los servicios obstétricos mediante la afiliación al SP es el hecho que la cobertura de este seguro tiene una vigencia temporal y porque muchas mujeres carecen de toda la información necesaria para poder acceder a ésta alternativa, en su idioma y a su alcance.

¹⁴ En el monitoreo de Guerrero y Chiapas a la red de servicios 24 horas los 365 días del año, los propios responsables de las unidades aceptaron que en ocasiones se le pedía a los familiares la adquisición de venoclisis, catéteres u oxitocina

Por otro lado, la capacidad de afiliación en los estados resulta preocupante cuando se piensa en instalar el mismo mecanismo para el Programa Embarazo Saludable. Un ejemplo nuevamente es Guerrero, en donde si se continúa con el ritmo actual de afiliación (6.5 % de avance anual respecto de la meta), se logrará alcanzar el 100 % hasta el año 2019, y la cobertura de afiliación de la población indígena en el estado apenas llega a una tercera parte del total. De hecho, la misma evaluación del SP refiere que: “habría que incentivar a las entidades federativas a afiliara las familias que residen en zonas marginadas y fortalecer la oferta de servicios de salud en las zonas más marginadas” (SPSS, 2006).

Adicionalmente, el SP no necesariamente garantiza un mejor acceso a los servicios de salud ni la calidad de los mismos. Esto lo podemos identificar cuando observamos que el número de muertes maternas se está incrementando considerablemente (a mayor número de afiliadas) entre la población que cuenta con SP: en el año 2004 se registraron 20 muertes maternas de personas afiliadas al SP; en el 2005, 77; y en el 2006, 111.¹⁵

Atención obstétrica universal

Una propuesta de solución —ya contemplada por el Estado mexicano— ante el reto de afiliar al mayor número de mujeres embarazadas y una forma de optimizar los recursos ya existentes en las instituciones públicas sería la universalidad de la atención de la emergencia obstétrica bajo el único requisito de ser ciudadana mexicana, tal y como se gestó la vacunación universal.

El artículo 4o. de la Constitución mexicana establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) impone dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. La atención materno-infantil es motivo de salubridad general (artículo 3o. de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a la toda la población. Los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de uni-

¹⁵ SINAIS, cubos dinámicos, <http://sinais.salud.gob.mx/>

versalidad y gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (artículo 35 de la LGS). Sin embargo, a pesar de que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, ni la Constitución ni la LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social, al SP, o a cualquier otro criterio de exclusión.

De este modo, y toda vez que los servicios de salud materna son costo-efectivos, generan grandes externalidades positivas y encierran profundas implicaciones para la equidad de género y justicia social, consideramos adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas (Meneses *et al.*, 2009):

- a) Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago, ni al estado de derecho de habiencia a un esquema de seguridad o de protección social (como es el caso del Programa Embarazo Saludable).
- b) Debe quedar explícitamente definida la responsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de definirse claramente las bases para la participación de los diversos niveles de Gobierno (federal, estatal y municipal).

Para la integración de una propuesta de Reglas de Operación del Convenio IMSS-ISSSTE-SSA es fundamental la participación de la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la SS, así como de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Mejorar la cobertura de clínicas a menos de dos horas de desplazamiento y que ofrezcan servicios las 24 horas 365 días al año, con personal calificado y con los insumos necesarios para la provisión de servicios de emergencia obstétrica básica e integral.

Mejorar el acceso geográfico a una red de establecimientos con capacidad de producir servicios de emergencia obstétrica es un reto apremiante. En las regiones rurales las condiciones de dispersión geográfica de la

población obligan a la planeación estratégica para la ubicación de los centros de salud. Actualmente, existen localidades que no cuentan con establecimientos próximos (a menos de dos horas de desplazamiento) con capacidad de proveer servicios de atención obstétrica las 24 horas los 365 días del año; los casos más notables son los de Chihuahua (Evaluación Oportunidades, 2008) y Guerrero (CNEGySR, 2009). Es un hecho que esto constituye un determinante central en la dilación para que, una vez tomada la decisión de buscar atención en los servicios de salud por una complicación obstétrica, se alcance el servicio pertinente. No obstante, la experiencia de proyectos de intervención¹⁶ sugiere que es de poca utilidad fortalecer componentes de manera aislada; es decir, no basta con mejorar la distribución espacial de los servicios si no se cuenta con una integración de elementos o servicios indispensables para lograr la utilización y demanda oportuna de la población.

La DGPLADES es la instancia idónea para contribuir a la definición de necesidades de recursos humanos, equipo e insumos en los ocho estados prioritarios. Esta información sería necesaria para ubicar los recursos existentes y planificar la instalación de puestos de sangrado estratégicos, ubicar los recursos existentes y planificar la instalación de puestos de sangrado estratégicos.

El transporte adecuado y oportuno (desde las localidades o domicilios a las unidades de salud y desde unidades de salud de primer nivel a los servicios de mayor resolución); caminos transitables y la posibilidad de comunicarse para solicitar transporte.

El transporte desde las localidades a los establecimientos de salud es un tema no resuelto, si bien es cierto que ha mejorado la disponibilidad de ambulancias en los establecimientos de salud, no se ha alcanzado el nivel óptimo, y los vehículos disponibles son utilizados en su mayoría para el traslado desde la unidad de salud a otros establecimientos, y no desde las localidades o domicilios a las unidades de salud. Debe haber entonces ambulancias por supuesto dedicadas y correctamente equipadas para la atención de la emergencia obstétrica amén de que en algunas zonas del país debemos contar con la posibilidad de traslados aéreos.

¹⁶ Red Social para Disminuir la Mortalidad Materna en el municipio de Tenejapa, Chiapas.

En el 2008, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México realizó un monitoreo de la disponibilidad de los servicios de atención obstétrica en tres estados (Chiapas, Guerrero y Oaxaca), respecto de las variables de disponibilidad de ambulancias y comunicación entre unidades de salud de primer y segundo nivel, diseñándose un índice de disponibilidad con una escala del 0 al 1, siendo 1 la calificación óptima. Los resultados fueron decepcionantes pues en ninguno de los estados se alcanzó la máxima calificación; en el rubro de disponibilidad de ambulancias Chiapas obtuvo 0.62 y Guerrero 0.57. En la variable de comunicación para caso de referencia se obtuvieron calificaciones de 0.68 y 0.75, respectivamente.

Red integral de servicios

La conformación de una red de servicios con atención obstétrica básica las 24 horas los 365 días al año por localidad, y servicios de atención obstétrica integral por cada 500,000 habitantes, interconectada de manera permanente de acuerdo a la propuesta de organismos internacionales (UNFPA, 2002). Su éxito depende de la capacidad instalada diferencial en los establecimientos que ofrecen Atención Obstétrica Básica o Integral, asimismo la responsabilidad diferencial de estas dos instancias en el otorgamiento de servicios, para ello se requiere además del desempeño como red a través de una comunicación eficiente entre unidades y niveles de atención de la definición de responsabilidades precisas entre cada elemento de la red.

En prácticamente todos los municipios del país existen centros de salud ubicados en las cabeceras municipales, y algunos de estos centros laboran las 24 horas del día. Una de las iniciativas tendría que apuntar a que en todos los municipios —sobre todo en las regiones indígenas y rurales—, los centros de salud localizados en las cabeceras municipales funcionaran las 24 horas y tuvieran la capacidad de proveer servicios de atención obstétrica de emergencia básica, disponiendo de ambulancia de manera continua y con la posibilidad de comunicación desde las localidades al centro de salud, y desde el centro de salud al hospital resolutivo para la atención del parto o de la emergencia obstétrica.

La estrategia tendría que incluir a todos los niveles de Gobierno en acciones concretas:

- Vigilancia de la disponibilidad del servicio.
- Garantizar mediante la etiquetación del presupuesto las condiciones de transitabilidad de los caminos y solventar la disponibilidad de gasolina y chofer.
- Instalación de una red de radiocomunicaciones efectiva entre las localidades y el centro de salud (operado por los asistentes o auxiliares de salud comunitarios).
- Vincular a los hospitales resolutivos con los medios de transporte terrestre o aéreo en zonas de difícil acceso.
- Definirlas responsabilidades en la red hospital-centro de salud-asistente en salud.

No basta con la localización de las clínicas a una distancia o tiempo de desplazamiento adecuados; estas unidades deben contar con personal durante las 24 horas de los 365 días del año y disponer de los insumos necesarios para la resolución de los problemas de salud que se requiere atender (medicamentos, instrumentos y otros). Una evaluación de la calidad requiere de auditorías sobre dichos insumos en las clínicas de primer y segundo nivel de atención que aseguren un funcionamiento potencial adecuado.

Recientemente ha cobrado relevancia la idea de instalar ambulancias aéreas en regiones con elevada dispersión geográfica y dificultad de acceso terrestre; sin embargo, es importante considerar que si las localidades no cuentan con medios para solicitar el servicio a distancia, se daría una infrautilización importante del recurso. Una de las regiones en donde se tiene considerada la operación de ambulancias aéreas es la Montaña de Guerrero, donde uno de los municipios con mayores dificultades de acceso geográfico es Metlatónoc, con localidades a cinco o seis horas de desplazamiento de un hospital general. La cabecera municipal cuenta con un centro de salud que no ha sido habilitado para producir servicios de AOE básica. Es fundamental fortalecer la creación de este tipo de servicios para posteriormente incluir servicios de ambulancia aérea.

La articulación de la comunicación bidireccional debe estar aparejada con un mecanismo que favorezca la toma de responsabilidad de los médicos en el Servicio de Tococirugía del hospital resolutivo respecto de cualquier mujer que en su área de influencia inicie con trabajo de parto.

TERCER COMPONENTE (PRIMERA DEMORA).

REDUCCIÓN DE LAS INEQUIDADES DE GÉNERO Y ÉTNICA A FIN DE ASEGURAR UNA DECISIÓN TEMPRANA EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN POR LAS MUJERES Y SUS FAMILIAS, O PARA LA PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS

Crear una nueva cultura de la salud; participación significativa y rendición de cuentas

Una condición fundamental para el buen funcionamiento de este modelo es la demanda efectiva de los servicios de salud por parte de la población usuaria y, particularmente, de las mujeres que experimentan complicaciones. Al año fallecen 280 mujeres beneficiarias de Oportunidades.

En este aspecto se presentan dos problemas. Por un lado, las estadísticas oficiales dan la falsa impresión de que no hay demanda y los sistemas de información no incluyen en sus registros la canalización de ese tipo de emergencias, y es que, dado el diseño de los formatos actuales para la captación de información, estos eventos pueden pasar desapercibidos. El segundo problema está relacionado con la demanda de los servicios de salud y, en este caso particular, con la atención del parto. Se ha documentado que en el marco del Programa Oportunidades las mujeres acuden a los servicios de consulta prenatal como parte de su corresponsabilidad. Sin embargo, este incremento no se traduce en un desempeño notablemente más eficaz para la búsqueda de atención (Evaluación de Oportunidades, 2008). Debe señalarse que las evaluaciones de Oportunidades realizadas con anterioridad habían identificado el impacto del Programa con el incremento en la consulta prenatal, consulta que sin una estrategia específica para la búsqueda de atención tiene poco impacto en la disminución de la muerte materna.

Para el caso de los padecimientos obstétricos, señalamos que la consulta prenatal no es suficiente para identificar a las mujeres que presentarán una complicación. Por ello la consulta prenatal debe estar encaminada a proporcionar información y educación a la mujer embarazada; implementar medidas que han demostrado su utilidad (citadas anteriormente); identificar a las mujeres que sufren violencia doméstica, y que por lo tanto pueden no acudir a un servicio materno en caso de requerirlo (Arana, 2009), y a detectar padecimientos asociados para su tratamiento oportuno.

La presencia de preeclampsia/eclampsia, hemorragia y enfermedades de transmisión sexual se relacionan estrechamente con la calidad de vida,

por lo tanto es necesario lograr que el personal de salud desarrolle habilidades para detectar y documentar la violencia doméstica y vincularla con la salud de la mujer, así como para proporcionar consejería aplicando la normatividad vigente en la materia.

Tratándose de población indígena y alejada de los servicios de salud, son indispensables las campañas masivas de comunicación en lenguas vernáculas que hagan posible que las familias conozcan los signos y síntomas de emergencia obstétrica, así como de los padecimientos locales más frecuentes. Además, debe promoverse, ya sea por la Dirección General de Promoción de la Salud, del Programa Oportunidades, o a través de los programas Municipio Saludable, la elaboración para cada familia de un Plan de Seguridad (Freyermuth, 2009) para el acceso oportuno a los servicios de salud, a través del cual:

- La mujer y la familia conozcan los signos y síntomas de urgencia que ameriten la búsqueda de atención.
- La familia acuerde, con el personal de salud o la autoridad local, quién tomará la decisión del traslado de la mujer en caso de que el jefe de familia esté ausente.
- La familia acuerde quién se hará cargo de los hijos pequeños, en caso de traslado de la mujer al hospital.
- La familia tenga identificado el medio más rápido y seguro para el traslado.
- La familia se familiarice con la clínica más cercana que otorga atención las 24 horas los 365 días al año.
- La familia considere la creación de un fondo de ahorro personal, comunitario o municipal para cubrir los gastos del traslado (o el endeudamiento).
- La familia identifique a quién puede recurrir en la clínica u hospital si no se les atiende rápidamente.

La calidad de los servicios mejorará también en la medida en que la población posea la información que le permita acudir a los servicios de manera oportuna y demande la rendición de cuentas. En esta nueva cultura de la participación, encaminada a apoyar la autonomía de las mujeres y fomentar su libertad para decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos, es fundamental —a través de la transversalidad—, la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres y sus filiales estatales.

La competencia cultural en el servicio, no discriminación y equidad, y el ejercicio de los derechos

En contextos multiculturales es necesario que el personal de salud se capacite en competencia cultural y humana. La competencia cultural, parafraseando a Fazio (1998) es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud reconoce la necesidad de una autorreflexión respecto de sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura; combina un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene del paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva.

Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y los valores de cada población, los proveedores de servicios de salud deben siempre estar abiertos al aprendizaje que sus pacientes y otros proveedores de servicios de salud les pueden brindar.

Debe reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones sobre el proceso salud-enfermedad atención, basadas en la diversidad cultural. Por lo tanto, evita hacer juicios escuchando con atención los valores culturales de sus pacientes; clarificando aquellos aspectos que no comprende, valora las fortalezas de sus pacientes y aquellas que provienen de sus culturas. Está dispuesto a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de un paciente está en peligro; por ejemplo, permite que una parturienta indígena de Chiapas tome posol después del nacimiento, adopte la postura que desee durante el trabajo de parto, o que un familiar o la partera la acompañen durante el parto.

La competencia humana, elemento que mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso a cualquier paciente que acude en condiciones de vulnerabilidad extrema. Esto implica poner como eje rector el respeto a los derechos de las personas, así como obtener el consentimiento informado de todos los procedimientos médicos a los que se le someta, y el ir construyendo una nueva cultura en salud con una participación más activa de las pacientes o usuarias de los servicios.

Asegurar, en coordinación con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali), que en el 100 % de los hospitales generales localizados en las regiones indígenas, cuente con personal contratado para actuar como gestores y/o interpretes interculturales.

En los hospitales, es deseable:

Que se observen los principios del Programa de Acción Igualdad de Género en Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud y de la Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-1993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y posparto y del recién nacido), así como los criterios y procedimientos para la prestación del servicio, principios a partir de los cuales las mujeres pueden tener un trato digno durante el trabajo de parto, el parto y el aborto. Estos lineamientos permitirían la aplicación preferentemente de aspiración endouterina en caso de aborto, en lugar del legrado uterino instrumental, método más peligroso; la deambulación de la mujer durante el trabajo de parto, en lugar de obligarla a permanecer en posición de litotomía, y evitarían la realización de tricotomías sin previo consentimiento o de episiotomías con fines educativos. Estas prácticas, además de ser intrusivas y obligadas, no permiten a las mujeres el ejercicio de sus derechos.

En los servicios rurales alejados se requiere:

- a) De intérpretes culturales que hablen la lengua original de la población atendida y que estén oportunamente capacitadas(os) en los derechos de las usuarias y en la interculturalidad en salud. Gestión que puede ser realizada por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.
- b) Que a través de estrategias de acciones afirmativas, en el ámbito indígena se incorpore a personal local en la prestación del servicio (en el mayor número de puestos posible: auxiliares de salud, parteras, médicos, enfermeras, etcétera).
- c) Que donde no haya parteras locales y exista una insuficiencia de personal médico capacitado en el primer nivel para atender partos normales y estabilizar a las mujeres con complicaciones, se contrate a enfermeras obstetras, parteras profesionales, o en su defecto se formen recursos humanos locales (promotores) para la atención primaria de las emergencias.

Se necesita adaptar los procedimientos y normas de acuerdo a cada contexto cultural y socioeconómico específico. Por ejemplo, es importante asegurar los recursos para la atención obstétrica universal y gratuita, así como que los servicios de salud tengan horarios de trabajo “amigables”,

de acuerdo a los ritmos y horarios locales (por ejemplo, la disponibilidad del servicio en días “de plaza”, aun en días domingo, sobre todo pensando en la población que se desplaza desde lugares lejanos).

Es imprescindible sensibilizar al personal médico y paramédico acerca de: a) la diversidad sociocultural de la población; b) los derechos de las poblaciones indígenas, los derechos de las mujeres y los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud; c) la presencia y extensión de la discriminación hacia poblaciones indígenas —y mujeres indígenas en particular—, en los servicios de salud; d) la promoción del respeto a la diversidad cultural que en los servicios de salud se debe traducir en una actitud de respeto frente a la manifestación de conocimientos, conceptos y creencias sobre la salud, las enfermedades y las formas de curarlas de la población indígena, incluyendo por supuesto, al embarazo, parto y posparto; e) el derecho de las mujeres indígenas, así como cualquiera otra mujer que así lo desee, de atenderse durante el trabajo de parto y el nacimiento en la posición que más le plazca, incluyendo la posición vertical, y f) el hecho de que toda cultura está en constante transformación, para evitar estereotipos que no ayudan a la comprensión de las realidades locales. Acciones que debe promover el CDI.

Dentro de este enfoque, se ha visto además que hay intervenciones adicionales con la población en general (incluyen a las mujeres y hombres en edad reproductiva y a sus familias), las autoridades municipales, y el personal médico y paramédico de salud a nivel local que son altamente efectivas y muy poco costosas. Entre éstas se ubica la difusión de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas entre la población para que pueda reconocer el surgimiento de una emergencia obstétrica, así como la formulación y actualización continua de un Plan de Seguridad municipal, en el que se identifiquen con claridad y oportunidad los servicios de salud disponibles con capacidad resolutive en AOE, su ubicación y distancia, costos y medios de transporte. La elaboración de guiones y la difusión por las radios indígenas de campañas que informen sobre los signos y síntomas de emergencia obstétrica y los planes de seguridad en las lenguas vernáculas de los estados prioritarios, es una acción urgente que debe impulsar la CNEGySR para que sea puesta en marcha por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

El Programa Oportunidades

El Programa Oportunidades debiera ser un instrumento que facilite la detección oportuna de la emergencia obstétrica. Sin embargo, al centrar sus actividades en corresponsabilidades tales como la asistencia al control prenatal, no ha tenido impacto en el abatimiento de la mortalidad materna. *De 2005 a 2007, de acuerdo a estadísticas oficiales disponibles, 45 % de las muertes maternas en las zonas rurales ocurrieron entre beneficiarias de Oportunidades; en las áreas semiurbanas 29 % y en las urbanas 12 %; es decir, que con mejorando la estrategia de atención de estas beneficiarias cautivas sería posible disminuir casi el 25 % de las muertes maternas anuales (280 en promedio).* Bajo estas premisas y aprovechando la cobertura masiva del Programa Oportunidades en poblaciones de escasos recursos (que coinciden con la población femenina con mayor riesgo de muerte materna), proponemos la implantación algunas líneas estratégicas de acción en este Programa:

La integración del padrón de familias. Es pertinente ampliar el padrón sobre todo en regiones indígenas en donde existen personas que viven en pobreza extrema y no se encuentran afiliados al Programa. Esta ausencia en la afiliación al Programa no sólo los excluye de los diversos apoyos que ofrece Oportunidades, sino que además perciben que el no ser afiliado les priva del derecho a solicitar atención médica en los servicios públicos de salud. Es por ello que en las regiones indígenas es vital reconsiderar y mejorar el procedimiento para la identificación de localidades y familias, propiciando una ampliación de la cobertura de afiliación al menos en los municipios de alto rezago, mayores índices de pobreza y altas tasas de mortalidad femenina en edad reproductiva.

La prestación de servicios de salud

En el momento en que se incorporan al Programa, se proporciona a los integrantes de las familias beneficiarias las Acciones del Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud previstas en las actuales Reglas de Operación, en especial a los grupos vulnerables específicos: menores de cinco años, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia. Ésta es una oportunidad para proporcionarles (en materiales gráficos, en video y en audio) los elementos de un Plan de Seguridad familiar para las mujeres embarazadas, que incluya de manera clara los signos de alarma, las acciones que

como familias de Oportunidades deben realizar para evitar una muerte materna en su familia, y la información completa y actualizada de la red de servicios con capacidad resolutive a nivel regional.

—Consolidar la incorporación automática de población con Oportunidades al Seguro Popular.

Si bien es cierto que no toda la población en situación de pobreza extrema está incorporada a Oportunidades, un buen sector de este grupo poblacional se encuentra afiliado; sin embargo, estar afiliado al Programa no garantiza el acceso gratuito a servicios de salud que están fuera del paquete básico de servicios, como la atención de complicaciones obstétricas.

Actualmente, en Chiapas Guerrero y Oaxaca la afiliación al SP se ha reservado exclusivamente para la población con Oportunidades, a las familias que tuvieron un hijo después del primero de diciembre de 2006, y a las mujeres embarazadas que se incorporan a Embarazo Saludable. Sin embargo, el procedimiento de afiliación se ha dejado a la responsabilidad personal y las familias de Oportunidades tienen que llevar sus papeles y hacer el trámite. Esto ha circunscrito la cobertura del SP a población con Oportunidades, y persiste a veces, la barrera económica para que mujeres con complicaciones obstétricas accedan a servicios de salud en el segundo nivel de atención. Ante tal situación, es pertinente obviar los trámites administrativos y *que se favorezca la incorporación automática de la población de Oportunidades al SP*.

—El paquete básico de los servicios de salud de Oportunidades.

Este paquete incluye acciones de carácter principalmente preventivas y de detección oportuna de problemas de salud, que se proporciona a cada uno de los integrantes de las familias beneficiarias, en forma gratuita y a través de citas programadas. Es urgente incluir en este paquete la atención gratuita de las complicaciones obstétricas en los servicios de salud de primer y segundo nivel. Es decir, independientemente del estado de aseguramiento de la familia al SP se debe incluir como un servicio la atención exenta de pago de las emergencias obstétricas, precisando los establecimientos responsables de brindar ese servicio a nivel regional. Por otro lado, la capacitación sobre el Plan de Seguridad a las familias debe ser también parte de los servicios del paquete básico que ofrece el Programa.

—La certificación de corresponsabilidad del Programa Oportunidades.

El Programa Oportunidades, en su componente de prestación de servicios, contiene como objetivo el informar sobre el grado de corresponsabilidad de las familias. La corresponsabilidad se presenta como la acción que realizan los integrantes de las familias al asistir de acuerdo a las citas programadas a las unidades de salud, a recibir las acciones del Paquete Esencial (Básico), así como a la capacitación para el auto cuidado de la salud. Este componente se puede ampliar con la inclusión del Plan de Seguridad, verificando el grado de corresponsabilidad que adopta una familia al diseñar su Plan de Seguridad familiar.

—La formación de estructuras comunitarias.

El Programa contiene un componente denominado “formación de estructuras comunitarias” el cual se traduce como la conformación de “comités de promoción comunitaria” y tiene como objetivo “Conformar, renovar y actualizar los Comités de Promoción Comunitaria, para fortalecer la operación y enfocar sus acciones a mejorar el impacto social del Programa”. A su vez, este Comité tiene como funciones: “Contribuir a establecer una mejor vinculación entre las familias beneficiarias y el personal de los servicios de salud, educación y la Coordinación Nacional, a canalizar solicitudes y sugerencias de las familias, así como fortalecer las acciones de nutrición, contraloría social y transparencia del Programa, preservando en todo momento la libertad de las familias beneficiarias de interlocución directa con instancias operativas y normativa”. Considerando lo anterior, es factible que a este Comité se le asigne la promoción y diseño del Plan de Seguridad comunitario para evitar las muertes maternas, y al mismo tiempo se le otorguen facultades para que realicen monitoreo de la red de servicios y presenten quejas y sugerencias relacionadas con el acceso a los servicios de las mujeres con complicaciones obstétricas.

Disponibilidad adecuada de métodos de planificación familiar

En la Conferencia Internacional Las Mujeres Dan Vida (2007) se hizo hincapié en que una de las estrategias para disminuir la mortalidad materna que ha probado éxito es el acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro. En

México, los derechos reproductivos consagrados en la constitución señalan el derecho de decidir cuándo iniciar la reproducción, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre ellos. Lo anterior, como señala Cárdenas, conlleva tres elementos fundamentales: el conocimiento de la población sobre los aspectos fisiológicos de la reproducción; la disponibilidad de los métodos para regular la reproducción, y el acceso a los anticonceptivos.

Desde la década de los setentas del siglo XX, el gobierno mexicano ha tenido como política de estado a la planificación familiar, y a lo largo de tres décadas la cobertura anticonceptiva se amplió de manera muy significativa (Cárdenas, 2008). Así, entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres, unidas o casadas que utilizaban medios para regular su fecundidad se elevó de 30.2 a 68.5 %. Sin embargo, esta política ha cambiado significativamente; Zúñiga y García señalan que en los últimos años se ha visto un pobre desempeño de los programas de información y servicios de planificación familiar. Documentan, a través de las encuestas socio demográficas, que la difusión del uso de métodos de regulación de la fecundidad entre la población menor de 35 años de edad se ha estancado. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres menores de 20 años se elevó de 27 a 37 % entre 1997 y 2006, y el porcentaje de aquellas que regulaban su fecundidad se redujo de 45 a 39 % para el mismo periodo. El incremento del grupo de mujeres en edad fértil no fue siquiera de dos puntos porcentuales, pasando de 68.5 % a 70.9 % (Zúñiga y García, 2008). Estos datos coinciden con el diagnóstico realizado por el CNEGySR que señala que la limitada información y acceso a métodos de planificación familiar en el primer nivel de atención (36.6 %) son uno de los eslabones más débiles y uno de los principales focos para la atención de acciones de mejora.

Aunado a esto, en los últimos cinco años las campañas de comunicación que promueven la búsqueda de información y la utilización de los servicios públicos de planificación familiar han estado casi ausentes. Zúñiga y García afirman que mientras que en el periodo 1996-2000 el Conapo transmitió 184 mensajes de radio y televisión sobre el tema, permaneciendo en el aire prácticamente de manera permanente, entre 2001 y 2005 se difundieron sólo 15 mensajes y no se transmitieron mensajes entre el 2006 y 2008.

También es cierto que los métodos anticonceptivos no son infalibles y que se pueden presentar fallas de éstos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año alrededor del mundo ocurren 26,5 millones de embarazos por fallas anticonceptivas. Según Schiavon y Troncoso (2008), entre mujeres que aspiran a tener en promedio dos hijos debe

alcanzarse una cobertura de anticonceptivos del 75 %, para evitar 12 abortos a lo largo de su vida reproductiva. Si las mujeres aspiran a tener seis hijos, 25 % de cobertura anticonceptiva puede prevenir cuatro abortos. Es decir, que la cobertura que está teniendo el Sector Salud en anticoncepción es propia para una población que aspira a tener de tres a cuatro hijos y en la que se pueden prevenir alrededor de seis abortos. Por ello, es quizás que se ha venido incrementando el número de abortos en el país. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992, 1997 y 2006, y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003 muestran que este fenómeno comenzó a aumentar hasta llegar a 218 mil en 1995 y a 248 mil en 2001 (Zúñiga y García, 2008).

Los egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud, de la Secretaría de Salud, para el periodo 1991-2006 registraron en los primeros ocho años cifras de alrededor de 120 mil abortos atendidos anualmente, con una variación de 2 % a la baja entre 1991 y 1998. Los siguientes ocho años reportaron una clara tendencia hacia al alza, con un crecimiento entre 1998 y 2006 de 28 %, registrándose en el último año 151 mil abortos atendidos en los servicios públicos de salud (Zúñiga y García, 2008). El incremento del aborto en México, con un programa de planificación familiar que hasta hace una década había suministrado permanentemente anticonceptivos de manera gratuita, y el fallecimiento de mujeres por abortos nos impele a hacer más eficiente este programa. El panorama descrito enfatiza la necesidad impostergable de fortalecer y ampliar los servicios de planificación familiar, además de proveer de educación sexual e información sobre anticoncepción a las y los jóvenes, de tal suerte que las y los mexicanos puedan continuar el ejercicio de su sexualidad y reproducción sin detrimento de sus perspectivas de desarrollo escolar, profesional, personal o familiar (Cárdenas, 2008).

Es preocupante la cada vez más frecuente restricción en los estados de la República de las causales de aborto legal, penalizándolo inclusive en casos de violación. Las restricciones legales del aborto ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres en el mundo. Se ha estimado que en América Latina la tasa de abortos inseguros por 1,000 mujeres entre los 15 y 44 años es de 29, mientras que en regiones donde hay un amplio acceso a procedimientos legales, como en Europa, sólo tres de cada 1,000 procedimientos se realizan en condiciones inseguras. En los países donde el aborto está legalmente restringido, suceden en promedio 30 veces más muertes maternas que en los países donde este procedimiento es legal a solicitud de la mujer (Lerner, 2008).

Las campañas del Sector Salud y Conapo, en medios masivos de comunicación en horarios de alta audiencia, no pueden seguir difiriéndose, y deben proporcionar información y referir como anteriormente se hacía, a números telefónicos 01800 en los cuales sea factible obtener asesoría. Se requiere de una política de compras consolidadas a fin de asegurar la provisión de anticonceptivos de forma permanente en el primer nivel de atención, así como fortalecer los programas de consejería dirigidos a las y los adolescentes. Por ello, el diagnóstico de salud materna en la adolescencia que realizó el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia), puede resultar fundamental para que todos los niveles de Gobierno emprendan acciones de prevención del embarazo dirigidas a adolescentes que acudan o no a las unidades de salud, como incorporar a las Semanas Nacionales de Salud acciones vinculadas a promover la anticoncepción entre adolescentes con vida sexual activa, y promover campañas de planificación familiar a nivel nacional, incluyendo los números 01800 de consejería (Conapo, Inmujeres, SSA).

Actualmente, México cuenta con la ventaja del “bono demográfico” que si bien implica una mayor proporción de población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir, es decir de jóvenes en edad productiva, el fenómeno poblacional también va aparejado a una mayor posibilidad de reproducción, lo cual puede traducirse en un incremento en el número de parejas unidas y por lo tanto de embarazos.

Evaluación, monitoreo y rendición de cuentas

La posibilidad de éxito de cualquier estrategia o programa dependerá de los mecanismos que se generen para su monitoreo y evaluación. El monitoreo continuo y las evaluaciones con triangulación de métodos y llevadas a cabo por distintos actores e instancias, pueden contribuir enormemente a la consecución de sus objetivos. Monitoreo y evaluación están íntimamente emparentados con la transparencia y la rendición de cuentas. En México, es relativamente reciente la evaluación de los programas, y más aún la rendición de cuentas.

Los ejercicios de evaluación externa iniciaron en México en la década de los noventas del siglo XX, y se establecieron como obligatorios para programas federales con reglas de operación en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación a partir del año 2000. La evaluación prosigue a la descentralización y focalización del gasto como una estrategia para

abatir a la pobreza extrema. En 1997, con el Programa Progres a se inicia una evaluaci3n de impacto de tipo experimental, y a partir de 3sta —en el a3o 2000—, se institucionaliza la pr3ctica, y se establece como obligatoria la evaluaci3n para aquellos programas con reglas de operaci3n.

Sin pasar por alto que desde entonces algunos programas realizaron evaluaciones de impacto rigurosas, en la mayor3a de ellos la calidad de las evaluaciones han sido deficientes, y la ausencia de una supervisi3n sobre la calidad y utilidad de los estudios y su escaso uso para la toma de decisiones, se reflej3 en un efecto limitado de los esfuerzos de evaluaci3n sobre la mejora de los programas y la rendici3n de cuentas de la acci3n gubernamental (Coneval, 2008). Aqu3 es pertinente se3alar que la mayor3a de esas primeras evaluaciones ten3an como objeto estimar las actividades de los programas federales, m3s no sus resultados, y adicionalmente no ten3an un car3cter vinculatorio; por tanto, las modificaciones, partiendo de los resultados, quedaban a criterio de las direcciones encargadas de los programas.

Un aspecto que sigue siendo un obst3culo para el avance en los mecanismos de rendici3n de cuentas y transparencia es el escaso n3mero de programas sujetos a reglas de operaci3n, y por tanto al car3cter obligatorio de ser evaluados, difundir p3blicamente los resultados y modificar los aspectos susceptibles de mejora. As3, solamente aquellos programas que cuentan con reglas de operaci3n, muchos de ellos focalizados y en los que hay de por medio subsidios a los estados de la Rep3blica, son sujetos a evaluaciones externas, a la publicaci3n en internet del resultado de las mismas, y a partir de este a3o, a argumentar p3blicamente y justificar cuales ser3n los aspectos que se modificar3n.¹⁷ En el caso del Sector Salud son solamente seis los programas que cuentan con reglas de operaci3n y son evaluables obligatoriamente. Por otro lado, el acceso a la informaci3n de manera oportuna permite a la sociedad civil coadyuvar en el monitoreo de la calidad de los servicios.

Por ello, el monitoreo y seguimiento de los avances en la salud materna no solamente deben incluir iniciativas que fortalezcan los sistemas de

¹⁷ El Consejo Nacional de Evaluaci3n de la Pol3tica de Desarrollo Social (Coneval), conjuntamente con las Secretar3as de Hacienda y Cr3dito P3blico (SHCP) y de la Funci3n P3blica (SFP) emitieron el “Mecanismo para el Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de Informes y Evaluaciones Externas a Programas Federales 2008”, que tiene como objetivo establecer el procedimiento general para dar seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de los resultados de las evaluaciones de consistencia y resultados y de dise3o 2007.

seguimiento, evaluación, sanción o reconocimiento en los avances logrados al interior del Sector Salud o de la Secretaría de Salud, sino que también se deben incluir mecanismos para asegurar un sistema de información oportuna y accesible para que los organismos gubernamentales y estatales, la sociedad civil organizada, los organismos no gubernamentales nacionales, y los organismos internacionales puedan tener acceso libre a la información con fines de evaluación, monitoreo y planeación.

Partir de un nuevo paradigma implica una reformulación de los indicadores de proceso y de evaluación y también de la reformulación de la estrategia de seguimiento y evaluación de estos indicadores. Esto es fundamental, ya que poner un énfasis extremo en la sanción conlleva al ocultamiento de las cifras, resultando quizá premiados aquellos servicios de peor calidad y estigmatizados otros que están haciendo un mayor esfuerzo en la provisión de la atención.

La Dirección General de Información en Salud, la Dirección General de Evaluación del Desempeño y el CNEG y SR serán los responsables de reformular el sistema de notificación inmediata de defunciones maternas y participar activamente en la propuesta de un sistema de información coordinado con la DGIS; establecer nuevos procesos, flujos, indicadores y procedimientos para el seguimiento y la evaluación del sistema de vigilancia para la mortalidad materna, así como diseñar un sistema sectorial de indicadores que faciliten monitorear el avance de la salud materna, por ejemplo el seguimiento del número de partos eutócicos y emergencias obstétricas atendidas *versus* las esperadas.

La DGIS tiene un papel fundamental para hacer eficiente y oportuna la entrega de cifras definitivas de mortalidad materna dentro de los tres primeros meses del año, y adicionalmente puede diseñar un sistema en línea que permita monitorear el avance de cada entidad federativa. Estas acciones llevan a fortalecer los mecanismos de difusión de la información hacia las áreas que requieren realizar acciones inmediatas y a mediano plazo.

El monitoreo en campo es fundamental; no basta con garantizar que los estados cumplan con los objetivos del sistema de vigilancia de la mortalidad materna de manera eficaz (DGE e Institutos Estatales de Salud)—que puede ser instaurado a través de los convenios de gestión que se firman con las entidades federativas, o mediante indicadores basados en demanda satisfecha y calidad de la atención obstétrica (CNPSS)—, sino que se requiere de un monitoreo permanente y estrecho de la calidad de la producción de los servicios y no sólo del seguimiento de las muertes maternas. Integrar a los residentes de Epidemiología con el grupo AIDeM para el análisis

sis de las defunciones maternas es pertinente, pero también deberían participar en el monitoreo de las redes de atención obstétrica, y validar los resultados que se obtienen a través del registro de los estados.

Es cierto que hay que fortalecer los mecanismos de seguimiento de las muertes maternas y sancionar cuando sea pertinente. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) y la CNDH son las instancias para realizar un seguimiento de oficio a la acción médica que conduzca a una defunción materna, y la DGCES puede apoyar la capacitación como reconocimiento a las buenas prácticas, otorgando estímulos a la calidad, especialmente a los profesionales que cuenten con indicadores de buena práctica.

El Programa Sicalidad, además de estar sujeto a reglas de operación y a evaluaciones periódicas, es el Programa mandatado para asegurar una óptima calidad de los servicios de salud. En Sicalidad los beneficiarios son la totalidad de las unidades médicas de los servicios públicos de salud del país, y su objetivo es poner en marcha una estrategia de mejora de la atención, de manera permanente, en las diferentes instituciones que proporcionan servicios públicos de salud. Cuenta con un diagnóstico de las unidades del Sector Salud y a través de él es posible realizar transferencias de recursos a los estados, y prevé la modalidad de los recursos sujetos a concurso a través de convocatorias. Para el plan emergente que se presenta puede ser un instrumento adecuado para la adjudicación de recursos, asegurando al mismo tiempo la transparencia y rendición de cuentas. Sicalidad pretende contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud por lo menos en tres aspectos: a) mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente; b) mejora de la calidad percibida por los usuarios, y c) mejora de la calidad en la gestión de los servicios de salud (Nigenda, 2008). Para el caso que nos ocupa, tendría que incluir como otro elemento de la evaluación de la calidad a la resolución de la emergencia obstétrica. Sin embargo, precisa de su alineación a la nueva estrategia, ya que su concepción de monitoreo de salud materna se basa fundamentalmente en la atención prenatal, privilegiando el registro de los datos.

Adicionalmente, Sicalidad cuenta con el Sistema Nacional de Indicadores de Salud (Indicas); la Acreditación de unidades que garantizarán una mejora en aspectos técnicos y de infraestructura; los Acuerdos de Gestión para promover transferencias de fondos extras a unidades que tengan un proyecto, cuyo objetivo sea incrementar diversos aspectos que redundan en una mejor atención, y con la incorporación de la sociedad civil en la vigilancia y monitoreo de los servicios de salud a través de la figura de Avales Ciudadanos y los Comités Estatales de Calidad.

Otra instancia idónea para dar seguimiento y realizar el monitoreo de un programa de acción emergente para disminuir la mortalidad materna puede ser el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). La Ley General de Desarrollo Social (LGDS) establece los actores que deberán contribuir al objeto de la política social y en este sentido se creó el Coneval, que asume la evaluación de la política y los programas sociales. La LGDS hace extensiva su facultad para evaluar otros instrumentos de política, así como a instituciones, facilitando la evaluación integral de la política social y dando pauta para impulsar un sistema de monitoreo y evaluación al solicitar la aprobación de indicadores de gestión, servicios y resultados. Iniciativas como ésta podrían ser evaluadas por el Coneval (Coneval, 2007).

Para un avance progresivo y sostenido se requiere también de la puesta en marcha de Observatorios Ciudadanos que monitoreen la calidad del servicio, no en lo general sino en lo específico, en la capacidad de resolver la atención básica y resolutive de la emergencia obstétrica, y que vaya más allá de la satisfacción de los usuarios. Los Observatorios Ciudadanos son instancias que dan seguimiento a los compromisos que realizan los gobiernos, como en este caso la voluntad política para disminuir la mortalidad materna, poniendo en marcha iniciativas integrales para lograr este fin.

Estos Observatorios pueden estar a cargo de organizaciones civiles nacionales, comités interinstitucionales o coaliciones, así como de organismos internacionales interesados en el tema. Para que estos Observatorios funcionen eficazmente deben construirse reglas claras en el monitoreo y acceso transparente a la información. Las experiencias en el monitoreo del Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos en México, o el papel que ha jugado el FNUAP en las evaluaciones de los servicios de salud en México (Arranque Parejo en la Vida), y otros organismos no gubernamentales pueden coadyuvar a sentar las bases de monitoreos y evaluaciones futuras.

Estas opciones no son excluyentes o exclusivas, ya que una iniciativa de esta naturaleza requiere del esfuerzo en el monitoreo de las acciones que desempeña cada uno de los actores en los distintos niveles de Gobierno y de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, C. y T. Gerard, “El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil”, en G. Freyermuth y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- AMDD, UNFPA, “Para comprender las causas de las defunciones maternas”, Módulo, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población, 2002.
- ARANA, M. y Guerrero C., “Reflexiones sobre recursos tradicionales y legales para evitar la primera demora en la búsqueda de atención en las emergencias obstétricas”, en G. Freyermuth y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- BOULLE, J. y D. Newton, “ODM: herramientas para campañas, la Campaña de los Objetivos del Milenio y de la Alianza Mundial para la Participación Ciudadana”, en www.civicus.org/new/media/odmtoolkit-spanish.pdf, fecha de consulta: 8 de marzo 2008.
- CÁRDENAS, R., “Los servicios de salud y la mortalidad materna”, en G. Freyermuth y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- CÁRDENAS, R., “Reproducción elegida, planificación familiar y políticas públicas”, en G. Freyermuth G. y E. Troncoso, coords., *El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Ipas México, 2008. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 1)

- CARROLI, G., “Elementos del Paquete de Control Prenatal de la OMS, Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal”, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril de 2005.
- CARROLI, G. *et al.*, “For the WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care”, en *The Lancet*, 2001, 357(9268): 1565-70.
- CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, “Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna”, (presentación) 2a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero de 2009.
- COLLADO PEÑA, S., “*Tienes que buscar otro hospital*”: *acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica*. Tesis para optar por el título de maestría en Estudios de la Mujer. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2009.
- COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN OAXACA, “Monitoreo de la red de servicios de salud en municipios con muertes maternas en 2008”, (presentación) 2a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero de 2009.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL Y LA MEDICIÓN DE LA POBREZA, *Programa Institucional*, 2007.
- CORONADO, M., “Historia de la Escuela de Partería Profesional con nivel técnico Terminal de CASA. [S. f.], documento interno.
- CRAGIN, L., L. M. de Maria, L. Campero y D. M. Walker, “Educating Skilled Birth Attendants in Mexico: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards?”, en *Reprot Health Matters*, vol. 15, núm. 30, 2007, pp. 50-50.
- “Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Equipo del Proyecto Kosongo, ‘Antenatal Screening for fetopelvic Dystocias. A cost Effectiveness Approuch to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel’”, en *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(4), núm. 1, agosto de 1984, pp. 29-73.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL, *La atención calificada del parto. Un cuaderno informativo*, preparado por Mia MacDonald y Ann Stars, 2003.
- FAZIO, J. y A. Ruiz-Contreras, “Domestic Violence; Cultural Competency in the health care setting”, en *Trainers Manual for Health Care providers*, San Francisco, Family Violence Prevention Fund, 1998.
- FRENK, J., “Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias”, en *Salud Pública Méx [online]*,

- vol. 49, supl. 1, 2007, [citado 2009-02-24]. Disponible en: < <http://www.scielo.org/scielo.php?>
- FREYERMUTH ENCISO, Graciela, Ivonne Villalobos Vázquez, Hilda Argüello y Cecilia de la Torre, “Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas”, en *Perinatol Reprod Hum*, vol. 20, núm. 4. México, octubre-diciembre de 2006, pp. 60-68.
- FREYERMUTH ENCISO, Graciela y Cecilia de la Torre, “Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas”, en Susana Lerner e Ivonne Szasz, comps., *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo II. México, El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, 2008.
- FREYERMUTH, G. y E. Troncoso, coords., *El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones, Ipas México, 2008. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 1)
- FREYERMUTH, G. y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- FREYERMUTH, G., D. Meléndez y S. Meneses, “Plan de seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna”, en *Mujer y Salud*, revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 4, pp. 76-80, 2008.
- FREYERMUTH, G., D. Meléndez y S. Meneses, “Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción”, Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, Red Social para Disminuir la Mortalidad Materna en Tenejapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, febrero de 2008.
- FREYERMUTH, G., P. Sesia y R. Cárdenas, *Informe final a Fondos Sectoriales Salud del Conacyt*, Proyecto “Muerte materna en municipios indígenas de México: validación de una propuesta metodológica”, 2007.
- FREYERMUTH, G. y M. Sergio, “Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas”, en G. Freyermuth, coord., *Maternidad peligrosa*. México, Sedesol, CIESAS, 2004.

- GIL, A., "Humanización del parto y nacimiento", en G. Freyermuth y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- GONZÁLEZ-BLOCK, M. A. *et al.*, "Utilización de la investigación por gestores de salud en México: diagnóstico de la capacidad y propuestas de fortalecimiento", en *Salud Pública Méx [online]*, 2008, vol. 50, núm. 6 [citado 200902-25], pp. 498-507. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342008000600011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.
- HERMIDA, J., "Humanización-Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) Proyecto HCI-USAID. Experiencia de Ecuador", (presentación) 2a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.
- INEGI, Dirección General de Información en Salud, Conapo <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls>, fecha de consulta febrero de 2009.
- INEGI, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. *Nacimientos estimados por Conapo*, versión conteo 2005.
- LEITE, M., *El parto humanizado institucionalizado en Brasil*. Ministerio de la Salud-Brasil, Universidad Federal de Santa Catarina.
- LERNER, S., "La legislación sobre el aborto: del derecho a la práctica", en G. Freyermuth y E. Troncoso, coords., *El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Ipas México, 2008. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 1)
- MAINE, D., "Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction", en *The Lancet*, 370, 2007, pp. 1380-1382.
- MAINE, D., M. Z. Akalin, V. M. Ward y A. Kamara, *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*. Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia, E. U. A., 1997.
- MAINE, D. *et al.*, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. Nueva York, UNICEF, WHO, UNFPA, 1997.
- MAINE, D., "The evidence base for organizing EmOC Services". Foro Mesoamericano de Salud Materna y Perinatal, 14-16 de abril de 2008, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.

- MELÉNDEZ, D., *Informe final del proyecto de intervención en el municipio de Tenejapa, Chiapas*. Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., 2009.
- MENESES, S., G. Freyermuth y D. Meléndez, “Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica. La necesidad de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna”, en G. Freyermuth y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- MELÉNDEZ, D., G. Freyermuth y P. Sesia, “Propuesta al Programa Oportunidades”, en G. Freyermuth, D. Meléndez, S. Meneses y P. Sesia, “Propuesta general para mejorar la respuesta del sistema de salud ante la muerte materna”, Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, marzo de 2008.
- MELÉNDEZ, N. D., “La atención obstétrica de emergencia: una estrategia viable para disminuir la muerte materna ante las insuficiencias, ineficiencias e inequidades del sistema de salud en Guerrero”, en *Mortalidad materna y presupuesto público*. México, FUNDAR, 2005. Documento de difusión.
- MORA, J. A., “Capacitación en competencias para el manejo de la emergencia obstétrica. La estrategia ALSO”, en G. Freyermuth y P. Sesia, coords., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2)
- NIGENDA, G., C. Juárez y J. R. Ruiz, “Informe Final de Evaluación”, Programa Sí calidad, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/evaluascalidad.pdf>, consultado el 23 de febrero de 2009.
- OMS, “Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001”, Ginebra, Suiza, 2003, en: http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf, fecha de consulta: 2 de febrero de 2005.

- OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, IMPAC, “Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetrices y médicos”, WHO/RHR/00.7, 2002.
- PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS, EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR, CENTRO DE CAPACITACIÓN EN ECOLOGÍA Y SALUD PARA CAMPESINOS-DEFENSORÍA DEL DERECHO A LA SALUD, *Pueblos excluidos comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas*, México, 2006, pp. 49-64.
- RAMSON, I. E. y V. N. Yinger, “Making Motherhood Safer. Overcoming Obstacles on the Pathway to Care, Population Reference Bureau”, 2002.
- REYES FRAUSTRO, S, *Mortalidad Materna en México*. México, IMSS, Subdirección General Médica, 1992.
- SCHIAVON, R. y E. Troncoso, “Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto”, en G. Freyermuth y E. Troncoso, coords., *El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones, Ipas México, 2008. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 1)
- SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, *La mortalidad en México, 2000-2004. “Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias”*. México, 2006, 368 pp.
- SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, *Evaluación financiera*, tomo II, 1a. ed. / octubre de 2006a, p. 41. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/spss-tomoII.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, PROGRAMA DE ACCIÓN, “Específico Arranque Parejo en la Vida 2007-2012”, versión del 7 de abril de 2008.
- SECRETARIADO TÉCNICO DEL COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN MÉXICO, COMITÉ POR UNA MATERNIDAD VOLUNTARIA Y SEGURA EN CHIAPAS, “Monitoreo de la producción de servicios obstétricos en Chiapas”, (presentación) 2a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.
- SECRETARIADO TÉCNICO DEL COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN MÉXICO, “Monitoreo de la producción de servicios obstétricos en Guerrero”, (presentación) 2a. Reunión Técnica de

Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero de 2009.

SHIFFMAN, J., "Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries", en *American Journal of Public Health*, vol. 97, núm. 5, mayo de 2007.

SINAIS, "Cubos dinámicos", en: <http://sinais.salud.gob.mx/>

SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD, DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL, "Estrategias de institucionalización del parto en posición vertical. Aportes a la humanización del parto en un marco de seguridad y amigabilidad cultural", (presentación) 2a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD, DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL, "Estrategias de institucionalización del parto en posición vertical. La atención intercultural a las mujeres. El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud", (presentación) 2a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

TINOCO-OJANGUREN, Rolando *et al.*, "Risk screening, emergency care, and lay concepts of complications during pregnancy in Chiapas, Mexico", en *Journal of Social Science and Medicine*, vol. 66, 2008.

TORRES, Cristina y Óscar J. Mujica, "Health, equity, and the Millennium Development Goals", en *Rev. Panam. Salud Pública [online]*, vol. 15, núm. 6, 2004, pp. 430-439: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892004000600012&lng=en&nrm=iso

TRANSPARENCIA MEXICANA, "Creando voluntad política", en: <http://www.transparenciamexicana.org.mx/documentos/Sourcebook/capitulo5.pdf>, consultado el 8 de marzo.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York, UNDP, 2003.

WHITEHEAD, M., *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.

WHO, "The World Health Report 2005. Make every mother and child count". Se pueden consultar diversas experiencias exitosas en la dismi-

nución de la mortalidad materna cuando media una buena planeación en el nivel de las políticas, los programas y los servicios de salud.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women*. Génova, Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Making pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant*. Génova, Department of Reproductive Health and Research, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, "Prevention of Maternal Mortality. Report of a WHO Interregional Meeting", Génova, 11-15 de noviembre de 1985.

www.who.int/reproductive-health/publications/global_action_for_skilled_attendants CONAPO

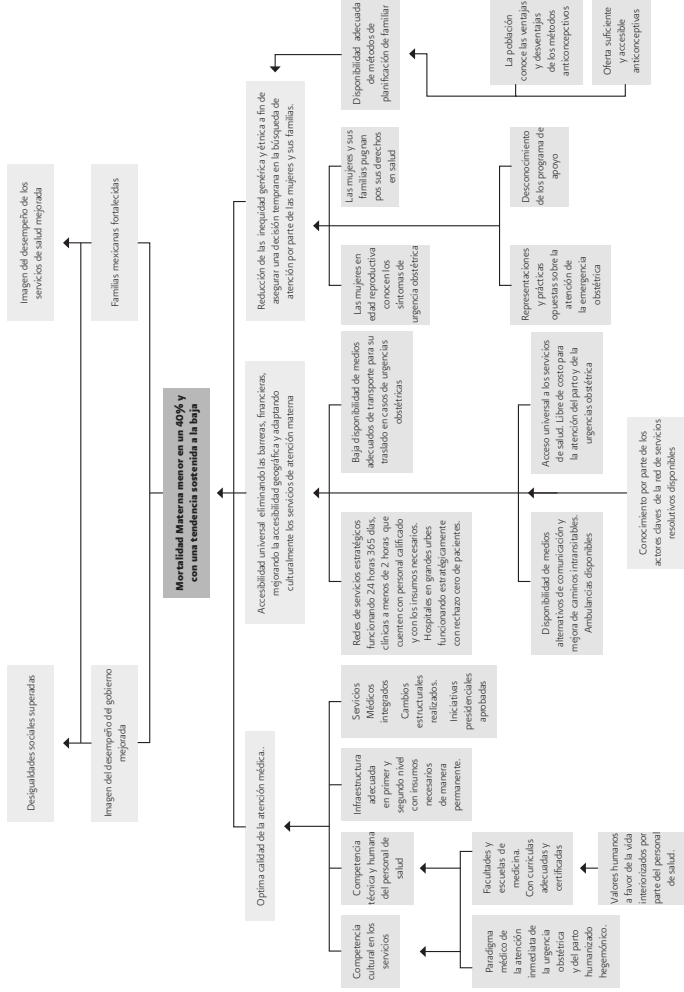
www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls

www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp

ZÚÑIGA, E. y J. E. García, "El aborto en México: estimaciones recientes", en G. Freyermuth y E. Troncoso, coords., *El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Ipas México, 2008. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 1)

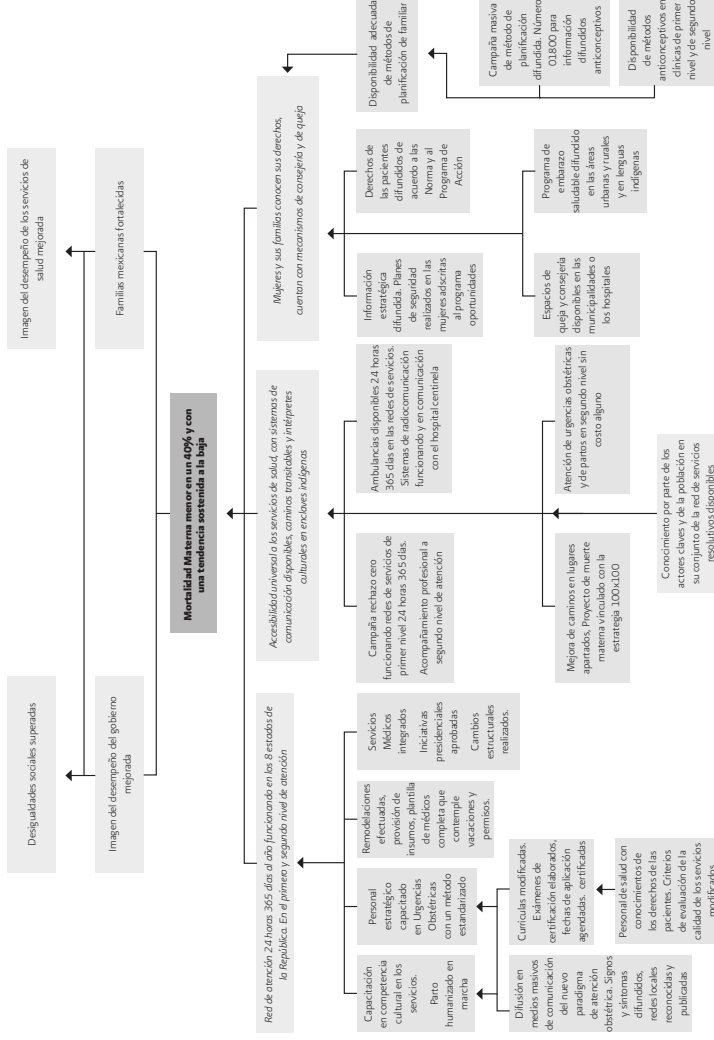
Anexo I

ÁRBOL DE OBJETIVOS



Anexo 2

ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL PROYECTO



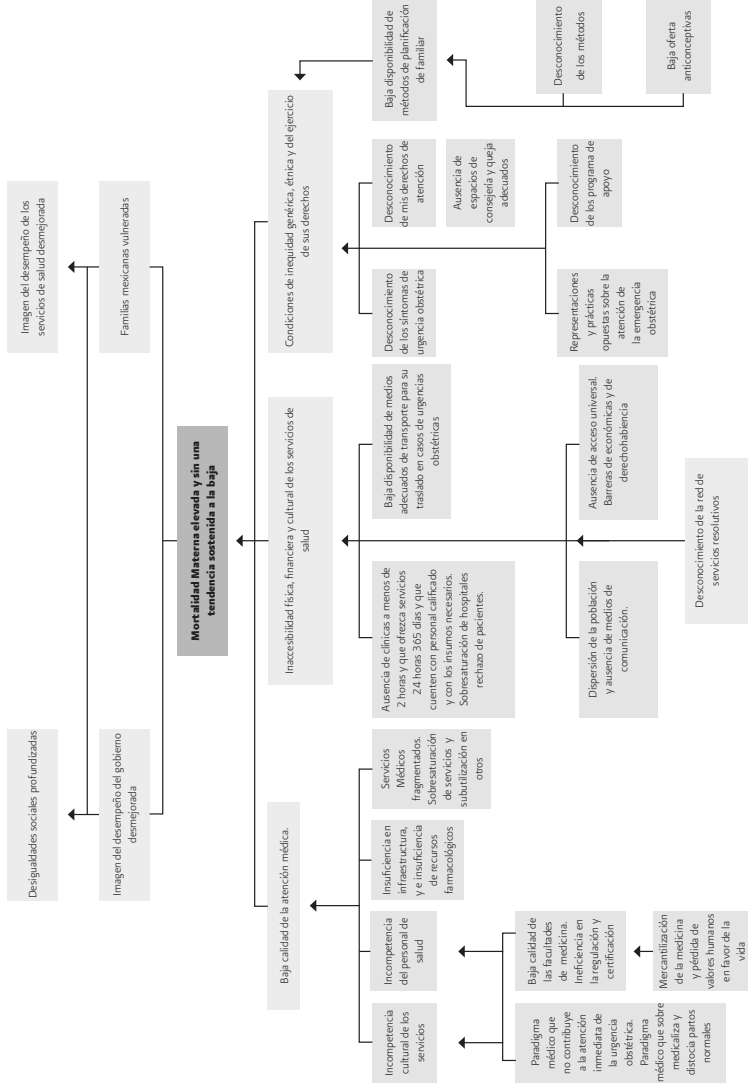
Anexo 3

INDICADORES RELACIONADOS CON EL FIN, EL PROPÓSITO Y LOS COMPONENTES DE LA PROPUESTA	
	INDICADOR
Fin Contribuir al cumplimiento del Objetivo 5; de los Objetivos del Milenio para el 2015	F1 En el 2015 no ocurren mas de 417 muertes maternas en el país F2 La razón de muerte materna es igual o menor a 22 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos estimados
Propósito Disminuir la ocurrencia de la Mortalidad Materna en un 7.7% anual durante el periodo 2007-2015 y con una tendencia sostenida a la baja	P1 Razón mortalidad materna Número de muertes maternas/ nacidos vivos estimados P2 Razón mortalidad materna en el área urbana Número de muertes maternas en el área urbana/ nacidos vivos estimados en el área urbana P3 Número de muertes maternas en el localidades de menos de 15 mil habitantes/ nacidos vivos estimados en menos de 15 mil habitantes P4 Número de muertes materna en beneficiarias de Oportunidades/ Número de muertes maternas totales P5 Razón Mujer: hombre de la tasa de mortalidad general en el grupo de edad fértil (15 a 49 años) en regiones indígenas
Componente 1 Eficiente producción de servicios con óptima calidad técnica e interpersonal de atención de emergencias obstétricas básica e integral en la Red de servicios médicos disponibles las 24 horas 365 días al año funcionando al menos en los 9 estados prioritarios de la República desde el nivel municipal. (Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Veracruz, Nayarit, Puebla, Durango, Estado de México y Distrito Federal)	Indicador C1.1 Proporción de partos eutócicos atendidos en segundo nivel respecto al primer nivel de atención. Indicador C1.2 100% de las mujeres que según se estima (15% de nacimientos estimados) padecen complicaciones, reciben atención de emergencias obstétricas. Número de partos esperados, número de emergencias obstétricas esperadas en relación con el número de emergencias obstétricas atendidas en los servicios básicos y resolutivos de la red de servicios 24 hrs los 365 días del año. Indicador C1.3 Tasa de mortalidad materna hospitalaria de menos del 1% de mujeres que padecen complicaciones obstétricas (Número de defunciones maternas intrahospitalarias entre el número de mujeres atendidas por emergencias obstétricas) Indicador C1.4 Tasa de discapacidad a consecuencia de complicaciones obstétricas (esterilidad, fístulas, incontinencia, prolapso uterino, insuficiencia pituitaria, insuficiencia renal entre otras) Indicador C1.5 Todos los centros de salud instalados en municipios con menos de 70,000 habitantes producen servicios de emergencias obstétricas las 24hrs los 365 días del año Indicador C1.6 Al final del 2010, el 90% de los médicos generales que atienden los servicios de emergencias en los centros de salud con hospitalización y en los Hospitales Generales han recibido capacitación de calidad de emergencias obstétricas Indicador C1.7 Al final del 2009 el 90% de los médicos generales que atienden los servicios de emergencias perciben que cuentan con todos los elementos técnicos e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas en el primer nivel de atención (incluyendo los hospitales básicos comunitarios) Indicador C1.8 El 100% de las unidades consideradas dentro de la red de servicios tienen disponibles en el área de emergencias y en el servicio de obstetricia los algoritmos de Atención de las principales emergencias Obstétricas (hemorragia, preeclampsia-Eclampsia, infecciones puerperales, parto Obstruido y Aborto Indicador C1.9 El 100% de las unidades de consideradas dentro de la red de servicios tienen disponible los manuales de atención de emergencias Obstétricas editados por APV Indicador C 1.10 El 100% de los hospitales generales cuentan con terapia intensiva y con los insumos e infraestructura funcionando 24 Hrs. 365 días del año

Anexo 3 (continuación)

	INDICADOR
Componente 2 Accesibilidad universal a los servicios de salud, con sistemas de comunicación disponibles, caminos transitables y intérpretes culturales en enclaves indígenas	Indicador 2.1. 1 Se encuentran disponibles establecimientos de atención obstétrica resolutive por cada 500 mil habitantes y/o que se encuentren a 2 horas de dicho establecimiento. Indicador 2.1 Se encuentran disponibles establecimientos por municipio con capacidad de ofrecer atención obstétrica básica 24 horas 365 días en áreas rurales y en áreas urbanas 4 establecimientos por cada 500 mil habitantes. Indicador 2.2 100% de las mujeres que egresan por atención obstétrica de las unidades de salud no han ejercido gasto de bolsillo Indicador 2.3 El 100% de los municipios rurales cuentan con un sistema de radiocomunicación entre las comunidades y el centro de salud y un centro de atención básica con el centro de atención integral, con cobertura estratégica en al menos el 50% de las localidades. Indicador 2.4 El 100% de los hospitales que comparten la red metropolitana cuentan con un sistema de información que les permita realizar referencias de acuerdo al % de ocupación. Indicador 2.5 El 100% de los hospitales generales localizados en las regiones indígenas cuentan con gestores y/o intérpretes interculturales para los principales grupos étnicos de la región (número de intérpretes culturales/ número de hospitales localizados en regiones con el 40% o más de hablantes de lengua indígena) Indicador 2.6 El 70% del total de las emergencias obstétricas atendidas en los hospitales provienen de una referencia del primer nivel de atención (número total de referencia del primer nivel de atención / número total de emergencias obstétricas atendidas en el segundo nivel) Indicadores 2.7 • Cobertura de parto institucional • Cobertura de partos atendidos por personal c alternativo (partera profesional, enfermera obstetra y personal de salud con competencia) • Letalidad por hemorragia en unidades de primer y segundo nivel • Letalidad por enfermedad hipertensiva en unidades de primer y segundo nivel • Letalidad por sepsis en unidades de primer y segundo nivel
Componente 3 Reducción de las inequidad de género y étnica a fin de asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención por parte de las mujeres y sus familias o en la prevención de los embarazos no deseados	Indicador 3.1 Una campaña diseñada y promocionada en radio y televisión sobre signos y síntomas de riesgo, alarma y transmitida al menos 3 veces al día en horarios de alta audiencia. Indicador 3.2 Una campaña diseñada y promocionada en radio y televisión que informe sobre los derechos a un atención universal de los servicios obstétricos y transmitida al menos 3 veces al día en horarios de alta audiencia Indicador 3.3 El 100% de las campañas de medios diseñadas y promocionadas son traducidas en el 100% de las lenguas habladas en los 8 estados Prioritarios y se transmiten en los medios locales de radio y televisión. Indicador 3.4 El 100% de las embarazadas que acuden a control prenatal a los servicios públicos de salud han elaborado su plan de seguridad (disponen de la cartilla) Indicador 3.5 El 100% de las mujeres atendidas por evento obstétrico en la red de servicios (24 x 365) han recibido información de APEO Indicador 3.6 El 100% de las mujeres atendidas por evento obstétrico que desearon la Anticoncepción Post Evento Obstétrico lo recibieron Indicador 3.7 El 100% de la red de servicios 24 hrs los 365 días del año cuentan con el cuadro básico y los insumos para proveer los servicios de planificación familiar establecidos en la norma de Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar Indicador 3.8 Incremento de 5% en la cobertura del uso de anticonceptivos y APEO en adolescentes y mayores de 35 años Indicador 3.9 No mas de 10% de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en los estados prioritarios

ÁRBOL DE PROBLEMAS



PANEL
“EL DERECHO A LA SALUD
DE MUJERES Y HOMBRES”

ALGUNAS REFLEXIONES —DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO— SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES

Mtra. Edda Alatorre Wynter

La salud es el mayor bien que puede poseerse. Para existir requiere de diversas acciones individuales y colectivas. Tiene que ver además con nutrición, vivienda, agua potable, saneamiento ambiental, control de fauna nociva, tratamiento de basuras, educación, trabajo, deporte, servicios sanitario asistenciales y muchísimos servicios más que se enmarcan en el ámbito de la salud pública. Algo tanpreciado y tan difícil de calificar, de cuantificar y, no obstante, tan fácil de proteger cuando se tiene la conciencia y la voluntad individual, social y política para hacerlo.

Cualquier análisis que pretendamos, objetivo y racional, debe considerar que la salud es:

- Un recurso ligado necesariamente al desarrollo de todas las poblaciones.
- Es un bien que no se genera solo, ya que requiere, además de acciones individuales, familiares y sociales, de la intervención de los Estados para asegurar las condiciones que la hagan posible.
- Finalmente, la salud es un derecho humano.

Sobre la primera consideración: un bien ligado al desarrollo de todas las poblaciones es una gran verdad que cada día cobra mayor interés en el mundo entero; sin embargo, para efectos de este Foro, no lo abordaremos.

La segunda consideración: un bien que no se genera solo constituye un espacio para analizar algunas condiciones personales, familiares y sociales diferenciadas que determinan el tener o perder la salud en mujeres y en hombres.

Condiciones personales

- La situación vital específica de unas y otros, es decir: carga genética, sexo, raza, escolaridad, religión y ocupación.

Condiciones familiares

- El tipo y estructura de la familia.
- La distribución de las tareas intra y extra familiares.
- Las formas de relación, de solución de conflictos y la toma de decisiones.
- La distribución de los ingresos económicos.
- El uso del tiempo libre.
- Los modelos jerárquicos, sobre “el deber ser” esperado para unos y otras.

Condiciones sociales

- La orientación de las políticas del Estado y los criterios para establecer prioridades y gastos en materia de salud.
- Los modelos de atención y de formación de recursos humanos para la salud.
- La autonomía y presencia de Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales sobre derechos humanos.
- El fomento y protección de redes sociales.
- La implementación de programas de cuidado y protección integral para la niñez, las personas adultas mayores y las personas con alguna discapacidad.

El tema es sumamente amplio, sobre todo cuando se profundiza en los determinantes de salud diferenciados, en función no sólo del sexo biológico que, obvio, darán un patrón de patología específico para las mujeres y para los hombres, sino del género social adjudicado. Estamos entonces en el terreno del análisis de la salud desde otro enfoque, más complejo sí, pero realmente objetivo y racional de lo que ocurre con la salud de las personas mujeres y de las personas hombres, biológicamente diferentes pero constituidas socialmente como desiguales en detrimento de las mujeres.

En una sociedad donde lo diferente se interpreta como inferior, a partir de “un modelo ideal” paradigmático donde la raza blanca es “la raza”, la heterosexualidad es “la norma” y el hombre es “lo humano”, el resultado es sexismo, racismo, clasismo y diversas fobias sociales congruentes con una visión androcéntrica del mundo.

En este contexto es absurdo pretender una atención a la salud o una protección de los derechos humanos de tipo “unisex”, que aunque en teoría sea integral es obvio que excluye a las mujeres.

Desde la perspectiva de género —como herramienta para el análisis crítico del discurso androcéntrico— se explica que la distribución de tareas, de espacios y de atributos para las mujeres y para los hombres no se desprende directamente de las diferencias biológicas, sino que se constituye como un hecho social determinado. El problema es que los atributos, los roles y los espacios asignados a las mujeres son menos valorados que los asignados a los hombres, y esta diferencia se traduce en desigualdades que han pretendido explicarse como “naturales”, cuando se explican por la asignación de género.

El género es entonces una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual (Lamas, M., 1996: 12).

Desde un “modelo ideal androcéntrico” sufrirán diversas formas de discriminación las personas que no se ajustan a ser hombre, blanco, joven, culto, rico y sano. La discriminación hacia los hombres será por cualquier cosa, pero nunca por ser hombres, y a las mujeres por todo, pero especialmente por ser mujeres. A esto se le llama discriminación de género y es definitivamente un factor determinante de riesgo para la salud y la vida de las mujeres.

Analizar la realidad social en general, y la salud en particular, con perspectiva de género, tiene implicaciones profundamente democráticas; aporta valiosos elementos teóricos y metodológicos para fortalecer los movimientos sociales antisexistas y la cultura de los derechos humanos, pues contribuye a transformar el mundo de dominación de clase, de género, de raza y de etnia en un mundo de igualdad de derechos y de respeto a las diferencias.

La cultura androcéntrica o patriarcal, al tomar al hombre y a lo masculino como referente, como paradigma de lo humano, está afectando no sólo a las mujeres, si no de una u otra forma a todas las personas, e incluso los espacios ambientales, pues a partir de estos sistemas excluyentes se construyen las sociedades intolerantes, violentas y destructivas, así como las diversas formas de discriminación social, ya que “ese hombre para-

digmático” no es neutral en términos de raza, de clase, de edad, de salud, de educación, etcétera.

La condición de género da a las mujeres y a los hombres patrones diferentes, tanto de salud y de enfermedad, como de posibilidades para actuar en consecuencia. Las mujeres viven condiciones inequitativas para alimentarse, para dormir y descansar, para evitar los peligros del entorno, para participar en actividades políticas, para aprender, para decidir, para exigir, para proponer; en suma: para no cuidar de ellas mismas ni ejercer sus derechos humanos.

No es extraño entonces que las mujeres estén más expuestas a sufrir traumas físicos, sexuales y mentales, alteraciones en la nutrición y síndromes depresivos. Desde luego que las patologías ginecobstétricas adquieren otra dimensión por la desigualdad social o de género que incluye el control masculino sobre la sexualidad, la institucionalización de normas que admiten la sexualidad femenina sólo con fines reproductivos y que legitiman socialmente la poligamia y todas las formas de violencia hacia las mujeres.

Por su parte, los hombres aprenden que correr riesgos y ser violentos es parte de su hombría, por lo que están más expuestos a muertes violentas y accidentes, ansiedad y estrés; con frecuencia muchas patologías no son diagnosticadas ni atendidas a tiempo pues las ocultan al considerar que estar enfermos es un signo de debilidad.

El cumplimiento de las normas de género trae muchas otras consecuencias a los hombres, tales como:

- Represión de los sentimientos que aprendió que eran femeninos (ternura, compasión, prudencia).
- Paternidad irresponsable.
- Inseguridad, ansiedad.
- Altas tasas de suicidios y homicidios.
- Menor esperanza e vida.

Michael Kaufman, un estudioso del feminismo, señala: “las formas en que los hombres hemos construido nuestro poder individual y social son, paradójicamente, fuente de un enorme temor, aislamiento y dolor para nosotros mismos... si este mundo de poder y privilegio nos aparta del mundo de la crianza y la educación infantil, de relaciones de pareja responsables y afectuosas, estamos creando hombres saturados de problemas paralizantes” (Kaufman, M., <http://www.jornada.unam.mx> 2000).

Como vemos, la condición de género es determinante en el proceso salud/enfermedad de las mujeres y los hombres por tres razones fundamentales:

- Por exposición diferencial a los riesgos.
- Por acceso, también diferencial, a los satisfactores que favorecen la salud.
- Por asimetría en el poder para satisfacer necesidades básicas y autocuidarse.

Señalamos al principio que ninguna consideración sobre la salud estará completa si no la vemos como derecho humano. Esto cambia la idea de que el cuidado y la protección de la salud es una concesión de los gobiernos. No, es un derecho. Todas las personas por el hecho de existir son titulares de derechos humanos; los gobiernos no los otorgan, están obligados a respetarlos y a asegurar las condiciones que hagan posible su disfrute.

El tema sobre el desarrollo histórico que ha tenido el reconocimiento de los derechos humanos es extenso y apasionante, sobre todo las luchas para cuestionar el carácter neutral e incluyente de la Declaración Universal de Derechos Humanos y hacer evidente que desde el momento en que un código sobre derechos se elabora desde una visión masculina paradigmática, por más que en teoría se explicita la no exclusión de personas por ninguna condición, muchos grupos quedaron excluidos y más de la mitad de la población del mundo: las mujeres.

Una de las características de los derechos humanos es su dinamismo; su significado se amplía en la medida en que la gente considera sus necesidades y esperanzas en función de ellos. Su protección se sustenta en un régimen que es siempre susceptible de ampliarse, nunca de restringirse.

Se ha logrado mucho, pero aún falta por hacer, sobre todo para reconocer y hacer realidad los derechos de las mujeres. Este proceso ha demandado no sólo la adquisición de derechos que eran ya asequibles al mundo masculino, sino que se necesita el reconocimiento a la diferencia de aspiraciones por parte de las mujeres. El camino es largo cuando la meta es modificar las condiciones sociales que reproducen las relaciones inequitativas entre mujeres y hombres; alcanzar esta meta conlleva necesariamente la eliminación del hombre como paradigma de lo humano.

La humanidad es por definición diversa —no desigual. Cuando lo diferente se interpreta como inferior se discrimina, se violenta, se pisan los derechos humanos.

Eliminar al hombre como referente de lo humano es una tarea en la que los organismos defensores de los derechos humanos tienen una responsabilidad histórica, siempre y cuando sean capaces de reconocerse como instituciones androcéntricas o patriarcales (como cualquier otra institución) y estén dispuestos a reconstruirse incluyendo la visión de la mitad de la humanidad, ausente hasta hoy.

No debemos olvidar que si bien los derechos humanos tienen su raíz en la dignidad y el valor de la persona humana, esa persona no es un ser neutro, se materializa, existe en un cuerpo sexuado diferente; aquí debe empezar otra construcción de persona, otra donde las diferencias biológicas no signifiquen asimetrías en valor ni en dignidad.

De otra manera estaremos reproduciendo diversas formas de subordinación jerárquica y de violencia estructural socialmente legitimada, aun desde las mismas instancias defensoras de los derechos humanos. Sólo en un mundo sin estereotipos de género será real el que los derechos humanos constituyen un paradigma de justicia universal.

BARRERAS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA

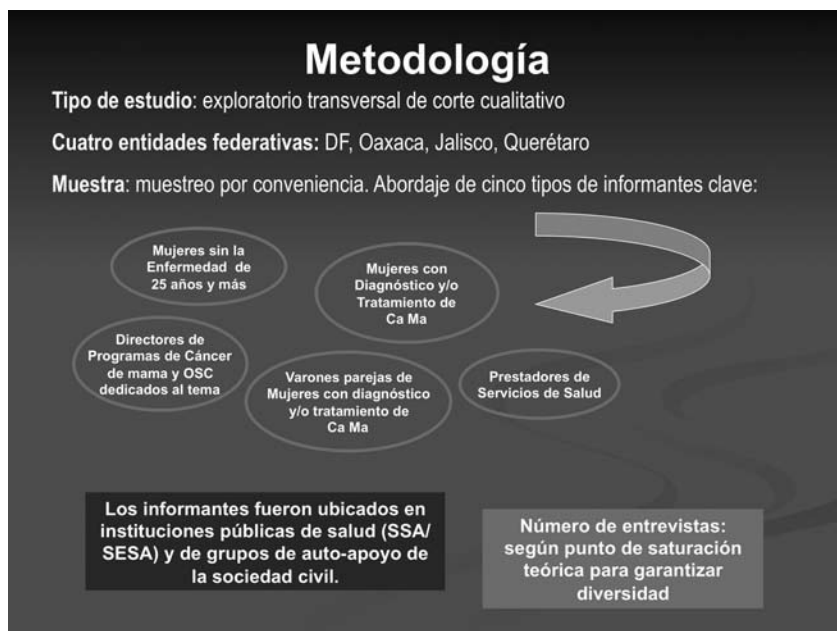
*Dr. Gustavo Nigenda López**

En México el cáncer de mama se ha convertido en un importante problema de salud pública. Con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado. A partir de 2006 se constituye como la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad, con 4,440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres en este rango de edad, lo que representa un incremento de 9.7 % en relación con los años 2000, 2002, 2003 y 2004. La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales, es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. Por esto la importancia de la detección temprana de la enfermedad y, por ende, del acceso a servicios de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio en áreas urbanas de cuatro entidades federativas: Distrito Federal, Jalisco, Oaxaca y Querétaro, para analizar los factores relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer de mama femenino desde la perspectiva de mujeres mexicanas de 25 años y más, sus parejas y el personal de salud encargado de la atención en las unidades para conocer las barreras sociales, culturales, geográficas, económicas, conductuales, familiares y organizacionales que inciden en

* Colaboradores: doctora Luz María González-Robledo, doctora Marta Caballero, maestra María Cecilia González-Robledo y Ángel Zarco.



la búsqueda de atención de esta patología. El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto de 2008 y enero de 2009 y se realizaron 89 entrevistas (43 en profundidad a mujeres diagnosticadas y varones parejas de estas mujeres y 46 semiestructuradas a actores clave y prestadores de servicios de salud) y nueve grupos focales (a mujeres mayores de 25 años sin la patología).

Los hallazgos se centran en las barreras informativas, de contacto con los servicios de salud y las sociales, culturales y económicas por parte de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el tránsito por la enfermedad. A partir de los resultados se formularon algunas recomendaciones para los tomadores de decisiones del sistema de salud, que orienten el desarrollo de acciones que conduzcan a facilitar el acceso a la detección temprana del cáncer de mama.

Barreras para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento del CaMa

La Experiencia de México

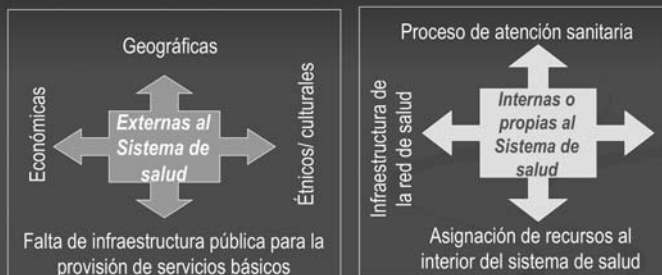
- De información
- Económicas
- Culturales
- De la organización

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos.

En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y, por ende, del acceso a los servicios de salud.

Barreras del sistema de salud: organización de servicios

Obstáculos que impiden o dificultan el acceso a la atención en salud



El acceso se concibe como el proceso de interacción entre usuarios y servicios, con la finalidad de permitir que el individuo enfermo reciba el servicio. En otras palabras, es la capacidad que tiene la población de buscar servicios de salud y obtener atención. El acceso depende de factores propios de la población, la organización y el otorgamiento de los servicios y las relaciones entre ellos. El escaso uso de los servicios en caso de necesidad por parte de la población es evidencia de barreras u obstáculos, las cuales pueden ser geográficas, culturales, económicas, funcionales, de información, legales y de género.

Tres grandes tipos de barreras han sido identificadas

- Socio-culturales
- Económicas
- Organización Servicios de Salud

BARRERAS DE ACCESO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Barreras de acceso a la información

Dentro de las barreras de información para la población se destacan su disponibilidad, la información para la identificación de síntomas y las fuentes de información. Respecto de la disponibilidad, en general, la población cuenta con información sobre el cáncer de mama, el autocuidado de los senos y los métodos para la detección oportuna de esta afección.

Barreras de Acceso a la información

1. Disponibilidad



2. Identificación de síntomas

Sin embargo, existe una diferencia importante entre la cantidad y la calidad de la información disponible, aquella con la que cuenta la población, y la manera en que las personas elaboran, a partir de ello, ciertos saberes o conocimientos sobre la enfermedad, su detección oportuna, consecuencias, atención y tratamientos. Es decir, la forma en que la población apropia la información y la convierte en conocimiento. Otra característica de la información disponible para la población es que se encuentra atomizada y es heterogénea, por lo que se hace necesario buscar mecanismos más adecuados para difundirla. Con relación a la información para la identificación de síntomas los diversos informantes señalaron que, en general, las mujeres desconocen el procedimiento para hacerse una autoexploración “correcta”.

Finalmente, las mujeres reciben información a través de diversas fuentes como folletos-dípticos y trípticos que leyeron en alguna visita al ginecólogo, pláticas con otras mujeres, artículos de revistas o por haber vivido un diagnóstico de cáncer de mama de algún familiar o persona cercana.

Barreras de Acceso a la información

3. Fuentes de información

MUJERES		PAREJAS
• Políticas de oportunidades • Grupos de apoyo • Programas de televisión		• Internet como primera fuente • Proviene de las esposas o parejas • Al acompañarlas a las consultas • Revistas • Grupos de auto-apoyo
PRESTADORES		ACTORES CLAVE
• Planes de estudio de su carrera de formación • Cursos de capacitación especializados		• Experiencia propia de cama • Congresos • Cursos de capacitación

Barreras de contacto con los servicios de salud

Desde la posición de los usuarios (mujeres diagnosticadas y sus parejas varones) se identificaron las siguientes barreras de acceso a los servicios de salud: falta de disponibilidad de servicios; falta de oportunidad en la atención; carencia de recursos tecnológicos, materiales y humanos en los servicios públicos y de la seguridad social; largos tiempos de espera; exceso de requisitos burocráticos y tramitología; poca confianza en la atención institucional y escasa resolución de sus demandas y necesidades; además de los elevados costos de atención y de medicamentos en el ámbito privado.

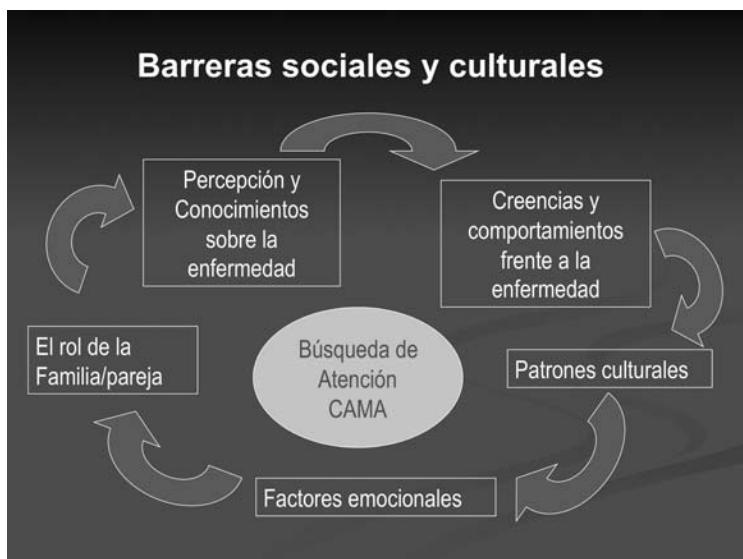
Barreras de organización de los servicios

Detección y diagnóstico		Tratamiento
■ Largos tiempos de espera para la programación de citas. ■ Falta de información veraz y oportuna.		■ Falta de tecnología y especialistas.
■ Impericia o negligencia de los prestadores. ■ Diagnósticos tardíos.		■ Falta de información veraz y oportuna. ■ Trato deshumanizado.
■ Falta de infraestructura ■ Falta de recursos para la atención y diagnóstico. ■ Obstáculos burocráticos.		■ Falta de medicamentos. ■ Obstáculos burocráticos
■ Largos tiempos entre consultas que llevan a diagnósticos tardíos. ■ Falta de infraestructura moderna. ■ Saturación de servicios.		■ Largos tiempos de espera y diferimiento de la atención. ■ Falta de equipo.

Una opinión generalizada en las mujeres con CaMa (particularmente las diagnosticadas tardíamente) y sus parejas es que los médicos de primer contacto (médicos generales, familiares y ginecólogos) no tienen ni el entrenamiento ni los conocimientos actualizados para detectar tempranamente el cáncer de mama. Con relación a la interacción médico-paciente se observaron relaciones de dependencia por parte de las mujeres (aceptan los argumentos e indicaciones de los médicos sin cuestionarlos); negligencia médica (el médico prescribió tratamiento sintomático sin ninguna elaboración diagnóstica, no le dio importancia a las quejas de las usuarias, no entregó a tiempo los resultados de estudios diagnósticos o por su impericia para diagnosticar a tiempo el cáncer de mama); maltrato físico y psicológico por parte de personal de salud (trato deshumanizado, descortés y en algunos casos agresivo que les dan durante el proceso de atención, descalificación la manera como algunas mujeres entienden y atienden la salud y la enfermedad), y deficiencias en la cantidad y la calidad de información recibida durante la consulta sobre la enfermedad y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los cuales debe someterse la mujer enferma. La mayoría de los entrevistados señaló la poca disposición de los médicos generales y especialistas de brindar información amplia, completa y clara sobre la enfermedad. Por su parte, los prestadores de servicios públicos de salud (médicos generales, enfermeras y promotores de salud del primer nivel de atención, oncólogos, radiólogos, cirujanos, psicólogos y trabajadoras sociales en el tercer nivel de atención) refieren como barreras para el acceso a la atención la escasez de recursos; el exceso de trámites burocráticos para referir a las mujeres a estudios de mamografía, ultrasonido y pruebas más especializadas para detectar y confirmar posibles casos de cáncer mamario; los tiempos de espera respecto de la atención, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, y en muchos casos la insuficiente capacitación, entrenamiento, habilidades y destrezas de los profesionales para la detección temprana del cáncer de mama.

Barreras sociales, culturales, familiares (parejas) y económicas

En lo que se refiere a la pareja, en algunas ocasiones también puede ser un obstáculo en la búsqueda de atención pues expresan una negación a que sus mujeres sean vistas y tocadas por otros varones, aunque sean médicos y la intencionalidad de la revisión sea la prevención y la salud de la mujer,



actitud que varias mujeres entrevistadas y diagnosticas con CaMa pero ahora trabajando en pro de algún grupo de autoayuda, y los mismos actores claves y prestadores de servicios de salud señalan como parte del “machismo” en México, machismo que llega a ser un obstáculo para la búsqueda de atención por las mujeres.



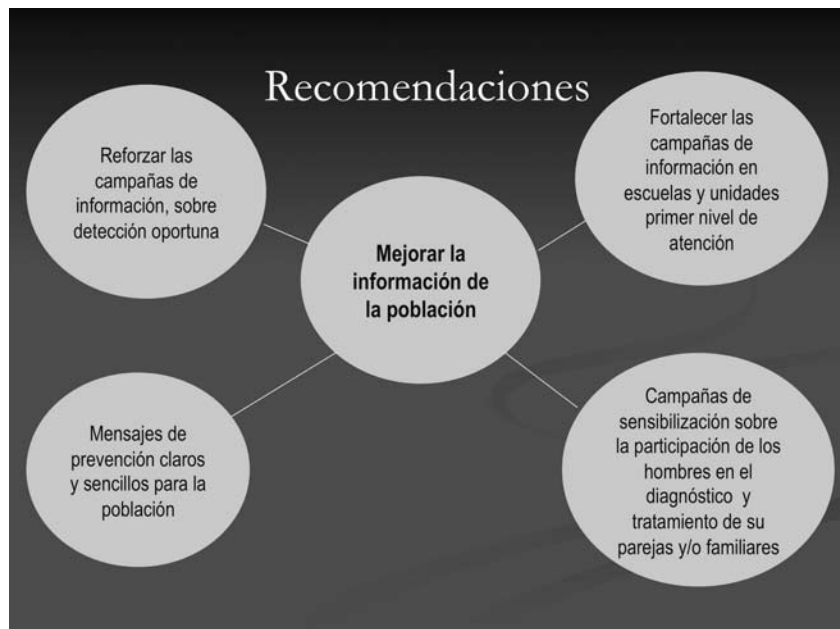
Los varones viven la experiencia del cáncer de mama como un rechazo, un alejamiento de la pareja, una soledad mezclada de miedo a lo que se enfrentan. Los tratamientos prolongados además de las consecuencias de algunas cirugías (para algunas mujeres significó mastectomía radical del seno o de los dos senos) suspenden la vida sexual, la intimidad de las parejas, por lo que los espacios de afecto se reducen en momentos de crisis, provocando en ocasiones un distanciamiento de las parejas a lo largo del proceso de la enfermedad. Desde la perspectiva de las mujeres la búsqueda de atención es pospuesta debido a la existencia de otras prioridades en su vida cotidiana como la crianza de los hijos, la atención a la pareja, la familia o el trabajo.

También la capacidad económica y el aseguramiento determinan en gran medida la búsqueda, acceso y utilización de los servicios de atención por parte de las mujeres con cáncer de mama.



En este sentido, las mujeres que cuentan con seguridad social buscan atención principalmente en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); las mujeres sin aseguramiento o con

Seguro Popular usualmente buscan atención en las unidades médicas de la red pública, tanto del ámbito estatal como del federal, y las que cuentan con mayores recursos económicos asisten a hospitales privados (pago de bolsillo o seguro de gastos médicos mayores).



RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS DIRIGIDAS A MEJORAR LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN

Los mensajes específicos deben estar dirigidos a sensibilizar a los hombres y crear en ellos un sentido de corresponsabilidad para la atención de la enfermedad.

Los mensajes dirigidos a la población deben ser positivos y promover prácticas dirigidas a la búsqueda de atención temprana.

La información provista en escuelas y centros de salud debe ser clara y precisa e invitar a las mujeres a que ante cualquier signo de anormalidad en sus senos acudan a buscar atención a un centro de salud.



RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A MEJORAR LA ATENCIÓN

Ofrecer cursos de actualización a médicos familiares en instituciones públicas y ginecólogos en consultorios privados sobre la identificación de los signos patognomónicos del cáncer de mama.

Solicitar a las asociaciones, colegios y consejos de médicos que promuevan entre sus afiliados la necesidad de asegurar un alto estándar de comportamiento clínico ético tanto en las instituciones públicas como en las privadas. Solicitar al consejo de certificación de ginecología y obstetricia una sección para certificar el conocimiento de los médicos sobre el cáncer de mama.

Reducir los tiempos de procesamiento de casos en las instituciones públicas.

HOMBRES, MASCULINIDAD Y SALUD

Psic. Luis Gerardo Ayala Real

En los últimos años algunas investigaciones (L. Bonino, 2002; B. de Keizer, 1997) han colocado en el centro de la atención cómo es que las formas en que son socializados los hombres impacta de manera muy importante en su situación de salud.

Problemática que invita a observar y a estudiar de manera cuidadosa cómo son los procesos de socialización de los hombres en las diferentes etapas de la vida.

Inicio esta presentación con un breve comparativo de los principales problemas de salud de hombres y mujeres jóvenes, para presentarles posteriormente algunos datos sobre morbilidad de los hombres jóvenes entre los 15 y los 25 años de edad en México, para después problematizar críticamente la relación entre socialización y los problemas de salud de los hombres; hablaré de manera general de la situación de salud de los hombres en otras etapas de su vida, y finalmente hago algunos comentarios al Plan Nacional de Salud y aventuro algunas posibles propuestas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES

Haciendo una revisión rápida y somera me encuentro con el siguiente panorama:

1. Problemas específicos de los hombres, como el cáncer de próstata, de pene y de testículo.
2. Problemas que podemos considerar como comunes en ambos, tales como diabetes, hipertensión, etcétera.

3. Y un tercer apartado de problemas específicos de las mujeres, como el cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y otros relacionados directamente con el proceso reproductivo, donde los hombres estamos totalmente implicados en todas las formas de violencia hacia las mujeres, las niñas y los niños, los embarazos no planeados, los abortos, las ITS y el VIH/Sida.

Enfocando el rango de edad entre los 15 y 19 años¹ de edad, es decir, hombres jóvenes, aparecen como principales causas de muerte en el año 2000 las siguientes:

1. Agresiones.
2. Accidentes de vehículo automotor.
3. Suicidios.
4. Peatón lesionado.
5. Ahogamiento y sumersión.

En el mismo rango de edad pero en el año 2007² sólo observamos leves desplazamientos de las causas, sin modificaciones significativas:

1. Accidentes de tránsito.
2. Homicidios.
3. Suicidios.
4. Ahogamiento y sumersión.
5. Peatón lesionado.

Ante este panorama, ¿cómo ubicamos los problemas de salud mental de los hombres?

Es necesario mencionar, aunque sea brevemente y sin profundizar, que la OMS nos dice que la salud mental es la capacidad de las personas para realizar y poner en práctica sus proyectos de vida. Es decir, nos habla de un proceso complejo de construcción social cotidiano, individual y colec-

¹ Fuente: INEGI y Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. En *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, 2003.

² Fuente: Sinais, Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2007.

tivo del ser humano en relación con sus sentimientos, su cuerpo, su sexualidad y su medio.³

Bajo esta concepción podemos identificar problemas como el estrés y la depresión, las adicciones a diversas sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas, las diferentes formas de violencia, incluso los mal llamados “accidentes”,⁴ pues se da por sentado que son sucesos fortuitos e inesperados, negando de principio que en ellos medie una decisión en un nivel inconsciente del individuo, los suicidios y homicidios. Todos estos problemas de alguna manera encubren la verdadera dimensión de la problemática de la salud mental de los hombres.

Me llama poderosamente la atención cómo, en los últimos dos años en nuestro país, se viene implementando una estrategia gubernamental llamada “Guerra al narcotráfico”, con el propósito de erradicarlo, no se habla, sino en un segundo término de reducir el uso y abuso en el consumo de sustancias entre las y los jóvenes.

Haciendo una simple comparación aritmética observo lo siguiente: durante el año 2007-2008, producto de esta “guerra” contra el narcotráfico, según datos del periódico *La Jornada* han muerto aproximadamente 10 mil personas (la gran mayoría hombres), mientras que por intoxicación por abuso en el consumo de drogas ilegales como la marihuana y opioides (opio, morfina y heroína), durante el año 2002 han muerto 204 personas.⁵

Esta situación me hace pensar en un verdadero extravío de la brújula para afrontar con éxito la problemática del uso y abuso de sustancias entre los hombres jóvenes en México, o francamente lo que se pretende es otra cosa que no se menciona con claridad.

Con base en mi experiencia como facilitador de múltiples talleres con grupos de hombres, puedo afirmar que el significado de ser “hombre” sigue intacto en su relación con el ejercicio del poder, la autoridad y el orden social y se expresa en el cuerpo y en la salud de los propios hombres.

³ Salud y Género, A. C., y cols., Manual 4, *Razones y emociones*, de la serie de manuales “Trabajando con hombres jóvenes”, México, Salud y Género y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2005.

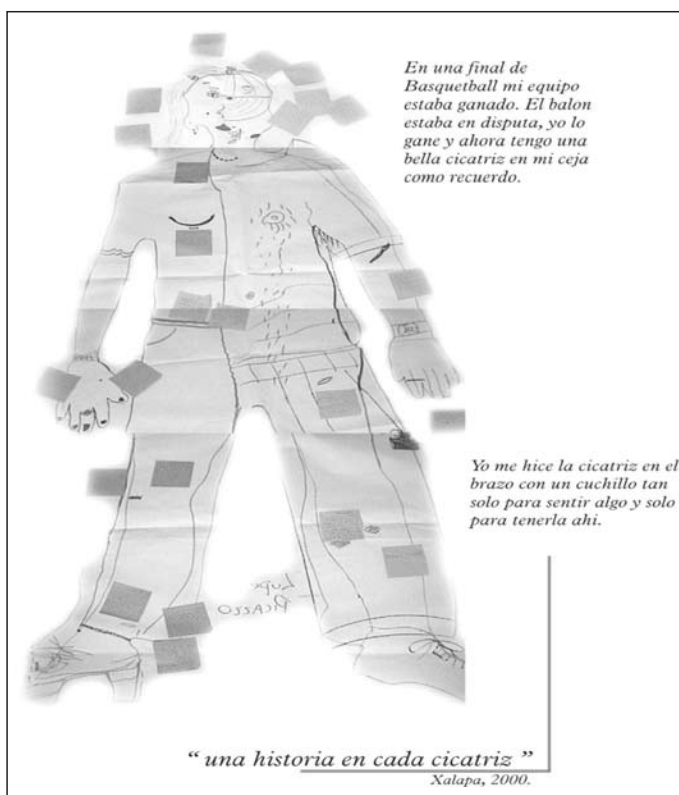
⁴ *Accidens, término latino*. Es el acontecimiento inesperado, repentino e involuntario que puede causar daños a personas o empresas.

⁵ Fuente: Observatorio Mexicano en Tabaco Alcohol y Otras Drogas 2003 / SISVEA, Servicio Médico Forense.

Durante un taller con hombres jóvenes que hicimos en Xalapa, Veracruz, en el año 2000,⁶ a través de una técnica educativa llamada “Una historia en cada cicatriz”, escuchamos testimonios verdaderamente elocuentes:

“En una final de basquetbol, mi equipo estaba ganando. El balón estaba en disputa, yo lo gané y ahora tengo una bella cicatriz en mi ceja como recuerdo”.

“Yo me hice la cicatriz en el brazo con un cuchillo, tan sólo para sentir algo, y sólo para tenerla ahí”.



⁶B. de Keijzer y cols., “Constructing New, Gender-Equitable Identities: Salud y Genero’s Work in México. IGWG”, en *Three Case Studies: Involving Men Address Gender Inequities*, 2003.

Así, podemos observar como en la vida cotidiana, en sucesos aparentemente sin importancia, la subjetividad emerge para orientar el comportamiento que reproduce y recrea la cultura del cuerpo masculino.

Es fundamental explorar en la subjetividad y en la historia emotiva de los hombres para encontrar más pistas que nos permitan identificar las formas en que se encuentra inscrita, se reproduce y recrea la socialización de género masculino, los costos y daños que ocasiona a su propia salud y calidad de vida, tanto como la afectación y daño ocasionado a la salud de las mujeres.⁷

Los hombres seguimos siendo educados para responder a expectativas sociales donde las situaciones de riesgo no se identifican como tales, producto del aprendizaje que obliga a negar la emoción del miedo, aprendido y reforzado en diferentes etapas de la vida, de ese modo se atrofia el mecanismo humano que nos permitiría evitarlo y prevenirlo; en cambio se estimula y espera que sea enfrentado como parte de lo que se espera socialmente debe ser un “verdadero hombre”.

Siguiendo con el proceso complejo y contradictorio de socialización masculina vemos cómo a la negación de ciertas emociones como el miedo aparecen también mecanismos sociales que inhiben en los hombres la posibilidad de buscar ayuda ante un problema, por el temor a ser visto como débil, así las actitudes temerarias y la exposición a riesgos son las formas más reconocidas y valoradas para mostrarse públicamente como hombres.

¿De qué manera se viene enfrentando la situación de salud de los hombres en el Plan Nacional de Salud?

De entrada podemos observar programas como el de vasectomía sin bisturí, que no reconoce ni plantea una situación diferencial según las etapas de la vida, pues definitivamente no es una opción para los hombres más jóvenes.

De la misma manera están ausentes estrategias educativas para que los hombres jóvenes aprendan formas sencillas de hacer detección oportuna de cáncer de próstata, de pene y de testículo.

⁷ G. Ayala y G. Sánchez, “Identidades masculinas y la salud de las mujeres”, en *Revista del Instituto Nacional de Perinatología*, vol. 18, núm. 1. México, 2004.

CÓMO SE ATIENDEN OTROS PROBLEMAS Y LA NECESIDAD DE REFORZAR Y AMPLIAR LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD

Vemos una preocupante ausencia de estrategias educativas que coadyuven en la detección oportuna de factores de riesgo para que algunos hombres se conviertan en perpetradores *de violencia hacia las mujeres, las niñas y los niños*, en el nivel personal, relacional, comunitario y social, de acuerdo con el modelo ecológico.⁸

Del mismo modo pero en sentido inverso están ausentes estrategias que coadyuven a reforzar los factores de protección.

Más allá de las consabidas campañas que buscan erradicar el consumo de drogas, no hay evidencias claras de programas de cuidado y *promoción de la salud mental y prevención de adicciones* con un enfoque amplio e integral, que transite de la prohibición absoluta a la educación para el consumo.

Con excepción de un par de campañas impulsadas desde el programa de prevención de VIH, en torno a la promoción de la diversidad sexual y prevención de la discriminación, para reducir el estigma y la discriminación por homofobia, no existen otras acciones precisas.

Qué decir de la *participación de los hombres* en el diseño de estrategias para reducir los factores socioculturales predisponentes en las muertes maternas, en la prevención de embarazos no deseados, en la prevención de abortos, las ITS, el VIH, en el parto, puerperio, cuidado y crianza de hijos/as. En fin, parece que los hombres siguen siendo los eternos ausentes del Plan Nacional de Salud.

Esta situación descrita someramente me hace pensar en la necesidad de impulsar con un verdadero compromiso de Estado, un trabajo para el desarrollo de estrategias preventivas, el cuidado y la promoción de la salud integral dirigido a los hombres jóvenes en México.

Uno de los aportes más importantes que hemos generado desde Salud y Género, A. C.,⁹ junto con otras organizaciones brasileñas, basado en el

⁸ Diny's Luciano, 2009. Development Connections y UNIFEM. Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres, Washington, D. C.

⁹ Organización de la sociedad civil que viene trabajando en el desarrollo de modelos y estrategias educativas en salud dirigidas a mujeres y hombres jóvenes, con un enfoque relacional, desde 1995, cuenta con una oficina en la ciudad de Querétaro, Querétaro, y otra en Xalapa, Veracruz.

Programa H Iniciativa Binacional (México-Brasil), es el impulso modesto pero constante y comprometido del diseño e implementación de una estrategia educativa a manera de diplomado llamado Trabajando con Mujeres y Hombres Jóvenes; Género, Equidad y Salud, con profesionales del Sector Salud que ya alcanza la generación número 23, realizadas hasta hoy en seis estados de la República Mexicana.

HOMBRES, MASCULINIDAD, VEJEZ Y REDES SOCIALES

Es innegable la importancia que día a día adquiere desarrollar estrategias que contemplen a la población adulta pues el proceso de envejecimiento que se viene dando en nuestro país así lo demanda. El envejecimiento y sus consecuencias en la salud-enfermedad se viven de manera diferencial entre mujeres y hombres, veamos lo siguiente:

- Casi dos terceras partes de hombres han trabajado 40 años o más (10 % mujeres).
- A los hombres se les dificulta pedir apoyo, de cualquier tipo.
- Los hombres padecen enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebro-vasculares.
- Muchos hombres sólo entran en contacto con el Sector Salud cuando son niños y al final de sus vidas, sin participar en programas de prevención.
- De manera general muchos hombres viven con temor a no cumplir su papel de proveedor de la familia hasta el final de la vida.
- Utilizan con menos frecuencia las redes de apoyo social formal y durante la vejez recibe menos apoyo social y familiar.
- Las redes sociales de las mujeres son más densas, efectivas, duraderas y multifuncionales. Los hombres sólo están “esperando la muerte”.
- La soledad es la experiencia más aguda en los hombres que viven solos (no tienen a alguien que los cuide y atienda hasta el final de su vida).¹⁰

¹⁰ Sandra Treviño-Siller, Margarita Márquez Serrano y Blanca Pelcastre. INSP. México, 2007.

AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN A LA SALUD

Es importante reconocer que junto con otras condicionantes sociales, como la clase y la etnia, el género está presente de manera fundamental y lo podemos observar en:

- La percepción que tienen algunos hombres de las enfermedades, así como la trayectoria que se sigue ante diversas enfermedades.
- La vivencia y aceptación de rol de “paciente”.
- Las dificultades para la incorporación de las prescripciones y cambios en el estilo de vida, y finalmente la percepción misma del proveedor/a de los servicios de salud.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Es fundamental reconocer la necesidad de ampliar y profundizar en el estudio y desarrollo de estrategias para el diseño, desarrollo e implementación de políticas públicas que resuelvan de manera clara y urgente:

- La fragmentación de problemas y programas que impiden ver la articulación de la salud mental sexual y reproductiva; la violencia; las ITS; el VIH; las adicciones, y los suicidios.
- El diseño e implementación de programas integrales: no sólo vasectomías, sino complementar con una amplia promoción del uso de condón, acciones de prevención del cáncer de testículo y/o de pene.
- Incluir a hombres jóvenes y aquellos que no se identifican con la heterosexualidad.
- El diseño e implementación de una política *relacional* de género, que aborde las especificidades de los géneros, y que impulse decididamente la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.
- Finalmente urge una propuesta que permita la articulación de otros componentes, como la sistematización de experiencias, la evaluación y la investigación.

MASCULINIDAD PATRIARCAL: OBSTÁCULO AL DERECHO A LA SALUD DE MUJERES Y HOMBRES

Lic. Jaime Javier Aguirre Martínez

Analizar la historia con perspectiva de género¹ es observar el ejercicio del poder² despótico que perjudica a las mujeres y a los hombres de manera diferenciada, no obstante, sus secuelas generan infelicidad en ambos, provocando inclusive la muerte de millones de personas.

A esta forma de ejercer el poder se le han dado diversas explicaciones y nombres, entre los principales, patriarcado y ejercicio de masculinidad hegemónica. Sin embargo, para no entrar en detalles utilizaré el concepto de patriarcado en esta presentación y de esta manera exponer las prácticas de los hombres, sus causas y algunas consecuencias.³

¹ “La perspectiva de género puede ser entendida como un enfoque que parte de cuestionar la desigualdad social existente entre hombres y mujeres, y busque en dicha inequidad las causas fundamentales del problema. Entendiendo al género como una categoría analítica que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca de lo que son los hombres y las mujeres, y que se usan para justificar este tipo de desigualdad”. A. Rendón y J. Aguirre, (2009). *Violencia masculina hacia las mujeres: modelo de prevención y atención a la violencia de género en Colima*. Instituto Griselda Álvarez, *Comunicación Interna*.

² El término “poder”, para este trabajo, deberá ser entendido como el “control” en dos grandes aspectos: a) sobre los recursos, ya sean físicos, humanos, intelectuales, financieros y el de su propio ser, y b) sobre la ideología, entendida como las creencias, valores y actitudes. S. Batliwala, (1993), “Empoderamiento de las mujeres en Asia del Sur. Conceptos y prácticas”, mimeo., segundo borrador, 1993. Traducción de Jennifer Bain, R. J. Cook y F. Fathalla, “Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing”, en *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, núm. 3, septiembre de 1996.

³ Para comprender de una manera amplia el concepto de Masculinidad Hegemónica se recomienda leer el trabajo *Clásico para el Occidente*, de R. Connell, (2003 [1995]). *Masculinidades*. Publicado por el Programa Universitaria de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México; así como el trabajo de V. Seidler (2000 [1994]), *La sin razón masculina: Masculinidad y teoría social*, publicado por la misma editorial. Para

Daniel Cazés señala que

[...] las sociedades patriarcales se distinguen por la distribución desigual del poder ejercido siempre en relaciones de dominio y opresión. En el patriarcado el hombre es el paradigma, y por eso los hombres como género tienen el dominio sobre las mujeres, quienes genéricamente son oprimidas. Además del poder genérico existen los poderes intergenéricos que ejercen algunos hombres sobre otros... con lo que se amplía y afina la gama de los procesos de dominio y opresión...⁴

Los hombres que nacen en una sociedad patriarcal sociabilizan e interiorizan una identidad masculina en base a una postura que privilegia la idea de que un hombre es superior a otros hombres; asimismo, internalizan que esta condición se adquiere y refuerza a partir de diversos rituales que pueden poner en riesgo su propia salud y la de las personas con quienes conviven.

En mi experiencia de trabajo con hombres he confirmado lo que parte de la teoría ha descrito sobre el patriarcado y el concepto del “*más hombre*”, entendido como:

- El más violento.
- El que toma más alcohol.
- El que toma más riesgos.
- El que tiene más parejas sexuales.
- El más autoritario.

Lo “paradójico” de estas competencias es que lejos de ser más hombres se muestran como seres irracionales, en virtud de que en la naturaleza humana en general y en la del hombre en particular golpearse hasta matarse o bien beber alcohol hasta perder la dignidad y conciencia, con el propósito de demostrar quién aguanta más, no forma parte de las características netamente humanas.

obtener información de trabajos mexicanos se recomienda leer la compilación de R. Montesinos, (2005), *Masculinidades emergentes*, publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. Para comprender de manera más descriptiva el concepto de patriarcado y sus orígenes se recomienda recurrir a los textos de Marta Lamas: *Cuerpo: diferencia sexual y género* (2002), y *Feminismo: transmisiones y retransmisiones* (2006), ambos publicados por editorial Taurus.

⁴ Daniel Cazés, *La perspectiva de género*, Conapo, Conam, p. 93.

Otro ejemplo al respecto lo observé en algunas regiones de Guerrero. Subirse a un toro de 900 kilos sólo para mostrar que no se le tiene miedo a nada “*total, si me pasa algo, está mi vieja para cuidarme*”. Situación que es distintiva de los hombres en el patriarcado, en donde la salud debe ser cuidada y procurada por las mujeres; los hombres no cuidan ni procuran la salud de nadie, incluyendo a su esposa, hijas e hijos y la propia.

Esta manera de pensarse y, por ende, de actuar puede ser parte de la explicación de la sobremortalidad de los hombres frente a las mujeres que también registra diferencias en función de las edades. Por ejemplo, en el año 2007 en el grupo de edad de 25 a 30 años se reportaron 307 hombres muertos por cada 100 mujeres, en este rango en esa situación. Siendo el estado de Michoacán la entidad federativa donde se observa una mayor sobremortalidad: 366 hombres por cada 100 mujeres.

Vale la pena observar que en este rango de edad los hombres consideran necesario reafirmar los elementos de identidad masculina patriarcal.

Lo anterior también explicaría por qué hay más mujeres que hombres en algunos grupos de edad en México.

En el estado de Puebla pude observar y documentar en el marco de las acciones del programa IMSS-Solidaridad que los hombres no dejaban que la mujer, que ellos consideraban “suya”, asistiera a la revisión para prevenir cáncer cérvico-uterino. No obstante que a esos hombres se les explicaban los riesgos que sufriría la mujer al no detectarle y atenderle oportunamente esta enfermedad; aun así no les permitían acudir a la consulta, argumentando al personal médico que el cuerpo de la mujer es de su propiedad (de los hombres) y que podían hacer y decidir con ese cuerpo lo que quisieran. Y realmente lo hacían.

Lo grave es que estos hombres eran y son los principales transmisores del virus de papiloma humano, generador principal del cáncer cérvico-uterino y que este virus lo adquirirían en ese constante reforzar su hombría con otras parejas sexuales, con el agravante de no usar protección de ningún tipo para demostrar que no le temen a nada. Esta práctica forma parte también del aumento de infección por VIH en las mujeres, mismas que ven su derecho a la salud sucumbir ante los mandatos de los patriarcas.

Como podemos darnos cuenta en esta región, así como en muchas otras de nuestro país, el ser más hombre tiene que ver con poner en riesgo la integridad de otras personas y no sólo la propia.

El patriarcado se expresa en todos los ámbitos de convivencia de mujeres y hombres, en donde las mujeres participan con marcadas desventajas. Éstos son algunos ejemplos:

- En ingresos según INEGI, las mujeres ganan 14 % menos que los hombres y ello explica por qué de cada tres personas pobres que hay en México dos son mujeres.
- Las mujeres analfabetas siempre superan a los hombres en cantidad y en algunos estados los duplican.
- En México, de 32 entidades federativas, sólo se cuenta con dos gobernadoras y 4 % de presidentas municipales, no obstante que las mujeres mayores de 18 años, registradas en el padrón electoral,⁵ son 107 por cada 100 hombres.

Con todo esto, podemos darnos cuenta de que el poder patriarcal está presente tanto en los espacios más íntimos como en los espacios donde se toman decisiones que repercuten en la vida de las personas, como es el caso de las políticas de salud, las cuales deberían considerar como eje para su elaboración el cumplimiento del derecho a la salud y no cuestiones presupuestales o caprichos de algunos funcionarios que construyeron su identidad en el patriarcado y consideran que las políticas y servicios institucionales pueden ser guiados por sus creencias y no por las prioridades manifiestas y la observancia y ejercicio de las leyes.

DERECHO A LA SALUD

Defino el derecho a la salud como un derecho humano inalienable que se adquiere al momento de nacer, por lo cual todas las personas que viven en México tendrían derecho a la salud. Sin embargo, tristemente constatamos en la cotidianidad que el acceso a este derecho está restringido. Aunque las instituciones gubernamentales señalan que todas y todos los mexicanos tenemos acceso a los servicios de salud, la realidad señala que las personas más vulnerables, las más pobres, las de capacidades diferentes, las de la tercera edad y las mujeres embarazadas carecen de servicios dignos; hecho que es más notorio en las comunidades alejadas de las zonas urbanas, porque los pocos centros de salud existentes sirven como bodegas, que se usan, en el mejor de los casos, una vez por semana cuando asiste el médico; claro está que el profesional no cuenta con equipo ni medicinas suficientes y obviamente con la consabida falta de asepsia del espacio.

⁵ IFE, Padrón electoral pagina web.

En las ciudades es frecuente que para un tratamiento pidan que el paciente traiga la medicina o para una operación de urgencia espere tres meses; ahora, ¿qué se puede esperar en el caso de requerir los elementos específicos para la detección de cáncer de próstata?, el cual es un cáncer que en México avanza y no así los servicios para atenderlo, actualmente representa 7 % de las defunciones por tumores malignos, con una tasa de 20 defunciones por cada 100,000 hombres de 25 y más años de edad,^{6,7} siendo las entidades federativas con mayor incidencia Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León y Veracruz.⁸

PATRIARCADO Y SALUD

Retomando el eje de esta presentación, en el patriarcado los hombres construyen y refuerzan su masculinidad de manera constante. Así, la masculinidad patriarcal se expresa en la distancia de lo femenino, a mayor distancia de lo femenino “*más hombre se es*”,⁹ o bien entre más cerca de lo femenino se corre el riesgo de dejar de ser hombre.

En lo cotidiano esto funciona de este modo: si las mujeres son limpias, los hombres para no parecer mujeres son sucios; si las mujeres expresan ternura hacia sus hijas e hijos los hombres se portan crueles para que no se dude de su fuerza y autoridad; si las mujeres cuidan la salud, los hombres no lo hacen pues el cuidado es un evento femenino del cual hay que alejarse.

Cuando el cáncer de testículo y de próstata es detectado amerita tratamientos que pueden incluir la extirpación, lo cual, para muchos hombres, puede significar la muerte emocional. A diferencia de cáncer en el estómago o en la garganta, el cáncer de testículo y de próstata lacera uno de los elementos de la identidad masculina: la virilidad que se vive como nu-

⁶ Dirección General de Epidemiología/SSA. (2000). Compendio de Cáncer 2000.

⁷ El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en los individuos mayores de 50 años, y en México es la tercera causa de muerte por motivo oncológico. SSA. (2001). Registro Hepatológico de Neoplasias en México.

⁸ SSA. (2001). Programa de Acción contra Cáncer de Próstata.

⁹ Para tener una descripción amplia de las diversas consideraciones del cómo se construye la masculinidad se recomienda leer el trabajo de N. Minello, (2002), “Masculinidad/es. Un concepto en construcción”, en *Nueva Antropología*, vol. 18(61), septiembre, pp. 11-30.

lificación al nulificarse el ejercicio de la sexualidad, y cuando esto sucede los hombres se sienten inservibles.¹⁰

En entrevistas con oncólogos se documentaba que cuando a un hombre se le notificaba el diagnóstico de cáncer de testículo o de próstata, lo primero que hacen es negarlo y buscar otro médico, posteriormente vienen periodos de violencia o de alcoholismo, y varias veces llegan a la depresión profunda. En algunas ocasiones la familia los convence de tomar un tratamiento, el cual requerirá que otros miembros de la familia dejen su vida para estar cuidando al enfermo, pues éste con cualquier pretexto abandonará el tratamiento. Llegando algunas veces al suicidio al dejar de medicarse y no encontrar, en su imaginario, alternativas para regresar a la vida plena.

La pregunta es ¿por qué los hombres sabiendo los riesgos no se previenen?, tal vez porque persisten falta de información y varios mitos; uno de ellos es que piensan que la detección de cáncer de próstata sólo es por tacto, lo cual implicaba un evento considerado femenino: ser penetrados, y muchos te podrán decir que prefieren morir a hacerse un examen para detectar cáncer de próstata.¹¹

ELEMENTOS QUE POTENCIAN LOS RIESGOS DE CÁNCER Y LIMITAN EL EJERCICIO AL DERECHO A LA SALUD

El ejercicio de este tipo de prácticas dentro de un sistema patriarcal, las cuales podrían denominarse el ejercicio de la masculinidad patriarcal, está presente en todos los espacios, incluidos los institucionales, en donde la distribución de los servicios indica las ideas que tienen quienes diseñan y operan las políticas públicas. Esto lo podemos ver en los siguientes índices:

¹⁰ Para obtener información referente a ciertos tratamientos utilizados en cáncer y su relación con la sexualidad se recomienda leer el trabajo de E. López y E. González, (2005), "Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte", en *Oncología*, vol. 28(3), pp. 164-169.

¹¹ Aguirre y Rendón (2008), en su investigación intitulada "Percepción social e individual de las formas de discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres en la costa de Chiapas: apuntes para el diseño de políticas públicas", describen como el proceso de la penetración en los hombres constituye una forma de simbolizar lo femenino, así como de nombrar a los hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres, de lo cual se pueden describir más de dos tipos de ser hombre en algunos espacios.

*Tasa global de fecundidad*¹²

	<i>Hijos por hombre</i>	<i>Hijos por mujer</i>
1976	¿?	5.7
1987	¿?	3.8
2009	¿?	2.1

*Mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos*¹³

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Nacional	¿?	70.8
Sinaloa	¿?	79.0
Guerrero	¿?	51.8

Considerando que el artículo 4o. constitucional dice que hombres y mujeres somos iguales ante la ley, esperaríamos saber cuántos hijos hay por hombre y también cuántos hombres hay usuarios de métodos anticonceptivos. Sin embargo, lo que revelan las cifras es que las que se embarazan son ellas, a las que hay que controlar son a ellas, así que las políticas para el manejo de la reproducción serán dirigidas a ellas, con lo cual están transgrediendo la Carta Magna, pues no cumplen con la igualdad que consigna la Constitución y con esto se demuestra la fuerza del patriarcado que va más allá de la fuerza del Estado plasmado en leyes.

Esto mismo pasa con los prestadores de servicios que desde la ventanilla limitan el ejercicio al derecho a la salud pues discriminan todo aquello que consideran no se ajusta a los patrones de la masculinidad aceptada, por ejemplo:

- Atienden de manera agresiva para desanimar el acudir a solicitar los servicios de salud.

¹² Conapo, Proyecciones de la población de México 2005-2050.

¹³ Conapo, Población de México en cifras.

- No atienden o retrasan los servicios para aquellos que no *parecen* hombres.
- No se diseñan servicios de salud específicos.

ALTERNATIVAS

Creo que mucho de lo que pasa en relación con el derecho a la salud, y posiblemente con el cáncer de próstata o testículo, se puede resolver con información adecuada, lo cual implica apegarse a la ley y distanciarse del paradigma de la masculinidad patriarcal.

Es necesario informar. Al realizarlo muchos hombres sabrían que detectar el cáncer de próstata significa que te extraigan un poco de sangre para estudiarla y hacerte un ultrasonido.

Es necesario desarrollar sensibilidad en todos los actores sociales, principalmente entre los funcionarios públicos de todos los niveles para que se puedan enviar los mensajes adecuados que logren que las personas, en particular los hombres, se acerquen a los servicios de salud.

Hace algunos años en una campaña para atender el cáncer de próstata en Sonora, después de la primera jornada, algunos preguntaban por qué no vienen los hombres para atenderse si es gratis.

En ese entonces la directora del Instituto Sonorense de la Mujer comentó: “aquí para que los hombres vayan al médico hay que decirles 10 veces”; la opinión se consideró en la transmisión de los mensajes radiofónicos, pues se pasaron 10 veces cada día y la presencia de hombres haciéndose los estudios se triplicó (por supuesto que acompañados de su mujer, pues “solitos” no van).

La lección aprendida es que frente a las particularidades de la identidad masculina en cada región se deben diseñar presupuestos para atender estas particularidades; a mí me quedó claro que en Sonora se debe presupuestar 10 veces más en comunicación.

En otras regiones del país una parte del presupuesto se debe canalizar a traductores pues de que otra manera se informa a hombres tarahumaras, tzotziles, zoques, mayas o mixtecos. Hasta hoy todavía no he visto ninguna campaña para atender cáncer de próstata o testículo en lengua indígena.

Es entonces que el derecho a la información es un componente importante para el ejercicio pleno del derecho a la salud. Siendo así que el derecho a la salud requiere que se cumplan las siguientes condiciones:

- Apegarse al marco jurídico.
- Información.
- Servicios específicos.
- Personal sensible y capacitado.
- Presupuestos suficientes.
- Infraestructura y equipo.
- Trabajo con hombres para crear una cultura de cuidado a la salud.
- Trabajo entre instituciones y organizaciones para desarrollar la agenda del derecho a la salud.

CÁNCER DE MAMA: PRIORIDAD APREMIANTE

Instituto Carso para la Salud

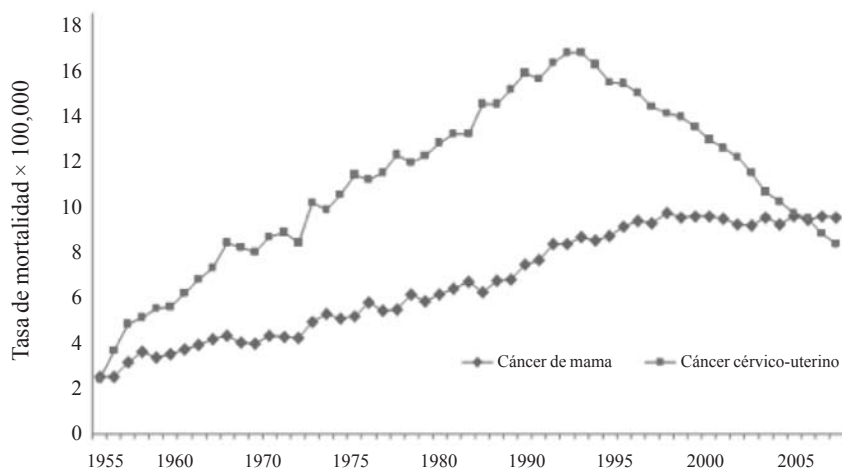
INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en mujeres es un grave problema de salud pública tanto en México como en la región de América Latina y el Caribe. Es una amenaza seria para la salud de la mujer y para el bienestar de su familia, para los sistemas de salud y para la sociedad misma.

La evidencia global señala que 45 % de los nuevos casos provienen de países en vías de desarrollo, donde la letalidad por la enfermedad es mayor pues representa alrededor del 55 % de las muertes por esta enfermedad.

El cáncer de mama es hoy, a diferencia de hace 15 años, una de las enfermedades con mayor incidencia en la mujer adulta de América Latina y el Caribe. En México, el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres y constituye la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años. Desde 2006, el cáncer de mama cobra más vidas al año que el cáncer cérvico-uterino. En contraste, en 1980 el riesgo de morir a causa del cáncer cérvico-uterino era dos veces mayor que el de cáncer de mama.

*Mortalidad por cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino
en México (1955-2005)*



El cáncer de mama se consideraba como una enfermedad de las mujeres adineradas, mientras que el cáncer cérvico-uterino se consideraba un padecimiento que se presentaba más en mujeres de bajos ingresos. Hoy se sabe que el cáncer de mama es un problema grave para ambos grupos.

Es también una realidad que el cáncer cérvico-uterino es más común entre las mujeres de bajo ingreso y por ello las mujeres pobres enfrentan hoy una doble carga al presentar un alto riesgo de padecer y morir por estos dos tipos de cáncer debido a la falta de detección temprana y de tratamiento.

La mayoría de las muertes por cáncer de mama pueden evitarse. La evidencia internacional señala que el cáncer de mama es curable si éste se detecta oportunamente y el tratamiento médico es el adecuado. En Estados Unidos, la tasa relativa de sobrevivencia a cinco años es del 98 % cuando la enfermedad es localizada en etapas tempranas (etapas 0 y 1). Un estudio de la Secretaría de Salud de México revela que hasta dos terceras partes de las muertes por cáncer de mama en mujeres menores de 75 años se pudieron evitar con la detección temprana de la enfermedad y con la aplicación del conjunto de tratamientos médicos que existen para aliviarla.

En México, como en la mayoría de los países de la región latinoamericana, el cáncer de mama es una enfermedad altamente sensible a mejoras en el acceso a la información y a las intervenciones relacionadas con la detección oportuna y su tratamiento.

A través del Programa Cáncer de Mama: Tómatelo a Pecho, apoyado financieramente por el Instituto Carso de la Salud, se busca identificar respuestas y apoyar proyectos de investigación y de acción, en aras de sumarse a los esfuerzos existentes de la sociedad civil y de los actores públicos para enfrentar este reto a la salud y a los sistemas de salud.

Su objetivo general es contribuir a reducir la letalidad de la enfermedad entre las mujeres de América Latina y el Caribe a través de la detección temprana y tratamiento eficaz.

Objetivos específicos:

- Aumentar el reconocimiento de la enfermedad, entre tomadores de decisión, prestadores de servicios de salud, mujeres en riesgo y la sociedad en su conjunto, como causa principal de la muerte y la potencial pérdida de años de vida saludable en las mujeres.
- Promover un mayor conocimiento entre las mujeres sobre la salud del seno.
- Mejorar la capacidad de los sistemas de salud para detectar la enfermedad en fases tempranas.
- Mejorar la dignidad del tratamiento que reciben las mujeres.

Dra. Felicia Marie Knaul Windish

EL CÁNCER DE MAMA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

Dr. Héctor Gómez Dantés, M. en C. Sarah Lewis,**
Dra. Luisa Torres Sánchez** y Dra. Lizbeth López Carrillo***

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama (CaMa) es el tumor maligno de mayor frecuencia y principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en el mundo, la morbilidad (casos) y la mortalidad (defunciones) por CaMa varían entre los países a nivel mundial y regional. La tendencia de la mortalidad es ascendente en países con pocos recursos como en los de mayor ingreso. Asimismo, la tendencia en la mortalidad por CaMa aumenta en la mayoría de los países con excepción de Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Holanda, Dinamarca, Noruega y Australia.

En los países en desarrollo, el CaMa emerge como un grave problema de salud debido a los altos costos económicos y sociales asociados a su atención. El interés por describir la situación de este tumor en América Latina y el Caribe (ALC) se debe no sólo al incremento generalizado en su incidencia y a su prominencia como una causa principal de muerte por cáncer en las mujeres en la región, sino también a la necesidad de que sea reconocido como un problema prioritario de salud pública.

A continuación se describe la magnitud de la morbi-mortalidad, así como la carga de la enfermedad debida al CaMa, con particular énfasis en la situación prevaleciente en México.

A. MORTALIDAD

A nivel mundial se diagnostican alrededor de 10 millones de nuevos casos de cáncer anualmente en hombres y mujeres. De los casi seis millones de

¹ Revisión de la literatura realizada por el Observatorio de la Salud: iniciativa para América Latina y el Caribe y Cáncer de Mama: Tómatelo a Pecho. Este estudio fue financiado por el Instituto Carso para la Salud. Contactar a hgdantes@hotmail.com y lizbeth@insp.mx.

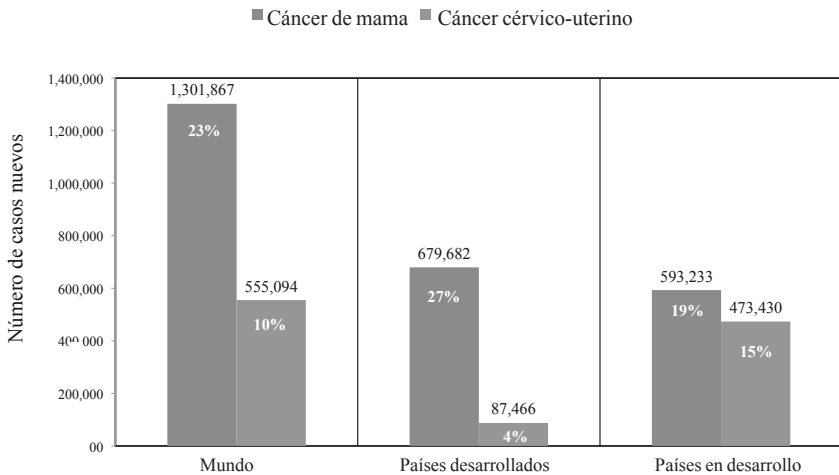
* Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud).

** Centro de Investigación en Salud Poblacional (INSP). Favor de NO CITAR sin previo aviso a los autores.

tumores malignos que ocurren en las mujeres, el más común es el CaMa, seguido por el cáncer cérvico-uterino (CaCu); el primero con aproximadamente el doble de casos que el segundo (1,301,867 casos de CaMa vs. 555,094 casos de CaCu) (figura 1). En contraste con el CaCu que predomina en países en desarrollo, el CaMa se presenta en gran magnitud tanto en países desarrollados (27 %) como en desarrollo (19 %).

FIGURA 1

Distribución proporcional y número de casos nuevos de cáncer mamario y cérvico-uterino en países de acuerdo con su desarrollo (2007)*



* Los casos nuevos a nivel mundial se obtuvieron de M. García *et al.*, *Global Cancer Facts and Figures 2007*, Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007, y se estimaron para países desarrollados y en desarrollo aplicando las tasas específicas de incidencia de cada región reportadas en GLOBOCAN 2002 a las proyecciones de población realizadas por las Naciones Unidas para el 2007; por lo tanto las estimaciones para países desarrollados y no desarrollados no suman los estimados a nivel mundial.

En el periodo 2002-2007 el número de casos nuevos de CaMa se incrementó a nivel mundial (13 %) y en específico en la región de ALC (18 %) como lo muestra el cuadro 1. Es importante destacar que el incremento proporcional fue dos veces mayor en países en desarrollo (15 %) vs. desarrollados (7 %). En ALC el CaMa representa el 12 % de los tumores malignos y se encuentra entre los primeros lugares, de tumores diagnosticados, en las distintas subregiones.

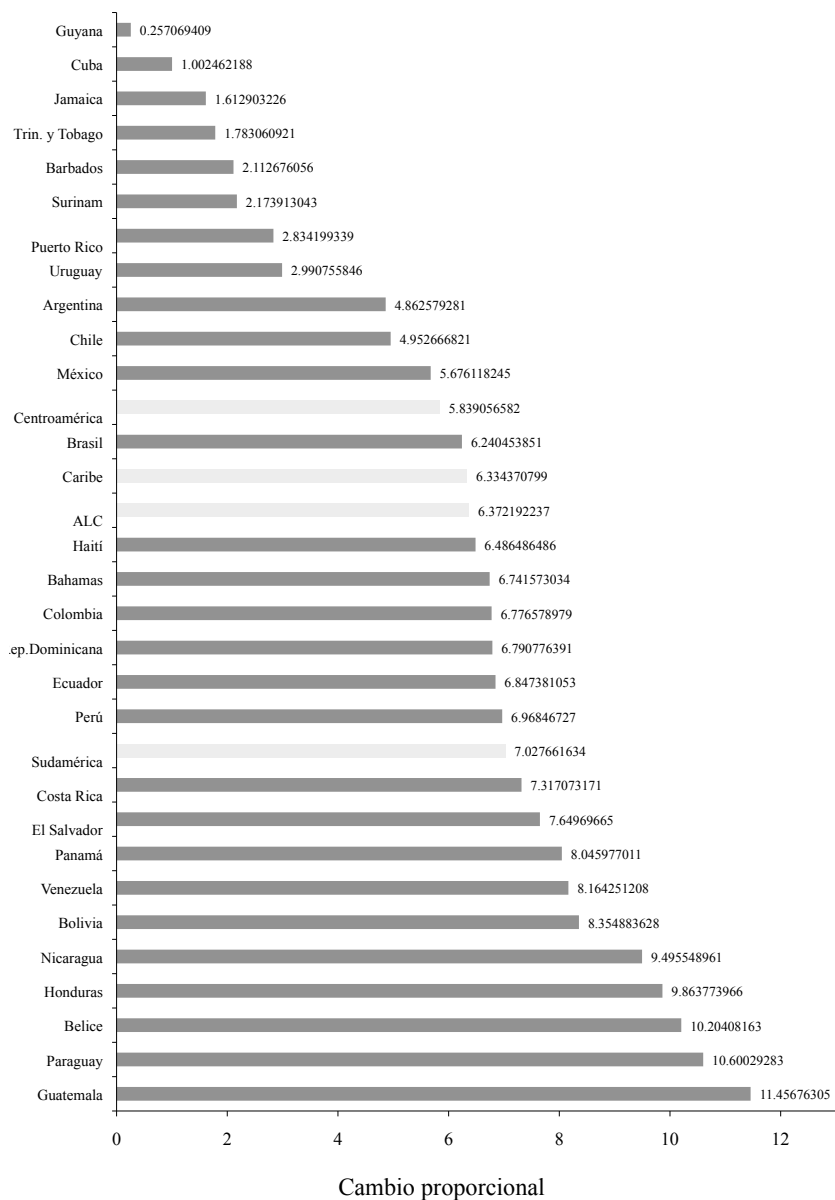
CUADRO 1
Casos nuevos de cáncer de mama en diferentes regiones, 2002 y 2007

<i>Región</i>	<i>Casos nuevos</i>		<i>% cambio 2002-2007</i>	<i>Morbilidad proporcional y (lugar) en cáncer 2007**</i>
	<i>2002*</i>	<i>2007**</i>		
Mundo	1,151,298	1,301,867	13 %	23 %
Países desarrollados	636,128	679,682	7 %	27 % (1ro.)
Países en desarrollo	514,072	593,233	15 %	19 % (1ro.)
Sudamérica	75,907	89,436	18 %	12 % (1ro.)
Centroamérica	14,240	17,187	21 %	9 % (2do.)
El Caribe	6,424	7,059	10 %	10 % (3ro.)
Latinoamérica y el Caribe	96,571	113,682	18 %	12 %

Fuentes: *IARC, GLOBOCAN 2002. ** M. García *et al.*, *Global Cancer Facts and Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007. Los casos nuevos para Sudamérica, Centroamérica y el Caribe se calcularon en base al total de nuevos casos de cáncer y la incidencia proporcional de CaMa estimados para cada región. Los casos nuevos para ALC se estimaron sumando los de las subregiones. Sudamérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. Caribe: Bahamas

En la región de ALC se estima que Belice, Paraguay y Guatemala tendrán el mayor incremento proporcional de casos en el quinquenio 2005-2010 (figura 2).

FIGURA 2
*Cambio proporcional en el número de casos nuevos de cáncer mamario
 en América Latina y el Caribe (2005-2010)*

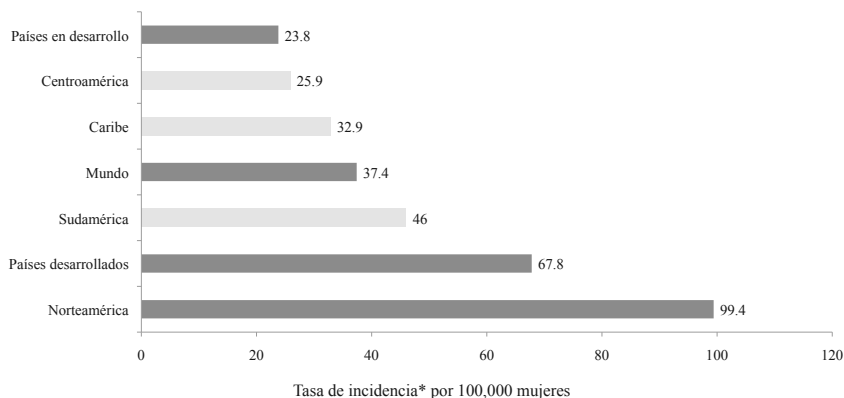


La estimación de los casos nuevos en el 2005 y 2010 se calculó en base a la tasa de incidencia ajustada por edad de IARC GLOBOCAN 2002, Edición 2006. OPS, 2006, y la población femenina de cada país reportada por las Estadísticas de Salud de las Américas, edición de 2006.

Por su parte, las tasas de incidencia de CaMa, es decir el número de casos nuevos por 100,000 mujeres, corroboran la gran variabilidad de este tumor a nivel mundial y en particular en el continente americano muestran una diferencia aproximadamente cuatro veces mayor en Norteamérica ($99.4 \times 100,000$) vs. Centroamérica ($25.9 \times 100,000$) (figura 3), y para la región de ALC ubican a Haití y a Uruguay con la menor y mayor tasa de CaMa, respectivamente, mientras que México se encuentra entre los países con baja incidencia con una tasa de 26 por 100,000 mujeres (figura 4).

FIGURA 3

Tasas de incidencia de cáncer de mama ajustadas por edad en mujeres, según regiones del mundo, 2002



Fuente: IARC, GLOBOCAN 2002.

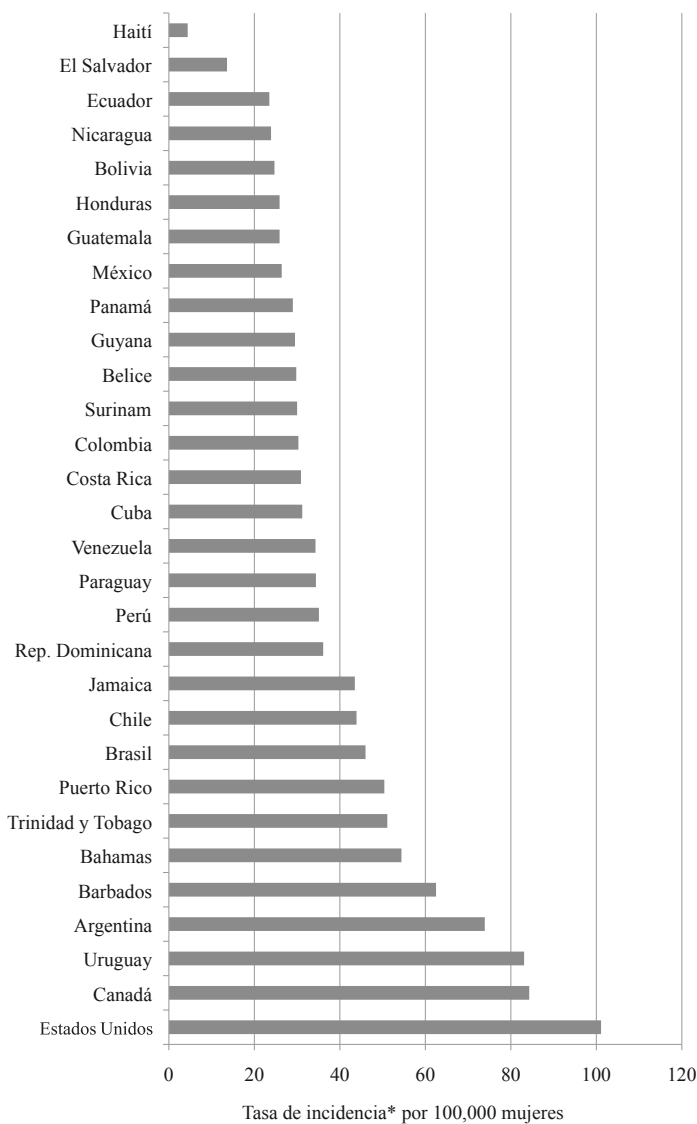
* Tasas ajustadas por grupos de edad (0-14, 15-44, 45-54, 55-64, 65+), usando como población estándar la población mundial.

Sudamérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

Caribe: Bahamas.

FIGURA 4
*Tasas de incidencia de cáncer de mama en países
 de América Latina, 2002*



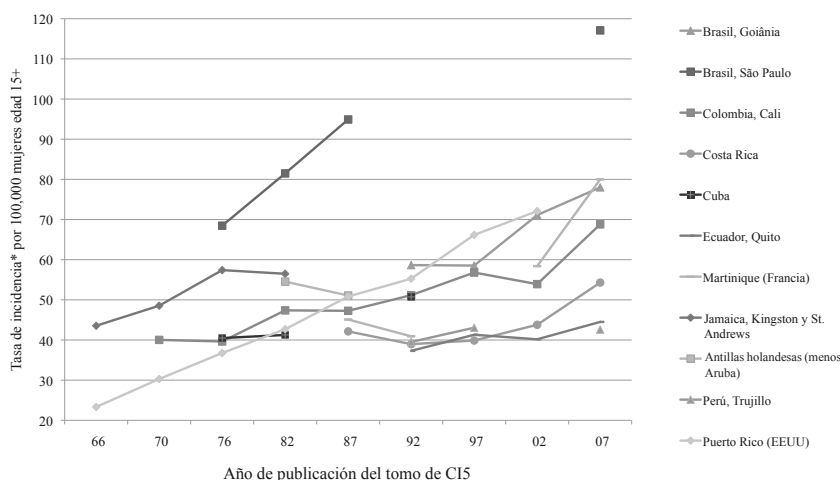
Fuente: IARC, GLOBOCAN 2002.

* Tasas ajustadas por grupos de edad (0-14, 15-44, 45-54, 55-64, 65+), usando como población estándar la población mundial.

Las tasas de incidencia ajustadas muestran un aumento constante del CaMa a través del tiempo, que varía en magnitud de país a país (figura 5). Por ejemplo, el registro de cáncer en Jamaica reportó un descenso del 8 % en la incidencia del CaMa en el periodo 1988-1997, mientras que la incidencia aumentó 12 % en Cali, Colombia, de 1973 a 1997. La incidencia de CaMa en Puerto Rico casi se triplicó entre los periodos 1960-1964 y 1985-1989 con 68 % de incremento estimado durante los periodos 1973-1977 y 1993-1997, respectivamente. De manera similar se observa un incremento en el número de casos de CaMa en México, de 9,490 en 1998 a 12,433 en el 2003; es importante aclarar que estas últimas cifras no tienen representatividad nacional, ni cuentan con denominadores poblacionales para estimar las tasas de incidencia correspondientes en México. Hasta el momento, ningún país del mundo ha logrado revertir la tendencia de aumento del CaMa.

FIGURA 5

Tendencias en la tasas de incidencia de cáncer de mama en mujeres mayores de 14 años, según registros seleccionados (1966-2007)*



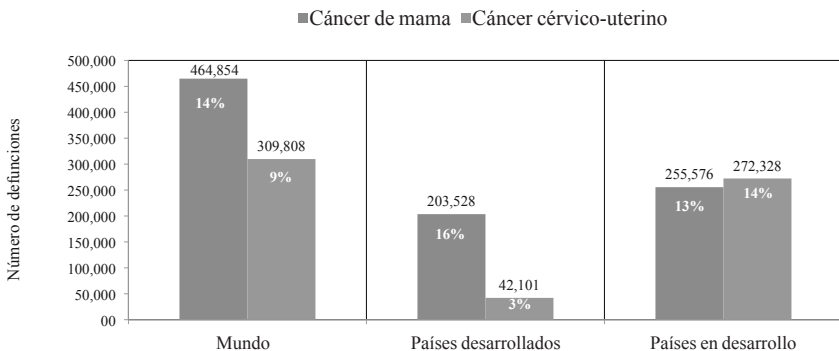
Fuentes: IARC, base de datos Cancer Incidence in Five Continents vol. I-VIII, y base de datos CI5 IX (las cifras de 2002 para Cali, Quito y Costa Rica son de "CI5 VIII Versión Actualizada").

*Tasas ajustadas por edad, usando la población estándar mundial de Segi (1960).

B. MORTALIDAD

Las neoplasias malignas constituyen la segunda causa de muerte en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares y son responsables del 13 % de todas las muertes. De las más de siete millones de defunciones ocurridas por tumores malignos a nivel mundial, el 71 % (casi cinco millones) ocurren en países en desarrollo, donde ocupan el tercer lugar como causa de muerte (10 % de las defunciones), después de las enfermedades cardiovasculares y diarreas. En particular, el CaMa es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres, seguida por el cáncer de pulmón a nivel mundial, y es precedido por el cáncer cérvico-uterino en los países en desarrollo. No obstante, la mortalidad por CaMa es ligeramente mayor en los países en desarrollo (55 %) vs. desarrollados (45 %), en los primeros representa 13 % de las defunciones por neoplasias malignas, mientras que en los segundos 16 % (figura 6).

FIGURA 6
Distribución proporcional y defunciones por cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino respecto del total de defunciones por cáncer en mujeres, 2007



El número de defunciones a nivel mundial se obtuvo de M. García *et al.*, *Global Cancer Facts and Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007, y se estimaron para países desarrollados y en desarrollo aplicando las tasas específicas de mortalidad de cada región reportadas en GLOBOCAN 2002 a las proyecciones de población realizadas por las Naciones Unidas para 2007; por lo tanto, las estimaciones para países desarrollados y no desarrollados no suman los estimado a nivel mundial.

En la región de ALC el CaMA destaca entre las primeras cinco causas de muerte y ocasiona del 5 al 9 % del total de las defunciones en las mujeres de 20-59 años de edad. En algunos países de la región ha desplazado al cáncer cérvico-uterino y ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer. Tal es el caso de México, en donde en 2006 el CaMA pasó a ser la primera causa de muerte por cáncer en mujeres mexicanas con 4,451 defunciones y la segunda causa de muerte por todas las enfermedades en mujeres entre los 30 y 54 años (figura 7).

FIGURA 7
*Mortalidad por cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino
en México (1955-2005)*

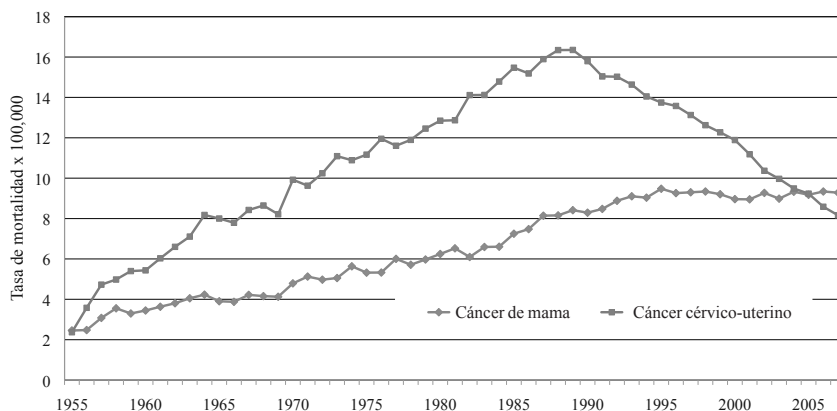


Figura reproducida de: F. Knaul, G. Nigenda, R. Lozano, H. Arreola-Ornelas, A. Langer y J. Frenk, *Breast cancer in Mexico: a pressing priority Reprod Health Matters*. 2008;16(32):1-11. (Estimaciones propias de los autores con bases de datos de Mortalidad 1955-1978, DGIS, SSA, Bases de Mortalidad de 1979-2005. Población: Proyecciones Conapo.)

El cambio proporcional en el número de defunciones en el periodo 2002-2007 fue aproximadamente el doble en países en desarrollo (16 %) vs. desarrollados (7 %) (cuadro 3).

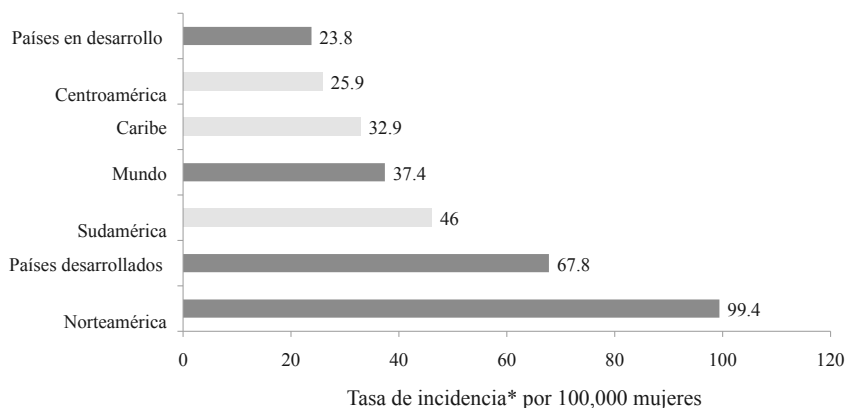
CUADRO 3
Defunciones por cáncer de mama en regiones del mundo
(2002 y 2007)

<i>Región</i>	<i>Defunciones</i>		<i>% cambio 2002-2007</i>
	<i>2002*</i>	<i>2007**</i>	
Mundo	410,712	464,854	13 %
Países desarrollados	189,765	203,528	7 %
Países en desarrollo	220,648	255,576	16 %

Fuentes: *IARC, GLOBOCAN 2002. ** M. García *et al.*, *Global Cancer Facts and Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007.

Por su parte, las tasas de mortalidad por CaMa, ajustadas por edad, ubican a Norteamérica como la región con mayor mortalidad (19.2 x 100,000) a nivel mundial, mientras que en LAC, Sudamérica, tiene la mayor tasa (15.1 x 100,000) (figura 8).

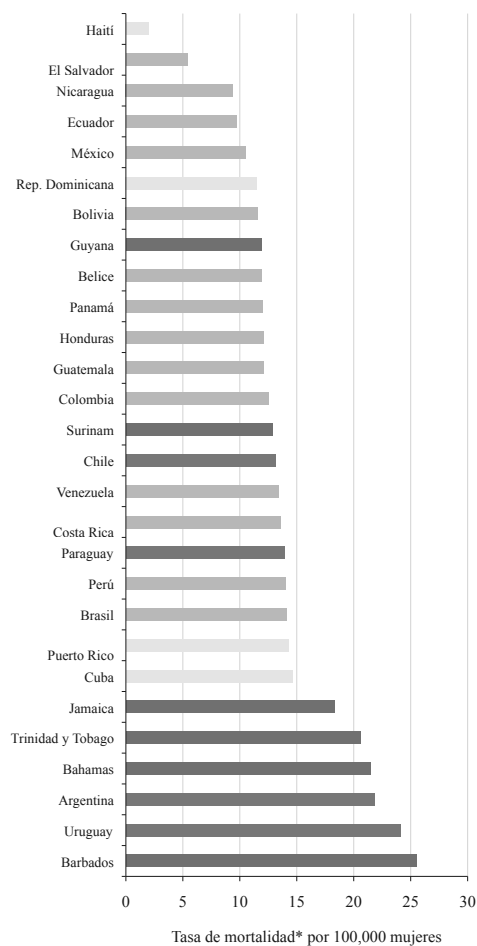
FIGURA 8
Tasas de mortalidad por cáncer de mama en regiones*
del mundo (2002)



Fuentes: IARC, GLOBOCAN 2002. * Tasas ajustadas por grupos de edad (0-14, 15-44, 45-54, 55-64, 65+), usando como población estándar la población mundial.

Al interior de la región de ALC, las tasas de mortalidad presentan gran variabilidad. Destacan, en Sudamérica, Uruguay y Argentina, con las mayores tasas de mortalidad, y en el Caribe las islas de habla inglesa: Jamaica, Trinidad y Tobago, Bahamas y Barbados (figura 9).

FIGURA 9
Tasas de mortalidad por cáncer de mama en América Latina y el Caribe, 2002*



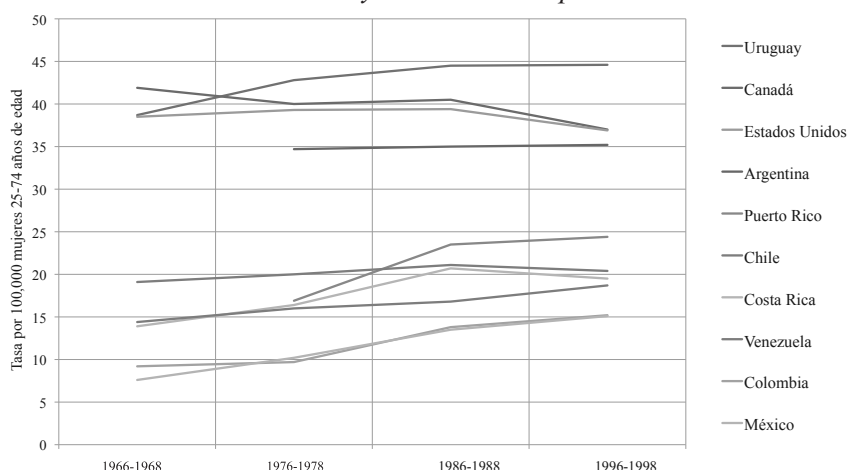
Fuente: IARC, GLOBOCAN 2002.

* Tasas ajustadas por grupos de edad (0-14, 15-44, 45-54, 55-64, 65+), usando como población estándar la población mundial.

A través del tiempo, la mortalidad por CaMa aumenta en la mayoría de los países del mundo, excepto en Holanda, Dinamarca, Noruega, Australia, Canadá y Estados Unidos, cuyas tasas de mortalidad van en descenso desde finales de los años ochentas con una estimación del 2.3 % anual en Estados Unidos y el Reino Unido.

En la región de ALC el aumento en la tendencia de la mortalidad por CaMa (figura 10) varía entre el 1 % en Argentina (de 34.7 a 35.2 casos por 100,000 mujeres) al 100 % en México (de 7.6 a 15.1 casos por 100,000 mujeres), calculado en base a la tasa promedio para mujeres de 25 a 74 años de edad, en cuatro periodos de tres años cada uno entre 1966 y 1998, con aumentos intermedios en este rango, como el caso de Costa Rica (20 %), Puerto Rico (34 %) y Colombia (37 %).

FIGURA 10
Tendencias en las tasas de mortalidad por cáncer de mama en países seleccionados y durante cuatro periodos*



Fuente: S. C. Robles y E. Galanis, "Breast cancer in Latin America and the Caribbean", *Rev. Panam. Salud Pública*, 2002. Mar; 11(3):178-85 [usando datos de la Organización Panamericana de la Salud: Sistema Técnico de Información, 1999]. * Tasa ajustada por edad según población estándar mundial de Segi (1960).

Como se mencionó anteriormente, debido al gran incremento de la mortalidad por CaMa en México y al descenso paralelo en la mortalidad por CaCu, el CaMa ha desplazado al CaCu al segundo lugar como causa de muerte por cáncer a partir del año 2005 (figura 7). En derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la mortalidad por

cáncer cérvico-uterino inició una tendencia descendiente desde 1990 y se mantiene estable desde entonces, con un probable descenso a partir del 2003, en contraste con un aumento de 2.5 veces en el CaMa durante el mismo periodo.

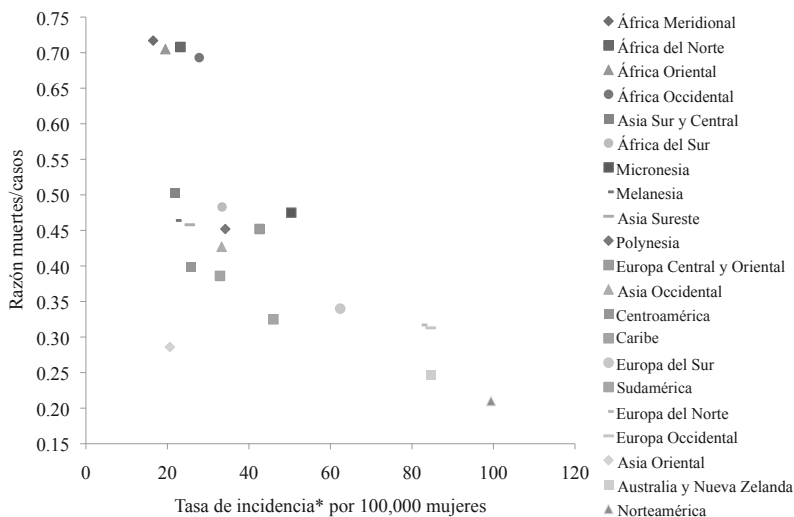
C. MORTALIDAD/MORBILIDAD

La razón de la mortalidad y la morbilidad (muertes sobre casos, M/C) es un indicador del pronóstico de la enfermedad que cuando se aproxima a uno se trata de una enfermedad muy letal. A nivel mundial la M/C para el CaMa es 0.36; para los países en desarrollo es 0.43, y para los desarrollados es 0.30, es decir, el pronóstico de CaMa es mejor en países desarrollados que en desarrollo.

Con base a la M/C, los países pueden ser ubicados en cuatro subgrupos, como se muestra en la siguiente figura (figura 11), cuyos extremos son aquellos

FIGURA 11

Razón de muertes/casos vs. la tasa de incidencia de cáncer mamario en regiones del mundo, 2002*



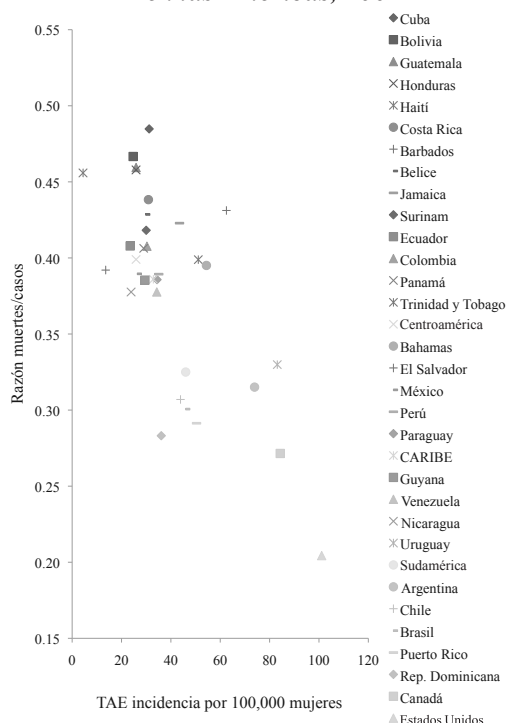
Fuentes: L. López-Carrillo, capítulo 17. "El cáncer mamario: epidemiología y prevención", en R. P. Tamayo, ed., *El cáncer en México*, México, El Colegio Nacional, 2003, pp. 443-456. Actualizado con información proveniente de IARC, base de datos GLOBOCAN 2002. Las razones M/C fueron estimadas dividiendo el número de muertes sobre el número de casos nuevos (GLOBOCAN 2002).

*GLOBOCAN 2002 (tasa ajustada por edad según el estándar mundial usando grupos de edad 0-14,15-44,45-54,55-64,65+).

que tienen que contender con altas tasas de incidencia y con buen pronóstico para la enfermedad (Europa del Sur, Australia, etcétera) en contraste con los que tienen bajas tasas de incidencia y pobre pronóstico (África, Polynesia, etcétera).

Considerando la tasa de incidencia de CaMa para la región de ALC (36.7 $\times$ 100,000) y la razón M/C (0.34) se puede identificar a los países en donde el CaMa tiene el peor pronóstico (figura 12), entre ellos Cuba, Bolivia, Haití, Guatemala, etcétera, y aquellos con el mejor pronóstico; Uruguay, Argentina, República Dominicana, los primeros con menores tasas de incidencia que los segundos.

FIGURA 12
Razón de muertes/casos vs. la tasa de incidencia en las Américas, 2002*



Fuente: * IARC, GLOBOCAN 2002. Tasas de incidencia de cáncer de mama ajustada por edad según el estándar mundial usando grupos de edad 0-14,15-44,45-54,55-64,65+. Las razones M/C fueron estimadas dividiendo el número de defunciones sobre el número de casos nuevos. La tasa de incidencia y la razón (muertes/casos) promedios para ALC (36.7 casos por 100,000 mujeres y la razón de muertes/casos de 0.34) se estimaron en base a la información de los 28 países incluidos en las regiones de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe (GLOBOCAN 2002). La tasa de incidencia y la razón (muertes/casos) promedios para la región de las Américas (40.4 casos por 100,000 mujeres y la razón de muertes/casos de 0.25) se estimaron en base a la información de los 30 países incluidos en las regiones de Norteamérica, Sudamérica, Centroamérica y el Caribe (GLOBOCAN 2002).

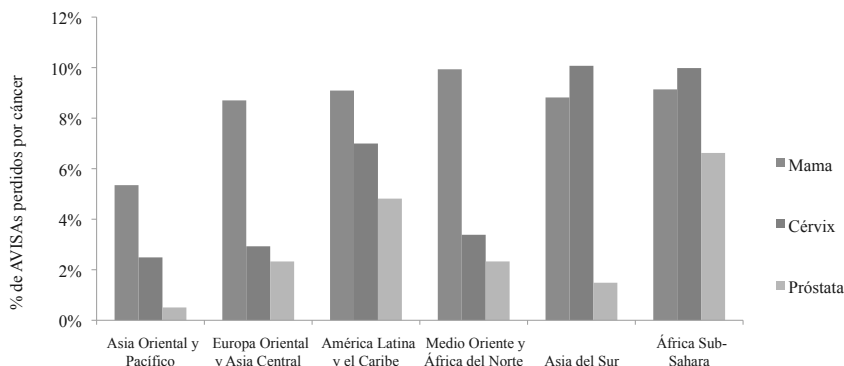
Al incluir a Estados Unidos y Canadá en la gráfica anterior se puede observar que el país que más se les asemeja por su alta incidencia de CaMa y buen pronóstico es Argentina.

D. LA CARGA DE ENFERMEDAD

La discapacidad asociada a una condición, el número de casos y muertes que provoca, así como la edad en la que ocurre el evento, es otro indicador de impacto de una enfermedad en la población. Se estima que 5.4 % de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) que se pierden en los países de recursos bajos y medios corresponde a los tumores malignos.

FIGURA 13

Distribución porcentual de AVISAs perdidos por cánceres de mama, cérvix y próstata, de todos los cánceres



Fuente: Estimaciones propias usando M. L. Brown, S. J. Goldie, G. Draisma, J. Harford y J. Lipscomb, capítulo 29, “Health service interventions for cancer control in developing countries”, en D. T. Jamison *et al.*, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed., Nueva York, Oxford University Press / The World Bank, 2006.

La proporción de AVISAs perdidos en varias regiones del mundo (figura 13) a causa del CaMa es similar (entre 9 % y 10 % de los AVISAs), con la excepción de Asia Oriental y Pacífico, donde este indicador es menor a lo observado en otras regiones (5 %). En la región de ALC los cánceres de mama y próstata causan el mismo número de defunciones (37,000

defunciones cada uno), no obstante, el porcentaje de los AVISAs perdidos por el CaMa (9 %) es casi el doble de los AVISAs perdidos por el cáncer de próstata (4.8 %), debido a que el primero tiene mayor impacto en la discapacidad y proporcionalmente se diagnostica a edades más tempranas que el segundo.

CUADRO 4
La carga de cáncer de mama en América Latina y el Caribe, 2002

<i>País</i>	<i>AVISAs</i>			
	<i>Por CaMa</i>	<i>Por CaMa x. 100,000 pobl.*</i>	<i>% por CaMa de todos cánceres**</i>	<i>% por CaMa de todas causas**</i>
Argentina	63,103	158	11.20 %	1.00 %
Bahamas	467	160	16.10 %	0.90 %
Barbados	701	234	19.90 %	1.60 %
Belice	103	67	5.30 %	0.20 %
Bolivia	11,792	191	7.90 %	0.50 %
Brasil	197,820	125	9.60 %	0.50 %
Chile	12,810	81	7.30 %	0.60 %
Colombia	33,913	94	8.80 %	0.40 %
Costa Rica	3,645	101	9.90 %	0.70 %
Cuba	13,852	103	8.10 %	0.90 %
Ecuador	8,437	84	7.10 %	0.40 %
El Salvador	3,488	75	6.80 %	0.30 %
Guatemala	1,627	23	2.40 %	0.10 %
Guyana	489	79	10.10 %	0.20 %
Haití	574	12	1.40 %	<0.1 %
Honduras	5,828	137	10.30 %	0.40 %
Jamaica	4,804	218	15.00 %	1.20 %
México	64,690	80	9.10 %	0.40 %

CUADRO 4
(Continuación)

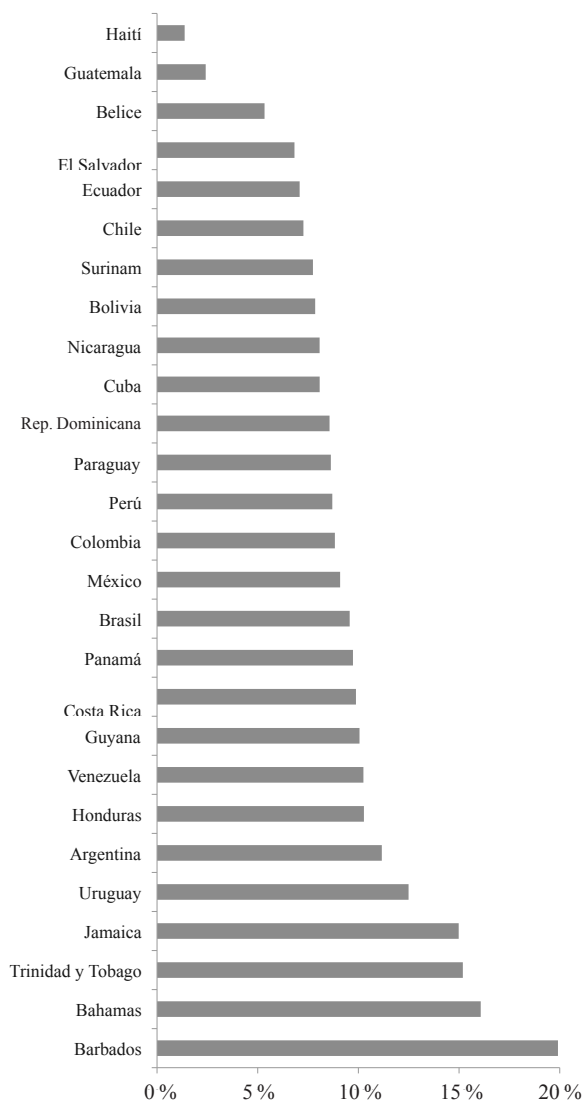
<i>País</i>	<i>AVISAs</i>			
	<i>Por CaMa</i>	<i>Por CaMa x. 100,000 pobl.*</i>	<i>% por CaMa de todos cánceres**</i>	<i>% por CaMa de todas causas**</i>
Nicaragua	3,128	101	8.10 %	0.30 %
Panamá	2,425	92	9.70 %	0.50 %
Paraguay	4,628	115	8.60 %	0.50 %
Perú	28,921	142	8.70 %	0.60 %
Rep. Dominicana	6,079	90	8.60 %	0.40 %
Surinam	316	93	7.70 %	0.40 %
Trinidad y Tobago	2,263	174	15.20 %	0.80 %
Uruguay	8,471	219	12.50 %	1.50 %
Venezuela	21,577	106	10.20 %	0.50 %
ALC**	505,951	117	9.30 %	0.50 %

Fuente: A. D. López *et al.*, Age-standardized DALYs per 100,000 by cause, and Member State, 2002. World Health Organization; 2004 [updated 2004 1 julio 2008; cited]; disponible en: http://www.who.int/evidence/bod/en/*Tasa ajustada por edad usando United Nations Population Division. World Population Prospects - 2002 revision. 2003. United Nations, New York.

** Los porcentajes de AVISAs perdidos por CaMa y las cifras para ALC son estimaciones propias.

A nivel regional el CaMa causó la pérdida de 505,951 de AVISAs, o 117 AVISAs por cada 100,000 personas, en el 2002 (cuadro 4). El CaMa en ALC representa el 9.3 % del total de tumores malignos en la región y el 0.5 % de la carga de todas las enfermedades en mujeres y hombres. Similar a lo que ocurre con la mortalidad y la morbilidad entre países, los AVISAs se distribuyen de manera muy heterogénea. Barbados, Uruguay y Jamaica destacan como los países con la tasa más elevada (> 200), seguidos por Bolivia, Trinidad y Tobago, Bahamas y Argentina. La franja centroamericana junto con Haití se ubican como los países con las tasas de AVISAs más bajas. La contribución del CaMa, como porcentaje del total de AVISAs por tumores malignos en la mujer, es particularmente importante en Barbados (19.9 %), Bahamas (16.1 %), Trinidad y Tobago (15.2 %) y Jamaica (15 %) (figura 14).

Figura 14
*Distribución proporcional de AVISAs perdidos por cáncer de mama,
 de todos los cánceres en América Latina y el Caribe, 2002*



Fuente: Estimaciones propias usando el estudio sobre la Carga de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud. A. D. López *et al.*, Age-standardized DALYs per 100,000 by cause, and Member State, 2002. World Health Organization; 2004 [updated 2004 1 julio 2008; cited]; Available from: <http://www.who.int/evidence/bod/en/>.

En 2006, el IMSS realizó un estudio en México sobre la muerte prematura y la discapacidad en los derechohabientes de la institución con el propósito de comparar la carga de enfermedad en la población del IMSS entre los años 1995 y 2000. En 2000, el CaMa ocupaba el décimo lugar como causa de mortalidad pero el quinto lugar respecto de los años perdidos por muerte prematura. Entre 1995 y 2000 la carga de CaMa creció 1.5 veces respecto de la tasa de AVISAs perdidos por 100,000 derechohabientes (de 201 a 503) y tres veces respecto del número de AVISAs perdidos (de 34,484 a 109,465). Según otro estudio sobre la carga de enfermedad en México, el CaMa y el CaCu ocuparon el décimo lugar entre las principales causas de mortalidad en 2004, cada una aportando 2.3 % de las muertes. Este hallazgo difirió de la estimación de la Organización Panamericana de la Salud sobre el porcentaje de muertes debido a las 10 principales causas de mortalidad en México, en la cual el CaMa no apareció.

E. CONCLUSIONES

El CaMa es un problema de gran magnitud que requiere mayor atención a nivel mundial para identificar y, en su caso, modificar los factores de riesgo que determinan su incidencia en aumento constante.

En la región de ALC es un gran reto cerrar la brecha de la disparidad en la mortalidad y pronóstico del CaMa y alcanzar los indicadores de los países desarrollados en el continente americano.

El CaMa tiene un impacto de gran magnitud por la discapacidad que provoca desde edades tempranas, que sería aún mucho mayor si se considerara el daño familiar, social y sexual, para los cuales la información es incipiente.

F. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. *Int J Epidemiol*. 2005 Apr;34(2):405-12.
- Anderson B, Caleffi M. Situación de la salud mamaria en el mundo y en Latinoamérica en particular. *Rev Med Clin Condes*. 2006;17(4):137-41.

- Anderson B, Shyyan R, Eniu A, Smith RA, Yip C-H, Bese NS, et al. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sinopsis de las normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama Breast J. 2007;13(Suppl 1):S1-S15.
- Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970-2000. Ann Oncol. 2005;16(3):489-511.
- Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. Breast Cancer Res. 2004;6:229-39.
- Brooks S, Hanchard B, Wolff C, Samuels E, Allen J. Age-specific incidence of cancer in Kingston and St. Andrew, Jamaica, 1988-1992. West Indian Med J. 1995;44(3):102-5.
- Brown ML, Goldie SJ, Draisma G, Harford J, Lipscomb J. Chapter 29. Health service interventions for cancer control in developing countries. In: Jamison DT, Bremen JG, Meashan AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease control priorities in developing countries, 2nd edition. New York: Oxford University Press/The World Bank; 2006.
- Brown ML, Lipscomb J, Snyder C. The burden of illness of cancer: economic cost and quality of life. Annu Rev Public Health. 2001;22:91-113.
- Chapter 2. Health conditions and trends. Health in the Americas, 2007. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 58-207.
- Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer incidence in five continents, Vol. IX. Lyon: IARC Scientific Publications No. 160; 2007
- Garcia M, Jemal A, Ward E, Center M, Hao Y, Siegel R, et al. Global cancer facts and figure 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.
- GLOBOCAN 2002 database: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide [database on the Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2005 [cited 1 mayo 2008]. Available from: <http://www-dep.iarc.fr>.
- González-Pier E, Gutierrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. Salud Pública Mex. 2007;49 Suppl 1:S37-52.

- Hanchard B, Blake G, Wolff C, Samuels E, Waugh N, Simpson D, et al. Age-specific incidence of cancer in Kingston and St. Andrew, Jamaica, 1993-1997. *West Indian Med J.* 2001;50(2):123-9.
- IARC. Chapter 1. The global burden of cancer. In: Stewart BW, Kleihues P, editors. *The world cancer report*. Lyon: International Agency for Research on Cancer 2003.
- Jones SB. Cancer in the developing world: a call to action. *BMJ.* 1999 August 21, 1999;319(7208):505-8.
- Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority *Reprod Health Matters.* 2008;16(32):1-11.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Age-standardized DALYs per 100,000 by cause, and Member State, 2002. World Health Organization; 2004 [updated 2004 1 julio 2008; cited]; Available from: <http://www.who.int/evidence/bod/en/>.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. New York/Washington, DC: Oxford University Press/The World Bank; 2006.
- López-Carrillo L. Capítulo 17. El cáncer mamario: epidemiología y prevención. In: Tamayo RP, editor. *El cáncer en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional; 2003. p. 443-56.
- Lozano R, Gómez-Dantés H, Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez Ó. El cáncer de mama en México: cifras para la toma de decisiones. [Documento de trabajo]. In press 2008.
- Malvezzi M, Rodriguez T, Chatenoud L. Trends in cancer mortality in Mexico, 1970-1999. *Ann Oncol.* 2004;15:1712-8.
- Mathers CD, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ. Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world. Geneva: Organización Mundial de Salud; 2001 Contract No.: Document Number.
- Nazario C, Figueroa-Vallés N, Rosario R. Breast cancer patterns and lifetime risk of developing breast cancer among Puerto Rican females. *P R Health Sci J.* 2000;19(1):7-13.
- Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer.* 2001;37:4-66.
- Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer.* 2001;37(Supplement 8):4-66.
- Parkin DM, Fernández LMG. Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast J.* 2006;12(Supplement 1):10.

- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer incidence in five continents, Volumes I - VIII. Lyon: IARC Scientific Publications; 2005
- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in five continents, Vol. VIII. Lyon: IARC Scientific Publications No. 155; 2002
- Part 1. Ten highlights in health statistics. Breast cancer: Mortality and screening. World health statistics 2008. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2008. p. 21-3.
- Phillips AA, Jacobson JS, Magai C, Consedine N, Horowicz-Mehler NC, Neugut AI. Cancer incidence and mortality in the Caribbean. *Cancer Invest.* 2007;25(6):476 - 83.
- Pisani P, Parkin D, Bray F, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J Cancer.* 1999;83(1):18-29.
- Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. *N Engl J Med.* 2007 January 17, 2008;358(3):4.
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio: Mortalidad y Morbilidad 1998 [database on the Internet]. Secretaría de Salud, Epidemiología. 1998 [cited 15 marzo 2008]. Available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>.
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio: Mortalidad y Morbilidad 2001 [database on the Internet]. Secretaría de Salud, Epidemiología. 2001 [cited 15 marzo 2008]. Available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>.
- Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Pan Am J Public Health.* 2002 Mar;11(3):178-85.
- Rodríguez-Abrego G, Escobedo de la Pena J, Zurita B, Ramírez Tde J. Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex.* 2007 Mar-Apr;49(2):132-43.
- Schwartzmann G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. *J Clin Oncol.* 2001 September 15;19(18s):6.
- Sierra R, Parkin DM, Muñoz-Leiva G. Cancer in Costa Rica. *Cancer Res.* 1989;49:717-24.
- Smigal C, Jemal A, Ward E, Cokkinides V, Smith R, Howe HL, et al. Trends in breast cancer by race and ethnicity: Update 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006 May 1, 2006;56(3):168-83.

Trends in breast cancer mortality. London: Cancer Research UK; 2008 [updated 2008; cited 6 agosto 2008]; Available from:<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/breast/mortality/>.

RELATORÍA

Durante los días 6 y 7 de julio de 2009, en la ciudad de México, Distrito Federal, se desarrollaron los trabajos del Foro Internacional “La Desigualdad entre Mujeres y Hombres: un Obstáculo para el Acceso al Derecho Humano a la Salud”, pues la Comisión Nacional de los Derechos Humanos está preocupada por los obstáculos que impiden ejercer el derecho al acceso a los servicios de salud y recibir atención médica adecuada, acceso que, en ocasiones, se dificulta por las desigualdades entre mujeres y hombres. Es por ello que este Organismo Nacional considera que el Estado debe garantizar este derecho para ambos sexos por igual.

Las exposiciones magistrales y los paneles han abierto nichos de oportunidad para que las autoridades competentes elaboren programas y políticas públicas apegadas a la realidad y a las necesidades de la población mexicana. Los ponentes han señalado con toda puntualidad que algunos de los requerimientos en materia de salud de una parte de la población poco tienen que ver con los de la otra parte, debido a la especificidad y particularidad que reviste cada enfermedad.

Mientras que ambos sexos comparten la posibilidad de enfermar de cáncer, la incidencia de estos padecimientos en un órgano sexual específico del hombre o de la mujer provocan enfermedades diferentes, a las que corresponden tratamientos también diferenciados. Es aquí donde se manifiesta una de las formas que reviste la desigualdad, debido a que las políticas de salud se elaboran estandarizando el acceso, la atención y los tratamientos a partir de la asignación de recursos en mayor o menor medida para unas u otras enfermedades.

La participación de la doctora Begoña García, con el tema “Estrategias frente al cáncer de mama. El principio de equidad”, permitió observar la forma en que Europa y específicamente España han implementado la es-

trategia de lucha contra el cáncer de mama, resaltando en algunas comunidades la preocupación por ofrecer servicios a todas las mujeres nacionales e inmigrantes. La estrategia se ha implementado haciendo un análisis previo de las razones por las que una mujer accede o no a los servicios preventivos. Las decisiones en España se refieren hoy en día a si amplían los rangos de edad para la aplicación de la prueba preventiva, a mejorar los tiempos de diagnóstico y tratamiento y a dar seguimiento a las mujeres que se les ha enviado un recordatorio para que acudan a realizarse el examen. Añadió que es importante abordar el problema de manera interdisciplinaria, con perspectiva holística.

La intervención de la doctora Lizbeth López sobre “Cáncer mamario: un desafío para la investigación, los sistemas de salud y la sociedad civil”, señaló las diferentes realidades que viven España y México; su exposición realista y plena de datos duros dejó claro que la incidencia del cáncer de mama va en aumento en nuestro país, mientras que los recursos económicos y humanos no parecen ir a la alza; por el contrario, faltan medios económicos para patrocinar investigaciones sobre el tema, para comprar y utilizar equipo especial para la detección temprana y para acercar los servicios relativos a las comunidades menos accesibles.

Mencionó factores de incidencia de cáncer de mama, en donde los hábitos dietéticos suman de 30 % a 35 %; los reproductivos del 20 % al 30 % y los genéticos del 5 % al 10 %. Llamó la atención sobre el hecho de que mientras México ha adoptado desde 1975 una política de planificación familiar severa para el supuesto beneficio de las familias mexicanas, la reducción en el número de embarazos de una mujer viene a ser un factor de incidencia del cáncer mamario. Finalmente, señaló como un gran desafío para nuestro país el ampliar la información y la educación sobre el cáncer de mama, ampliar la capacidad instalada de mamógrafos y aumentar el número de radiólogos para que puedan realizarlos e interpretarlos.

Otras dos ponencias que también se complementaron fueron las impartidas por el maestro Luis Edmundo Gálvez, con el tema “La masculinidad hegemónica como factor de riesgo para la salud de los hombres”, y la del doctor Mariano Sotomayor, con una descripción puntual del cáncer de próstata, su detección, opciones de tratamiento y tasas de supervivencia, respectivamente.

Sobre el tema de la masculinidad, el maestro Gálvez recalcó que antes de hablar de Organismos No Gubernamentales, prefiere referirse a las personas. Su plática parte de la concepción del varón como paradigma

que le impide autocuestionarse, ya que a partir de él se crean las políticas públicas. Menciona el fenómeno actual que invisibiliza al hombre en sus derechos humanos, pues aparece sólo como causante de los problemas de las mujeres. También señala que los patrones culturales orillan al varón a pensar que no debe enfermar; este tipo de socialización masculina repercute en su salud, pues de acuerdo con las estadísticas la mayoría no asiste a consulta, si asiste no recuerda cuándo fue la última vez y si lo citan a futuro es probable que no vaya. En cuanto al cáncer de próstata, coincide con el doctor Sotomayor en que el machismo y la homofobia inciden en la negativa a hacerse el examen correspondiente. Concluye señalando que hay otras formas de vivir la masculinidad.

El Panel “Muerte Materna”, con la participación de las doctoras Graciela Freyermuth —representada por el doctor David Meléndez—, Paola Sesia Arcossi Masino, Rosa María Núñez y del doctor Raymundo Canales, pusieron de manifiesto la grave situación que prevalece en nuestro país respecto de la mortalidad materna, así como los elevados índices, las causas y, sobre todo, las posibles soluciones.

El doctor Meléndez, además de enfatizar que la pobreza es un factor importante en la mortalidad materna, coincidió junto con los demás panelistas en que la causa principal de la muerte materna en México es la falta de atención de las emergencias obstétricas.

La doctora Paola Sesia expresó seis argumentos para convertir la mortalidad materna en una violación a los derechos humanos, alegando que este enfoque es poderoso porque obliga al Estado a modificar los aspectos que impiden el acceso y atención de la salud reproductiva para alcanzar una calidad de vida digna.

Para la doctora Rosa María Núñez fue muy importante buscar la responsabilidad directa de las dependencias públicas de salud, pues la propia estructura en los servicios está aumentando la mortalidad. Puso de relieve el vacío en la protección de los derechos de las trabajadoras domésticas.

El doctor Raymundo Canales señaló que a pesar de los esfuerzos gubernamentales por universalizar y acercar la atención médica a los lugares distantes, no se ha logrado entrar a la curva de disminución de la mortalidad materna, lo que indica que no es el único elemento que podría contribuir a disminuirla. También es importante señalar que la idea de dividir los embarazos en dos grandes grupos, sin riesgo y de alto riesgo, es imprecisa, pues la experiencia ha demostrado que todo embarazo puede convertirse en cualquier momento en uno de alto riesgo.

Finalmente, en el Panel “El Derecho a la Salud de Mujeres y Hombres”, la maestra Edda Alatorre Wynter enfatizó que la diferencia entre los géneros se ha traducido en desigualdad para el acceso al derecho humano a la salud entre mujeres y hombres. Por lo que en una sociedad donde lo diferente se considera inferior, el resultado es una diversidad de fobias sociales, como el sexismo, el racismo y otras formas de discriminación. Por ello, es importante plantear la perspectiva de género como una herramienta crítica del modelo cultural androcéntrico o patriarcal inmerso en la estructura social e institucional.

El doctor Gustavo Nigenda planteó barreras para el acceso oportuno a los servicios de salud, desde la dimensión sociocultural que por ideas propias o falta de información impulsa o detiene a la persona para acercarse a los servicios de salud, hasta las barreras económicas, que marcan la diferencia en cómo se vive una experiencia de cáncer y otros obstáculos, como la falta de infraestructura por la desigual asignación de los recursos gubernamentales.

Recomienda mejorar la información dirigida a la población desde las adolescentes, al personal médico y a especialistas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Luis Gerardo Ayala Real, en su ponencia “Hombres, masculinidad y salud”, enfatizó sobre el impacto de la masculinidad, en especial las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, que han evidenciado la necesidad de incorporar la perspectiva y el enfoque de los varones en el ámbito de la salud, siendo una problemática que invita a observar y a estudiar de manera exhaustiva los procesos de socialización de los hombres en diferentes etapas de la vida. Efectuó un breve análisis de aquellos padecimientos que afectan exclusivamente a uno u otro sexo, así como aquellas enfermedades que tienen igual incidencia en hombres y mujeres. Igualmente, expuso las principales causas de muerte en el colectivo de la juventud y los problemas sociales que afectan mayoritariamente a los hombres. Por último, realizó diferentes referencias al reconocimiento de la masculinidad como un asunto social y la implantación de redes sociales como políticas públicas que permitan identificar que pese a que el sexismo ha “adjudicado” roles distintos con relación a los sexos es posible avanzar a una cultura de igualdad.

El licenciado Jaime Javier Aguirre presentó su propuesta de trabajo de conceptualización de la masculinidad patriarcal, que oprime a la mujer y afecta su acceso a la salud. Este modelo patriarcal también pone en riesgo la salud de los hombres, al considerar roles violentos y autoritarios de

unos hombres sobre otros. La carga del ejercicio de la masculinidad recae sobre las mujeres, pues se ve obligada a cuidar a los hombres.

El licenciado Aguirre señaló algunas de las prácticas de reforzamiento de la identidad masculina que ponen en riesgo la salud de las mujeres al transmitirles infecciones sexuales, al considerar el cuerpo de la mujer de su propiedad y al prohibirles el acceso a servicios médicos.

Resaltó también las deficiencias de los servicios de salud que padece la población mexicana, tanto en el tema de la salud de las mujeres como para los casos de cáncer de próstata y de testículo en el hombre, quienes al ser detectados con padecimientos de cáncer caen en estados de negación, de violencia contra la familia o la pareja y posteriormente de depresión profunda, toda vez que su modelo de masculinidad patriarcal les impide una detección temprana o el someterse a un tratamiento que le causará disfunción sexual.

Pide poner la lupa para revisar con los lentes de género las estadísticas y políticas públicas, la desagregación de datos de mujeres y hombres; recomienda una mayor información sobre el cáncer de próstata y la atención para las particularidades de cada región, como las traducciones de campañas de salud a lenguas indígenas o campañas de recordatorio para que los hombres reacios por los usos y costumbres de su comunidad acudan a hacerse pruebas de detección temprana. Sobre todo, llamó la atención en la necesidad de que se respete la normativa nacional e internacional en el tema de salud.

Cerrando este abanico de ponencias de primerísima calidad, la doctora Felicia Marie Knaul dio su propio testimonio como paciente de quimioterapia por cáncer de mama; planteó la diferencia entre abogar por su derecho a la salud que nadie le puede garantizar o abogar por el derecho a recibir servicios de salud. Señala que desafortunadamente en México la detección es tardía (sólo del 5% al 10% se da en la etapa I), conlleva altos costos y presenta una falta de servicios para la enferma, y que esto constituye una violación al derecho al acceso a la salud.

Refirió que mientras que el cáncer de cérvix ha ido a la baja, el de mama sigue en aumento, lo que refleja un problema en las políticas públicas para su detección. Coincide con el doctor Gustavo Nigenda en proponer la inserción de un programa de detección oportuna en el Programa Oportunidades, para lograr su financiamiento y volver accesible este derecho.

Como pudieron observar, la oportunidad de reflexionar sobre los temas relacionados con el derecho a la salud, desde una perspectiva de género y

de los derechos humanos, a partir del intercambio de ideas, experiencias y culturas de diversos continentes, ha permitido identificar diferencias significativas entre las condiciones de salud que viven las mujeres en relación con los hombres y explicar algunos factores que propician desigualdades en el acceso y la atención del derecho a la salud en nuestro país.

Queremos extender un especial agradecimiento a quienes participaron como ponentes y panelistas en este evento, ya que esta Comisión Nacional está convencida que utilizar la perspectiva de equidad en las reflexiones y conclusiones del Foro servirá para el proceso de construcción y vigencia del derecho a la igualdad entre mujeres y hombres.

Sabemos que es un gran reto el que se tiene que enfrentar y que aún queda mucha tarea por hacer, pero este Foro aportó conocimientos básicos para la elaboración de políticas públicas en materia de salud que propicien el derecho a la igualdad y a una vida saludable de mujeres y hombres.

Muchas gracias.

LOS AUTORES

Dra. Begoña García Retegui

Es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, España, y especialista en medicina familiar y comunitaria. Cuenta con formación específica para la atención de la salud mental para mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, por la Universidad de Alcalá de Henares. Desde 1987 ha dirigido y participado en diferentes asociaciones civiles promotoras de los derechos humanos. Actualmente pertenece a la Asociación Murciana para ayuda a las mujeres con cáncer de mama. Fue responsable de la Secretaría de Acción Institucional y Mujer, de la Comisión Ejecutiva de la Unión General de Trabajadores de la Región de Murcia. Ha tomado diversos cursos sobre estrategias, detección y equipos de atención primaria para los casos de cáncer de mama. Actualmente es diputada regional de la VI Legislatura del Parlamento de la Región de Murcia, donde es vicepresidenta de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.

Dra. Lizbeth López Carrillo

Realizó un doctorado en Salud Pública en la Universidad de Yale en 1993. Fungió como presidenta del Área III del Sistema Nacional de Investigadores. De 1999 a la fecha es investigadora en Ciencias Médicas “F” del Instituto Nacional de Salud Pública. Ha obtenido múltiples reconocimientos nacionales e internacionales por la realización de investigaciones epidemiológicas. Ha diseñado cursos a nivel maestría, para enseñar epidemiología moderna en México. Ha sido tutora de numerosas tesis de doctorado en temas de medio ambiente, nutrición e investigación del cáncer. Es investigadora en Ciencias Médicas y profesora de Epidemiología en el Instituto Nacional de Salud Pública en México.

Lic. Luis Edmundo Gálvez Trejo

Originario de la República de El Salvador, realizó estudios superiores de Sociología, en la Universidad de El Salvador; de Historia Contemporánea en la Universidad Estatal de Leningrado, en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviética, y de Administración de Empresas en la Universidad Tecnológica de El Salvador. Cuenta con formación especializada en Derechos Humanos, Género, Masculinidades y Políticas Públicas por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Investigador, activista y articulista en medios de su país, ponente y comentarista en foros virtuales sobre los temas señalados. Es fundador y coordinador del Foro Permanente de Estudios sobre Masculinidades, coordinador del Programa de Masculinidades del Área de Investigaciones de la Sala de lo Civil de la Corte Suprema de Justicia, consultor para organismos locales e internacionales sobre los temas referidos y miembro de la Asociación Salvadoreña de Sociología y de Victimología.

Dr. Mariano Sotomayor de Zavaleta

Se graduó de la Escuela de Medicina “Dr. Ignacio Chávez” de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Es profesor de Urología de la Universidad Nacional Autónoma de México y miembro de muchas sociedades médicas nacionales e internacionales, incluyendo la Sociedad Mexicana de Urología, la Sociedad Internacional de Urología, la International Society of Sexual Medicine y su brazo latinoamericano, la American Urological Association, entre otras. Fue miembro del Comité Editorial del *Journal of Sexual Medicine*, actualmente es miembro del Comité Editorial de la *Revista de Investigación Clínica*. Es autor de muchos capítulos de libros y artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Actualmente es médico adscrito al Departamento de Urología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Dra. Graciela Freyermuth Enciso

Licenciada en Medicina por la Universidad Nacional Autónoma de México, con estudios de Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, y Doctorado en Antropología Social en la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad Sureste. Sus proyectos han estado vinculados a los problemas regionales. Sus intereses se han centrado en la salud reproductiva, vio-

lencia de género, políticas de salud en contexto multicultural, migración y específicamente en la muerte materna y mortalidad femenina en la región de Los Altos de Chiapas. Cuenta con varias docenas de artículos científicos y de divulgación. Es la secretaria técnica del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, consejera Académica del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y la medición de la Pobreza y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

Dra. Paola Sesia Arcossi Masino

Estudió la Licenciatura en Historia en la Universidad de California, Berkeley, obteniendo el *Summa Cum Laude*; posteriormente realizó la Maestría en Salud Pública en la misma universidad. Cuenta con un doctorado en Antropología Sociocultural, con especialización en Antropología Médica, en la Universidad de Arizona, Tucson. Ha realizado investigaciones en proyectos relativos a la salud de la mujer, sobre el impacto del Programa Oportunidades en la salud materna y acerca de la mortalidad materna en pueblos indígenas del sur de México. Desde 1990 ha realizado publicaciones en México y el extranjero, sobre temas de salud y mortalidad materna, género y salud, alimentación y nutrición, entre otros. Es docente en seminarios, cursos, maestrías y ha impartido talleres a prestadores de servicios del Sector Salud sobre el manejo de la NOM 190 Sobre Violencia Familiar; sobre Nutrición; sobre Salud y Mortalidad Materna. Ha participado en más de 70 congresos y seminarios nacionales e internacionales y cuenta con varios reconocimientos, becas y financiamientos. Actualmente es coordinadora técnica de la Iniciativa de UNICEF “Todos los niños y las niñas a la escuela” en Oaxaca.

Dra. Rosa María Núñez Urquiza

Médica cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México, estudió la Maestría en Salud Pública en la Universidad de Michigan. Se ha desempeñado como consultora externa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, en el Programa Arranque Parejo en la Vida, y ha sido consultora para la UNICEF y de la Fundación David and Lucille Packard, OPS/OMS, WK Kellogg Foundation. Dentro de sus publicaciones se encuentran: *Mapeo municipal de la mortalidad materna en México*, *Embarazo adolescente no deseado y utilización de métodos anticonceptivos* y *Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la ciudad de México*, entre otras. Cuenta con experiencia de docencia en posgrados, en distintos temas de salud mater-

no-infantil, salud reproductiva y educación para la salud, y métodos de investigación y evaluación de programas. Cuenta con más de 50 presentaciones en congresos en materia de salud. Actualmente trabaja como médica cirujana en seguimiento de mujeres que presentaron diabetes gestacional, en los Servicios de Salud de Morelos, y es profesora en el Instituto Nacional de Salud Pública.

Dr. Raymundo Canales de la Fuente

Es médico por la UNAM; especialista en Ginecología y Obstetricia por el ISSSTE, y especialista en Medicina Perinatal por el Instituto Nacional de Perinatología, donde trabajó 18 años como médico de las clínicas de embarazo de alto riesgo, medicina fetal y riesgo pregestacional, entre otras. Ha sido presidente de la Sociedad de Médicos del mismo Instituto; actualmente pertenece al Colegio de Bioética. Ha sido profesor del curso de Especialidad en el mismo Instituto y es autor de numerosas publicaciones de la especialidad así como en el campo de la Bioética en Reproducción Humana. Actualmente ocupa la Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

Mtra. Edda Alatorre Wynter

Fue profesora de Carrera Titular de Tiempo Completo de la UNAM desde 1974, actualmente jubilada. Hoy día asesora a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro en el Proyecto de Diseño Curricular, e imparte un Seminario de Tesis en la Maestría de Ingeniería en la Universidad Interamericana del Norte-Campus Querétaro. Tiene la Maestría en Enseñanza Superior por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Está diplomada en Derechos Humanos por la Universidad de Estudios de Posgrado en Derecho de México. Se ha especializado en México y en el extranjero sobre: género, salud, derechos humanos y educación, principalmente. Cuenta con más de 30 publicaciones sobre estas materias. De 1997 a 2000 fue coordinadora del Programa sobre Asuntos de la Mujer, la Niñez y la Familia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recibió en el año 2003 la Medalla “Juana Ramírez de Asbaje”, presea que otorga la UNAM a las mujeres universitarias que se destacan de manera sobresaliente en sus áreas de desempeño.

Dr. Gustavo Nigenda López

Doctor por la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres. Realizó una maestría en planificación y financiamiento en salud en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Ha realizado investigaciones sobre la Planificación de los Servicios de Salud, particularmente con relación a la participación del personal de salud en el mercado de trabajo y en el proceso de producción de servicios. Ha sido consultor de diversas organizaciones y prestó asesoría en la evaluación de la implementación de un nuevo protocolo de atención prenatal en cuatro países (Tailandia, Argentina, Cuba y Arabia Saudita). En los últimos 15 años ha impartido cursos a nivel pregrado y posgrado, en la UNAM y en el Instituto Nacional de Salud Pública, con temas como la organización de los sistemas de salud y planificación del personal de salud, entre otros. A partir de 2001 fue consultor de la Fundación Mexicana para la Salud. Actualmente es director de Innovación de Servicios y Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

Psic. Luis Gerardo Ayala Real

Licenciado en Psicología por la UNAM, con estudios de maestría en Psicología Social en la Universidad Autónoma de Querétaro. Ha realizado estudios de género y masculinidad en el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM. Es profesor invitado a diplomados sobre sexualidad humana y género y sociedad, y profesor de tiempo libre en la Unidad de Aprendizaje sobre Relaciones de Género de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAQ. Ha publicado artículos sobre género y masculinidad en la *Revista del Instituto Nacional de Perinatología*, en el Colegio de la Frontera Sur, en el Programa de Estudios Universitarios de Género de la UNAM y en el Inmujeres. Ha sido consultor internacional para el Banco Mundial, en temas de masculinidad y salud con los Ministerios de Salud en Guatemala, Perú y Honduras. Es integrante fundador y responsable de Salud y Género, A. C., de la oficina en Querétaro; docente del Diplomado Trabajando con Mujeres y Hombres Jóvenes, Género, Equidad y Salud, que imparte desde hace cinco años la misma institución, y profesor de tiempo libre de la Unidad de Aprendizaje de Relaciones de Género de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Lic. Jaime Javier Aguirre Martínez

Licenciado en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con especialidades en Estadística, Género y Políticas Públicas en México y Costa Rica. Prestó sus servicios en el Sector Público durante 25 años y a través de foros, debates y conferencias impulsó campañas nacionales sobre masculinidad. Dentro de sus publicaciones se encuentran *Manual para la elaboración de política pública con equidad de género* y *Guía de participación de los hombres en la equidad de género 2005*, entre otras. Actualmente es subdirector de Prevención en el Módulo de Orientación y Prevención de la Violencia de Género, en la SEP; consejero titular de género en el Consejo Consultivo Centro de Semarnat, y consejero nominal en el Consejo Ciudadano para la Equidad de Género en los Medios de Comunicación. Es presidente fundador de Masculinidades y Políticas, A. C.

Dra. Felicia Marie Knaul Windish

Licenciada en Economía y Desarrollo Internacional por la Universidad de Toronto; obtuvo la maestría y el doctorado en Economía en la Universidad Harvard. Cuenta con más de 100 publicaciones, entre ellas una serie de artículos en revistas especializadas, capítulos de libros y libros completos, además de colaboraciones en publicaciones de instituciones mexicanas y de organismos internacionales, como el Informe Mundial sobre la Salud 2000, de la OMS. Ha ocupado puestos directivos en el Gobierno mexicano, en la SEP y en Sedesol, al igual que en el Departamento Nacional de Planeación de Colombia. A nivel internacional ha trabajado para instituciones como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el UNICEF. Recientemente fue nombrada directora de la Global Equity Initiative de Harvard y profesora asociada en la Facultad de Medicina de Harvard.

Memoria del Foro Internacional La Desigualdad entre Mujeres y Hombres: un Obstáculo para el Acceso al Derecho Humano a la Salud, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se terminó de imprimir en diciembre de 2009 en los talleres de G. V. G. GRUPO GRÁFICO, S. A. de C. V., Leandro Valle núm. 14, letra C, Col. Centro, C. P. 06010, México, D. F. El cuidado de la edición estuvo a cargo de la Dirección de Publicaciones de esta Comisión Nacional. El tiraje consta de 1,000 ejemplares.

