



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ARÉA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

“MUJER Y SALUD REPRODUCTIVA EN EL ESTADO DE HIDALGO”

MONOGRAFÍA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TRABAJO
SOCIAL, PRESENTA:**

MARIANA PALACIOS QUINTOS

ASESORA: MTRA. LILIA ZAVALA MEJÍA

INDICE

INTRUDUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
METODOLOGÍA	7
OBJETIVOS	8
CAPITULO 1	
1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	9
1.1 Ámbito Internacional.....	9
1.2 La Salud Reproductiva en México.....	12
1.2.2 La Fecundidad en México.....	12
1.2.2 La Planificación Familiar como comienzo.....	14
1.2.3 El Enfoque de la Salud Reproductiva.....	16
1.3 Hidalgo.....	18
1.3.1 Situación Demografica en Hidalgo.....	18
1.3.2 Fecundidad en Hidalgo.....	19
1.3.3 La Fecundidad en los Municipios.....	21
1.3.4 La Mortalidad Materna en Hidalgo.....	26
1.3.5 Salud Materna y Reproductiva.....	28
1.3.6 Seguridad Social y Salud Reproductiva.....	28
CAPITULO 2	
2. SALUD REPRODUCTIVA	31
2.1 Nociones sobre salud reproductiva.....	31
2.2 Salud Reproductiva.....	32
2.2.1 Métodos de Planificación Familiar.....	33
2.2.1.1 Anticoncepción.....	35
2.2.1.1.1 Métodos Temporales.....	35
2.2.1.1.1.1 Hormonas Orales.....	35
2.2.1.1.1.2 Hormonas Inyectables.....	35

2.2.1.1.1.3 Implantes Anticonceptivos.....	36
2.2.1.1.1.4 Parche Transdérmico.....	36
2.2.1.1.1.5 Dispositivo Intrauterino.....	37
2.2.1.1.1.6 Dispositivo Intrauterino con Hormonales.....	37
2.2.1.1.1.7 Condón.....	38
2.2.1.1.1.8 Espermicidas	38
2.2.1.1.2 Métodos Definitivos.....	38
2.2.1.1.2.1 Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia.....	39
2.2.1.1.2.2 Vasectomía.....	39
2.2.1.1.3 Anticoncepción de emergencia.....	39
2.2.1.1.3.1 Definición de la anticoncepción de emergencia.....	39
2.2.1.1.3.2 Indicaciones.....	39
2.2.1.1.3.3 Base Científica para la Anticoncepción de Emergencia.....	41
2.2.1.1.4 Métodos Tradicionales.....	42
2.2.1.1.4.1 Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.....	43
2.2.1.1.4.2 Método de la temperatura.....	43
2.2.1.1.4.3 Método del moco cervical o de Billings.....	43
2.2.1.1.4.4 Método sintotérmico.....	44
2.3 Complicaciones de la Salud Sexual y Reproductiva.....	45
2.3.1 Infecciones de Transmisión Sexual.....	45
2.3.1.1 Factores de Riesgo.....	46
2.3.1.1.1 Factores biológicos.....	46
2.3.1.1.2 Algunos comportamientos personales:.....	46
2.3.1.1.3 Factores poblacionales	46
2.3.1.2 Principales Infecciones de Transmisión Sexual definidas por Instituto Mexicano del Seguro Social.....	47
2.3.1.2.1 Triconomas.....	47
2.3.1.2.2 Clamidiasis.....	47
2.3.1.2.3 Candidiasis.....	47
2.3.1.2.4 Gonorrea.....	48
2.3.1.2.5 Sífilis.....	48
2.3.1.2.6 Chancro Blanco.....	48
2.3.1.2.7 Herpes.....	49
2.3.1.2.8 Condilomatosis.....	50
2.3.1.2.9 Hepatitis Virales.....	50
2.3.1.2.10 VIH/Sida.....	51
2.3.1.2.11 Enfermedades Inflamatorias de la Pelvis.....	52
2.4 Embarazo en la Adolescencia.....	52

2.5 Aborto.....	55
2.5.1 ¿Penalización o Despenalización?.....	57
2.5.2 La Iglesia y el Estado Laico.....	59
2.5.3 El aborto en el Estado de Hidalgo.....	60
2.6 Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.....	62
2.6.1 Condiciones de los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción.....	63
2.6.2 Promoción y difusión.....	65
2.6.3 Información y educación.....	66
2.6.3 Orientación y Consejería.....	66
2.6.3.1 Definición.....	66
2.6.4 Programas de Atención en Hidalgo.....	68

CAPITULO 3

3. GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA.....	70
3.1 Conceptos Básicos De Género.....	70
3.1.1 Género.....	70
3.2 División Sexual del Trabajo.....	72
3.2.1 Roles y Estereotipos De Género.....	72
3.2.2 División Sexual Del Trabajo	72
3.2.3 La Construcción Social Del Género.....	74
3.2.3.1 Familia.....	74
3.2.3.2 Escuela.....	75
3.2.3.3 Trabajo.....	76
3.2.3.4 Medios de Comunicación y Lenguaje.....	76
3.2.3.5 Tradiciones Culturales.....	77
3.2.3.6 El Estado	78
3.2.4 Brechas de Desigualdad en el Mundo.....	78
3.3 Género y Salud Reproductiva.....	79
3.4 Género y Derechos Humanos de las Mujeres.....	81
3.5 Derechos Sexuales y Reproductivos.....	87
3.5.3 Derechos Sexuales.....	87
3.5.2 Derechos Reproductivos.....	89
3.6 El Enfoque de Género en la Salud Reproductiva.....	90

CAPITULO 4

4. EL TRABAJO SOCIAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	91
4.1 El Trabajo Social.....	91
4.2 Los campos de Trabajo Social.....	93
4.2.1 El Trabajo Social en el Área de la Salud.....	94
4.2.2 Trabajo Social Medico Hospitalario.....	95
4.2.3 Trabajo Social en Planificación Familiar.....	95
4.3 La Promoción Social.....	96
4.3.4 Trabajador Social En El Programa De Promoción y Atención a La Mujer.....	97
4.4 Orientación y Consejería	99
4.5 El Nuevo Perfil del Trabajo Social dentro de la Salud.....	100
CONCLUSIONES.....	102
BIBLIOGRAFÍA.....	104

MUJER Y SALUD REPRODUCTIVA EN EL ESTADO DE HIDALGO

INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva y la Planificación Familiar son factores importantes en el desarrollo del país, ya que los individuos pertenecientes a esta sociedad contribuyen tanto al avance como al retroceso de su comunidad en casi cada una de las acciones que realizan; es así como la visión y aceptación que se tenga acerca de la salud reproductiva y la planificación familiar podrá definir de alguna manera el futuro de los habitantes y del país en general.

Sin embargo y aún sabiendo esto, es ya conocido que la Planificación Familiar es un tema pendiente desde hace décadas, pues a pesar de que a últimas fechas se le concede la importancia y el espacio que se merece en diversos programas sociales y de salud, por alguna razón, aún no es asimilada por la mayoría de los mexicanos.

En México, diversas organizaciones civiles, religiosas e incluso gubernamentales, han impedido que se dé una verdadera apertura en materia de sexualidad y planificación familiar en la educación formal e informal, sumado a esto la deficiente calidad en los servicios han traído innumerables problemas de salud reproductiva en la población, problemas que muchas veces han incluso acabado con la vida de hombres y mujeres mexicanas e indudablemente han impedido que se alcance el bienestar, especialmente en los sectores más pobres.

Aunado a esto y de igual preocupación, es la tendencia cultural y de tradiciones que desde siglos está presente en México, la innegable inequidad de género; misma que coloca a la mujer en una postura de desventaja en la mayoría de los aspectos de su vida individual, familiar y social; esto incluye su propia salud reproductiva.

Es importante mencionar también, que en la actualidad las tendencias apuntan a una posible igualdad de géneros, la mujer ha incursionado a campos laborales que antes resultaban inimaginables, su opinión es cada vez más importante para tomar decisiones familiares y sociales,

estudia, se prepara para los nuevos retos que la sociedad va imponiendo, sin embargo es un hecho también, que la tan comentada equidad no llega a todos los sectores, no va con la ideología de algunas familias y no es una opción para muchos hombres y mujeres. Y es así como los mismos cambios que ha sufrido la sociedad, muchos de los cuales buscan la igualdad, han traído consigo todavía más retos, que implican luchar contra las consecuencias de mantener en privado y lo más alejado posible de las mujeres y de muchos hombres también, algo tan natural como lo es el conocimiento de la sexualidad además de algo tan importante como lo es la planificación familiar.

Además de lo anterior, la educación insuficiente o de mala calidad en materia de sexualidad, la inequidad de género, la violencia y discriminación contra las mujeres han provocado graves consecuencias en la salud reproductiva no solo de las mujeres sino también de los hombres, problemas tales como: los embarazos no planeados, hijos no deseados, abortos, elevado número de hijos, contagios de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH Sida; sin contar que las posibilidades de aspirar a una vida mejor y más digna se ven minimizadas al desconocer o rechazar la planificación familiar.

También y de gran importancia son los jóvenes; en todo el mundo hay millones de adolescentes que llevan una vida sexual activa, exponiéndose a los problemas ya mencionados, “las relaciones sexuales y la reproducción a edad temprana tienen graves consecuencias en la salud y el desarrollo de las mujeres jóvenes, además pueden llevar a la pérdida de oportunidades de educación y empleo traer al mundo hijos no planeados” (OMS-UNICEF, 1995).

Se considera importante realizar esta investigación por la considerable cantidad de personas que han tenido y tienen problemas de salud reproductiva y planificación familiar Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, (2005), esto incluye: hijos no planeados e interrupción provocada de embarazos, muchas mujeres, consideraban que habían recibido una educación sexual por lo menos suficiente, que conocían los medios y métodos para evitar un embarazo no deseado y a algunas más les fue negada y les fue impuesto un sistema educativo y cultural donde no podían opinar sobre su propio cuerpo, donde ni las acciones emprendidas por las instituciones públicas les sirvieron al momento de decidir.

Vivimos en un país donde no es extraño ver a adolescentes embarazadas o con un bebé en brazos; muchas más no han llegado a los 20 años y ya esperan su segundo o tercer hijo. Además es bien sabido que muchas de las adolescentes que inician su vida sexual y resultan embarazadas recurren a la interrupción del embarazo, no solo mediante un legrado; también haciendo uso de téis abortivos, pastillas y otros métodos nada seguros, que indudablemente ponen en riesgo su salud y su vida.

Es verdaderamente preocupante lo que está ocurriendo en el país completo; la información y los servicios deficientes y de mala calidad, han provocado muchos de los problemas antes mencionados, aunado a esto el machismo y la desigualdad han generado que gran parte de la población permanezca desinformada y alejada de las posibilidades que ofrece la planificación familiar.

Para las y los Trabajadores Sociales que pretenden incursionar en el campo de la salud y específicamente en acciones de salud reproductiva y planificación familiar, es importante además de la experiencia, un documento donde se puedan consultar los datos y la información más relevante en materia de planificación familiar y salud reproductiva para el ejercicio profesional.

Con la presente monografía se pretende elaborar una compilado de la información más importante acerca de planificación familiar a nivel nacional y estatal, se expondrá la información obtenida de distintas fuentes, siendo estas fidedignas y actuales para su mejor comprensión y utilidad. El tema de la planificación familiar debe ser difundido y reconocido como un aspecto esencial en la vida de las y los mexicanos, puesto que actualmente el país atraviesa por un momento crítico, donde los habitantes necesitan encontrar las formas óptimas para el mejoramiento de su salud reproductiva, accesibilidad de métodos de planificación familiar y calidad en los servicios de los mismos.

JUSTIFICACIÓN

Las mujeres del Estado de Hidalgo, presentan problemas serios en cuestión de salud reproductiva y planificación familiar. Es un hecho que las niñas y niños deben llegar a la adolescencia informados para enfrentar los cambios que la adolescencia trae consigo, “hay que hablar con verdad de los temas sexuales, de esos temas que en el pasado reciente parecía intocables, porque niñas y adolescentes tienen la necesidad de conocer sus cuerpos para proteger su salud, para ponerse a salvo de abusos para resolver sus dudas y temores, para relacionarse con los demás propiciando así un desarrollo pleno” (SEP, 2000). Y es verdad que el impacto de la planificación familiar ha sido evidente en México, “en las últimas tres décadas se ha notado un marcado descenso en los niveles de fecundidad asociado a incrementos importantes en el uso de métodos anticonceptivos; a principios de la década de los 70s el promedio de hijos por mujer era superior a seis, mientras que en la actualidad el número esperado es cercano a 2.4” (SSA,2002), sin embargo es una realidad, que todavía no se entiende el por qué a pesar de las campañas, servicios métodos, hay tantos embarazos no planeados especialmente en adolescentes, y en zonas rurales e indígenas, además de abortos, elevado número de hijos en mujeres y/o parejas todavía muy jóvenes.

De ahí surge la importancia de prestar especial atención a la planificación familiar en el Estado de Hidalgo; cómo ha sido su desarrollo, en qué situación se encuentra actualmente, cuáles son las acciones que están recibiendo las jóvenes y mujeres, representantes de una generación joven e informada, pero todavía ajena a los objetivos de los programas que se suponen pretenden hacer conciencia y crear una cultura de salud reproductiva.

La ONU considera a la planificación familiar un aspecto clave para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio; a nivel mundial cada año se producen 76 millones de embarazos no planeados, 19 de ellos acaban en aborto (UNFPA, 2006) por todo esto, la promoción de la planificación familiar y salud reproductiva nunca será suficiente; es importante que la población cuente con información actualizada, misma que le permita conocer cómo prevenir enfermedades y riesgos en la salud reproductiva, que sepan cómo mejorar su bienestar físico, mental y social, que profesionistas dedicados a este campo le den la verdadera importancia a la educación para la salud.

La planificación familiar es importante porque permite a las mujeres y a los hombres decidir, libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, de acuerdo a sus expectativas para el cuidado y la educación que desean otorgarles, a fin de lograr el bienestar de la familia.

Además los costos, económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad desinformada, son elevados y se aplican a atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, trastornos psicológicos, entre otros. Aquí es importante destacar gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de sus complicaciones. Así mismo se reduce los costos sociales para la manutención de los hijos no deseados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar y los niños sin hogar.

Es importante mencionar además, que en México existen alrededor de 63 grupos indígenas que superan los 10 millones de habitantes. Estos grupos se concentran principalmente en Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Puebla, Yucatán, Guerrero, San Luis Potosí, Michoacán, Sonora e Hidalgo, cuyos municipios se encuentran en la mayor índice de marginación. El porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos es inferior al 10% o en los municipios con 40% o más de población indígena. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena.

La atención de la salud sexual y reproductiva de la población indígena ha sido tradicionalmente una prioridad que no ha sido cumplida. El atraso social en que viven estos mexicanos (as) es el mayor obstáculo para incorporarlos de una manera rápida al desarrollo, con el absoluto respeto a sus costumbres y tradiciones.

Además de las mujeres indígenas, la población adolescente también representa un grupo prioritario por considerarse de riesgo, ya que las decisiones sexuales y reproductivas que se toman durante esta etapa de la vida tienen una gran trascendencia individual y social. Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos con una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. Es una realidad que a pesar de que durante los últimos años el

número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continua siendo un desafío prioritario en salud reproductiva,

Específicamente hablando del estado de Hidalgo se reconoce que es una entidad que presenta rezagos significativos en materia de salud reproductiva y planificación familiar. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSUT 2006), el 63.1% de la población femenina de 20 a 49 años de edad con vida sexual activa, utiliza un método de planificación familiar, cifra inferior al promedio nacional colocándose en el lugar 13 entre todas las entidades federativas, lo que conlleva a una mayor probabilidad de tener su primer hijo en la adolescencia o después de los 35 años. Además y a pesar de que el Programa Estatal de la Salud de la Mujer establece como cobertura de planificación familiar a mujeres de menos de 15 años hasta más de 40 años, es una realidad que el grupo registrado que acude a los servicios es el de 20 a 29 años con una proporción del 55% siendo las edades más tempranas las que más requieren de orientación, servicios y métodos.

Es por ello que el estado de Hidalgo es particularmente una entidad que necesita de acciones que tiendan a mejorar los servicios de salud reproductiva en los dos grupos más vulnerables, las y los adolescentes y las mujeres de bajos recursos, incluidas las mujeres indígenas.

METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, que básicamente expone la situación actual de la mujer dentro del contexto hidalguense en la planificación familiar, detallando mediante la investigación documental los aspectos más relevantes de la Salud Reproductiva y la Planificación en México y en el Estado de Hidalgo, así como las características de las mismas (métodos, servicios, alcances, etc.). Tanto la búsqueda como la recopilación de datos, incluye fuentes de información que se tienen sobre el tema, de tipo bibliográfico, hemerográfico, internet, además se aboca a documentos oficiales como los programas nacionales y estatales de las diversas instituciones de México e Hidalgo que procuran la salud en general o en su caso la salud reproductiva de la mujer, y/o que aportan datos estadísticos que muestren resultados significativos en materia de planificación familiar; además de bibliografía internacional, nacional y consultas a personas expertas en el tema que aporten información trascendente y de actualidad.

La presente monografía es una descripción general de la Salud Reproductiva en las Mujeres del Estado de Hidalgo, de función informativa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la situación actual de la mujer hidalguense dentro del campo de la salud reproductiva y la planificación familiar.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Conocer los antecedentes históricos más importantes referentes a la Planificación Familiar en México y en el Estado de Hidalgo.
- Proporcionar información acerca de los servicios y métodos que ofrece la planificación familiar en el Estado de Hidalgo.
- Referir las principales consecuencias que una deficiente promoción y difusión de la salud reproductiva provoca en la población femenina.
- Referir de manera general cual es la situación actual de la Salud Reproductiva y las mujeres en el Estado de Hidalgo.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA

I.I AMBITO INTERNACIONAL

A través del tiempo, en todo el mundo, la mujer ha sido objeto de maltratos y limitaciones. Siglos de lucha, millones de muertes; no han bastado para lograr erradicar por completo la imposibilidad de ser libres, de tomar sus propias decisiones y acceder a una justa igualdad.

Las estadísticas demuestran que hoy en día alrededor del mundo las mujeres enfrentan diversos problemas:

- En muchos países en desarrollo, entre un tercio y la mitad de las mujeres tienen un hijo antes de cumplir los veinte años (ONU, 2001)
- En África, en Sahara del Sur, una de cada 22 mujeres muere por complicaciones relacionadas con el embarazo (ONU, 2001)
- En todo el mundo uno de cada cuatro embarazos es no deseado. Los abortos superan a los nacimientos vivos en regiones de Europa Oriental y la ex Unión Soviética (ONU, 2001)
- Alrededor del 40% de todas las mujeres en edad fértil tienen anemia (OMS, 2005)
- De todas las mujeres infectadas con VIH, 70% tienen entre 15 y 25 años de edad (OMS, 2005)
- Cada año, 40 millones de niños y niñas menores de 15 años son víctimas de maltrato o negligencia familiar, suficientemente graves como para requerir atención médica. (ONU, 2001)
- En muy pocos lugares del mundo se respeta el derecho de la mujer a mantener relaciones sexuales seguras y a decidir de manera autónoma sobre las cuestiones relativas a su sexualidad (OMS, 2005)

La salud sexual y reproductiva han sido desde siempre factores importantísimos en el desarrollo de la mujer, sin embargo es un hecho que no ha sido fácil acceder a ella; y es por esto que desde el siglo pasado y mediante diversos, tratados, encuentros, conferencias; en todo el mundo se ha buscado bajo los auspicios de las Naciones Unidas, exhortar a todos los países a comprometerse con las mujeres.

Han pasado 40 años desde que la planificación familiar, hoy Salud Reproductiva (porque engloba muchos más factores más adelante descritos); fue reconocida como un derecho humano internacional. El 13 de mayo de 1968 en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, realizada en Teherán, se declaró que “los padres y madres de familia tienen el derecho humano básico de determinar responsable y libremente el número y espaciamiento de sus hijos”. Sin embargo esta no fue una declaración que realmente beneficiara a todas las mujeres del mundo ya que por milenios, las mujeres fueron valoradas casi exclusivamente como madres, siendo ilegal la planificación familiar.

Con los inicios del dispositivo intrauterino y la píldora anticonceptiva en 1960 comenzó la era de los anticonceptivos seguros, asequibles y efectivos; la presión ejercida por la generación de mujeres con estudios que surgió después de la Segunda Guerra Mundial, condujo a la legalización de los anticonceptivos en todo el mundo. En los pasados 40 años, el uso de la anticoncepción moderna ha aumentado de un 10 a un 65 por ciento en las parejas casadas en todo el mundo (IPPF, 2008).

Sin embargo, a pesar de los avances, actualmente unos 200 millones de mujeres no tienen acceso a los anticonceptivos seguros y efectivos. La mitad de los 190 millones de embarazos anuales son no planeados; y un tercio de ellos termina en aborto. Los abortos inseguros se cuentan entre las principales causas de muerte relacionadas con el embarazo, que le cuestan la vida a una mujer cada minuto – más de 536,000 muertes al año – casi todas en áreas pobres. El acceso universal a la planificación familiar podría evitar al menos un tercio de esas muertes. Se espera que la necesidad de planificación familiar y los crecientes esfuerzos de prevención del VIH aumenten la demanda de anticonceptivos en un 40 por ciento en los próximos 15 años. Si esa demanda no es satisfecha, tampoco se alcanzarán los objetivos internacionales de salud y reducción de la pobreza (IPPF, 2008).

La planificación familiar y la salud reproductiva han sido oficialmente un derecho humano durante 40 años, pero en muchos lugares todavía no es una realidad. Cada minuto, alrededor del mundo, no menos de una mujer muere como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; es decir, unas 529 000 mujeres cada año. Además, por cada mujer que muere al dar a luz, otras 20 sufren lesiones, infecciones o enfermedades (unos 10 millones de mujeres cada año) (OMS, 2007).

Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas en el mundo: hemorragias (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), preclamsia (hipertensión arterial pronunciada que provoca convulsiones - 12%), y parto obstruido (8%). Si bien esas son las causas principales de mortalidad materna, la falta de cuidados o de acceso a los servicios, su elevado costo o su escasa calidad, son elementos determinantes que malogran el desarrollo y el bienestar social, y cada año dejan a un millón de niños huérfanos de madre. Esos niños tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás (OMS, 2007).

La inmensa mayoría de las muertes maternas se evitarían si las mujeres tuvieran acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, o servicios de atención postaborto y, donde esté permitido, servicios de aborto seguros. Un 15% de los embarazos y los partos necesitan cuidados obstétricos de urgencia debido a riesgos difíciles de predecir. Un sistema de salud dotado de personal especializado es decisivo para salvar la vida de esas mujeres.

Aún más alarmante es que actualmente en todo el mundo la actividad sexual tiende a iniciarse en etapas cada vez más tempranas de la vida. Lo mismo está sucediendo con la edad promedio de la menarquia. Estos dos fenómenos están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes. Se calcula que anualmente se producen en el mundo 13 millones de embarazos en mujeres menores de 20 años, 90% de los cuales ocurren en los países en vías de desarrollo. Las tasas de embarazo en adolescentes varían enormemente entre países y al interior de ellos. En algunos países africanos estas tasas alcanzan cifras de 150 por 1,000 adolescentes. En Corea del Sur ascienden apenas a 3 por 1,000. En México la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de

edad es de 79 por 1,000. Se calcula que entre 30 y 60% de estos embarazos terminan en abortos inducidos (SSA, 2007).

Es bien sabido que en los últimos años, la planificación familiar tiene un lugar importante en los gobiernos de todo el mundo, no solo por la necesidad de limitar el crecimiento de la población, sino porque los servicios son cada vez más demandados por la misma sociedad, sin embargo, cada país carga con una historia e ideología que les impide realmente trabajar por la Salud Sexual y Reproductiva de sus habitantes; la injusticia, la corrupción, la cultura y el fanatismo religioso, son solo algunos aspectos que impiden tomar decisiones libremente a millones de mujeres de todo el mundo.

I.2 LA SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO

I.2.1 LA FECUNDIDAD EN MÉXICO

El descenso de la fecundidad que ha ocurrido en México desde mediados de los años sesenta es la manifestación más concreta del proceso de apropiación de los y las mexicanas del control de su vida reproductiva. En esos años, la tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó su máximo histórico, con valores por encima de siete hijos por mujer. Muy pocas personas, mayoritariamente de las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos eran accesibles sólo en algunos servicios privados. Por esta razón, fueron los grupos acomodados que residían en las grandes ciudades quienes iniciaron primero la regulación de su fecundidad. Posteriormente, a partir de 1974, con el cambio de la política de población y del impulso de los programas de planificación familiar, la fecundidad comenzó a descender vertiginosamente. En unos cuantos años, esta pauta se generalizó a casi todos los grupos sociales: entre 1974 y 1980 la TGF descendió de seis a 4.7 hijos por mujer; ascendió a casi cuatro hijos en 1985; alcanzó 2.9 hijos en 1994, registró 2.65 hijos en 1997 y se estima que en la actualidad asciende a 2.4 hijos por mujer. (CONAPO, 2000)

Hoy en día, la planificación familiar goza de una mejor aceptación social en todos los estratos sociales y ámbitos territoriales del país, puesto que la fecundidad ha descendido significativamente.

Por ello, para la mayoría de las mexicanas y los mexicanos, la reproducción dejó de ser concebida como un capricho de la naturaleza y hoy en día forma parte de los eventos que pueden ser planeados y anticipados por las personas. De los cambios demográficos ocurridos en México, el descenso de la fecundidad es el que tiene las mayores implicaciones positivas para la salud reproductiva. (CONAPO, 2000)

Sin embargo a pesar de que el descenso de la fecundidad se ha presentado a lo largo del territorio este proceso no ha ocurrido de manera simultánea, ni con el mismo impulso en las distintas regiones, entidades, clases sociales y grupos étnicos del país.

Un ejemplo es que en 1996, la fecundidad de las mujeres sin instrucción duplicaba a la que registraban las mujeres con al menos un año aprobado de educación secundaria (4.7 hijos(as) frente a 2.2). Aunque esta diferencia es muy acentuada, cabe señalar que en 1974 la diferencia entre ellas era de más de cuatro hijos(as) (SSA, 2001).

La fecundidad de las mujeres que residen en las áreas rurales ha sido tradicionalmente mayor a la de las que residen en contextos urbanos. Sin embargo, se advierte una clara concordancia en las tasas globales de fecundidad a partir de 1980. En 1996, la distancia que las separaba era de 1.2 hijos(as), mientras que dieciséis años antes era de 2.8 hijos(as). Actualmente, Guerrero y Puebla son la entidades federativas con la mayor TGF (3 hijos por mujer), seguidas por Chiapas, San Luis Potosí y Oaxaca (2.9 hijos, en cada caso). El Distrito Federal sigue siendo la entidad que presenta la menor fecundidad del país (1.8 hijos), seguido por Nuevo León, Baja California Sur, Morelos, Colima, Sinaloa, Tamaulipas y Sonora, donde se estima que cada mujer tendría al final de su vida reproductiva 2.1 hijos. Las estimaciones en el año 2000 indican que la brecha entre las entidades federativas continúa acortándose, de tal manera que la distancia que separa a Chiapas, el estado con la mayor TGF en 1990, del Distrito Federal, la entidad con la menor fecundidad, se ha reducido de 2.3 a 1.1 hijos(as) en ese periodo. (CONAPO, 2006)

Se sabe que:

a) un menor número de nacimientos reduce el tiempo que las mujeres están expuestas durante su vida al riesgo de complicaciones perinatales (de 63 meses con una fecundidad de siete hijos a 18 meses con una fecundidad de dos);

b) una elevada fecundidad está relacionada con la mayor ocurrencia de embarazos en las edades extremas del periodo reproductivo. El embarazo en mujeres muy jóvenes —menores de 20 años de edad— y entre las mayores de 35 años presenta una mayor probabilidad de muerte neonatal perinatal; y

c) una fecundidad elevada acorta el tiempo de espaciamiento entre los nacimientos, lo que se traduce en un menor periodo de recuperación física de la madre entre parto y parto, y una mayor competencia entre hermanos por los recursos del hogar para su crianza (lactancia, alimentos, atención médica y tiempo de los padres).

Además de sus vínculos con la salud, la fecundidad también es una expresión del grado en que las mujeres y sus parejas ejercen sus derechos reproductivos. El embarazo premarital y en la adolescencia, así como la mayor fecundidad de los grupos en condiciones de pobreza y marginación, son en gran medida resultado de la falta de recursos (económicos, sociales, culturales) y del poder que se requiere para tomar decisiones de manera libre, informada y responsable sobre la sexualidad y la reproducción.

1.2.2 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO COMIENZO

En México, a raíz de la promulgación de la nueva Ley General de Población en 1974, se dio un acelerado proceso de difusión y utilización de la planificación familiar por parte de las parejas mexicanas. Con esta Ley, el Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos(as) tener, cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para cristalizar sus preferencias reproductivas. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios de planificación familiar es gratuita en todas las instituciones del sector público.

A lo largo de más de 30 años la implementación y el desarrollo de los programas, primero de planificación familiar y después de salud reproductiva, han provocado cambios muy importantes en el uso de los medios para regular la fecundidad de la población. El tamaño de la familia ha ido cambiando hacia tamaños cada vez más reducidos.

A partir de la política de población de 1974 se definió la orientación de la actual política de población. En 1977 inició el primer programa de planificación familiar a nivel nacional. Con anterioridad a estas iniciativas, en 1973, se estima que alrededor de 23% del total de mujeres casadas utilizaba métodos anticonceptivos modernos, cifra que creció a 32% en 1979, a 41% en 1982 y a 45% en 1987, como resultado de los cambios de la legislación, del impacto de los PPF y de las modificaciones sociales, económicas y culturales de la población. Se estima que hacia 1997 la utilización de anticonceptivos subió hasta 73% en las áreas urbanas y 54% en las rurales (Camarena, 1991; CONAPO, 2000).

Sin embargo la perspectiva poblacional de las décadas de 1970 y 1980 se caracterizó únicamente por una orientación antinatalista. Algunos de los aspectos de este enfoque inicial son:

- La visión controlista o antinatalista como posición hegemónica. Los altos niveles de fecundidad eran considerados por los países desarrollados como la causa principal del lento crecimiento económico.
- El carácter reduccionista de las políticas de población. En la práctica se orientaban y limitaban, mediante el establecimiento de metas demográficas, a reducir los niveles de fecundidad.
- Los cambios en los ámbitos de influencia e intervención en el control de la fecundidad. Del ámbito privado e íntimo de la familia y de las normas religiosas, morales y culturales, que en el pasado predominaron de manera casi exclusiva, se transitó hacia una creciente intervención estatal en las últimas tres décadas. Esto debido al diseño e implementación de políticas públicas, fundamentalmente políticas poblacionales, programas de planificación familiar, extensión de servicios de salud y una amplia gama de actividades de información, educación y comunicación vinculadas con los PPF, que adquirieron diversas modalidades y fueron llevadas a cabo sobre todo por instituciones públicas.

- Los restringidos rasgos que caracterizaron el modus operandi inicial de los PPF: su focalización en las mujeres en edades reproductivas con alta paridad y el diseño e implementación de un modelo programático único; esto es, sin considerar las diferencias sociales, económicas, culturales, institucionales e ideológicas.

En el inicio de los programas de planificación familiar públicos en México, la intervención se orientó a las llamadas “mujeres meta”, mujeres casadas o en unión libre de edades intermedias y avanzadas (35 o más años) y con una alta paridad (tres y más hijos), que no utilizaban ningún método anticonceptivo, sin importar sus preferencias reproductivas, y el énfasis estaba puesto en los sectores más pobres y marginados (Lerner y Szasz, 2008a).

1.2.3 EL ENFOQUE DE LA SALUD REPRODUCTIVA

El origen de esta perspectiva, radica en la participación cada vez más creciente tanto a nivel nacional como internacional, de mujeres de la sociedad civil que impugnaron la orientación, justificación y legitimidad de las políticas poblacionales y de los Programas de Planificación Familiar. Los logros que se estaban obteniendo, si bien es cierto habían reflejado una disminución importante en la fecundidad y por lo tanto la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil sin embargo sin políticas adecuadas de desarrollo económico y social y sin considerar las condiciones de vida y las necesidades sentidas por la población, las intervenciones exitosas en la dinámica demográfica no tendrían un mayor bienestar para la población.

Los programas de Planificación Familiar únicamente consideraban aspectos como los eventos reproductivos únicamente vinculados a la procreación, como la atención a los embarazos y partos, de igual manera excluían de los servicios de atención a grupos de la población, tales como adolescentes, madres solteras, viudas, separadas y divorciadas, mujeres estériles, mujeres en etapa menopáusica y varones en todas las edades reproductivas. Los servicios carecían de calidad, había un limitado repertorio de métodos anticonceptivos reversibles y sobre todo presentaban una falta de adecuación apropiada a las condiciones físicas y emocionales de las mujeres y el momento del ciclo de vida reproductiva en que se encontraban. (Lerner y Szasz, 2008a).

Algo determinante fue la ausencia de un enfoque de género y la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de algunos hombres, en el ámbito de la salud, la reproducción y la sexualidad.

Todos estos aspectos, fueron factores determinantes que condujeron a la institucionalización y legitimación del enfoque de Salud Reproductiva (concepto inicialmente definido por la OMS y establecido en El Cairo en 1994), con lo cual se amplió la visión de la salud sexual y reproductiva y en especial con respecto a las prácticas y situaciones de riesgo (Infecciones de transmisión sexual y VIH), y se empezaron a incorporar elementos de los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones y de la perspectiva de género; teniendo como objetivo romper con los conceptos jerárquicos de los anteriores programas de planificación familiar, y promover la autodeterminación y capacidad de las mujeres para controlar su vida reproductiva sin dejarse influir por su familia, profesionales de la salud, líderes religiosos u otros actores sociales que frecuentemente decidían por ellas.

Es verdad que tanto las acciones de planificación familiar como las de la salud reproductiva han sido instrumentos indispensables para garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento del principio general plasmado en el artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos". Sin embargo con la introducción del concepto de Salud Reproductiva, actualmente hay una mayor apertura en cuanto a lo que incluye la salud sexual de las mujeres.

Actualmente el Programa Nacional de Salud 2007-2012 destaca la importancia de la información y educación en materia de salud reproductiva; la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; la oferta de servicios de salud reproductiva a toda la población, pero con énfasis en los adolescentes, indígenas y discapacitados, y el estímulo a la participación del hombre en el cuidado de su salud reproductiva.

Sin embargo, es una realidad que en México por distintas causas; viejas creencias, cultura, machismo, miedo, mal servicio y falta de información, muchas mujeres no acceden a los servicios de planificación familiar aún sabiendo que estos existen y están a su alcance.

México enfrenta como muchos países el reto de la información en poblaciones pobres de difícil acceso, de una juventud poco responsable, poco consciente de su salud y sexualidad. “El indicador que a la fecha mejor refleja la magnitud de este problema en México es el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas. En 2005 se registraron 1,174,209 partos en diversas instituciones, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4% de los países ricos, pero también con el 50% de algunos países africanos. Cabe destacar que 7,289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años. Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) (26.5%) y el IMSS-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el IMSS (10.1%) e ISSSTE (5.3%). Estas cifras son consistentes con los resultados de estudios que han demostrado una relación inversa entre la frecuencia de estos embarazos y el nivel de ingreso y educación” (SSA, 2007).

Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, muestran un ligero aumento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (70.9%) y una reducción en la brecha urbano-rura (74.6 versus 58.1%) pero también un bajo uso de métodos anticonceptivos en las mujeres sin escolaridad (56.6%) y en mujeres de 15 a 19 años de edad (39.4%). Estos últimos porcentajes explican en buena medida las altas cifras de embarazos en adolescentes que existen en el país, sobre todo en las poblaciones más marginadas.

1.3 HIDALGO

1.3.1 SITUACIÓN DEMOGRAFICA EN HIDALGO

En Hidalgo, estado caracterizado por su población joven, “cerca del 50% de las mujeres se encuentran en edad reproductiva” (INEGI, 2005), lo que significa que la mitad de las mujeres Hidalguenses requieren de diversos servicios de salud especializados, tales como el control de Natalidad; la prevención y atención a contagios de infecciones de transmisión sexual, atención antes, durante y después del embarazo, prevención y atención al cáncer cérvico-uterino y de mama,

entre otras. Esto refleja la gran necesidad que en Hidalgo se tiene de atención no solo en cuestiones laborales y de educación sino en salud para las mujeres.

Actualmente, a pesar de que las mujeres se han ido incorporando al mercado de trabajo en Hidalgo, es una realidad que esta incorporación es tremendamente desigual respecto a la masculina y de igual manera sucede en el ámbito educativo, es verdad que aún hay más niñas sin ir a la escuela que niños. (INEGI, 2000a).

Los puestos que las mujeres ocupan son principalmente de comerciantes y dependientas, posteriormente esta el puesto de trabajadoras domésticas, las artesanas y obreras ocupan un tercer lugar y en cuarto están las oficinistas. En estas ocupaciones se concentra más de la mitad de las mujeres hidalguenses ocupadas (SSA, 2005).

Y es así como en vez de acceder a mejores oportunidades de vida, muchas mujeres hidalguenses se tienen que conformar con cualquier trabajo o con quedarse en casa a cuidar de los hijos, dejando a un lado la oportunidad de buscar mejores niveles de vida, lo cual a su vez provoca falta de información y conciencia de algo tan fundamental y básico como su propia salud y bienestar, heredando esa falta de educación a las siguientes generaciones.

1.3.2 FECUNDIDAD EN HIDALGO

En Hidalgo, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia en concordancia con la TGF Nacional. La tasa global de fecundidad pasó de 3.35 hijos por mujer en 1990 a 3.25 en 1992; descendió a 2.9 en 1997, para el 2000 se estimó en 2.6 hijos por mujer y para 2005 el promedio fue 2.2 hijos cifra que igualó a la Nacional (CONAPO, 2008).

Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Hidalgo del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.2 hijos en 1990 a 0.8 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Hidalgo entre las dieciséis entidades que se encuentran por encima del promedio nacional (CONAPO, 2001).

La disminución en la fecundidad en Hidalgo tiene efectos positivos en la vida de las mujeres. Por una parte se reducen riesgos de salud y por otra parte no se dedica la mayor parte del tiempo en edades reproductivas, al cuidado de los niños, lo cual lleva a un mayor desarrollo educativo y laboral.

Sin embargo el hecho de que descienda la fecundidad en las mujeres, también refleja un gran problema que no solo en Hidalgo se presenta, gran parte de los programas de salud reproductiva van dirigidos únicamente a las mujeres, lo que representa que cargan con la responsabilidad de la reproducción, tanto si la desean como si no. Esto incluye por supuesto el uso indiscriminado de métodos anticonceptivos, la mayoría hormonales.

Datos del CONAPO en 2005 nos dicen que:

- En Hidalgo como en el resto del país los matrimonios a edad temprana se dan principalmente en el área rural.
- Es cada vez más frecuente que la vida en pareja se inicie con la unión libre.
- Una de cada 5 mujeres inicia la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad.
- Cada vez más mujeres esperan hasta 18 meses para tener su primer hijo después de la unión en pareja (Intervalo Protogenésico).
- La proporción de mujeres que se embaraza de su primer hijo(a) de manera premarital presenta una tendencia creciente, especialmente en adolescentes.
- Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.6 y 3, respectivamente).
- La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 4.3 hijos(as) en promedio, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por 2.7 hijos(as) en promedio, esto es casi dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos.

La disminución del número de hijos tiene efectos positivos en la vida de las mujeres, por una parte, merman los riesgos de salud vinculados al embarazo, parto y puerperio. Y por otra, se acortan los tiempos dedicados al cuidado de los niños y niñas. Uno de ellos refiere a una política de control de la natalidad que se ha concentrado exclusivamente en las mujeres como responsables de los hijos. Está tan extendida la idea que las mujeres son las únicas responsables de la concepción de los hijos, que hasta las estadísticas dan cuenta del conocimiento y uso de anticonceptivos entre las mujeres, mas no entre los hombres.

De acuerdo a datos sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres hidalgüenses en edad fértil, el 93.3% conocía al menos un método anticonceptivo en 1997, pero solamente 66.3% era usuaria. Entre ellas, cerca de 90% utilizaba métodos modernos y más del 10% métodos tradicionales (INEGI, 2000b). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSUT, 2006) entre las mujeres de 20 a 49 años, únicamente 44.3% usaba de manera continúa un método anticonceptivo en 2005. Cabe destacar que esta encuesta tampoco reporta el uso del condón para los hombres en este grupo de edad.

El promedio de hijos nacidos vivos por cada mujer en la entidad es relativamente bajo. En el influyen, entre otros factores, diferencias sociales, etáreas, étnicas y geográficas, configurando un panorama con subprocesos particulares.

1.3.3 LA FECUNDIDAD EN LOS MUNICIPIOS

En términos generales, el promedio de hijos nacidos vivos por cada mujer en la entidad es bajo, sin embargo, el proceso descendente de la fecundidad no es homogéneo, en el influyen múltiples factores como las diferencias sociales, etáreas, étnicas y geográficas, además de los subprocesos individuales.

Según CONAPO en 2002, Mineral de la Reforma fue el municipio que registró el menor promedio (1.99) de hijos nacidos vivos por mujer; 37 municipios tuvieron promedios entre 2.00 a 2.99 hijos nacidos vivos por mujer y la gran mayoría se colocó con promedios de 3.00 a 3.89, siendo Nicolás Flores el que registró la tasa más alta, 3.89.

De acuerdo a la misma fuente, después de 5 años, los datos demuestran que todos los municipios hidalguenses disminuyeron el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más. Dos municipios registraron tasas menores a 2.00 (Mineral de la Reforma y Pachuca) y se disminuyó la cantidad de municipios que tenían arriba de 3.00.

Por otra parte INEGI reporta en el Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México 1990 a 2002 (INEGI, 2002), demuestra que del total de mujeres en la entidad, las que menos hijos tuvieron durante década y media fueron las menores de 15 años. Esta situación es comprensible puesto que, con algunas excepciones, culturalmente el nacimiento de los hijos se concibe a mayores edades. Adicionalmente cada vez más mujeres mexicanas postergan la maternidad.

El mayor porcentaje de hijos nacidos vivos se presenta entre las mujeres de 20 a 29 años, rango de edad que se tipifica como propio para contraer matrimonio y tener hijos.

Según su estado conyugal, se encuentra que las mujeres solteras tienen registrado un promedio 0.2, las viudas, con el rango más elevados 6.2. Las mujeres casadas bajo alguna religión registraron un promedio de 5 hijos nacidos vivos, cifra elevada que expresa que todavía prevalecen las concepciones religiosas sobre la reproducción y el número de hijos. Las mujeres separadas presentan el 3.5, las casadas sólo por lo civil y divorciadas, 3.3 y las mujeres en unión libre, 3.1.

CUADRO 1

Hidalgo. Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años y más, 2000 y 2005

Municipio	2000	2005	Municipio	2000	2005
Mineral de la Reforma	1.99	1.96	Chilcuautla	3.07	3.01
Pachuca de Soto	2.03	1.97	Acaxochitlán	3.09	2.96
Tizayuca	2.34	2.24	Zimapán	3.10	2.90
Tulancingo de Bravo	2.35	2.23	Atlapexco	3.11	2.79

Zacualtipán de Angeles	2.42	2.37	Atotonilco	3.11	2.84
Tepeapulco	2.47	2.41	Tlanchinol	3.11	2.90
Atitalaquia	2.50	2.33	Molango	3.11	3.10
Tula de Allende	2.51	2.30	Santiago de Anaya	3.13	2.88
Tlanalapa	2.52	2.42	Tianguistengo	3.14	3.09
Santiago Tulantepec	2.54	2.38	Tepetitlán	3.15	2.87
Tolcayuca	2.55	2.37	Cardonal	3.15	3.04
Zapotlán de Juárez	2.57	2.42	Singuilucan	3.15	3.06
Mineral del Monte	2.57	2.62	Jacala de Ledezma	3.16	3.03
Progreso de Obregón	2.60	2.44	Lolotla	3.18	2.94
Actopan	2.64	2.52	Acatlán	3.21	3.34
Tetepango	2.64	2.54	Nopala de Villagrán	3.23	3.02
Atotonilco de Tula	2.64	2.55	Tenango de Doría	3.23	3.06
Tepeji del Rio de Ocampo	2.65	2.50	Almoloya	3.24	2.97
Tlaxcoapan	2.66	2.52	Yahualica	3.25	3.17
Tlahuelipan	2.69	2.45	Tecoautlán	3.25	3.20
Ixmiquilpan	2.73	2.54	San Bartolo T.	3.25	3.40
Mixquiahuala	2.74	2.49	Metztitlán	3.26	3.13
Apan	2.74	2.54	Juárez Hidalgo	3.26	3.24
Emiliano Zapata	2.79	2.59	Huasca de Ocampo	3.27	3.14

Villa de Tezontepec	2.79	2.59	Huautla	3.28	3.13
Huejutla de Reyes	2.80	2.59	Huehuetla	3.29	3.17
Tezontepec de Aldama	2.80	2.76	Mineral del Chico	3.30	3.12
Francisco I. Madero	2.86	2.58	Chapulhuacán	3.35	3.12
Zempoala	2.86	2.70	Alfajayucan	3.37	3.15
San Salvador	2.91	2.66	Chapantongo	3.38	2.87
Huichapan	2.92	2.75	Xchicoatlán	3.38	3.06
Jaltocán	2.93	2.69	Xochiatipán	3.38	3.27
San Agustín Tlaxiaca	2.93	2.77	Calnali	3.39	3.15
Epazoyucan	2.94	2.83	San Felipe Orizatlán	3.39	3.22
El Arenal	2.95	2.98	Agua Blanca	3.4	2.23
Ajacuba	2.98	2.50	Tlahuiltepa	3.43	3.55
Omitlán de Juárez	2.98	2.94	Pacula	3.46	3.23
Metepec	2.99	2.83	Eloxochitlán	3.47	3.38
Tasquillo	3.00	2.95	Pisafores	3.48	3.35
Cuautepec de Hinojosa	3.01	2.84	La Mision	3.51	3.19
Metzquitlan	3.01	2.85	Tepehuacán de G.	3.55	3.37
Huazalingo	3.05	2.84	Nicolas Flores	3.89	3.63

INEGI 2000 Y 2005

Los datos del INEGI comparando entre el 2000 y 2005 muestran del total de mujeres en la entidad las que menos hijos tuvieron durante una década y ellas fueron las menores de 15 años.

Adicionalmente, cada vez más mujeres mexicanas postergan la maternidad.

El Mayor porcentaje de nacimiento de hijos vivos se presenta entre las mujeres de 20 a 29 años, rango de edad tipificado socialmente como periodo en que se debe contraer matrimonio y /o tener hijos.

CUADRO 2

Hidalgo Porcentaje de nacimientos según grupo De edad de la madre y años seleccionados, 1990 2005

Grupo de edad	1990	1995	2000	2001	2002	2005
Menores de 15	0.7	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3
15-19	18.1	16.6	15.8	14.0	15.4	15.8
20-24	30.6	31.2	29.6	25.8	27.9	28.8
25-29	22.4	23.3	23.3	21.0	23.1	23.2
30-34	12.4	13.5	13.5	11.9	13.2	14.8
35-39	6.1	6.6	6.1	5.3	6.0	6.2
40-44	1.9	2.0	1.8	1.4	1.6	1.6
45-49	0.4	0.4	0.3	0.2	0.2	0.2
50 y mas años	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0
No se especificó la edad	7.4	5.8	9.0	19.8	12.3	9.2
Total	100	100	100	100	100	100

(INEGI 1990-2000e)

NOTAS: La información se refiere a los nacidos vivos de madres con residencia habitual en la entidad.

1.3.4 MORTALIDAD MATERNA EN HIDALGO

El concepto que la Organización Mundial de la Salud define a la Mortalidad Materna como “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

La mortalidad materna es reconocida hoy en día como un verdadero problema de salud pública y de igual manera llega a ser la expresión de la desigualdad por género, del rezago social, de la mala cobertura de servicios de salud y de la deficiente calidad de la atención médica.

Es muy cierto que la baja escolaridad de muchas mujeres, los bajos ingresos en el hogar, la residencia en áreas rurales y de difícil acceso, la ausencia de apoyo social, un elevado número de embarazos o partos, madres menores de 20 años o mayores de 35 años, además de antecedentes obstétricos negativos o con intervalos intergenésicos (tiempo entre un embarazo y otro) son factores que propician que la mujer tenga un alto riesgo de morir, y aunado a lo anterior el acceso y disponibilidad de los servicios, el equipamiento y la disponibilidad de los insumos, acrecientan las posibilidades.

Pero no sólo el acceso o disponibilidad de los servicios médicos son factores que intervienen directamente en las muertes maternas, también están la calidad de los servicios médicos, equipamiento y disponibilidad de los insumos. En la actualidad se encuentran zonas alrededor de todo el mundo, donde los servicios de salud no cuentan con recursos materiales y humanos necesarios, por lo cual no hay una atención rápida y oportuna de las complicaciones que se pudieran tener durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Se consideran como factores fundamentales las condiciones sociales y culturales en las que se desarrolla la mujer. El estatus y la autonomía de la búsqueda de cuidado durante la gestación son

elementos que no pueden dejarse de lado en el análisis de la mortalidad materna, aunque los estudios realizados enfatizan en la dificultad para medir esta variable.

Entre los grupos indígenas prevalecen condiciones de vida precarias (mayor proporción de personas pobres y dificultades notables en el acceso a servicios de salud) que colocan a las mujeres en situaciones de riesgo durante el embarazo por sus bajos niveles nutricionales, por ejemplo, al tiempo que se presentan importantes obstáculos para atender las complicaciones durante el parto y el puerperio.

En México, la muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad reproductiva. Los niveles de mortalidad materna ponen en evidencia la insuficiente cobertura y la baja calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población (CONAPO, 2000:67). A pesar de lo anterior, la mortalidad materna en el país ha disminuido a lo largo de los años. Entre 1990 y 2005, la razón de la mortalidad materna se redujo de 89 a 63 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos.

La mortalidad materna en Hidalgo también ha disminuido pasando de 126 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos de 1990 a 83 en 2005. Es de destacar que para 2005 la tasa en la entidad se equiparó a la nacional.

No se puede dejar de mencionar, está la condición de autonomía de la mujer para buscar y recibir cuidados adecuados en su embarazo, pues es bien sabido que a muchas no se les permite elegir sobre su cuerpo y su salud.

La etnicidad es un factor determinante, pues sigue prevaleciendo entre los grupos indígenas el bajo nivel nutricional, el poco control y seguimiento del embarazo por vivir en zonas alejadas que carecen de servicio médico permanente y lo cual influye de igual manera en la atención no oportuna en el momento del parto.

En México la Mortalidad Materna es una de las causas principales de defunción en mujeres en edad reproductiva, sin embargo ha disminuido a lo largo de los años. Entre 1990 y 2005 se redujo de 89 a 63 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos (CONAPO, 2005).

En Hidalgo la mortalidad materna también ha disminuido, pasando de 126 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 83 en 2005 (CONAPO, 2005).

1.3.5 SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA

En Hidalgo 75 de cada 100 mujeres en edad reproductiva (entre los 12 y 49 años), que tuvieron su último hijo nacido vivo entre 2001 y 2005, recibieron atención prenatal oportuna (aquella que inicia durante el primer trimestre del embarazo). Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2006 el porcentaje que tuvo problemas para recibir atención prenatal oportuna se concentra en áreas rurales.

Otros datos importantes de la ENSANUT 2006 sobre salud materna revelan que de las mujeres de Hidalgo de entre 20 y 49 años, únicamente 40 de cada 100 mujeres acudieron al módulo de medicina preventiva para realizarse la prueba del papanicolau en el año previo a la encuesta. La mayoría de estos exámenes se realizaron en instalaciones de la Secretaria de Salud (52.1%) y del IMSS. El resto de las mujeres claramente están expuestas a riesgos en su salud. Es importante señalar que a muchas de las mujeres que si se revisan periódicamente no se les entregan resultados, por descuido de ellas mismas o porque las autoridades de salud no consideran relevantes los resultados, lo cual también es un factor de riesgo.

Con relación a la prueba de detección de cáncer de mama mediante mastografía, 15 de cada 100 mujeres hidalguenses de entre 20 y 49 años se han realizado la prueba en el módulo de medicina preventiva. La proporción de mujeres que no se hicieron este estudio es elevada, aunque se debe considerar las recomendaciones para no realizársela hasta después de los 35 años, excepto en casos de mujeres a quienes se les recomienda por antecedentes relacionados.

1.3.6 SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La población derechohabiente de los servicios de salud es la que se encuentra afiliada a instituciones de seguridad social. Por ello, tiene garantizado el acceso a los servicios de salud.

La derechohabiencia está asociada directamente con la inserción laboral, pues se trata de una prestación social básica.

Según los datos del XII Censo de Población y Vivienda, en el año 2000, 29 de cada 100 hidalguenses eran derechohabientes. 29.6 de cada 100 mujeres y 28.7 de cada 100 hombres habitantes en el estado eran derechohabientes de algún sistema de salud. Para 2005, los datos del II Conteo de Población y Vivienda reportan un incremento importante en la proporción de derechohabientes, que alcanza 36% del total de población. Entre las mujeres este porcentaje es igual y, entre los hombres, se trata 37%. No obstante este incremento, es claro que el nivel de derechohabiencia es bastante bajo en el estado, lo cual plantea un reto para los servicios de salud.

Dentro de la Derechohabiencia la Salud Materna es un tema central, ya que contribuye a reducir la mortalidad materno-infantil al proporcionar a las mujeres condiciones para un embarazo, parto y puerperio seguros, saludables y con calidad.

Los resultados de varios estudios cualitativos y cuantitativos revelan que para evitar la mortalidad materna bastaría con el uso de métodos y prácticas sencillas y baratas, basados en el seguimiento médico continuo (control prenatal), proveedores de salud capacitados durante el parto que utilicen técnicas seguras e higiénicas, información básica a la mujer, y el acceso oportuno de las mujeres al segundo nivel de atención y a los servicios de emergencia (UNFPA, 2004).

Los resultados de la ENSANUT-2006 muestran que el 75 de cada 100 mujeres hidalguenses, en edad reproductiva, que tuvieron su último hijo nacido vivo entre 2001 y 2005, recibieron atención prenatal oportuna. Se aprecia una pequeña diferencia proporcional entre las mujeres que no recibieron atención médica de áreas rurales con las urbanas, las primeras tuvieron un porcentaje menor que las segundas.

El 96% de los partos de las mujeres que tuvieron su último hijo nacido vivo entre 2000 y 2005 fueron atendidos por algún personal de salud. Dicha cifra aumenta entre las mujeres que residen en localidades urbanas. De las mujeres que residen en localidades rurales, poco más de 7% de partos fueron atendidos por una partera, y 2% por una enfermera.

En cuanto a la institución en que las hidalguenses tuvieron a su último hijo nacido entre el 2000 y el 2005, poco más del 70% tuvo lugar en el sector de salud, y 5% en casa de la madre o de la partera. Destaca el hecho de que la cuarta parte de estos partos se realizaron en instituciones de salud privadas, lo que puede estar vinculado a la baja derechohabiencia que registra la población o bien, al descrédito de las instituciones públicas.

Tomando en consideración el lugar de la residencia de la madre y el lugar del parto, las instituciones públicas de salud concentran la mayor parte de los partos, tanto para las mujeres que residen en localidades urbanas como para las que habitan en zonas rurales. Sin embargo, es notable que entre las mujeres residentes en localidades rurales, ocho de cada 100 partos ocurren en casa, mientras que entre las residentes en áreas urbanas sólo el 2%. Ello indica, por un parte, que en las zonas rurales persistentes prácticas tradicionales, pero también que en esas zonas los servicios de salud están menos al alcance de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1985 un tope de 15% para los nacimientos producidos mediante cesáreas (OMS, 1985). Según información de la ENSANUT-2006, en Hidalgo 61% de las mujeres tuvieron su último hijo nacido vivo por parto natural entre 2000 y 2005. Al restante 39% se le practicaron cesáreas programadas o por alguna complicación o urgencia, lo que implica una proporción mucho más alta que la propuesta por la OMS.

Salud Materna es un tema central, ya que contribuye a reducir la mortalidad materno-infantil al proporcionar a las mujeres condiciones para un embarazo, parto y puerperio seguros, saludables y con calidad.

Se puede ver que a nivel internacional y a lo largo de la historia la mujer ha padecido las consecuencias de una educación precaria en materia de sexualidad y planificación familiar; México ha sido por muchos siglos un país que ha sufrido las consecuencias de la ignorancia de la población, por ello, muchas mujeres todos los días mueren, enferman o ven mermadas sus expectativas de vida resultado de la ignorancia y de las tradiciones que obstaculizan la toma de decisiones,

limitando su desarrollo y bienestar.

CAPITULO 2

SALUD REPRODUCTIVA

2.1. Nociones sobre Salud Reproductiva

La sexualidad es la integración de ideas, actitudes y valores respecto al sexo, que influye en el comportamiento sexual de cada una de las personas y define diversas potencialidades, gustos y preferencias. Se manifiesta de muchas maneras, entre ellas la baja o alta autoestima, la expresión de emociones, pensamientos y afectos (IMSS, 2006).

Como construcción social, la sexualidad es el producto de sistemas sociales y culturales que moldean tanto la experiencia sexual como las formas en que la entendemos e interpretamos y da cuenta de profundas variaciones intersociales. Su concepto refiere a comportamientos, prácticas y hábitos que involucran el cuerpo, así como relaciones sociales, ideas, moralidades y significados creados en torno a los deseos y comportamientos sexuales.(Lerner y Szasz, 2008b).

En la vida sexual lo más importante es el respeto, la voluntad, la libertad y por supuesto la responsabilidad. Lamentablemente la frecuencia de embarazos no deseados o planeados y la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual hacen que las relaciones sexuales puedan ser riesgosas.

Para la mayoría de las mujeres, la sexualidad continúa siendo un tema prohibido, del que no se puede hablar libremente; por ello, cuando establecen una relación de pareja, su desconocimiento acerca de su propio cuerpo, funciones, sensaciones, emociones, necesidades y derechos, las lleva a adoptar un papel pasivo y de sometimiento en el que las experiencias sexuales negativas pueden afectar en forma muy importante su desarrollo como seres humanos, por ello la importancia de mantenerse constantemente informadas y actualizadas en cuanto a temas de Sexualidad, Salud Reproductiva y por supuesto planificación. Conceptos como: menstruación, función reproductiva, relación de pareja, satisfacción sexual, riesgos en las relaciones sexuales, manera de prevenir

infecciones y embarazos no deseados, se deberían tener bien claros para evitar complicaciones en la salud.

2.2 Salud Reproductiva

“En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno de México define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y criar hijos saludables; a comprender y disfrutar su propia sexualidad; y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción” (Poder Ejecutivo Federal, 1995:p.29).

El enfoque de la salud reproductiva ha hecho evidente la existencia de complejos vínculos entre la reproducción, la salud y la sexualidad de los individuos, y recupera aspectos previamente abordados de manera independiente, como son la planificación familiar y la salud materno-infantil, la atención del cáncer de la mama y cérvico uterino, la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, este enfoque pone de manifiesto que la salud reproductiva está estrechamente vinculada con la capacidad de la persona para ejercer sus derechos reproductivos, lo que conlleva a considerar los factores del contexto económico, político, cultural e institucional que inciden en el ejercicio de los mismos.

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género determinan en gran medida las condiciones, el poder y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual; utilizar los medios que les permitan prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual; tener acceso y demandar servicios de salud de calidad con oportunidad; y disponer, comprender y utilizar la información relativa al cuidado de la salud. (CONAPO 2001).

La salud reproductiva es un medio de lograr el desarrollo sostenible, además de un derecho humano. Hay unos 350 millones de parejas en el mundo que no pueden planificar sus familias ni

espaciar los alumbramientos. Las inversiones en salud reproductiva salvan vidas y las mejoran, frenan la propagación del VIH y alientan la igualdad entre hombres y mujeres. Esos beneficios, a su vez, ayudan a estabilizar el crecimiento de la población y a reducir la pobreza. Los beneficios se multiplican, desde la persona hasta la familia y desde la familia hasta todo el mundo (UNFPA, 2006).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2008) proporciona algunas recomendaciones para mantener la salud sexual y reproductiva:

- Cada persona decide cuándo, cómo, por qué y sobre todo, con quién tener relaciones sexuales, así como el momento y el lugar adecuados.
- La mejor manera de prevenir infecciones de transmisión sexual es teniendo relaciones únicamente con la pareja estable y que ambos sean fieles.
- Si se tienen relaciones ocasionales o no se tiene pareja estable, se debe usar siempre condón para prevenir el SIDA y el contagio de otras infecciones de transmisión sexual.
- El auto placer es otra forma de expresión de la sexualidad que la mujer puede explorar y disfrutar sin temor al embarazo o enfermedades.
- No permitir violencia en las relaciones sexuales.
- Se recomienda acudir a los servicios de salud para recibir orientación en métodos de planificación familiar, así como para la detección del cáncer cérvico uterino y de la mama.

2.2.1 Métodos de Planificación Familiar

Uno de los requisitos indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuántos hijos(as) tener y cuándo tenerlos es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad, que dispongan de información suficiente acerca de cómo y dónde obtenerlos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo con sus preferencias y condiciones personales, y acerca de su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva.

Hasta 1970, el conocimiento de los métodos anticonceptivos era relativamente escaso y se concentraba entre los integrantes de los estratos más acomodados de las grandes ciudades. La

difusión de la planificación familiar, a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación, facilitó que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendiera a todas las regiones del país, incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad (CONAPO, 2001).

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar, 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil que hacían uso de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 por ciento utilizaba métodos naturales y 18.7 por ciento empleaba el DIU. Con el paso del tiempo, la mezcla de métodos ha ido cambiando en favor de los métodos de mayor continuidad: la operación femenina y el dispositivo intrauterino.

En 1997, la pastilla continuó reduciendo su participación en la estructura de uso: sólo una de cada diez usuarias las utilizaba; los métodos naturales, después de una reducción en su participación en la primera década, se mantuvieron como la tercera opción dentro de la gama de métodos; y los más utilizados fueron la OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente.

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, cuyo uso es equivalente a 1.8 y 5.5 por ciento de las usuarias en edad fértil en 1997. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, los que en conjunto representan a una de cada cinco usuarias. Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 12.5 por ciento de las usuarias y en el segundo grupo ocho por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó ligeramente entre 1992 y 1997, especialmente en el medio urbano, como resultado del ligero aumento en el uso del condón (CONAPO, 2001).

2.2.1.1 Anticoncepción

Utilizar métodos anticonceptivos es una manera eficaz de evitar un primer embarazo, espaciar los embarazos o no volverse a embarazar. Cualquier método de planificación que se decida usar, preferentemente deberá ser recetado a partir de un diagnóstico elaborado por un médico ginecólogo.

Según su forma de uso se conocen como métodos temporales o definitivos, y la Secretaría de Salud (SSA, 2009e) los define así:

2.2.1.1.1 Métodos Temporales

Las pastillas, inyecciones, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos (DIU), preservativos o condones, son métodos temporales y el uso de cada uno de ellos debe hacerse con responsabilidad, recordando que su efectividad depende en gran medida de su uso correcto, por tal motivo es conveniente una valoración adecuada antes de iniciar cualquier método y seguir estrictamente las indicaciones para su uso.

El condón o preservativo además de su efecto anticonceptivo, disminuye la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual.

2.2.1.1.1.1 Hormonas Orales

Los hormonales orales o pastillas anticonceptivas son compuestos químicos sintéticos que contienen una combinación de hormonas, cuya presentación por lo general es en cajas con 21 pastillas. Se considera alrededor del 99% de efectividad con el uso correcto.

Mecanismo de acción

- 1.- Evita la ovulación
- 2.- Genera cambios endometriales
- 3.- Dificulta el paso de los espermatozoides.

2.2.1.1.1.2 Hormonas Inyectables

Los hormonales inyectables son compuestos químicos sintéticos que contienen una combinación de hormonas cuya presentación es en caja con una ampolleta para uso mensual. Se considera alrededor del 99% de efectividad con el uso correcto.

Mecanismo de acción

- 1.- Evita la ovulación
- 2.- Genera cambios endometriales
- 3.- Dificulta el paso de los espermatozoides

2.2.1.1.1.3 Implantes Anticonceptivos

Los implantes anticonceptivos son un nuevo método hormonal de planificación familiar de liberación prolongada, con duración de tres años, que consiste en colocar un tubo de plástico debajo de la piel en la parte superior interna del brazo, idealmente durante la menstruación. Su inserción se realiza debajo de la piel, en el brazo, mediante un aplicador en forma de aguja. El implante hormonal sólo debe ser colocado y retirado por el personal capacitado. Su efectividad como anticonceptivo es mayor al 99.00%. Si excede el tiempo de vida de más de tres años su efectividad disminuye. Otra causa de disminución de su efectividad es el peso de la mujer, correspondiendo a mayor peso corporal menor efectividad.

Mecanismo de acción

- 1.- Evita la ovulación
- 2.- Genera cambios endometriales
- 3.- Dificulta el paso de los espermatozoides

2.2.1.1.1.4 Parche Transdérmico

El parche es un nuevo método anticonceptivo que se parece a una bandita adhesiva; se suministra a través de la piel hasta el flujo sanguíneo. Es una dosis continua de compuestos químicos sintéticos

que contienen una combinación de hormonas. Su efectividad con un uso adecuado es mayor al 99%. El parche debe estar bien adherido para poder liberar sustancias activas.

Mecanismo de acción

- 1.- Evita la ovulación
- 2.- Genera cambios endometriales
- 3.- Dificulta el paso de los espermatozoides

2.2.1.1.1.5 Dispositivo Intrauterino

El dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo que consiste en un aparato pequeño en forma de T (existen actualmente de otras formas menos comunes), mide 3.1 cm x 3.6 cm. aproximadamente, el cual lleva añadido cobre. Se coloca dentro de la cavidad uterina; existe uno de ellos para mujeres que no han tenido hijos o mujeres pequeñas (DIU para nulípara). Su efectividad es mayor al 98% durante 10 años.

Mecanismo de acción

- 1.- Actúa provocando cambios en el endometrio.
- 2.- Bloqueo de la respiración del espermatozoide.
- 3.- Incremento de los glóbulos blancos a nivel del endometrio, lo cual provoca una reacción inflamatoria (estéril) y, por lo tanto, los espermatozoides son atacados.
- 4.- Cambios en el movimiento de las trompas uterinas.

2.2.1.1.1.6 Dispositivo Intrauterino con Hormonales

Consiste en un apartado en forma T con un tamaño de 32 mm que en la parte vertical tiene un sistema de liberación prolongada de una hormona llamada levonorgestrel y se coloca dentro de la cavidad uterina. Efectividad mayor al 99% durante cinco años de funcionalidad del producto.

Mecanismo de acción

1.- Impide la unión del óvulo con el espermatozoide

2.- Puede interferir con la ovulación

3.- Dificulta el paso de los espermatozoides

2.2.1.1.1.7 Condón

El condón consiste en una funda cilíndrica hecha de látex que se coloca sobre el pene erecto antes del coito, posee un espacio en el extremo cerrado llamado depósito, diseñado para contener el semen. La medida estándar de un preservativo es de 180 mm de largo, 52 mm de ancho y entre 0,06 y 0,07 mm de grosor. Es un método eficaz siempre que se utilice en forma correcta y consistente, con tasas de efectividad de 95 hasta 98%.

Mecanismo de acción:

Método anticonceptivo de barrera que al impedir el depósito de los espermatozoides en la vagina y entrada del útero, evita su unión con el óvulo y por lo tanto, la fecundidad. Además de ser capaces de prevenir y reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

2.2.1.1.1.8 Espermicidas

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

2.2.1.1.2 Métodos Definitivos

En este grupo se encuentran la salpingoclasia o ligadura de las trompas, para la mujer y la vasectomía sin bisturí para el hombre. Ambos son procedimientos quirúrgicos que no tienen efectos secundarios, ni impiden a la mujer o al hombre continuar una vida sexual satisfactoria y deben elegirse cuando se haya tomado la decisión de no tener más hijos.

2.2.1.1.2.1 Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia

La salpingoclasia es un método anticonceptivo definitivo que consiste en la obstrucción de ambas trompas uterinas mediante mecanismos quirúrgicos. Su efectividad es Superior al 99%.

Mecanismo de acción:

Impedir el encuentro del óvulo y el espermatozoide para la fecundación, mediante un procedimiento quirúrgico de corte y ligadura de las Trompas de Falopio.

2.2.1.1.2.2 Vasectomía

Es un método definitivo que consiste en cortar y amarrar los conductos deferentes (por donde pasan los espermatozoides). No requiere sutura. Este procedimiento no afecta la masculinidad ni la libido. La vasectomía es un procedimiento muy efectivo para evitar la concepción, con porcentaje de efectividad de 98 a 99%. Es importante saber que después de la operación todavía hay espermatozoides almacenados, de modo que se debe usar otro método de anticoncepción hasta que el estudio (espermatoograma o espermato-biscopea) revele que el conteo espermático es cero, esto regularmente ocurre después de 25 a 30 eyaculaciones o bien, después de 3 meses.

Mecanismo de acción:

Método anticonceptivo quirúrgico que impide el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes.

2.2.1.1.3 Anticoncepción de emergencia

2.2.1.1.3.1 Definición de la anticoncepción de emergencia

Se refiere a métodos que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia no son adecuados para uso regular.

2.2.1.1.3.2 Indicaciones

La Anticoncepción de Emergencia está esencialmente indicada en los casos siguientes:

- Relación sexual forzada (violación), mediante violencia física o psicológica.
- Relación sexual no protegida, sin uso de un método anticonceptivo;
- Uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo, por ejemplo:
- Ruptura o deslizamiento del condón
- Olvido de tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas
- Retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestageno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noresterona)
- Retraso de más de siete días en la administración de la inyección mensual combinada con estrógenos más progestagenos.
- El parche transdermico (o el anillo vaginal) se ha desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido.
- El diafragma (o capuchón cervical se ha desplazado o roto, o se ha extraído antes de lo debido.
- Una tableta (o película espermicida) no se han derretido antes de la relación sexual.
- Ha ocurrido un error en el cálculo del método de abstinencia periódica o no ha sido posible practicar la abstinencia en los días fértiles del ciclo.
- Ha ocurrido una expulsión del DIU.
- El coito interruptus ha fallado (por ejemplo: eyaculación en la vagina o en los genitales externos).

Cabe mencionar que en nuestro país la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar únicamente contempla a las combinaciones de estrógenos y progestinas (régimen de Yuzpe) y a las progestinas solas (levonorgestrel) como métodos de Anticoncepción de

Emergencia. Ambos contienen las mismas hormonas utilizadas desde hace más de tres décadas como pastillas anticonceptivas de forma regular. Recientemente ha quedado incluido en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud el producto dedicado para anticoncepción de emergencia de progestinas solas (levonorgestrel).

2.2.1.1.3.3 Base Científica para la Anticoncepción de Emergencia

Después del coito, los espermatozoides tienen que esperar en las vías genitales femeninas entre 1 y 5 días hasta que se produce la ovulación, mientras tanto son sometidos a procesos de migración y capacitación que les permiten desarrollar su función fertilizante. Es decir, el espermatozoide no se une con el óvulo inmediatamente después del coito, sino hasta que está debidamente capacitado para ello.

El óvulo, por su parte, no sobrevive más de 24 horas una vez liberado, de manera que, en condiciones normales, sólo hay 6 días fértiles a lo largo del ciclo, es decir, el embarazo sólo es posible si el coito se lleva a cabo 5 días antes (8 de cada 10 embarazos) o el mismo día (2 de cada 10 embarazos) de la ovulación.

Además, de manera natural, aproximadamente uno de cada cuatro óvulos fecundados tiene capacidad de implantarse, siendo éste un proceso que se inicia entre 8 y 11 días después de la ovulación.

Las evidencias científicas (que se han generado a partir de sólidas metodologías de investigación, publicadas en revistas científicas serias y validadas por la comunidad académica internacional) señalan que los mecanismos de acción de los métodos de anticoncepción de emergencia contemplados en la Norma Oficial Mexicana son los dos siguientes:

Inhibición, retraso o alteración de la ovulación - La administración “externa” de hormonas similares a aquellas producidas por el ovario “engaña” al cerebro, impidiendo que libere hormonas estimuladoras durante el ciclo de maduración del óvulo: por ende la ruptura del folículo se bloquea, se retrasa o se libera un óvulo no apto para ser fecundado. Este es el mismo principio en que se basa el uso de los hormonales en anticoncepción normal conocidos desde hace décadas.

Diversos organismos internacionales, conscientes de la preocupación de algunos sectores sobre el tema, recientemente han emitido pronunciamientos oficiales, a la luz de las evidencias científicas sobre el “tercer mecanismo”.

El Boletín Informativo de la Organización Mundial de la Salud (marzo de 2005), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), señala que las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) que contienen levonorgestrel previenen la ovulación; que cuando se administran después de la ovulación no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona, y que las PAE tampoco son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado. A partir de lo antes expuesto es claro que los métodos de anticoncepción de emergencia contemplados en la Norma Oficial Mexicana (régimen de Yuzpe y Levonorgestrel) actúan exclusivamente previniendo la fertilización, no tienen la capacidad de alterar la implantación y bajo ninguna circunstancia pueden ser considerados abortivos.

2.2.1.1.4 Métodos Tradicionales

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil. Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.

Mecanismo

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco

cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

2.2.1.1.4.1 Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

2.2.1.1.4.2 Método de la temperatura

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

2.2.1.1.4.3 Método del moco cervical o de Billings

Para practicar este método, la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso

seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
- Los días de menstruación, y
- Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

2.2.1.1.4.4 Método sintotérmico

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix,

mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

2.3 Complicaciones de la Salud Sexual y Reproductiva

2.3.1 Infecciones de Transmisión Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual, anteriormente conocidas como enfermedades venéreas, son un grupo de enfermedades que se contagian durante las relaciones sexuales sin protección. Son causadas por virus, bacterias, hongos y otros gérmenes microscópicos. Una persona infectada puede seguir propagando la enfermedad sin saber que lo hace, porque puede estar sin síntomas y la infección puede pasar desapercibida.

Atacan a personas de cualquier edad y sexo, pero los adolescentes y adultos jóvenes son los que están en mayor riesgo de contagiarse. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un importante riesgo para la salud, particularmente en la población de entre 15 y 45 años de edad. A partir de la llegada del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las ITS han cobrado mayor importancia para los sistemas de salud en todo el mundo. Se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual. Por este motivo, siempre que se encuentre una ITS, se debe hacer la prueba de VIH, y siempre que se encuentre VIH se deben buscar otras ITS (Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que anualmente se presentan alrededor de 340 millones de casos nuevos de ITS en el mundo en población de 15 a 49 años. El Center for Disease Control (CDC) estima que cada día hay 19 millones de infecciones nuevas, casi la mitad de ellas en jóvenes de 15 a 24 años. En México durante el 2004 se notificaron 528,426 casos de ITS. Para fines de aplicación clínica, se clasifica genéricamente a las ITS en:

- Enfermedades caracterizadas inicialmente por úlceras genitales
- Enfermedades caracterizadas por secreción uretral
- Enfermedades caracterizadas por flujo vaginal (vaginosis)
- Enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer (EIP). Epididimitis en el hombre
- Infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es importante por su relación con el cáncer cérvico uterino

2.3.1.1 Factores de Riesgo

2.3.1.1.1 Factores biológicos:

- Prevalencia elevada de ITS en la comunidad
- Susceptibilidad hormonal para la adquisición de ITS
- Resistencia antimicrobiana de algunos patógenos

2.3.1.1.2 Algunos comportamientos personales:

- Relaciones sexuales sin condón o uso incorrecto del mismo
- Múltiples parejas sexuales
- Inicio de vida sexual a temprana edad (inmadurez hormonal y emocional)
- Drogadicción

2.3.1.1.3 Factores poblacionales como:

- Migración
- Aumento en los niveles de prostitución masculina y femenina
- Falta de educación y de acceso a los servicios de salud

2.3.1.2 Principales Infecciones de Transmisión Sexual definidas por Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2009b)

2.3.1.2.1 Triconomas

Causada por un parásito llamado *Trichomona vaginalis*. El período para que se presente la enfermedad oscila entre 5 y 28 días pero puede extenderse hasta 6 meses. Cuando no se trata la infección puede durar varios años. A veces no hay síntomas. Sin embargo, en mujeres los síntomas pueden ser secreciones vaginales amarillas-verdosas abundantes y espumosas, malolientes, comezón o enrojecimiento vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, malestar en la zona baja del abdomen y orinar frecuentemente. En los hombres los síntomas pueden incluir secreciones espumosas, picazón, ardor en el pene y orinar frecuentemente con dolor. El tratamiento es a base de antibióticos, el cual debe darse también a la pareja sexual, no tener relaciones sexuales durante el tratamiento y usar condón hasta que se confirme la cura de la enfermedad.

2.3.1.2.2 Clamidiasis

Causada por *Chlamydia trachomatis*. Los síntomas aparecen generalmente después de 7 a 14 días después de ser infectado. Esta enfermedad no se ve, no tiene signos. Cuando existen síntomas en los hombres típicamente incluyen dolor al orinar o secreciones del pene. Por lo general las mujeres con clamidia no tienen ningún síntoma. Cuando existen, éstos suelen aparecer de una a tres semanas después de haberse infectado; sangrado entre los períodos menstruales y después de tener relaciones sexuales, dolor en el vientre y durante las relaciones sexuales, fiebre, necesidad de orinar más de lo habitual y secreción vaginal.

2.3.1.2.3 Candidiasis

Causada por un hongo llamado *Candida albicans*. Los síntomas en la mujer son: comezón, enrojecimiento e hinchazón vulvar, que generalmente se incrementa en la segunda mitad del ciclo menstrual, flujo blanco con aspecto de yogurt, dolor en el contacto sexual y orinar frecuentemente con dolor. En el hombre cuando llega a presentar síntomas, es comezón intensa. El tratamiento es a

través de antimicóticos (antihongos), los cuales deben ser recetados por un médico, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.

2.3.1.2.4 Gonorrea

Enfermedades de transmisión sexual causadas por bacterias. La gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae*, se presenta entre 2 y 7 días después del contacto sexual y es transmisible mientras la persona permanezca con la infección. La prontitud y eficacia del tratamiento del enfermo y sus parejas sexuales acorta significativamente el periodo de contagio. Es fácil detectarla en el hombre ya que produce una secreción purulenta por la uretra con intenso dolor al orinar. En la mujer, es más difícil detectarla ya que generalmente no da molestias y sí las da, no es muy específica, confundiéndose con otras infecciones genitales que produzcan una secreción purulenta por la vagina. La mujer sin síntomas y que tiene varias parejas sexuales es potencialmente infectante.

2.3.1.2.5 Sífilis

Enfermedades de transmisión sexual causadas por bacterias. La sífilis causada por *Treponema pallidum*. Se presenta por lo regular 21 días después de haber tenido el contacto sexual. La lesión inicial es una úlcera no dolorosa, con secreción serosa de base dura en los genitales (glande, prepucio, surco balanoprepucial en el hombre; labios mayores o menores, vulva en la mujer), acompañada de inflamación de los ganglios de la ingle, esta úlcera desaparece espontáneamente después de 3 a 4 semanas, dando la falsa sensación de curación. Pero no es así, ya que la enfermedad silenciosamente se difunde por todo el organismo, apareciendo algunos meses después una serie de manchas en la piel e inflamación de los ganglios de la axila, cuello e ingle, lo que se llama sífilis secundaria; si la persona tiene contacto sexual en esta etapa, puede transmitir la enfermedad. Con el paso del tiempo, la enfermedad puede producir insuficiencia cardíaca, falta de memoria, parálisis y la muerte; lo que es la sífilis terciaria. El tratamiento para estas enfermedades es a base de antibióticos los cuales deben ser recetados por un médico; este tratamiento si se cumple es 100% efectivo. La pareja sexual debe recibir también tratamiento y evitar tener relaciones sexuales durante el mismo.

2.3.1.2.6 Chancro Blanco

Enfermedades de transmisión sexual causadas por bacterias. El Chancro Blanco producido por *Haemophilus ducreyi*, se presenta después de 5 a 7 días en promedio del contacto sexual con la persona infectada. La lesión inicial, que puede ser única o múltiple; es una vesícula pustulosa (ampolla con pus) recubierta de una membrana que se rompe dejando una úlcera excavada, de bordes irregulares rodeada de un anillo enrojecido, no dura y muy dolorosa. La base de la úlcera es húmeda y cubierta de material necrótico (muerte celular) grisáceo que al quitarse permite la salida de pus. El tratamiento es a base de antibióticos, para el paciente y la pareja. El uso adecuado del condón puede ser útil para prevenir esta enfermedad.

2.3.1.2.7 Herpes

El período para que se desarrolle esta infección es de 3 a 14 días, es causada por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y se contagia por contacto directo de piel con piel del sitio infectado durante el sexo vaginal, anal u oral. Puede acompañarse de fiebre, dolor de cabeza, malestar general y dolor de cuerpo. Las lesiones características son bolitas duras y ampollas, agrupadas y dolorosas sobre un área enrojecida, las cuales se rompen para formar úlceras y costras, luego cicatrizar en el lapso de 2 semanas. Son altamente contagiosas; en el hombre aparecen en el glande, en el cuerpo del pene o en la región perineal, y en las mujeres en la vulva, la vagina, el cuello uterino y la región perineal. Pueden producir dolor al orinar, flujo vaginal y dolor al tener relaciones sexuales. Es importante destacar que muchas personas infectadas por primera vez pueden no tener manifestaciones clínicas de la enfermedad. La primera aparición de síntomas durante la primera infección de herpes genital se llama "herpes" primario. Al principio se puede tener una sensación de hormigueo o picor en el área genital. Puede haber dolor en las asentaderas, piernas y el área de la ingle. Los síntomas generalmente desaparecen dentro de 3 semanas o aún más rápidamente si se tratan con los medicamentos adecuados, sin dejar cicatriz. Pero aún después que desaparecen, el virus queda en el cuerpo. Puede reactivarse y volver a causar llagas días o años después. Por lo general los síntomas son peores durante el herpes primario y se vuelven más leves con cada nueva reactivación del herpes.

Hay otra cepa del virus, el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), que normalmente se transmite a través de contacto no sexual y suele causar llagas en los labios pero también puede transmitirse a

través del sexo oral. No hay cura conocida para el herpes, pero es posible tratar los síntomas con fármacos antivirales.

2.3.1.2.8 Condilomatosis

Enfermedades de transmisión sexual causadas por virus. El condilomatosis. También llamada "cresta de gallo", presenta períodos de incubación prolongados y variables; conocido generalmente como condiloma o verrugas genitales, es causado por el virus del papiloma humano (VPH), se transmite a través de sexo vaginal, anal u oral. Hay cuatro tipos de verrugas genitales: 1) condiloma acuminado, que toma la forma parecida a una "coliflor", 2) verrugas papulares de 1-4 mm, suaves, generalmente de color de la piel, 3) verrugas queratósicas, (dura, callosa) con una cubierta gruesa que semeja a las verrugas vulgares, 4) verrugas planas que pueden ser pápulas (bolitas, granitos) de centro plano; todos estos tipos de verrugas puede aparecer en el pene, la vagina, vulva, uretra, cuello del útero o en la región anal; lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo favorable para su crecimiento y reproducción. Las principales molestias son ardor y comezón. Se asocia al cáncer de cuello de útero en la mujer. Su tamaño puede aumentar obstruyendo pene, vagina y ano. Debido a que son producidas por un virus no existe tratamiento efectivo ya que las verrugas reaparecen frecuentemente después del tratamiento, por lo que es necesario mantener control médico. Cuando las verrugas han crecido mucho se necesitan tratamiento quirúrgicos. Quienes hayan padecido verrugas genitales o condilomas deben de usar condón en todas sus relaciones sexuales.

2.3.1.2.9 Hepatitis Virales

Enfermedades de transmisión sexual causadas por virus. Hepatitis Virales. De estas las principales son las causadas por el Virus de la Hepatitis B y el C, que atacan el hígado. La Hepatitis B, es una enfermedad grave causada por el virus de la hepatitis B (VHB), que puede causar una infección para toda la vida, cirrosis, cáncer del hígado, falla hepática y la muerte. Se transmite por la sangre, las agujas compartidas o reutilizadas, de la madre infectada al bebé recién nacido durante el parto y durante las relaciones sexuales sin protección. Período de incubación de 45 a 160 días. Las

personas infectadas si no lo saben pueden transmitir la enfermedad. Cuando se presentan síntomas, estos pueden ser: ojos y piel amarillos, pérdida del apetito, náusea, vómito, fiebre, dolor de estómago o de las articulaciones, cansancio extremo. La hepatitis B puede ser evitable a través de la vacuna.

La hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis C. El período de incubación es de 15 a 150 días. Muy pocos de los infectados saben que la padecen y son portadoras del virus por el resto de sus vidas. La mayoría de estas personas tienen algún daño en el hígado, pero muchas no se sienten enfermas; pueden desarrollar cirrosis y falla hepática, que pueden tardar muchos años en desarrollarse y ocasionarle la muerte. No hay vacuna para el virus de la hepatitis C y puede ser transmitido por contacto sexual, por eso el condón es la única forma de prevención posible. Dado que se trata de un virus tampoco existe tratamiento específico, el objetivo es mantener controlada la replicación del virus para evitar el daño progresivo del hígado, pero este tratamiento es muy agresivo para el organismo.

2.3.1.2.10 Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida VIH/Sida

Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA). El SIDA es el resultado de la infección con el VIH, que es incurable y mortal. Se caracteriza por la disminución de los mecanismos de defensa del organismo, que hace vulnerable al que lo padece a todo tipo de infecciones. Se transmite a través de relaciones sexuales y a través de la sangre; tanto por compartir agujas u otros objetos filosos que cortan la piel o por transfusión sanguínea, también se transmite a través de la madre infectada al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Al infectarse, algunas personas no experimentan síntomas, mientras que otras tienen síntomas similares a los de una gripe. Estos síntomas normalmente desaparecen después de una a cuatro semanas y el virus puede permanecer inactivo por años y la persona infectada puede contagiar a otras personas. Aun no se conoce alguna vacuna o cura; solo se utilizan fármacos para prolongar la vida y la salud de una persona infectada. En esta infección existe, lo que se conoce como el periodo de ventana: que es el periodo desde la infección hasta cuando se puedan detectar antígenos (parte del virus), lo que permite detectar la infección pero no así anticuerpos (proteínas defensivas que produce el cuerpo para protegerlo de sustancias

externas). Este proceso dura tres meses aproximadamente. Posteriormente pueden pasar entre 2 y 10 años, tiempo en el cual van bajando las defensas del organismo contra otras enfermedades e infecciones; lo que nos da el cuadro conocido como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

2.3.1.2.11 Enfermedades Inflamatorias de la Pelvis

Las enfermedades inflamatorias de la pelvis afectan el sistema reproductivo de la mujer, incluyendo el útero, ovarios y trompas de Falopio. Estos órganos se pueden llegar a inflamar debido a la transmisión de bacteria que se extienden a través del cérvix. La bacteria pudo haberse producido naturalmente en la vagina se pudo haber transmitido a través del acto sexual. Las infecciones de la pelvis se producen debido a múltiples tipos de bacterias. Generalmente, la membrana mucosa del cérvix ayuda a prevenir que bacterias y otros organismos entren al útero. Sin embargo cuando el cérvix está infectado o cuando su membrana mucosa ha disminuido, infecciones pueden afectar el útero, trompas de falopio, ovarios y tejidos cercanos. Las infecciones llegan a cicatrizar, inflamar, o generar pus en el área afectada. Las enfermedades inflamatorias de la pelvis tienen un periodo de incubación de unos días hasta unos meses. En la mayoría de los casos, no se tiene síntoma alguno.

Las prácticas sexuales sin protección aumentan la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados o no deseados. Estas prácticas se definen como de alto riesgo cuando se asocian a un alto número de parejas sexuales, una alta frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso o el uso incorrecto de métodos de protección y/o anticonceptivos.

2.4 Embarazo en la Adolescencia

El embarazo en adolescentes constituye un problema delicado porque se presenta de manera prematura en función del desarrollo biológico, fisiológico, psicológico y social de las mujeres, y el riesgo de tener algún problema durante el mismo, el parto o el puerperio, es mayor entre mujeres adolescentes que entre mujeres mayores (sin dejar de lado las condiciones de nutrición y salud

previas al embarazo y el tipo de atención prenatal que reciba). Por otro lado, el hecho de que una mujer adolescente se embarace es factor importante de límite para su desarrollo y el de sus hijos.

Si bien como ya hemos dicho en México hemos avanzado en estos asuntos, disminuyendo la fecundidad y mejorando las condiciones de vida de las mujeres y sus descendientes, es necesario considerar que el país no es homogéneo y que precisamente por las especificidades de cada región o grupo social los avances no han sido iguales. Haciendo un análisis de las cifras del INEGI encontramos que existen condicionantes que ponen en situación de vulnerabilidad a las mujeres en lo que a su comportamiento reproductivo se refiere; por ejemplo sabemos que mientras menos escolaridad, las mujeres tienen más hijos y a edades más tempranas; sabemos también que las mujeres que tienen a su primer hijo muy jóvenes tienen una tendencia a tener más hijos a lo largo de su vida reproductiva; asimismo sabemos que estas mujeres son más golpeadas por los factores de la pobreza y que sus descendientes deben enfrentar condiciones adversas para su desarrollo.

Considerando lo anterior, las cifras también nos indican que si bien en los cortes de edad de mujeres mayores de 20 años las el comportamiento reproductivo indica menor cantidad de hijos por mujer y mayor espaciamiento entre ellos, en la población menor esto no sucede de manera tan contundente. En el Censo de 1990 (INEGI, 1990), encontramos que se reportaron 511,642 partos de mujeres menores de 20 años, cuya variable de fecundidad osciló entre uno y hasta 8 hijos. Es importante señalar que aún cuando para las estadísticas se establece como edad fértil de la población femenina a partir de los 15 años, debemos tomar en cuenta a la población de 12 a 14 años, como un grupo etéreo en el que también existen embarazos y partos. Los tabulados temáticos de fecundidad del Censo de 1990 consignan 12,720 mujeres-niñas, en este corte etareo, que ya eran madres, las cuales además, reportaron tener entre uno y tres hijos.

El estado de Hidalgo ocupa el número 18 a nivel nacional en cuanto a nacimientos registrados en madres adolescentes (INEGI, 2001f).

La problemática del embarazo en menores de 20 años, se debe abordar de manera multisectorial e interdisciplinaria; no se puede aislar el acontecimiento a partir de fenómenos que únicamente tienen que ver con la salud, en función de gestación y parto, o del lado de la planificación familiar

porque por un lado se seguiría dejando fuera a los varones y por el otro, se estaría negando la sexualidad de ellos y de ellas.

El ejercicio de la sexualidad tiene que ver con aspectos que van más allá de la salud, se debe acercarse a la esfera de las actitudes, de lo afectivo, del contexto socioeconómico y teniendo en cuenta que es precisamente en esta edad cuando se tienen que tomar una gran cantidad de decisiones que impactarán en el desarrollo futuro de las personas; estas decisiones no solamente se relacionan con el ejercicio de la sexualidad, esta es una más del cúmulo de preocupaciones, entre las que se puedan mencionar la selección de una carrera profesional, la inserción en el mercado laboral, eventualmente la suspensión de los estudios, el cambio de sistema educativo (de secundaria a profesional medio, o técnico), así como los cambios biológicos y psico-emocionales que cruzan como constantes. (UNICEF, 2001).

En el estado de Hidalgo van en aumento los embarazos en adolescentes entre 10 y 19 años de edad según datos de la Jefatura de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Hidalgo, (Síntesis, 2010), además los abortos se encuentran entre los principales peligros que enfrenta la juventud al ser el sector poblacional ubicado en dicho rango de edad presenta elevadas tasas de actividad sexual sin protección, lo cual es muy posible que conduzca a un embarazo involuntario, a adquirir enfermedades de transmisión sexual y al aborto inseguro o en condiciones de riesgo. Evidentemente Todos estos riesgos acarrearán graves consecuencias psicológicas, económicas, sociales y médicas en los jóvenes de Hidalgo.

De acuerdo a estadísticas oficiales, 50 por ciento de los menores de 17 años son sexualmente activos, pero sólo uno de cada diez utiliza algún método anticonceptivo; entre 15 y 25 por ciento de todos los nacimientos ocurren entre adolescentes y las mujeres que comienzan a tener hijos cuando aún suelen tener un mayor número de hijos y menor espacio entre sus nacimientos.

De acuerdo al IMSS Hidalgo, la tasa de abortos entre adolescentes solteras ha aumentado, además de que los niños de madres adolescentes tienden a ser más numerosos, prematuros, a tener peso bajo al nacer y a sufrir consecuencias de un crecimiento fetal retrasado.

Las complicaciones que se ven con mayor frecuencia en los embarazos de las adolescentes son infecciones graves, anemia, preeclampsia-eclampsia, parto obstruido y prolongado, desproporción céfalo-pélvica, óbito fetal o fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales.

Reconocer a los y las jóvenes como sujetos con derecho al ejercicio placentero, responsable y seguro de la sexualidad, permite ampliar el horizonte de acciones institucionales, existe una demanda y necesidad manifiesta de tener mejor comunicación con los adultos, sobre todo con los papás; en este sentido el replanteamiento desde el sistema educativo del papel que toca a jugar a los padres y madres en el acompañamiento del proceso educativo de los hijos e hijas, debiendo involucrar a los varones desde edades tempranas en la concepción de que la maternidad no es un hecho aislado y que la salud reproductiva y la planificación familiar debe ser asumida como responsabilidad compartida; asimismo trabajar con ambos sexos en la reafirmación de que el ejercicio placentero, seguro y responsable de la sexualidad es un derecho de ambos.

2.5 Aborto

Existen distintos tipos de aborto. La Organización Mundial de la Salud los define de la siguiente manera:

Aborto espontáneo: es la pérdida del embarazo antes de que el feto sea viable. Es decir, antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero materno. La OMS considera que el feto es viable a las 22 semanas de gestación.

Aborto inducido: es el proceso mediante el cual se interrumpe el embarazo antes de la viabilidad fetal. Esto es, cuando hay intervención humana con el fin de interrumpir la gestación.

Aborto inseguro: se define como el procedimiento llevado a cabo ya sea por personas que carecen de la capacidad requerida, en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o en ambos casos.

Estas tres definiciones son fundamentales para ubicar al aborto no sólo como un tema médico - como es común que suceda en los manuales y en la formación profesional del personal médico, sino también como un tema social.

En México, la mayor parte de los abortos practicados son abortos inseguros que ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres. Esto se debe a las condiciones de clandestinidad en que tienen lugar como consecuencia de las leyes restrictivas que existen actualmente. (GIRE, 2009a)

Por otra parte, existe un gran desconocimiento entre la población y las instituciones médicas acerca de los casos en los que el aborto está permitido. Esto también ocasiona que muchas mujeres que por ley tienen derecho a los servicios de aborto no reciban atención en las instituciones de salud y recurran a prácticas riesgosas de aborto clandestino. Situaciones como ésta suceden sobre todo entre las mujeres que no tienen posibilidad de pagar el alto costo que tiene este procedimiento entre los proveedores que ofrecen servicios seguros. En nuestro país dicho sector es mayoritario. Por ello el aborto constituye un problema complejo de salud pública y justicia social.

Es una realidad que a pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas tres décadas, se estima que 40-50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad en circunstancias inseguras. Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros. Además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad (Aborto sin Ries (OMS, 2003).

Aun donde existe amplio acceso a la planificación familiar, los embarazos ocurren como consecuencia de fallas en la anticoncepción, dificultades con su uso, falta de uso o a causa de un incesto o violación. El embarazo puede representar una amenaza para la vida de la mujer o para su salud física y mental. Reconociendo estas circunstancias, casi todos los países del mundo han aprobado leyes que permiten interrumpir un embarazo bajo ciertas condiciones. En algunos lugares el aborto es legal sólo para salvar la vida de la mujer; en otros el aborto se permite a requerimiento de la mujer. Los sistemas de salud necesitan dar respuesta a las distintas circunstancias. El papel de la Organización Mundial de la Salud es desarrollar normas y estándares y asesorar a los estados miembros de manera tal de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud. Por más de tres décadas, la OMS ha asistido a gobiernos, agencias internacionales y organismos no gubernamentales en la planificación y entrega de servicios de salud materna, incluyendo el manejo

de las complicaciones del aborto inseguro y la provisión de servicios de alta calidad en planificación familiar.

2.5.1 ¿Penalización o Despenalización?

El debate sobre la penalización/despenalización del aborto plantea el reto de decidir sobre un conflicto en el que están implicados principios democráticos fundamentales: la libertad de conciencia, el laicismo, el derecho a la no intervención del Estado en cuestiones de la intimidad y privacidad. (Lamas, 2008)

El derecho a elegir voluntaria y libremente la maternidad -el derecho a tener hijas e hijos o no tenerlos y, por lo tanto, a decidir la interrupción de un embarazo- se fundamenta en una serie de derechos humanos ya reconocidos: el derecho a la igualdad y la no discriminación, a la vida, a no ser sometida a torturas, a la libertad y seguridad personales, a no ser objeto de injerencias arbitrarias en la vida y la familia, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, derechos que forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

La evolución histórica de legislaciones restrictivas sobre el aborto en los países occidentales y su proyección y perpetuación en otras regiones a través de los modelos heredados de la colonización europea, ha generado un efecto desigual en los países económicamente desarrollados respecto de aquellos en vías de desarrollo. Si desde 1950 el mundo desarrollado ha experimentado la liberalización definitiva de su legislación sobre aborto, ése no ha sido el caso en los países en vías de desarrollo. El aborto inseguro es común en países con leyes restrictivas sobre aborto como en América Latina. Cada año, aproximadamente cuatro millones de mujeres latinoamericanas recurren al aborto inseguro, predominantemente ilegal (OMS, 2009). En determinados países, estudios en hospitales han demostrado las repercusiones del aborto inseguro en la salud. Estos estudios muestran también que cuando los recursos son escasos, la demanda de servicios de urgencia por complicaciones derivadas de aborto compromete la prestación de servicios de salud relacionados con el cuidado básico de la maternidad.

Los problemas que ocasiona la prohibición son graves y numerosos:

De salud pública. Una gran cantidad de mujeres obligadas a abortar por la ilegalidad arriesga su salud o muere dadas las pésimas condiciones en las que se practica el aborto. De modo semejante al de muchas enfermedades susceptibles de prevención, el aborto clandestino ocasiona altísimos costos de salud y económicos. La tercera causa de muerte materna en México obedece a complicaciones derivadas de abortos mal ejecutados.

De justicia social. Sólo las mujeres con recursos económicos e información suficiente pueden pagarse abortos en buenas condiciones médicas; incluso viajan a otros países donde el aborto es legal. Las demás recurren al aborto clandestino e inseguro.

De democracia. En un Estado laico y con verdadera libertad de creencias, optar por el aborto debería ser un asunto individual y de conciencia. Una visión religiosa particular no debe prevalecer sobre las demás, en especial en lo relativo a la vida sexual y reproductiva. Lo que corresponde a la sociedad en su conjunto es determinar, de manera democrática, si en la ley se garantiza o no el derecho a decidir sobre nuestra vida reproductiva sin ninguna clase de coerciones.

En México, el aborto es legal en determinadas circunstancias. Sin embargo, si una mujer queda encinta y decide interrumpir su embarazo, se ve obligada a practicarse un aborto en la clandestinidad. Algunas pueden acudir a servicios higiénicos y seguros. La mayoría, sin embargo, pone en riesgo su salud y hasta su vida, porque carece de recursos para recibir atención adecuada.

El aborto no se considera delito o no se sanciona, cuando:

- 1) el embarazo es resultado de una violación.
- 2) el aborto es provocado accidentalmente (o, como dice la ley, de manera "imprudencial" o por "conducta culposa").
- 3) el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.
- 4) el producto tiene malformaciones graves.
- 5) de continuar con el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer.
- 6) el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida, y

7) la mujer vive en situación de pobreza y tiene al menos tres hijos.

8) se realiza dentro de las primeras doce semanas de gestación.

De estas ocho razones sólo la primera (por violación) es válida en todo el territorio nacional. Treinta estados contemplan el aborto imprudencial y veintinueve cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. Así, la constante legislativa en nuestro país es no castigar el aborto por violación, imprudencial y por peligro de muerte de la mujer. El resto de las causas de aborto no punible varía de un estado a otro.

Las leyes de aborto de la mayor parte del país datan de los años treinta del siglo XX, y sólo la mitad o una tercera parte han vuelto a revisarse desde entonces. Nuestras leyes se encuentran a la zaga de las del resto del mundo en esta materia.

Actualmente, 61% de la población mundial vive en países donde se permite el aborto por una amplia gama de razones, incluso por la sola voluntad de la mujer. En muchos países está permitido abortar por razones socioeconómicas; en México, solo en Yucatán está permitido por esta razón. Y en el Distrito Federal se permite el aborto voluntario, tras una decisión histórica de la Asamblea Legislativa, el 24 de abril de 2007. (GIRE, 2010)

2.5.2 La Iglesia y el Estado Laico

Estado laico es –en principio- un Estado en el que el poder político y el poder religioso se encuentran claramente separados. Esa separación implica por lo menos lo siguiente:

- Que el Estado no abraza o privilegia a una religión o Iglesia determinada, no discrimina a otras religiones presentes en su territorio.
- Que el Estado permita que todas las religiones puedan expresarse en igualdad de condiciones. Siempre que sus expresiones no violen los derechos de las personas, ni amenacen el orden público.

- Que el Estado garantice que ninguna religión o Iglesia imponga sus reglas, dogmas o principios a los miembros de la comunidad política. (Ugarte, 2009).

Aunado a lo anterior la laicidad apunta una idea muy importante: Las personas somos seres dignos que tenemos derecho a vivir nuestra vida de manera autónoma y libre, todas las personas tenemos derecho a elegir las normas morales que van a orientar nuestra existencia.

Es cierto que existen prohibiciones y obligaciones que todas debemos observar para vivir en sociedad, en un Estado Laico, nadie puede entrometerse en las decisiones que tienen que ver con la vida privada, la integridad del cuerpo, con la sexualidad, pensamiento y con la expresión de las ideas.

Algunos miembros de la Iglesia Católica en nuestro país, han intentado romper con una tendencia histórica de libertad, restringiendo la autonomía mediante la imposición de una moral única. La tendencia religiosa sigue siendo prohibir no solo la interrupción del embarazo sino la educación sexual o el uso de anticonceptivos, medidas que ayudarían a prevenir embarazos no deseados, actitud que anula el derecho de decidir, ejercer la sexualidad y capacidad reproductiva de manera libre y responsable (derecho que, en México está reconocido en el Artículo 4º . Constitucional).

La laicidad es entonces una condición necesaria para el pleno desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestros derechos reproductivos. El Estado debe crear las condiciones para que cada persona pueda ejercer su sexualidad libre y saludable, garantizando el acceso a servicios de salud que permitan prevenir problemas relacionados con la vida sexual y que aseguren su tratamiento cuando la prevención falle.

2.5.3 El aborto en el Estado de Hidalgo

El código penal para el Estado de Hidalgo en su reforma publicada en el periódico oficial el día 31 de diciembre de 2007, establecía lo siguiente:

Artículo 154.- Para los efectos de este Código, aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

El aborto causado culposamente será punible.

Artículo 155.- A la mujer que diere muerte al producto de su propia concepción o que consienta en que otro le haga abortar, se le impondrá de uno a tres años de prisión y multa de 10 a 40 días. Igual pena se aplicará al que haga abortar a la mujer con consentimiento de ésta.

Artículo 156.- Al que haga abortar a una mujer sin el consentimiento de ésta, se le aplicará de tres a siete años de prisión y multa de 40 a 150 días, y si mediare violencia, de cuatro a nueve años de prisión y de 50 a 200 días multa. Si el aborto punible lo causare un médico partero, enfermero o practicante de medicina, además de las penas que le correspondan conforme a los artículos anteriores, se le suspenderá de uno a tres años en el ejercicio de su profesión.

Artículo 157.- A la mujer que se le procure el aborto para ocultar su deshonor o por extrema pobreza se le impondrá pena de prisión de tres meses a dos años y multa de 5 a 25 días .

Artículo 158.- El aborto no será punible:

I.- Cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada;

II.- Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de la conducta típica prevista en el artículo 182 de este Código, siempre que el aborto se practique dentro de los setenta y cinco días contados a partir de la concepción y el hecho haya sido denunciado. En estos casos, si lo solicita la mujer, bastará la comprobación del cuerpo del delito para que el Ministerio Público o el Juez lo autorice; si aquélla fuere de condición económica precaria, los gastos correspondientes serán a cargo del Estado o

III.- Cuando de no haberse provocado el aborto, la mujer hubiere corrido grave peligro en su salud.

Para el 25 de marzo del 2008 el Congreso del Estado aprobó una reforma al Código Penal Constitucional del Estado en la cual se aumentan las causales para hacer legal la interrupción del embarazo, entre las que destacan la de “exclusión social” de las mujeres; es decir, cuando por motivo del estado lactante, una mujer sea discriminada por razones de moral o prejuicio en la sociedad.

Esta iniciativa para despenalizar el aborto en Hidalgo, fue una propuesta original de la organización feminista Cíhuatl A.C., que dirige Carmen Rincón Cruz y establece criterios necesarios y avanzados en la materia.

La reforma modifica los artículos 155, 157 y 158 del Código Penal Constitucional hidalguense para incluir como excluyente de penalización la causal de violación, malformaciones congénitas graves, riesgo de vida para la mujer, exclusión social y accidente, en la práctica del aborto en los primeros 75 días de embarazo; no obstante, para hacerse efectiva deberá contar con la aprobación de dos médicos ginecólogos quienes certifiquen ante el Ministerio Público la interrupción del embarazo. (Agencia Alternativa de Comunicación Ciudadana, Desde Abajo, 2009)

2.6 Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Sin duda cada vez son más las mujeres que tienen acceso a información y este incremento obedece al fortalecimiento y expansión de los programas orientados a proveer de servicios de salud a las localidades rurales más pobres, dispersas y aisladas, carentes de servicios médicos permanentes, pero también a las necesidades sentidas y a las demandas por parte de la población para espaciar, reducir y controlar su fecundidad, resultantes de las transformaciones de su contexto material y no material. Entre los factores institucionales que han contribuido a la expansión de la práctica anticonceptiva pueden mencionarse los siguientes: la implementación de programas basados en brigadas móviles que periódicamente visitan las localidades rurales y proporcionan servicios básicos de salud, entre ellos los relacionados con la anticoncepción; la vinculación de los programas oficiales con los agentes de salud tradicionales, en particular las parteras, y el entrenamiento de éstas como estrategia para la difusión de la práctica anticonceptiva, y el creciente acceso de la población de las localidades marginadas a las clínicas ubicadas en localidades aledañas para la atención de problemas de salud más complejos o para la atención de sus partos.

Sin embargo una de las complicaciones que se les presenta a los programas de salud reproductiva y planificación familiar es la alta valoración de la maternidad que aún prevalece en el país, su identificación como expresión básica y cristalización de la identidad femenina y del ser y quehacer de las mujeres, y la consiguiente necesidad de probar su fertilidad, pueden ser parte de los

elementos centrales que explican que la práctica anticonceptiva ocurra principalmente cuando ya se ha tenido al menos un hijo y en las edades más avanzadas (Lerner y Saenz, 2008b)

Además es importante saber que el hecho de haber oído hablar de un método anticonceptivo, del riesgo del embarazo, parto o puerperio e incluso de la existencia de las infecciones de transmisión sexual y su prevención, significa tal vez que se le conoce, sin embargo, es altamente cuestionable suponer que el solo hecho de saber o tener información de lo anterior, no necesariamente signifique que la mujer conoce verdaderamente los beneficios (un mínimo indispensable) de contar con la información.

Todos estos factores, aunados a servicios y personal carente de preparación o sensibilidad para ofrecer atención a la salud reproductiva a todos los grupos de la población con sus diferentes características, han contribuido a que complicaciones en esta materia se sigan presentando en nuestro país y en Hidalgo.

2.6.1 Condiciones de los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción

El IMSS (2009) establece que los servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar deberán presentar las siguientes condiciones propicias para funcionar:

a) Se debe dar información adecuada a las personas que consultan para que hagan una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las y los usuarias/os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir al menos: comprensión de la eficacia relativa del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno de la fertilidad después de interrumpir el uso del método, e información sobre protección contra las ITS.

b) Para ofrecer aquellos métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, medición y/o retiro realizado por proveedoras/es de salud capacitadas/os (esterilización, implantes, DIU diafragmas, capuchones cervicales), se debe disponer de personal correctamente entrenado en instalaciones equipadas adecuadamente, y se deben seguir los procedimientos adecuados para prevenir infecciones.

c) Se debe mantener y contar con el equipamiento y los insumos adecuados y apropiados (por ejemplo, productos anticonceptivos, equipamiento e insumos para procedimientos de prevención de infecciones).

d) Se deben entregar a las y los proveedoras/es de servicios guías (o tarjetas de usuaria/o u otra herramientas de evaluación) para permitir la adecuada evaluación de las y los usuarias/os a fin de detectar cuadros clínicos en los que el uso de métodos anticonceptivos implicaría riesgos inadmisibles para la salud.

e) Se debe capacitar a las y los proveedoras/es de servicios en la entrega de orientación sobre planificación familiar para ayudar a las personas que consultan a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fertilidad. La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención, siendo una parte importante tanto de las visitas de iniciación como de las de seguimiento. Debe responder a las necesidades de las personas no sólo en cuanto a la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de ITS, incluida la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)(OMS, 2009).

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transición sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.

- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.

Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma.

Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta Norma.

6.2.2 Promoción y difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

6.2.3 Información y educación

Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

- a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo.
- c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.
- d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.
- e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

2.6.3 Orientación y Consejería

2.6.3.1 Definición

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:

- Sus características.
- Efectividad anticonceptiva.
- Indicaciones.
- Contraindicaciones y precauciones.
- Forma de administración.
- Lineamientos generales para la prescripción.
- Duración de la protección anticonceptiva.
- Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
- Cuando proceda, información sobre el costo.

La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles y estériles.

La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.

La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así

como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.

La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos: a) adolescentes; b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente; c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, y d) en el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

Debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, tanto a los nuevos usuarios o aceptantes, como a los usuarios activos, con el fin de esclarecer dudas. En caso necesario, será un apoyo para la decisión de cambio de método.

La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

2.6.4 Programas de Atención en Hidalgo

Para abatir los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a los servicios de salud y tengan atención obstétrica, en los últimos años el Gobierno de México y del Estado ha establecido programas que se relacionan con salud materna en alguno de sus componentes. Tal es el caso de: Programa de Arranque Parejo en la Vida (APV), Seguro Popular de Salud (SP) y Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades-antes Progres-). El programa Oportunidades inició en 1997, como el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progres-). Oportunidades tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de condiciones de educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida. Oportunidades incluye dentro de sus acciones la atención prenatal y la atención al nacimiento, por lo que se esperaría que tenga

un efecto positivo en la reducción de la mortalidad materna, como ha sido documentado en estudios de evaluación cubriendo el periodo 1997-2002

El programa Arranque Parejo en la Vida (APV) fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna e infantil. El programa otorga atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y a niños/as desde el nacimiento hasta los dos años de edad. En cuanto a la atención a la mujer, el programa hace énfasis en el seguimiento durante el embarazo, incorpora la atención específica a los embarazos de alto riesgo, y contempla alojamiento para los hijos de la embarazada durante su atención. APV atiende a mujeres de población abierta, es decir que no son beneficiarias de ningún sistema de seguridad social, especialmente en zonas de alta y muy alta marginalidad.

Con el propósito de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en abril del 2003 el Congreso de la Unión acordó una reforma a la Ley General de Salud (SSA, 2003), para establecer el Sistema de Protección Social en Salud y su instrumento operativo, el Seguro Popular. Este programa tiene como objetivo proporcionar protección social, mediante aseguramiento a aquellos sectores de la población que no cuentan con acceso a la seguridad social y, de este modo, instituir un sistema universal de salud, como se destacó en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. (SSA, 2001) En este sentido, se espera que el Seguro Popular facilite el acceso a servicios de atención al embarazo y nacimiento, y pueda tener un efecto positivo sobre la calidad de los mismos, incidiendo de esta forma en la mortalidad materna. La afiliación de la población al Seguro Popular ha tenido un avance explosivo, y se destaca la incorporación de la población que participa en el programa Oportunidades al Seguro Popular.

La salud reproductiva debe ser un tema indispensable para toda la población y en especial para los niños y los adolescentes de Hidalgo; el tema de la anticoncepción es de especial importancia puesto que la sexualidad se debe vivir libre y responsablemente. Además el conocimiento de las infecciones es literalmente vital, actualmente muchas mujeres y hombres mueren a causa de ellas y se continúa con poca información para poder evitarlas.

Es una realidad además que aún con el manejo de programas, continúa presentándose el embarazo en adolescentes, no por falta de información, pues esta existe y está a su alcance, se trata más bien

de una cuestión cultural en la que prevalecen arraigados prejuicios que les impide hacer uso de esta información para prevenir embarazos.

Hay además aspectos que aún no se encuentran desarrollados en nuestro país como el tema del aborto, que debido a las leyes rigurosas que aún lo prohíben, ha causado pérdida de vidas en la clandestinidad. Los servicios en salud reproductiva y planificación familiar por su parte tienen la función de promover la salud sexual y reproductiva, respetando la individualidad y características de cada persona.

CAPITULO 3

GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

3.1 Conceptos Básicos De Género

3.1.1 Género

La palabra “Género” se refiere a una categoría utilizada para analizar la manera en que se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una sociedad. “Alude a las formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad” (INMUJERES, 2008a).

Estas formas de comportamiento varían de una sociedad a otra y van cambiando a través del tiempo.

En 1968 Robert Stoller desarrolló el concepto en una investigación; demostró que el comportamiento e identidad femenina o masculina no los determina el sexo biológico sino el entorno, las costumbres, las expectativas sociales, los ritos y las experiencias que se construyen. Esto significa que la adquisición social de la identidad sexual es más determinante que la carga genética. (DIF, 1997:51).

A partir de la definición del concepto de género es más fácil comprender las diferencias sociales y culturales que separan a hombres y mujeres; dejando atrás la idea de que muchos atributos son “naturales”.

3.1.3 Perspectiva de Género

La perspectiva de Género es “la manera distinta de ver y pensar las relaciones sociales entre mujeres y hombres y nos permite detectar y analizar el impacto diferenciado entre ambos de las políticas y acciones gubernamentales; sustentada con cambios estructurales en las organizaciones e instituciones, la institucionalización y la transversalidad. (GIMTRAP, 2004).

La perspectiva de género no alude exclusivamente a “asuntos de mujeres” sino a los procesos sociales y culturales que convierten la diferencia sexual en la base de la desigualdad de género.

Es una herramienta que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres pueden modificarse en la medida en que no están determinadas “naturalmente”. Cuestiona los estereotipos con que somos educados y abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos. (INMUJERES, 2008a).

Según el Instituto Nacional de las Mujeres (2008), el Uso de la Perspectiva de Género busca principalmente:

DESNATURALIZAR: Las explicaciones sobre las diferencias entre mujeres y hombres, basadas en la idealización de los aspectos biológicos y la negación de la influencia social.

COMPRENDER: Los procesos a través de los cuales las diferencias biológicas entre los sexos se convierten en desigualdades sociales, que limitan el acceso equitativo de mujeres y hombres a los recursos económicos, políticos y culturales.

IDENTIFICAR: Vías y alternativas para modificar la desigualdad de género y promover la igualdad jurídica y la equidad entre mujeres y hombres.

VISIBILIZAR: la experiencia de los hombres en su condición de género, contribuyendo a una mirada más integral e histórica de sus necesidades, intereses y contribuciones al cambio. Esto ayudaría a

desplazar la creencia de que son “representantes de toda la humanidad” para considerarlos en su diversidad y especificidad histórica.

La perspectiva de género supone también el ejercicio de un análisis que contemple cómo las construcciones sociales de género se van articulando con el funcionamiento de la economía, la política, la vida cotidiana, la ecología, la migración, la salud y la subjetividad de las personas.

A partir de estos ejercicios analíticos, es posible dilucidar por qué medios se pueden replantear los equilibrios de poder entre mujeres y hombres.

3.2 División Sexual del Trabajo

3.2.1 Roles y Estereotipos De Género

Es casi una regla que en todas las sociedades, los destinos de las personas se construyan a partir de su género, asignándoles características, actividades y significados que se han construido socialmente.

Los estereotipos de Género son ideas preconcebidas que definen las características de cada sexo. Walter Lippman crea el concepto en 1922 y lo definió como: “El conjunto de juicios más o menos falsos, preconcebidos de modo irracional”. En 1977 Tajfel lo describe como una imagen mental muy simplificada de alguna categoría de persona, institución o acontecimiento que es compartida en sus características esenciales por un gran número de personas” (INMUJERES, 2008b).

En general un estereotipo de género refleja las creencias populares de las actividades, los roles, rasgos y atributos que caracterizan y distinguen a las mujeres de los hombres, (INMUJERES, 2008b).

Los Roles de género son un conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas/exigencias sociales y subjetivas: es decir una vez asumido el rol por una persona, la gente en su entorno exige que lo cumpla y pone sanciones.

3.2.2 División Sexual Del Trabajo

Cada sociedad les ha asignado a hombres y mujeres diferentes roles, funciones responsabilidades, de acuerdo a lo que se ha predeterminado como apropiado para cada uno de ellos. Lo cual es susceptible de cambio al no valorarse el trabajo de las mujeres, asociados a lo reproductivo que es crucial para la sobrevivencia de la sociedad y cobra mayor valor el trabajo productivo, en conservación, social o comunitario vinculado al hombre y a la esfera pública (INMUJERES, 2007).

Entre las premisas teóricas del género más importantes se encuentra la división público/privado, éste se basa en la construcción de las características principales de la masculinidad y la feminidad, cifrando una manera de organizar la participación de unos y otras en la economía, la política, la cultura y la esfera doméstica.

Con base a lo anterior, se estableció una diferencia en el estatus jurídico de las mujeres y los hombres. “Éstos fueron reconocidos ciudadanos con plenos derechos para participar de las decisiones del Estado y en la vida pública, que incluye la economía y el mercado, mientras las mujeres fueron nombradas las “reinas del hogar” para circunscribirlas a la esfera privada y principalmente al ámbito doméstico, subordinadas a la autoridad masculina, ya fuesen maridos, padres o hermanos” (INMUJERES, 2008a).

Conceptos como: “Jefes de Familia” otorga a los hombres la obligación de obedecer y cuidar de la vida familiar y costumbres como apellidar a las mujeres como “señoras de...” refleja ideas de pertenencia, subordinación y poder en las relaciones entre mujeres y hombres. Esta manera de percibir las diferencias establece la división entre la esfera productiva, “donde se realiza la obtención, transformación e intercambio de bienes, concretada en el mercado y la producción de la sociedad, la política y el liderazgo, asignada tradicionalmente a los varones y la esfera reproductiva, donde se llevan a cabo un conjunto de tareas orientadas a garantizar la continuidad de la vida cotidiana y la reproducción de las familias y los grupos sociales, asignada tradicionalmente a las mujeres” INMUJERES, 2008a).

El análisis de la división sexual del trabajo nos permite:

- Comprender la interrelación de la esfera pública con la esfera privada, noción fundamental para captar la disposición de tiempo y trabajo no reconocido que implican los roles reproductivos asignados a las mujeres.
- Valorar y hacer visible el aporte de las mujeres en el desarrollo de las comunidades y la consolidación del patrimonio familiar.
- Visualizar la doble o triple jornada de las mujeres, lo que daría pauta a valorar el desarrollo de servicios públicos que disminuyen la sobrecarga laboral de las mujeres que trabajan de manera remunerada.
- Visualizar cómo se establecen los roles masculinos y las limitaciones que el trabajo impone para favorecer su participación en la vida doméstica y la crianza de los hijos e hijas.

3.2.3 La Construcción Social Del Género

Las relaciones de género se construyen culturalmente, es decir, son producto de dinámicas sociales, económicas y políticas en las que participan diversas instituciones y actores. Las instituciones contribuyen al establecimiento de las diferencias y las brechas de inequidad entre mujeres y hombres.

3.2.3.1 Familia

La familia es pieza clave en la socialización de las personas y en la inculcación de roles o atributos de género. De hecho, antes del nacimiento, las expectativas familiares son diferentes según el sexo del futuro ser. La ropa, la habitación y los juguetes comienzan a ser distintos y, junto con esto, los papeles y lugares que se les asignan en la dinámica y estructura familiar, que juegan un papel fundamental en la determinación de las capacidades de niños y niñas para desarrollar sus talentos e insertarse en la vida productiva, política y cultural de la sociedad.

Esta forma de dividir los roles que deben desempeñar mujeres y hombres dentro de las familias, mantiene la hegemonía formal del sexo masculino sobre el femenino, dada la distribución de oportunidades y responsabilidades en la familia. Por ejemplo, en la Primera Encuesta sobre Discriminación en México (2005), 21% de la población mexicana piensa que es normal que los

padres prohíban más actividades a las mujeres que a los hombres y 15% de las y los mexicanos opina que hay que invertir menos dinero en la educación de las hijas, porque éstas se casarán en algún momento y serán mantenidas por sus maridos.

Junto a estas creencias, las familias organizan la reproducción social a través de la división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres labores de reproducción y crianza, y a los hombres, de proveeduría económica y protección.

3.2.3.2 Escuela

Las instituciones del sistema educativo todavía son una fuente de reproducción de la desigualdad de género, ya que la información y valores transmitidos desde la educación preescolar hasta la universitaria, así como los contenidos del aprendizaje, están impregnados de sexismo. Además, la transmisión de las pautas de género en las aulas implica la creación de actitudes de desigualdad y discriminación hacia las mujeres y de autodeterminación en los hombres.

El modelo educativo tradicional está orientado al aprendizaje y desarrollo de capacidades relacionados con el éxito en el ámbito público, partiendo de las características que la sociedad y el entorno consideran como propias del género masculino. Este enfoque se ve reflejado en el currículum escolar, que potencia aquellas aptitudes o capacidades que son necesarias en la vida pública, como la inteligencia, la competitividad, la fuerza. Con frecuencia existe un currículum oculto que restringe el desarrollo de las niñas y las adolescentes en capacidades consideradas masculinas, canalizándolas hacia labores como la enfermería, la mecanografía y la costura, entre otras, y en general, profesiones alejadas de la ciencia, la tecnología y la política.

Los resultados de una educación sexista es la llamada segregación ocupacional, es decir, el fomento en las escuela de ciertas ocupaciones “para hombres” y “para mujeres”, que han generado la concentración de estas últimas en trabajos relacionados con el cuidado de las personas y el hogar, como la enfermería, el secretariado, el trabajo doméstico, etc., mientras que a ellos se les motiva a ocupar puestos de mayor prestigio y remuneración.

Según datos del INMUJERES 2008, las mujeres ocupan sólo 12.5% de las Secretarías de Estado, 13% de las Subsecretarías y 11.4% de los puestos disponibles en oficialías mayores, mientras 34.3% de los enlaces son mujeres.

3.2.3.3 Trabajo

El mercado de trabajo es una de las instituciones sociales donde puede observarse más notoriamente la desigualdad entre mujeres y hombres, así como las claras resistencias de la sociedad mexicana a que las mujeres se desarrollen con igualdad de oportunidades en el ámbito público.

La inserción de las mujeres en el mercado laboral inició a finales de los años setenta, entre otras razones por el aumento de la escolaridad de las mujeres, la expansión del sector servicios, así como el impacto de la crisis económica. Así, mientras en 1970 únicamente una de cada 10 personas económicamente activas eran mujeres, hoy en día representan casi la mitad. (INEGI, 2007).

Sin embargo, en el mercado de trabajo aún se reproducen los esquemas y modelos de masculinidad y feminidad, a través de: a) la feminización de ciertas ocupaciones (enfermeras, maestras, psicólogas, cocineras y servicios domésticos), que refuerzan el desempeño de las mujeres en labores consideradas tradicionales del sexo femenino, b) las diferencias salariales, es decir, otorgar a las mujeres un menor salario por realizar el mismo trabajo que los hombres; c) los obstáculos para acceder a puestos con poder de decisión y d) la doble jornada e trabajo que recae sobre las mujeres, quienes además de su trabajo remunerado fuera del hogar, son las principales encargadas del trabajo doméstico.

3.2.3.4 Medios de Comunicación y Lenguaje

La información y los discursos que se transmiten socialmente son una fuente constante de reproducción de los estereotipos de género. Basta con observar los anuncios comerciales de productos de limpieza y/o del hogar, para darnos cuenta cómo se refuerzan los papeles reproductivos y de objeto sexual de las mujeres, desvirtuando la autonomía.

El lenguaje, como parte de cultura y herramienta de la comunicación, juega un papel en la persistencia de la desigualdad. A través de las palabras o del discurso, se refleja nuestra concepción del mundo y, al mismo tiempo, encasillan las imágenes de las personas y los grupos sociales. Por ejemplo, frases como “vieja el último”, “los hombres no lloran” y “gritas como niña”, evidencian la forma en que el lenguaje representa y refuerza el sexismo en la sociedad mexicana.

3.2.3.5 Tradiciones Culturales

Desde la perspectiva de género, la cultura es uno de los canales en que se representa la diferencia sexual y se construye el género, a través de prácticas, creencias y símbolos que continuamente naturalizan las diferencias entre mujeres y hombres y justifican la desigualdad de género.

Las tradiciones culturales que prevalecen en la mayor parte de los hogares mexicanos, refrendan la división sexual del trabajo que asigna a la mujer los papeles de crianza, cuidado de hijas e hijos y la realización de las tareas domésticas, y funciones de proveedor económico al hombre. Si bien alrededor de 78% de la población masculina y 83% de la población femenina está de acuerdo con el trabajo de la mujer fuera del hogar, aún uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres rechazan esta idea. Las desigualdades de género se acentúan cuando se pregunta a las y los mexicanos si la mujer puede trabajar fuera de casa aunque el marido no lo apruebe: sólo 38% de los hombres y 41% de las mujeres se han inclinado por favorecer en esas condiciones su presencia en el mercado laboral (Incháustegui, 2004).

Otro rasgo característico de esta cultura es la censura a la autonomía de las mujeres, sobre todo cuando ésta se concibe como un valor que se contrapone al cuidado familiar. Por ejemplo, 35% de las mexicanas y los mexicanos aseguraron que no contratarían a una mujer que se niega a atender primero a su marido.

Sin duda, estas creencias juegan un papel trascendental en la persistencia de la desigualdad de género, porque inhiben el cambio y censuran la diferencia y la diversidad social. Por ello, la perspectiva de género cuestiona este estatus quo, a fin de generar nuevos valores y prácticas con una visión de equidad que dé cabida a formas alternativas de ser y expresarnos como seres humanos, con independencia de nuestro sexo.

3.2.3.6 El Estado

El Estado es el conjunto de instituciones de orden político que integran el régimen de gobierno y organizan los canales de participación de la ciudadanía en los procesos de toma de decisión. Se trata de una institución fundamental en la organización del poder que a través de estructuras establece las reglas que ordenan el intercambio social y define las políticas para distribuir los recursos y generar bienestar entre la población.

No obstante que el Estado es primordial para lograr la igualdad de género, desde sus orígenes excluyó del estatus de ciudadanía a las mujeres, quienes obtuvieron su derecho a elegir y ser electas con un siglo de retraso y aún no gozan de plena incorporación en los procesos de toma de decisión pública. Por otra parte, no fue sino hasta mediados del siglo XX que el Estado inició una lenta marcha para incorporar el principio de igualdad jurídica entre mujeres y hombres en las constituciones, y asumir su responsabilidad para tutelar y hacer exigibles los derechos. Este proceso se ha visto acelerado por la aprobación de diversos instrumentos y convenciones internacionales en materia de igualdad de género, que obligan al Estado a implementar políticas de equidad y de acción afirmativa.

Argumentar que el Estado es responsable de proteger los derechos humanos de las mujeres, y en general de todos los seres humanos, supone que todas las personas que forman parte de él tienen la obligación de seguir esta directriz (Galvis, 2005:75-77). En nuestro país, el diseño y la ejecución de la Política Nacional para la Igualdad es el instrumento ideado por el Poder Legislativo para hacer patente dicha responsabilidad.

3.2.4 Brechas de Desigualdad en el Mundo

- Actualmente sólo hay 12 mujeres elegidas jefas de Estado o de gobierno, entre un total aproximado de 200 en el mundo.
- Sólo 23% de las empresas de la Unión Europea eran propiedad de mujeres en 2004.

- De los 550 millones de trabajadores pobres del mundo, se estima que 330 millones (60%) son mujeres (Organización Internacional del Trabajo, OIT).
- En 2006, la brecha salarial de género en algunos países alcanzó entre 30% y 40%. Esto significa que las mujeres ganan entre 30% y 40% menos que los hombres.
- De los 17 millones de mujeres entre 15 y 49 años con VIH/SIDA, 98% vive en países en desarrollo (77% en África Subsahariana) (OMS, 2005).

3.3 Género y Salud Reproductiva

La salud es un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, sociales, de medio ambiente y los servicios de salud. El género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante. No obstante, en los ámbitos nacional e internacional, la inclusión de la perspectiva de género en los marcos conceptuales de los estudios de salud, en general, y de la mujer, en particular, cobró mayor auge a partir de mediados de a años 90 del siglo XX. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2007).

Actualmente cuando se habla de “inequidad de género en salud” se contemplan una o más de las siguientes dimensiones:

- a) Estado de salud y sus determinantes;
- b) acceso efectivo a servicios de salud, de acuerdo con las necesidades específicas de las personas;
- c) el financiamiento de la atención, según su capacidad de pago.
- d) El balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.

El enfoque de género en los estudios en salud ha mostrado que el hecho de que la sociedad adjudique a las mujeres el papel de “cuidadora de los otros” en el ámbito doméstico, y de que a los varones les otorgue la “independencia” de la esfera familiar influye directamente en la manera como ambos perciben los signos y síntomas de la enfermedad, y en su decisión de buscar atención médica, ya sea para ellos o para sus familiares. (Abellán, 2003)

En la medida que el análisis de género ha permitido entender, que muchas de las condiciones de desigualdad en las que vive la mujer, están determinadas por la cultura y la sociedad y que por lo tanto pueden ser modificadas, para lo cual es necesario reeducar y educar a la población en una cultura de la igualdad, en particular a las nuevas generaciones.

Se reconoce que las relaciones de género afectan la salud, y es bien sabido que las creencias sobre los hombres y las mujeres no solo permean en la población sino también a las instituciones y prestadores de servicios de salud. Un ejemplo de ello son los programas de salud reproductiva y planificación familiar que funcionan bajo la creencia de que solo las mujeres son responsables del embarazo y la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, además de la creencia generalizada de que los hombres pueden iniciar y ejercer su vida sexual como mejor les plazca y las mujeres son pasivas en ese sentido.

En México las conductas masculinas presentan lo siguiente:

- Ausencia de la paternidad como parte integral de la identidad masculina.
- Ausencia de participación en cuanto al uso de anticonceptivos, delegando a las mujeres la responsabilidad de un embarazo.
- Rechazo a los servicios de atención de salud reproductiva y planificación familiar por considerar que las mujeres se exponen a revisiones impropias. (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2004).

La desigualdad y la discriminación basadas en el género perjudican a las niñas y a las mujeres, directa e indirectamente, en el transcurso de su vida; y la falta de atención a sus necesidades de salud impide que muchas de estas mujeres formen parte de la sociedad de manera integral.” (UNFPA, 2002).

En la actualidad México cuenta con programas de salud reproductiva que cada vez toman más conciencia de la manera en que las normas culturales y los roles sociales determinan la salud de la mujer. El acceso limitado y el escaso control que tienen sobre su propia sexualidad convierten a las

mujeres en seres vulnerables a la explotación sexual, a la violencia, a los embarazos no deseados, y a las enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo es una realidad que aún faltan políticas públicas que de alguna manera obliguen tanto a los trabajadores de la salud como a las instituciones educativas a abordar problemas de salud basados en el género, incluida la violencia contra las mujeres, el comercio sexual, y las enfermedades mentales; abordar las necesidades de salud en las diferentes etapas de la vida; y así mejorar la salud sexual de las mujeres.

Comprender los factores que determinan las diferencias entre hombres y mujeres en las diversas enfermedades -desde el punto de vista biológico, psicológico y social- tiene implicaciones para la salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida para las y los ciudadanos.

La incorporación de la perspectiva de género en el sector salud representa sumarse a un esfuerzo por promover cambios que den origen a relaciones más democráticas en la interacción entre hombres y mujeres, y entre ellos y las instituciones, en especial en los ámbitos de la prestación de servicios de salud, la construcción del conocimiento y la tecnología relacionados con la salud-enfermedad así como del uso de la violencia en la resolución de conflictos, del comportamiento sexual y las responsabilidades derivadas de la reproducción, en virtud de que todas estas acciones podrían derivar en mejores condiciones de salud para hombres y mujeres.

3.4 Género y Derechos Humanos de las Mujeres

Aunque muchos de los aspectos de la vida de las mujeres han cambiado, todavía es verdad que en ellas cae la responsabilidad de la concepción y la anticoncepción, el cuidado y muchas veces la soledad del embarazo, el riesgo y el miedo de un aborto y hasta la culpa de la infertilidad; y es porque muchas no han adoptado y no se han apoderado, aunque los conozcan o hayan escuchado de ellos; de sus derechos como seres humanas y como ciudadanas.

Hombres y Mujeres tienen los mismos derechos desde que nacen, sin embargo es una realidad que en todo el mundo millones de mujeres afrontan situaciones en las que tales derechos no se respetan, y viven en condiciones que son totalmente inaceptables.

Los instrumentos jurídicos internacionales, nacionales y estatales son trascendentes para el avance hacia la equidad de género ya que obligan a los Gobiernos de todos los niveles a adoptar medidas contra la discriminación proporcionando bases jurídicas para eliminar la exclusión por motivos de género.

INSTRUMENTOS JURÍDICOS INTERNACIONALES

- Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer en Beijing (1995).
- Conferencia de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992).
- Conferencia de Viena sobre Derechos Humanos (1993).
- Conferencia del Cairo sobre Población y Desarrollo (1994).
- Cumbre Mundial para el Desarrollo en Copenhague (1995).
- Conferencia de Estambul sobre Asentamientos Humanos (1996).
- Convención sobre Eliminación de Todas Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW
- Los objetivos del Milenio ODM (2000)

INSTRUMENTOS JURÍDICOS INTERAMERICANOS

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, identificada como la Convención Belem Do Pará (1995)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de la ONU
- Declaración de Santo Domingo
- Declaración sobre Igualdad de Derechos y Oportunidades entre la Mujer y el Hombre y la Equidad de Género en los Instrumentos Jurídicos Interamericanos.
- Convención Interamericana sobre Convención de los Derechos Civiles a la Mujer
- Convención Interamericana sobre Convención de los Derechos Políticos a la Mujer.

- Convenció sobre la Nacionalidad de la Mujer.

INSTRUMENTOS JURÍDICOS NACIONALES

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley del Instituto Nacional de las Mujeres(2001)
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003)
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007)

INSTRUMENTOS DEL ESTADO DE HIDALGO

- Constitución Política del Estado de Hidalgo
- Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011

Los siguientes, son artículos que quisiera destacar, para reforzar lo anterior.

Art. 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En los Estados Unidos mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Art. 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Todo individuo tiene derecho a recibir educación.

Art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales.

Art. 4 de la Constitución Política del Estado de Hidalgo

En el estado de Hidalgo, todo individuo gozara de las garantías y derechos que otorga esta Constitución y la Constitución Política de los estados unidos mexicanos, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y condiciones que ella misma establece.

En el estado de Hidalgo, queda prohibida toda discriminación motivada por el origen étnico, nacional o regional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social o económica, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil, el trabajo desempeñado, las costumbres, la raza, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos.

Toda discriminación o toda intolerancia constituyen un agravio a la dignidad humana y un retroceso a su propia condición, que deben combatirse.

Art. 5 de la Constitución Política del Estado de Hidalgo

Sin distinción alguna, todos los habitantes del estado tienen los derechos y obligaciones consagrados en esta constitución.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

LEY GENERAL PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

La presente Ley tiene por objeto regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres y proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que lleven al país hacia el cumplimiento de la igualdad de género en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el Territorio Nacional.

Son destacables los siguientes artículos.

CAPÍTULO PRIMERO

DE LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS Y LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Artículo 8.- La Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios establecerán las bases de coordinación para la integración y funcionamiento del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Esta ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ACUERDO NACIONAL PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

El Acuerdo Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres plasma el compromiso de los poderes federales Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los gobernadores; cuyo objetivo general es dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres así como la eliminación de todo tipo de violencia hacia las mujeres, que busca toda democracia con equidad social y de género.

Además de regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres y proponer los mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres, para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Cabe mencionar que este acuerdo fue firmado por los 84 municipios del Estado de Hidalgo por convocatoria del Lic. Miguel Ángel Osorio Chong, gobernador constitucional del Estado de Hidalgo el 8 de marzo del 2009. (Instituto Hidalguense de las Mujeres, 2009)

Los derechos consagrados en estos instrumentos internacionales constituyen una parte del deber ser del marco jurídico de los Estados miembro. Son un modelo al cual deben adecuarse el conjunto de leyes locales y nacionales, así como una referencia para los particulares en la defensa, la promoción y la protección de los intereses y derechos de las mujeres.

Constituyen una base para impulsar el desarrollo de las mujeres y garantizar sus derechos en su integración en los ámbitos político, económico, cultural y social. Asimismo, conforman un marco para la incorporación de las demandas de las mujeres en las agendas nacionales, así como en los planes y en los programas de gobierno.

Mediante su aplicación y observancia pueden implementarse acciones para abatir rezagos y problemas específicos como la violencia, la discriminación y la desigualdad en todos los ámbitos. (INMUJERES, 2004e).

3.5 Derechos Sexuales y Reproductivos

Con fundamento en los derechos humanos universales -como derechos históricos que son y como un conjunto de derechos que están articulados entre sí y que nos permiten decidir sobre nuestra propia vida- en el área de derechos sexuales y reproductivos- el interés es que disminuyan las problemáticas que giran alrededor del No ejercicio de los derechos y para ello, son necesarias acciones de promoción y difusión, defensa y gestoría, sensibilización, capacitación, alianzas entre mujeres, instituciones y, funcionarios.

Cuando hablamos de derechos, estamos pensando que se trata de una capacidad de las personas que es protegida por el Estado y decimos que es un derecho porque podemos exigir que se respete. Los derechos que amparan la capacidad de una persona para decidir sobre su propia vida, se refieren, no únicamente al Estado, sino a cualquier otra organización o agrupación social igualmente, es decir, nadie tiene derecho a interferir con la conciencia de cada persona, con su capacidad y su libertad de expresión, ni con su privacidad y autonomía.

3.5.3 Derechos Sexuales

Los derechos sexuales establecen que toda persona tiene la facultad de ejercer libremente su sexualidad y que nadie deberá sufrir discriminación por su orientación sexual.

Los derechos sexuales y reproductivos están muy relacionados entre sí, pero lo ideal es entenderlos por separado, un punto importante para el libre ejercicio de la sexualidad implica el derecho a la no reproducción.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Todas las personas los tenemos sin distinción de edad, orientación sexual, etnicidad, estado civil, sexo, o cualquier otra condición, son históricos, indivisibles, específicos, progresivos y obligatorios.

En la Carta Magna, dentro de las garantías individuales, se encuentran garantizados casi todos los derechos que emanan del ejercicio de la sexualidad y de la reproducción, sin embargo los derechos sexuales, como tales, hasta la fecha han sido negados, ocultados o soslayados hasta la fecha, bajo el precepto judeocristiano fomentado por la jerarquía católica de que el ejercicio de la sexualidad es "válido" y "autorizado" "sólo si su fin último es la reproducción de la especie"

Algunos de esos derechos son:

1. A la equidad en el ejercicio de la sexualidad
2. A la libertad de expresión sobre sexualidad
3. A la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo
4. A la educación sexual
5. A la protección de la salud sexual óptima, libre de infecciones y enfermedades
6. A la libre asociación sexual
7. A la privacidad sexual
8. A ejercer la sexualidad sin fines reproductivos
9. A la información sobre sexualidad basada en el conocimiento científico

10. A la libertad de imprenta en materia de sexualidad

11. Al sano desarrollo de la sexualidad del y la menor (Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (2010)

3.5.2 Derechos Reproductivos

Conjunto de Garantías y obligaciones que tenemos todas las personas sobre nuestra sexualidad y capacidad reproductiva, encaminados al logro de una mejor calidad de vida

"Al hablar de derechos reproductivos nos referimos a todo aquello que emane de la función de la reproducción: poder decidir cuándo, cómo y con quién procrear, en el marco señalado por la Constitución: libre, responsable e informadamente y añadiríamos, saludablemente."

A diferencia del ejercicio de cualquier otra garantía, ejercer el derecho a la reproducción involucra a una tercera persona, por lo que, en la responsabilidad, se incluye el máximo respeto para los derechos del menor.

Los derechos reproductivos parten del reconocimiento al derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente las cuestiones relativas a su reproducción y el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud en la sexualidad y la reproducción.

Se consideran Derechos Reproductivos:

1. A la autonomía y autodeterminación de nuestro cuerpo
2. A la vida
3. A la procreación
4. A la salud reproductiva
5. A obtener información especializada sobre el funcionamiento reproductivo de nuestro cuerpo
6. A que se respeten sus derechos como usuarias/os de los servicios de salud reproductiva
7. A los avances científicos en materia de reproducción

8. A adoptar decisiones sobre la reproducción, sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

9. A interrumpir un embarazo en los casos en que la ley lo permite

10. A la libertad de reunión y la participación política

11. A la libertad y a la seguridad de la persona (Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (2010).

3.6 El Enfoque de Género en la Salud Reproductiva

Las actividades y prácticas que desempeñamos en lo referente al ejercicio de nuestra sexualidad y reproducción se encuentran enmarcadas por diferencias aprendidas, no naturales y han cambiado a lo largo de los años, el espacio geográfico, la etnia y la clase social.

Es innegable que en el último tiempo se han producido en diversas partes, importantes avances en la materia, tanto en los hechos como en las legislaciones. Sin embargo, el avance definitivo no se producirá hasta que no se genere legislativa y constitucionalmente la paridad de género respecto de los altos cargos públicos y los puestos de representación política, para que así las políticas públicas puedan realizar planes y programas adecuados que atiendan a su población en base a sus verdaderas necesidades.

Para concluir el capítulo es importante decir que la participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz. Su sexualidad y su salud reproductiva son aspectos básicos para que esta igualdad (basada en el acceso de oportunidades) se haga efectiva.

CAPITULO 4

EL TRABAJO SOCIAL Y SALUD REPRODUCTIVA

4.1 El Trabajo Social

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW), definen esta disciplina de la siguiente manera: "La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social".

Ezequiel Ander Egg (1996) define al Trabajo Social como "un modo de acción social que supera los enfoques y la concepción asistencialista y pretende ser respuesta alternativa de la problemática social. De ahí que se atribuya una función de concientización, organización y movilización de los sectores populares o marginados función que es compartida por otros ámbitos profesionales y otras esferas de actuación.

Por su parte Aída Valero (1994) lo define de la siguiente manera: "El Trabajo Social es una disciplina que estudia al hombre en su situación social, a través de una tecnología social, que le permite determinar sus necesidades y carencias y promover la atención de las mismas, a fin de lograr su bienestar social".

La misión del Trabajo Social es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. El trabajo social profesional está enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los y las profesionales en trabajo social, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados.

Un Trabajador Social es un profesional capacitado que utiliza la aplicación de la teoría social y los métodos de investigación para estudiar y mejorar la vida de las personas, grupos y sociedades. Trabajo social impacta tanto la pequeña escala, trabajando con las personas, y el más grande como un campo de la investigación, de pensamiento y de estudio. Los Trabajadores Sociales se han comprometido a ayudar a las personas a desarrollar su pleno potencial, con independencia de que serán, y corregir los males sociales y las injusticias.

Según la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, "La misión primordial de la profesión de trabajo social es mejorar el bienestar humano y ayudar a satisfacer las necesidades humanas básicas de todas las personas, prestando especial atención a las necesidades y el empoderamiento de las personas que son vulnerables, oprimidos, y que viven en la pobreza"

El quehacer del Trabajo Social según Eli Evangelista "Son los Proyectos e Intervenciones propias, que sea en la prestación de servicios o en la acción social, que pretenden generar la auto gestión de individuos, grupos o comunidades, para que insertos críticamente y dentro de lo posible, actuando o participando dentro de sus propias organizaciones contribuyan a la transformación social".

Retomando el trabajo de Aída Valero (2004), las funciones genéricas del Trabajo Social son:

Investigación Social. Mediante una metodología específica el Trabajador Social conoce, interpreta y diagnostica situaciones sociales que caracterizan a los sectores que presentan mayores necesidades o carencias.

Orientación y Gestoría. A través del conocimiento de los recursos institucionales oficiales, particulares y de organismos no gubernamentales, el trabajador social refiere y canaliza a la población que requiere atención especializada conforme a su problemática específica.

Administración. El Trabajador Social, elabora, dirige, ejecuta, evalúa y supervisa, en diversos niveles operativos programas de bienestar social.

Las funciones de los y las profesionales en Trabajo Social, según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales consisten en:

- Orientar a las personas para desarrollar las capacidades que les permitan resolver sus problemas sociales, individuales y/o colectivos.
- Promover la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.
- Promover y actuar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes.
- Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos (articular redes).
- Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de las ciencias que pueden estar en contacto con sus potenciales usuarios.

4.2 Los campos de Trabajo Social

En base a los principales sectores de desarrollo, los campos son:

1. Salud y Nutrición (Trabajo Social en Salud Pública, Nutricional, Recreacional, Médico Hospitalario, Psiquiátrico)
2. Educación y Cultura (Trabajo Social Educativo, en Educación Adulta, en Reeducción, en Rehabilitación Social)
3. Economía y Trabajo (Trabajo Social Empresarial, en Reforma Agraria, Cooperativo, en Fomento y Obras de Infraestructura)
4. Familia y Comunidad (Trabajo Social en Organización y Desarrollo Comunal y Rural, Vivienda, Seguridad Social, Familiar y Poblacional, Juvenil)
5. Técnico (Investigación Social, Planificación, Administración y Personal y Actividad Independiente)

4.2 El Trabajo Social en el Área de la Salud

Esta área es de las más antiguas en Trabajo Social, puesto que los problemas de la salud van más allá de la actuación de médicos y enfermeras. Actualmente se basa principalmente en las relaciones de salud y los factores sociales. Y las funciones más significativas (Gartner, 1993) son las siguientes:

- Dar atención a problemas sociales detectados en los centros de salud que afectan la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender y prevenir.
- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes (de diabéticos, por ejemplo) grupos de madres, grupos en rehabilitación, etc.
- Participación en equipos de educación y promoción sanitaria y salud pública
- Participación en equipos de trabajo del área social sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- Reinserción social con grupos en rehabilitación.
- Reinserción de enfermos después de intervenciones, tratamientos u hospitalización.
- Atención a personas que están en proceso de adaptación a la hospitalización.

La intervención del trabajador social parte del supuesto de que no hay recuperación de salud si las personas no hacen algo para recuperarse y si el entorno social no ayuda en ello.

El Trabajo Social dentro del campo de la salud, es un quehacer profesional de complemento y apoyo a las acciones médico-sanitarias a través de programas integrales y no de acciones aisladas del todo.

La función que desempeña el Trabajador Social es un elemento clave para que los programas del sector salud cumplan sus objetivos, y aunque la mayoría de estos profesionales se limitan a actuar intramuros en el hospital, esto se puede cambiar demostrando que se puede trabajar con individuos, grupos y comunidades así como investigar y planificar actividades. Además, elaborar ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para usuarios reales y potenciales del servicio de salud como dirigidos a otras profesiones.

4.2.1 Trabajo Social Médico Hospitalario

Si la prevención no ha sido suficiente como primera medida y es necesaria la hospitalización, misma que debe tener los suficientes servicios para atender a todas las personas que la requieran. Es bien sabido que además de los problemas propios de la enfermedad hay otros relacionados como situaciones familiares, económicas, laborales que a su vez desequilibran y se ven desequilibradas por la enfermedad. El trabajo social entra en esta parte, pues es necesaria una labor que permita conocer todos esos factores que aunados a la enfermedad predispongan al paciente o modifiquen su actitud ante la misma. Algunos de estos factores son: pocos o nulos recursos económicos para el tratamiento, responsabilidades en la casa que no pueda abandonar, etc. (Castellanos, 1962)

El trabajador social realiza estudios en los hogares para determinar cómo es el medio y conocer la situación económica y ambiental. A partir de esto se hace un diagnóstico y tratamiento con los otros miembros del equipo médico.

Además de lo anterior el Trabajador Social trabaja en el proceso de aceptación de enfermedad o pérdida del paciente, buscando que disminuyan la angustia, ansiedad o tensión, busca prevenir recaídas, establecer actividades recreativas y uso del tiempo libre que le resulten constructivos.

En este campo los Trabajadores Sociales “deben estar entregados a una creciente labor con los enfermos, sus familias y sus problemas” (Valero, 1994).

4.2.2 Trabajo Social en Planificación Familiar

Ante el problema que la poca planificación familiar y la salud reproductiva vienen representando en nuestro país y estado, se han producido distintas propuestas para por fin darle atención o posibles soluciones. De acuerdo con los principios de trabajo social, este considera que toda situación existencial es única y por consiguiente hay que estudiarla toda ella, buscando la participación de los afectados y elaborando conjuntamente posibles alternativas dentro de las cuales ellos escogerán aquellas que en su razonamiento les resulten satisfactorias, cada situación individual-familiar, grupal o comunitaria, es un caso particular, y no se pueden aplicar estandarizaciones.

El Trabajo Social, sustenta los siguientes principios de acción:

- Propugnar la elevación de los niveles de vida de todos los sectores marginales de la población.
- Sustentar que el primer paso a dar debe ser la investigación para realizar un diagnóstico y así adoptar políticas adecuadas. Esto a nivel grupal, comunal y familiar.
- Realizar un plan de tratamiento para todos los casos pero sin individualizar soluciones. Procurando que los afectados participen plena y realmente en el proceso de solución.
- No limitarse a realizar funciones administrativas y rutinarias. (Florendo, 1973).

4.3 La Promoción Social

La O.M.S. en 1986 desarrolla lo que se conoce como la Carta de Ottawa, con 5 premisas para la prevención y promoción de la salud:

1. Reforzar la acción comunitaria.
2. Promocionar el concepto de salud.
3. Promocionar los medios necesarios para la salud.
4. Crear un ambiente favorable a la promoción de la salud.
5. Desarrollar una política pública sana.

Para esto hay 6 objetivos a cumplir por todos los países que bien se pueden aplicar al quehacer del trabajador social de la salud:

- Promoción de estilos de vida sanos.
- Promover la participación eficaz de la población en los temas de salud.
- Desarrollar políticas de apoyo social donde se valoricen los cometidos de la familia en el fortalecimiento de estilos de vida sanos.
- Llevar a cabo programas de educación.

- Proporcionar conocimientos y motivaciones para un comportamiento saludable: alimentación equilibrada, no al tabaco, promoción del ejercicio físico y dominio del estrés.
- Disminuir comportamientos perjudiciales como son el uso de alcohol y drogas, como son el abuso de medicamentos y como es la prevención de la conducta peligrosa y los comportamientos sociales y violentos.

Que se busca con la promoción y prevención de la salud.

1. Que la gente desee estar sana.
2. Que sepa conseguirlo.
3. Conseguir que la gente actúe sanamente.
4. Y sean capaz de buscar ayuda para conseguirlo.

4.3.1 Trabajador Social En El Programa De Promoción y Atención A La Mujer.

Según la O.M.S. este programa se divide en cuatro apartados:

1. Programa de atención a la mujer.
2. Atención al embarazo.
3. Atención al diagnóstico precoz de cáncer ginecológico.
4. Planificación familiar.

Tiene el propósito de aumentar el nivel de salud mediante la disminución de la morbi-mortalidad materna y sus objetivos específicos son:

- Disminuir la morbi-mortalidad materna.
- Promover la lactancia materna.
- Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de mama y cerviz (cuello de útero).
- Disminuir la morbi-mortalidad ginecológica por enfermedad de transmisión sexual.

- Contribuir a una sexualidad plena y placentera.
- Contribuir a conseguir un medio laboral saludable para la mujer.

Actividades a llegar a cabo en el programa de Atención a la mujer

- Detención (localización) de la mujer embarazada precozmente.
- Control periódico del embarazo mediante consulta mensual, y a partir de la semana 36 de forma quincenal.
- Captación de grupos en el que el embarazo suponga riesgos.
- Planificación familiar.
- Detección (localización) de mujeres con riesgos de cáncer.
- Consulta de detección precoz de cáncer.
- Promoción de condiciones óptimas de salud.
- Educación para la salud.

Papel del Trabajador Social en el programa:

- Detección (localización) de grupos de riesgo.
- La visita a domicilio.
- La intervención en el medio.
- Educación para la salud (fundamental).
- Análisis del entorno social-familiar materno.
- Registro de actividades.
- Detección precoz de mujeres embarazada.
- Captación precoz de mujeres con riesgo de cáncer.

- Atención a los problemas propios de la mujer.

4.4 Orientación y Consejería

La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria), en este caso hablaremos del Trabajador Social como consejero.

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

El consejero debe reconocer signos de cualesquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer la referencia en caso necesario.

La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe tenerse especial interés

en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

4.4 El Nuevo Perfil del Trabajo Social dentro de la Salud

La intervención del Trabajador Social en la salud es una de las labores más antiguas en Latinoamérica es por eso que a lo largo del tiempo se han definido las actividades que debe de realizar.

Con la creación de las políticas sociales actuales surge la necesidad de generar una nueva profesión que se encargue de apoyar al Estado a la promoción de los proyectos y programas tendientes a alcanzar un mejor nivel de vida y al cumplimiento de sus objetivos. Además estimula y provoca medidas tendientes a lograr mejor calidad de vida para la población creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.

Los cambios dentro de la sociedad exigen nuevos profesionistas nuevos planteamientos y nuevas propuestas, así mismo el Trabajador Social actual orienta su quehacer hacia un trabajo multidisciplinario y con conocimientos teóricos metodológicos e instrumentales del problema objeto de atención, además de la capacidad para aplicarlos en la resolución.

La investigación en salud ha cobrado más importancia, pues identifica los factores que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando a personas que padecen enfermedades, minusválidos, evaluando los servicios que se les dan, los recursos, actitudes y valores. Además de su reinserción en la sociedad.

El profesionista en Trabajo Social en el campo de la salud y en específico en la promoción de la salud sexual y reproductiva deberá tener iniciativa, capacidad de análisis de la problemática y habilidades para diseñar acciones dentro de la Institución donde se encuentre.

El nuevo Trabajador Social debe elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para usuarios reales y potenciales del servicio de salud como dirigidos a otras profesiones.

Son profesionistas clave para alcanzar los objetivos de los nuevos programas de salud reproductiva y planificación familiar, ya que están en contacto directo con la gente y tienen la facultad de estudiar en todo su contexto a individuos, grupos y comunidades.

El Trabajador Social puede generar avances en el tema de la Salud Reproductiva mediante diversas estrategias, y desde diferentes campos de acción. Dentro de la Salud, la Educación y la Gestión Social, la sensibilización y la promoción son estrategias indispensables, que acompañadas de un trabajo de campo y llegando a los diferentes grupos de población ya sea en áreas urbanas, rurales o indígenas, pueden generar un conocimiento más amplio y sin prejuicios acerca del auto conocimiento del cuerpo, la anticoncepción y la igualdad entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

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. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.

Los derechos reproductivos abarcan ciertas garantías del ser humano que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos e instrumentos internacionales y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Los principios que ahí se establecen se basan en 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, y así alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

Es una necesidad que se establezcan programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes, que entrañaran la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Deberían elaborarse programas innovadores para que los adolescentes y los hombres adultos tuvieran acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las

responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la importante responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

De igual manera sería importante adoptar medidas para ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación; prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y la mortalidad; facilitar el acceso a servicios de calidad que sean aceptables y económicamente asequibles para todos los que los necesitan y desean recibirlos; mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación, comunicaciones y orientación. En nuestro estado es necesario un entorno propicio para el suministro de servicios de información de alta calidad en materia de planificación de la familia y salud reproductiva, en los sectores público y privado, un sistema eficaz de coordinación y servicios a nivel estatal, regional y municipal para la adquisición de anticonceptivos y otros productos indispensables para los programas de salud reproductiva.

Son necesarias también acciones para prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y a proporcionar tratamiento para esas enfermedades, entre ellas el VIH/SIDA, y las complicaciones derivadas de ellas.

Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, y velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación.

Aunado a ello la habilitación de la mujer y el mejoramiento de su condición constituyen en sí una posibilidad de bienestar para toda la población y son indispensables para lograr el desarrollo sostenible. Lograr la igualdad y la equidad entre el hombre y la mujer, y permitir que la mujer realice plenamente sus posibilidades; incorporando plenamente a la mujer en el proceso de formulación de políticas y adopción de decisiones y en todos los aspectos de la vida económica, social, política y cultural, como formuladoras activas de las decisiones y como participantes y beneficiarias activas, y asegurar que todas las mujeres, al igual que los hombres, reciban la educación necesaria para satisfacer sus necesidades humanas básicas y ejercer sus derechos humanos, harán del país un mejor lugar para vivir para hombres y mujeres de cualquier edad.

BIBLIOGRAFÍA

BASURTO, Carlos y Campos, Guillermo, (2004). **Metodología para la elaboración de una Monografía**, Escuela Nacional de Trabajo Social-Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, (2006). **Ley General para Igualdad entre Mujeres y Hombres**, Centro de Documentación, Información y análisis, México. Disponible en www.diputados.gob.mx/leyes/biblio/pdf/LGIMH

CAMARENA, Rosa María, (2001).

Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, (2005). Programa **Estatad de Salud de la Mujer**, Secretaría de Desarrollo del Estado de Hidalgo, Pachuca.

Consejo Nacional de Población, (2005). **Índices De Marginación Por Municipio**. Disponible en: www.conapo.gob.mx

Comisión de Equidad y Género del congreso de la Unión, (2009). **Memorias de la Comisión de Equidad y Género**, México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Porrúa, México, 2000.

DE BARBIERI, Teresita, **“Algo Más que las Mujeres Adultas, Algunos Puntos para la Discusión sobre la Categoría de Género desde la Sociología”**, en Revista Interamericana de Sociología, Año VI, Núms. 2-3, Mayo-Diciembre 1992.

Dirección General de Salud Reproductiva, (2001). **Embarazo Saludable: Parto y Puerperio**, Secretaría de Salud, México.

FOIRET, James y Frejka, Tomas (Ed.), (1999). **Investigación Operativa en Planificación Familiar**, Population Concil, Nueva York.

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para La Mujer (UNIFEM), (2008). **Compilación Seleccionada del Marco Jurídico Nacional e Internacional de las Mujeres**, Secretaría de Relaciones Exteriores, México.

Galeana de la O, Silvia (Coord.), (1999). **Promoción Social**, ENTS-PyV Editores, México.

Gobierno del Estado de Hidalgo, (2005). **Programa Estatal de Salud de la Mujer 2005-2011**, Secretaria de Desarrollo Social, Pachuca.

Gobierno Federal, (2009). **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT-2006)**, Instituto Nacional de Salud Publica.

Gobierno Federal, **Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación**, Diario Oficial de la Federación, 11 de Junio 2003.

Gobierno Federal, **Ley General de Población**, Diario Oficial de la Federación, 7 de enero 1974

Gobierno del Estado de Hidalgo, **Reglamento de la ley de Población para el Estado de Hidalgo**, 20 Enero 2007

Gobierno Federal, (2007). Programa **Nacional de Salud 2007-2012**, Disponible en: alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Gobierno Federal, (2005), **Núcleo de Acopio y Análisis de Información en salud**, Instituto Nacional de Salud Públicas. Disponible en: www.sigsalud.insp.mx/7

HARRIS, Olivia, **La Unidad Doméstica como Unidad Cultural**, Revista Nueva Antropología, Vol. VIII, No. 30, México, 1986.

HERNÁNDEZ, Sampieri, Roberto, (2001). **Metodología de la Investigación**. 2ª Edición, McGrawHill, México.

International Planned Parenthood Federation IPPF, (2009). Disponible en: www.ippfwhr.org

Instituto Hidalguense de las Mujeres, **Análisis de la ENDIREH-2006, en el Estado de Hidalgo y su Proyección a la Población de Mujeres Indígenas**, 2da. Edición, 2008.

Instituto Hidalguense de las Mujeres, (2006^a) **Inclusión en el Desarrollo con Equidad**, Pachuca.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2001). **Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000**, INEGI, México.

Instituto Hidalguense de las Mujeres, (2006b) **Políticas Públicas con Enfoque de Género**, Pachuca.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2007). **Anuario Estadística de Hidalgo Tomo 1**. INEGI, Aguascalientes.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2008). **Anuario Estadística de Hidalgo Tomo 2**. INEGI, Aguascalientes.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2004). **Las Mujeres en Hidalgo**. Disponible en: www.inegi.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2000^a). **XII Censo General de Población y vivienda 2000**. Disponible en: www.inegi.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2000b) **Datos Socio demográficos de Hidalgo**, Disponible en: www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2008). **Mujeres y Hombres de México**, 12 Edición.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2009). **Mujeres y Hombres de México**, 13 Edición.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) Comisión Nacional de la Mujer (CONMUJER), 2002. **Sistema de indicadores para el Seguimiento de las situación de la Mujer en México 1990 a 2002 (SISESIM)**. Disponible en: www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de las Mujeres, (2008). **Mortalidad Materna y Problemas Sociales**, México.

Lamas, Marta, Aborto, **Derecho y Religión en el siglo XXI**, Debate Feminista, Año 14. Vol. 27, México, Abril 2003.

LERNER, Susana e Ivonne Szasz (coords.), (2008^a). **Salud reproductiva y condiciones de vida en México, tomo 1**, El Colegio de México.

LERNER, Susana e Ivonne Szasz (coords.), (2008b). **Salud reproductiva y condiciones de vida en México, tomo 2**, El Colegio de México.

MAORENZIC, Mónica, (2003). **Leyes del Aborto en el Mundo**, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. México.

MARTÍNEZ, Rodríguez Laura Cartilla Informativa, (2008) **“Para conocer los Derechos Humanos de las Mujeres”**, Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC), México.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2007). **ABC de Género en la Administración Pública**, PNUD, México.

RUBÍN, Gayle, (1986). **“El Tráfico de mujeres: notas sobre la economía Política del sexo”** Nueva Antropología. Vol. VIII Núm. 30 México, p.95

SALAZAR, Ugarte, Pedro, (2008). **Estado Laico y Derechos Sexuales y Reproductivos**, Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. México.

Secretaria de Salud del Estado de Hidalgo, (2001). **Programa de Acción: Salud Reproductiva, 2001-2006**, Pachuca.

SEPULVEDA, Jaime (Coord.), (2006). **Sistema de Protección Social en Salud**, 2da Edición, Secretaría de Salud; Fondo de Cultura Económica, México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (1997). **La Perspectiva de Género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres**, DIF, México.

UBALDI, Garcete, **Norma Sobre aborto y Políticas Públicas**, Debate Feminista, Año 17. Vol. 34, México, Octubre 2006.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), (2006). **Estado de Población Mundial**, Nueva York.

UNICEF, (2001). **Más Vale Prevenir que Lamentar: Percepciones sobre el embarazo en la Adolescencia**, México.

VALERO Chávez, Aída, (1994). **El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas**, ENTS-UNAM, México.

VALERO Chávez, Aída, (1995). **El Trabajo Social en el área de la Salud** (Serie Historia de la Profesión), ENTS-UNAM, México.