



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**División de Ciencias Sociales y
Humanidades**

Departamento de Sociología

MORTALIDAD MATERNA EN TLAXCALA

Tesina que para obtener el título de:

Licenciada en Sociología

Presenta:

Rosalba Carrasco Hernández

Asesor:

Mtro. Servando Gutiérrez Ramírez.

G R A C I A S

A Dios:
Por darme la gran oportunidad
De vivir.

A mis padres:

Epri y Joaquín

Por la confianza que me han brindado y por los
Grandes esfuerzos que han hecho
Para que yo pudiera llegar hasta donde estoy.
Gracias por darme la mejor de las herencias mi
Carrera, que como bien dicen, con nada podré pagar,
Todo lo que hacen por mí
Gracias por sus cuidados y atenciones.
Los quiero mucho.

A mis hermanos:

Javier, Alfredo y Cesar

Si Dios me diera a escoger nuevamente a mis
Hermanos no dudaría en elegir a ustedes
Gracias por sus consejos y su apoyo y se
Que siempre podré contar con ustedes.
Los quiero mucho.

A mi abuelitos:

Joaquín y Guadalupe

Ustedes que nos han dado un gran
Ejemplo el de la familia Unida
Los quiero mucho y que Dios nos los deje
Por mucho tiempo más.

A mis tíos y primos:

Por estar siempre al pendiente de mí.
A mis primos que son como mis hermanos.

A mis profesores:

Gracias por la formación profesional que me dieron,
Por la paciencia, pero sobre todo por su
Tiempo. Gracias por compartir
Sus conocimientos.

Al Mtro. Servando G. R:

Gracias por aceptar ser mi asesor, por apoyarme
Y creer en mí. Por compartir su tiempo, sus conocimientos,
Su paciencia y por su amistad.
Gracias por ayudarme a lograr uno de mis más
Grandes sueños.

Al Dr. Eduardo Ramírez:

Gracias por apoyarme en la elaboración
De este proyecto. Por confiar en mí a pesar de
No conocerme, y por dedicarme parte de
Su valioso tiempo.

A mis Amigos:

Son muchos los conocidos, pero, muy pocos los
Amigos y ustedes saben quienes son.
Nadie mejor que ustedes saben el gran esfuerzo realizado
Para lograr terminar la carrera, Les doy las gracias
Por su amistad y porque fueron
Parte fundamental durante mi estancia en la universidad.
Gracias por estar siempre cuando los necesite,
Por confiar en mí y por dejarme compartir tantos momentos
Agradables y también unos cuantos desagradables,
Gracias por dejarme aprender de ustedes.
A mis grandes amigos con los que empecé esta sueño,
Liz, Wendy Sonia, Vero, Gracias, amigas por todo.
Rodrigo, Juan Carlos, Arturo P, Daniel, Arturo L,
Ricardo. Gracias por sus consejos.
Y a todas aquellas personas que en su momento fueron
Parte importante en mi vida, les agradezco su tiempo.

Atte:

3

Rosalba Carrasco Hernández

INDICE

Introducción	7
Capitulo I	15
I.- SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO	15
I.1- LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO	15
I.2. DETERMINANTES DE LA SALUD REPRODUCTIVA.	24
I.2.1. Factores biológicos:	24
I.2.2. Factores Socioculturales:.....	25
I.2.3. Desigualdad Social.....	27
I.3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	29
I.4. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	42
Capitulo II.....	47
PROBLEMÁTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA.....	47
II.1.- DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA.....	47
II.2.-PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA DE LA MUJER.....	50
II.2.1.-ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	50
II.2.2.-EL ABORTO	54
II.2.3. CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO	59
II. 2. 4. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.....	63

II. 3.1. INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL ÁMBITO LABORAL. ¿CÓMO AFECTA EN LA SALUD.....	67
Capitulo III	77
LOS SERVICIOS DE SALUD EN TLAXCALA.....	77
II.I. SERVICIOS DE SALUD.....	77
III.2 RECURSOS PARA LA SALUD EN TLAXCALA	80
Capitulo IV.	83
MORTALIDAD MATERNA INFANTIL EN EL ESTADO DE TLAXCALA	83
IV.1.-LA MORTALIDAD MATERNA INFANTIL EN EL ESTADO.....	83
IV.I.I.-CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.....	89
IV.2.- INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS.	92
IV.2.1. ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.....	94
IV.3.- MEDICINA TRADICIONAL.....	99
IV.3.1 LAS PARTERAS.....	101

Capitulo V.....	107
V,- ANÁLISIS DE ENCUESTAS.....	107
CONCLUSIONES.....	126
ANEXOS.....	131
GLOSARIO.....	143
BIBLIOGRAFIA.....	148

INTRODUCCIÓN

La investigación aquí presentada intenta analizar las causas de la Mortalidad Materna en el Estado de Tlaxcala ya que la Mortalidad Materna representa un problema multifactorial relacionado con la cobertura de los servicios de salud, la calidad de los mismos y los factores socioeconómicos y culturales de esta entidad federativa.

En Tlaxcala, por ejemplo, la participación del Sector Público en la atención del parto es muy constante, pero aun es insuficiente. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, efectuada en el año 2000, 87% de los partos son atendidos en algunas de las instituciones de este sector (IMSS, ISSSTE, SSA). Es muy importante resaltar que el 13% de los partos todavía son atendidos en los domicilios particulares de las mujeres o bien en casa de las parteras, y se estima que en el Estado de Tlaxcala existe un promedio de 28,000 mujeres embarazadas al año, de las cuales alrededor de 3,659 son atendidas por personal médico no apto y ello repercute en la calidad de la atención recibida por dichas mujeres ¹

Las muertes maternas son evitables con un acceso oportuno a servicios de buena calidad, tanto de planificación familiar como de atención obstétrica. Por ello es una prioridad contribuir a derribar las barreras socioculturales del lugar, las cuales impiden el acceso oportuno de estas mujeres a las instituciones de salud. Lo anterior permitiría

¹ Programa Estatal De Salud 1999 – 2005. Tlaxcala, Tlaxcala. 4 de Octubre de 1999. Secretaria de Salud del Estado de Tlaxcala.

mejorar la calidad y la cobertura de los servicios, y realizar estimaciones realistas de la mortalidad materna y sus causas. Todo esto con el fin de evitar las muertes que por definición son susceptibles a ser evitadas.

Con base a lo anterior, en el primer capítulo de esta investigación se aborda la situación general de la salud en nuestro país, así como los diversos factores que dañan la salud de las mujeres.

- a) La desigualdad social, donde la mujer sigue siendo discriminada en todos los aspectos.
- b) Los factores biológicos, y
- c) Los factores socioculturales, ya que en las diferentes culturas la mujer juega diferentes roles, siendo el principal de todos, el de ser Madre. Pero a pesar de ello la mujer es menos valorizada que el varón, y esto ocurre casi en todas las culturas.

En este mismo capítulo se hace referencia, al uso de métodos anticonceptivos (Planificación Familiar) que cada vez toma más fuerza en nuestro país. La Planificación Familiar ayuda a disminuir la tasa de embarazos no deseados en mujeres menores de edad y ayuda a las parejas a determinar el número de hijos y el espaciamiento entre cada nacimiento. Con respecto a este tema se habla acerca de los métodos anticonceptivos más usados por mujeres y varones mexicanos y las instituciones que los proporcionan.

El segundo capítulo se enfoca a las problemáticas de salud pública que se viven en México.

1. La desigualdad genérica que se da en todos los sentidos y donde la salud no es la excepción ya que muchas de las mujeres no pueden decidir sobre su salud reproductiva, por ejemplo, no pueden decidir libremente sobre el uso de un método anticonceptivo, por miedo a las represalias de su pareja, familia o contexto social.
2. Las Enfermedades de Transmisión Sexual. Aquí no solo afecta a las mujeres, sino también el varón e incluso a la familia.
3. El aborto. Otro grave problema de salud pública. Ya que si no es atendido adecuadamente puede ocasionar la muerte de la paciente, Además debe recordarse que dicha práctica es ilegal en México.
4. Otro problema de salud por el cual mueren cada vez más mujeres es el Cáncer de mama y de matriz. Este tipo de cáncer constituye la segunda causa de muerte en mujeres y los grupos más afectados son los más de 45 años. Estas muertes como otras pueden ser evitadas si se previenen a tiempo.
5. Y por ultimo, pero no menos importante es la violencia ejercida contra la mujer. De alguna manera la agresión ejercida en contra de la mujer causa daños físicos, psicológicos y emocionales.

El tercer capítulo de este trabajo se encamina a analizar cuales son los servicios de salud con los que cuenta el Estado de Tlaxcala quienes son los beneficiados de dichos servicios y los recursos que brinda el gobierno para el mejoramiento de las Instituciones de Salud Pública en la entidad.

El capítulo cuarto muestra los principales factores y causas de muerte materna que se dan en el Estado de Tlaxcala, la atención que se les brinda a las mujeres embarazadas dentro de las instituciones de salud sin olvidar el importante papel que juegan las parteras dentro de la comunidad, ya que hoy en día sigue teniendo gran importancia la medicina tradicional en este Estado.

Y por último en el quinto capítulo se presentan los resultados, de las encuestas realizadas a 56 mujeres de los 60 municipios que corresponden al Estado de Tlaxcala. La finalidad de este capítulo fue conocer que tanta información tenían las mujeres sobre salud reproductiva y sexualidad; pero lo más importante fue ubicar que tantos casos conocían de mortalidad materna en su comunidad.

Con base a lo anterior, los elementos analíticos que sustentan esta investigación se basa en el hecho de que en nuestro país al igual que en muchos otros países en vías de desarrollo, se puede observar que la mortalidad materna es un grave problema de salud pública porque “Estadísticas oficiales señalan que en 1990 hubo una tasa de 5.4 muertes por cada 10.000 nacimientos. En otras palabras por cada 10.000 niños que nacieron cinco de sus madres murieron”.²

La siguiente tabla muestra que la tasa más alta de mortalidad materna se encuentra en el estado de Tlaxcala, seguida por los estados de Chiapas, México, Oaxaca y Michoacán..

² Langer, Glas Ana. La mortalidad Materna en México. www.hsph.harvard.edu.

**TASA DE MORTALIDAD MATERNA
POR ENTIDAD FEDERATIVA, 1997**

Entidad	1997
Nacional	4.7
Aguascalientes	3.2
Baja California	1.9
Baja California Sur	4.1
Campeche	4.2
Coahuila	2.1
Colima	4.9
Chiapas	6.3
Chihuahua	4.9
Distrito Federal	5.1
Durango	3.1
Guanajuato	3.5
Guerrero	5.3
Hidalgo	4.0
Jalisco	4.3
México	6.2
Michoacán	4.2
Morelos	5.2
Nayarit	5.0
Nuevo León	2.4
Oaxaca	7.5
Puebla	4.7
Querétaro	4.7
Quintana Roo	3.2
San Luis Potosí	4.7
Sinaloa	2.0
Sonora	3.0
Tabasco	5.3
Tamaulipas	3.4
Tlaxcala	8.6
Veracruz	4.2
Yucatán	6.1
Zacatecas	6.0

Las causas de mortalidad materna son variadas; durante el embarazo las causas más frecuentes son: las hemorragias, la hipertensión y el aborto. Junto con las dos primeras complicaciones mencionadas anteriormente, se agrega una causa más: el parto prolongado u obstruido (cuando el feto no logra nacer por complicaciones naturales). Durante el puerperio las mujeres llegan a fallecer por infecciones, generalmente derivadas de una atención poco higiénica del parto o por hemorragias.

Debe tenerse en cuenta que la mortalidad materna es un evento que impacta negativamente la salud reproductiva, ya que muchas mujeres, no han recibido educación sobre su vida reproductiva y mucho menos sobre su sexualidad. Dentro de la Salud Reproductiva pueden encontrarse diversos factores como lo son, los biológicos, la edad, el peso, las condiciones de nutrición y salud, y otros como: el número de embarazos previos, el intervalo entre ellos y sus complicaciones.

“Hoy en día se sabe que las muertes maternas son resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Que muchas veces ocurren por falta de acceso a los beneficios de la medicina materna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio”.⁴

Las muertes maternas e infantiles se pueden evitar, si el embarazo ocurre en una edad adecuada y la futura madre asiste por lo menos una vez al mes al médico, para atender su embarazo y poder descubrir y atender a tiempo las posibles complicaciones. Los fallecimientos maternos e infantiles obedecen no solo a las fallas en los sistemas de salud (asistencia médica), sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer. Es decir todas las mujeres tienen derecho a tener las condiciones necesarias para disfrutar de embarazos y partos seguros. Que estén seguras de que no perderán la vida ni la madre, ni el producto o que no quedarán con alguna lesión grave.

³ www.conapo.com.mx.

⁴ Dr. Lozano Rafael, Mto. Hernández Bernardo y Dra. Langer. Ana. Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México. www.hsph.harvard.edu

En este sentido los objetivos perseguidos por esta investigación fueron:

- ✓ Conocer cuales son las condiciones de salud, en que se encuentran, las mujeres antes de quedar embarazadas.
- ✓ Indagar qué tipo de información sobre sexualidad recibieron, si es que la recibieron, y por qué razón
- ✓ Conocer las causas por las cuales una mujer esta en riesgo de perder la vida, antes, durante y después del parto, al igual qué el producto.
- ✓ Analizar qué mujeres tienen ese problema y por qué
- ✓ Conocer las condiciones económicas y sociales de las mujeres, frente a la salud reproductiva.

En concordancia con los objetivos anteriores, se formularon las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las condiciones de salud en las que se encuentran las mujeres?

¿Cuáles son las causas por las que una mujer está en riesgo de perder la vida antes, durante y después de su embarazo?

¿Qué tipo de información recibieron sobre sexualidad y salud reproductiva?

¿Por qué a pesar del avance médico las mujeres siguen perdiendo la vida durante o después del embarazo?

Por otra parte, debe considerarse que en México, en especial en el Estado de Tlaxcala la tasa de mortalidad es muy elevada, sobre todo en las zonas rurales, donde muchas veces no cuentan con los servicios necesarios de salud, o bien no están a su alcance.

Así mismo lo anterior también tiene que ver con el nivel económico, el nivel geográfico y el nivel cultural, los cuales impiden el acceso adecuado y a tiempo a los servicios de salud. La falta de atención prenatal y la insuficiente nutrición de las mujeres y la

deficiente atención por parte de los médicos o personal no capacitado en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a propiciar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto.

Por tanto se hipotetizó que:

“Las mujeres en el Estado de Tlaxcala no recibieron información suficiente sobre sexualidad y salud reproductiva, las cuales, tienen más riesgo de perder la vida durante el embarazo o durante el puerperio. Al no recibir información sobre salud reproductiva también tienen riesgo de adquirir ETS o tener un cáncer sin ellas saberlo.”

“El factor económico, cultural y social, intervienen en la atención que reciben las mujeres del Estado durante su etapa reproductiva, esta atención ayuda a que la mujer lleve a término su embarazo sin correr el riesgo de que tanto el producto como la madre pierdan la vida.”

Finalmente para analizar toda la información sobre lo aquí señalado se empleó la metodología tanto cuantitativa como cualitativa ya que se elaboraron datos y cuadros estadísticos a partir de la aplicación de 56 entrevistas a mujeres de entre 18 a 49 años de edad con la finalidad de obtener sus opiniones sobre la mortalidad materna que prevalece en el Estado de Tlaxcala.

Capítulo I.

SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO

I.1- LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO

La mujer, es la persona mas importante en la integración familiar por los diferentes roles que juega en ella, al considerar a lo largo de la vida las causas especiales de enfermedad y muerte de la mujer, es preciso tener en cuenta que durante la etapa reproductiva, es susceptible de sufrir no solo las dolencias que afectan tanto a hombres como a mujeres sino también las enfermedades y trastornos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

Es por ello que es importante la salud reproductiva de la mujer, sin hacer a un lado al varón. La definición que adopto el término de Salud Reproductiva en 1994 en la conferencia del Cairo fue:

“La Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia.

Esta ultima condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos anticonceptivos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente accesibles en materia de planificación familiar, así como 15

*a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no están legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden seguridad a la pareja de tener hijos sanos.*²

La salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Los servicios de salud reproductiva proporcionan a hombres y mujeres los conocimientos que necesitan para proteger su salud y sobre todo la de su familia. Ello incluye métodos para la planificación familiar, y la prevención de enfermedades como el SIDA.

Para esto es necesario que tanto hombres como mujeres estén informadas sobre ello, al igual tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, los cuales tienen que ser seguros, de fácil alcance y sobre todo que sean aceptados por la población. La salud reproductiva no solo son las enfermedades relacionadas con la mujer, así como las muertes de las mismas, las cuales están relacionadas con la reproducción y las complicaciones que trae consigo, es decir, embarazos o bien ETS⁵. Se refiere al acceso que tiene tanto hombres como mujeres a su propio cuerpo, el tomar decisiones sobre su sexualidad, es decir cuando y como tener relaciones sexuales sin temor a embarazarse o adquirir alguna enfermedad.

² www.crlp.org/esp_iss_salud.html. Salud Reproductiva

⁵ ETS. Enfermedades de Transmisión Sexual.

El concepto de salud Reproductiva también comprende el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos disponibles, así como información sobre métodos de prevención de ETS, y la posibilidad de interrumpir un embarazo sin poner en riesgo la vida de la madre y sobre todo comprende, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y mujeres.

Los riesgos y la salud reproductiva tienen que ver con las condiciones de vida de la población y las condiciones de vida en nuestro país son muy desiguales, al igual que la salud.

Las desigualdades socioeconómicas de países y de grupos sociales, etnias, áreas rurales, cobran vital importancia para el estudio de salud reproductiva. Ya que si comparamos la mortalidad y morbilidad materna son diferentes en los países industrializados que en los países periféricos, así como en las regiones más desarrolladas de un país, los servicios de salud son más satisfactorios para su población.

Con frecuencia las muertes maternas son evitables cuando las condiciones de vida y de atenciones de salud son las adecuadas, sin embargo, estas atenciones son con mucha frecuencia para aquellas mujeres que cuentan con recursos para poder pagarlos.

En nuestro país pasa lo mismo si analizamos la salud reproductiva de las mujeres mexicanas, donde encontramos grandes diferencias entre mujeres que viven en zonas rurales y las mujeres que viven en zonas urbanas, también depende de el grupo social al que pertenezca, según la etnia o el grado de marginación en el que se encuentre su vivienda.

Hoy en día se cuenta con servicios técnico-científicos de bajos costos, los cuales sirven para detectar, prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud que aquejan a las mujeres, aunando que son pocas las mujeres, las que tienen acceso a la educación, una buena alimentación y sobre todo los servicios de salud, el acceso al mercado de trabajo, entre otras cosas, estos factores son los que definen el perfil de la salud de la mujer y de su familia.

Ivonne Szasz, identifica tres dimensiones de desigualdad social, las cuales median entre las condiciones de vida y la salud reproductiva de las mujeres mexicanas: el estado nutricional, el acceso y calidad de atención a la salud y por último los patrones reproductivos. Esta grave desigualdad socioeconómica que sufren las mujeres mexicanas su principal problema se encuentra en cuanto a salud reproductiva los cuales enfrentan los grupos más pobres de nuestro país, es decir, los grupos marginados.

Así los niños y las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos, y los grupos que padecen condiciones de vida desfavorables enfrentan mayores riesgos que los que gozan de un buen nivel socioeconómico.

El estado de nutrición de las mujeres en edad reproductiva se establece en la niñez y la adolescencia y en nuestro país los sectores más castigados son los pobres, esto afecta de manera directa en la salud reproductiva de las mujeres, juntando esto con el inicio temprano de su vida reproductiva, los embarazos muy tempranos y seguidos y sobre todo la alta prevalencia de anemia entre este sector de mujeres.

Como se ha mencionado los mas afectados son aquellos grupos sociales de menor ingreso, junto con la población rural, son los que sufren las mayores desventajas en cuanto a salud se refiere. Esto es porque la falta de acceso a los servicios de salud de algunos sectores de la población es complicado, estos puede ser por dos motivos: por un lado a la distancia geográfica (que en los sectores rurales son extremos) y por otro lado la distancia social y cultural que existe entre el pensamiento del sector medico y la concepción y condición de vida de la comunidad rural. (Diferente forma de pensar)

En casos más extremos la desigualdad social en cuanto a servicios de salud se refiere a la mortalidad y morbilidad de la mujer frente al aborto. Si el aborto es realizado en condiciones adecuadas, como por ejemplo mujeres que cuentan con recursos económicos necesarios para realizarlo, puede representar un riesgo mínimo para su salud, mientras para las que no cuentan con recursos económicos sigue aumentando el número de muertes y enfermedades por ese motivo, entre mujeres de sector populares poco favorecidos.

Este tipo de servicios no pueden ser tratados en instituciones de salud públicas ya que son ilegales este tipo de actos y son sancionados.

“En México desde fines de los años sesenta se ha ido aumentando los motivos por los cuales el aborto inducido no es punible así 19 estados del país han agregado como motivos de aborto legal la alta probabilidad de alteraciones genéticas o malformaciones congénitas en el feto y la eventualidad de que el embarazo cuse severos daños a la salud de la madre. Los 12 estados restantes han adoptado legislaciones parecidas a la de el D.

F. que solo reconoce como causal del aborto la violación o el grave peligro en la vida de la madre.

A la limitada gama de circunstancias bajo las cuales el aborto es legal, se agrega el hecho de que las mujeres que reúnen estas condiciones generalmente no llegan a beneficiarse por ellas debido a las barreras que se presentan en la práctica. La ilegalidad del aborto conduce inevitablemente a la realización del procedimiento en condiciones clandestinas; las consecuencias que ello tiene, en términos de morbilidad y mortalidad maternas, son devastadoras (Freedman y Maine, 1993)⁶.

Los patrones reproductivos son muy diversos entre las mujeres mexicanas, lo cual determina su salud la cual es diferente en cada mujer, también dependiendo el número de embarazos que experimente la mujer, aumenta o disminuyen las complicaciones durante o después del embarazo y parto.

La división del trabajo, entre hombres y mujeres, es considerada una construcción social, la cual impone a la mujer a realizar el trabajo doméstico (una obligación por ser mujer) esto limita de alguna manera a la mujer al acceso del mercado de trabajo y en zonas mas pobres las jornadas de trabajo son aún más duras y largas estos es para las mujeres desgastante físicamente y por tanto afecta a la salud de la misma.

Las desigualdades de hombres y mujeres se expresan mediante la construcción de identidad masculina y femenina. En nuestro país la identidad masculina se define como: la competencia laboral, la fuerza física, demostrar su potencial sexual y proveer a

⁶ Langer Ana, Lozano Rafael. Condiciones de la Mujer y Salud. En **Las condiciones de la mujer en el espacio de salud**. Pág. 45

su familia de todo lo necesario. En cuanto a la identidad femenina se define: al matrimonio, es decir, que todos sus deseos intereses y fantasías concluyan en el matrimonio y en la procreación de sus hijos.

Aquí podemos encontrar otro tipo de influencia que afecta a los dos estereotipos es la católica, la cual contribuye a la creación de estereotipos, en donde se condena el erotismo femenino y se estimula exclusivamente a la reproducción tanto para hombres como para las mujeres.

Todas estas condiciones influyen de manera directa y la mayoría de las mujeres jóvenes buscan embarazarse con su primera relación, como la forma de afirmar su unión marital, o bien como un recurso para poder salir de su casa, en cuanto a los varones, buscan embarazar a una chica para demostrar su hombría y su madurez que muchas veces no demuestra eso sino todo lo contrario.

Dependiendo el tiempo que pasa entre cada embarazo, esto es, si es muy reducido el tiempo entre cada embarazo, no permite la adecuada recuperación de los nutrientes de la madre así como la de el infante, así como el alumbramiento a menor edad es peligroso. La iniciación sexual de la mujeres en mas común entre el sector rural que en el sector urbano, aquí influyen factores como los de educación, en entorno social y sobre todo el factor económico. Es importante hacer notar que las mujeres en comunidades rurales tienen más número de hijos que las mujeres que viven en zonas urbanas.

“De esta manera las diferentes condiciones de vida de las mujeres mexicanas marcan diferencias muy grandes en las consecuencias que tienen su vida sexual y reproductiva para su salud y para la de sus hijos.”⁷

Además de las desigualdades socioeconómicas ya mencionadas entre las mujeres mexicanas existe otro tipo de desigualdad y es la de género, la cual es originada por la esfera cultural, aquí encontramos tres dimensiones de la desigualdad social, de tal forma que también afecta la salud reproductiva de las mujeres.

La desigualdad social de la mujer es particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza. Sin embargo, en todos los países y en cualquier estrato social, las mujeres tienen menor control sobre las actividades productivas y trabajan un número de horas mayor a las de los hombres; además afrontan una discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud.

La primera es la división social del trabajo entre sexos, el segundo la construcción cultural de la identidad femenina en torno a la maternidad y por último, el control social de la sexualidad.

El control social de la sexualidad femenina afecta a la salud reproductiva de la mujer. Esto es que las mujeres si sienten deseos de expresar y sentir su sexualidad, que no traigan consecuencias como el embarazo, los métodos anticonceptivos para mujeres solteras son mal vistos, o bien. No son aceptados tan fácilmente ya que para sus parejas

⁷ Este País. Ivonne Szasz. Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de Hoy. En Frecuencias y opiniones. No. 46 enero de 1995

les dan desconfianza. *“Usarlos o pedirle a la pareja que los use significa aceptare que no quieren embarazarse y por lo tanto que no son suficientemente recatadas o bien que no son verdaderas mujeres y que no quieren lo suficiente a su pareja”*⁸

De esta forma es como piensan muchos hombres con respecto a las mujeres que deciden usar un método anticonceptivo, sobre todo en gente que no tiene la suficiente información sobre estos la manera de prevenir enfermedades y embarazos.

La anticoncepción solo se acepta en mujeres casadas, las cuales ya han tenido los hijos que deseaban y ahora pueden controlar su fecundidad.

Todas estas normas nos muestran que las mujeres están expuestas a contagiarse de una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) ya que no es bien visto usar algún preservativo al igual que las exponen a un embarazo no deseado o bien a contraer SIDA.

I.2. DETERMINANTES DE LA SALUD REPRODUCTIVA.

La salud de cada persona resulta de una relación entre la base biológica, factores Socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales, los cuales influyen sobre la

⁸ Ibidem

salud y también la pueden modificar, a continuación mencionare solo algunos factores que influyen en la salud.

I.2.1. Factores biológicos:

Biológicamente tanto los fetos como los recién nacidos varones tienen más riesgo de enfermarse o bien morir, en comparación con los femeninos. Y es bien sabido que nacen más mujeres que hombres. *“Las ventajas genéticas del sexo femenino subsisten cuando se estudia la mortalidad en los primeros años de vida, según muestran los datos obtenidos de países desarrollados, donde se encuentra que la razón de mortalidad entre hombres y mujeres menores de cinco años es de 0.75 (Naciones Unidas, 1992a)”*⁹

La esperanza de vida de los varones es menor a comparación de la mujer, esto es posible que sea por la ventaja biológica que tiene la mujer, es decir, el sexo femenino se expone menos a la violencia (haciendo excepción a la doméstica) y es menor o abecés no se consume alcohol, tabaco o alguna droga. Estos influyen también a que la esperanza de vida en la mujer sea más que la del varón. Aun sin importar que en algunas sociedades la mujer ha adoptado roles similares a los del varón (se expone a riesgos semejantes) la esperanza de vida ha cambiado solo un poco. Se ha podido comprobar que la mujer vive más tiempo que el varón.

I.2.2. Factores Socioculturales:

⁹ Figueroa P. Juan Guillermo. **Las condiciones de la mujer en el espacio de salud.** Pág. 39

Ya se ha mencionado algo sobre la discriminación de la mujer, esta discriminación se debe a factores socioculturales. Y se da dependiendo el valor que cada sociedad les da a los individuos de sexo femenino y masculino.

En la mayoría de las sociedades no importa si se encuentran en un país desarrollado o no, el valor que se le da a la mujer es menor que la que se le da a un varón. A manera de ejemplificar esto, le preferencia por tener hijos varones en lugar de mujeres. Y el caso mas agrave se da en el sur de Asia: “*el feticidio o aborto de fetos femeninos que sigue al diagnostico genético del sexo*”¹⁰. Es bien sabido que en algunos lugares las mujeres desde antes de su nacimiento son discriminadas. Más allá de esta evidencia clara es la preferencia de hijos varones, la devaluación de las niñas se expresa en muchas modalidades de discriminación más sutiles y comunes.

Esta discriminación se da también en la educación. En países como Asia y África donde la mujer es privada de la educación, incluso en México, sobre todo en zonas rurales donde educar a una mujer es perder tiempo y dinero ya que se casaran y lo que estudiaron no les sirvió para nada.

La baja escolaridad de la mujer provoca un bajo status social, al no saber leer ni escribir, no conocen sus derechos, además de que tienen una restringida oportunidad al acceso de trabajo y baja autoestima. El poco conocimiento impide a la mujer detectar enfermedades de su familia o bien de ella misma, llevando muchas veces a la muerte de los mismos. Es más preferible que la mujer aprenda los quehaceres domésticos como el

¹⁰ Figueroa P. Juan Guillermo. *Las condiciones de la mujer en el espacio de salud*. Pág. 42

lavar, planchar, cocinar y atender a la familia, para poder satisfacer a su pareja futura que desaprovechar el tiempo en la escuela.

Otro sector donde la mujer sufre de discriminación es en el ámbito laboral. La mayoría de las mujeres ejercen una doble jornada de trabajo, es decir, aparte de las pesadas tareas domesticas, desde temprana edad se suma la actividad en el campo u otras labores remuneradas fuera del hogar. Cuando esta sobrecarga física se asocia con la mala alimentación de la mujer y un acceso limitado y tardío a los servicios de salud, las consecuencias sobre las condiciones de salud de la mujer son inevitables llevándola muchas veces a la muerte.

“El desempeño de estas tareas no contribuye a un mejor status de la mujer. Las tareas que ella desempeña como responsable de la reproducción en la vida cotidiana en el hogar, no suelen considerarse como trabajo, no es reconocido su obvio valor económico, y se les estima como una obligación natural”¹¹.

En México la mujer se ha incorporado al mercado de trabajo crecientemente. Sin embargo su participación en el trabajo siempre ha generado inquietudes de género ya que se encuentra trabajando en el sector servicios, su salario es inferior al de un varón y prevalecen las ocupaciones temporales y la inestabilidad laboral. La inestabilidad laboral se da porque en muchas empresas no contratan a mujeres que estén embarazadas ya que para ellos es perder el dinero y tiempo sobre todo porque ello implica tiempo que la mujer necesitara para criar a su hijo y cuidarlo, además de las labores domesticas.

¹¹ Langer Ana, Lozano Rafael. Condiciones de la Mujer y Salud. En **Las condiciones de la mujer en el espacio de salud**. Pág. 43

Esta situación determina un a menor poder de decisión y negociación a nivel familiar en diversos asuntos entre ellos la salud.

I.2.3. Desigualdad Social.

“Las diferencias derivadas del sexo biológico y la discriminación hacia las mujeres alcanzan dimensiones variables en los distintos grupos sociales. En el terreno de la salud no es la excepción, la inequidad, que se observa entre individuos de diferente nivel socioeconómico (misma que, obviamente, no se limita a las mujeres), se expresa claramente en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y el acceso a los servicios”¹².

Claros ejemplos de la desigualdad es el nivel económico el cual refleja en muchos casos la morbimortalidad y la mortalidad infantil, son claros ejemplos de la desigualdad social y la pobreza que hay en nuestro país. En cuanto a la mortalidad materna hay gran diferencia entre las mujeres dependiendo el nivel socioeconómico, como ya se menciono anteriormente. Las mujeres de mayores recursos cuentan con mejores servicios de salud, en comparación con las mujeres de comunidades rurales.

Podemos ver que el factor con mayor influencia en la desigualdad social es el económico. En las zonas industriales, se cuanta con mayores servicios, de salud, de transporte, de vivienda, etc. Los cuáles favorecen a la población entre ellos a las mujeres en etapa productiva. Sin embargo en las zonas rurales donde no hay industria los servicios antes mencionados, están limitados o en algunos casos no los hay, con ello

¹² Langer Ana. Lozano R. Condiciones de la mujer y salud. En .Figueroa P. Juan G. **Las condiciones de la mujer en el espacio de salud.** Pág.46

impidiendo a la población al libre acceso. *“Las condiciones materiales de vida de distintos grupos sociales implican oportunidades y opciones desiguales que afectan directamente el comportamiento reproductivo.”*¹³

*“La modernización incide sobre el comportamiento reproductivo a través de cambios en las actitudes hacia el valor de los hijos, el tamaño ideal de las familias y status socioeconómico.”*¹⁴

Hemos hablado de pobreza y desigualdad social y quizá se confundan los términos de los cuales no son iguales. A continuación mencionare las definiciones de ambos.

Desigualdad Social: Es aquella donde la distribución es inequitativa, de los bienes y servicios entre los miembros de una comunidad.

Pobreza, hay dos tipos de pobreza.

Pobreza Relativa: es la privación de los bienes y servicios a los que la población debería tener acceso

Pobreza absoluta: es la no satisfacción de las necesidades básicas para la subsistencia.

Con estas definiciones nos podemos dar cuenta de que no son lo mismo, además, de que en nuestro país sufrimos de ambas, pero la que más afecta y trae más repercusiones es la pobreza. Sobre todo en zonas de bajos recursos, donde muchas veces no cuentan con los servicios necesarios o bien básicos para su sobrevivencia.

¹³ García M. Carlos, Hernández. B. Héctor. Desigualdad social y comportamiento reproductivo en México. Pág. 177

¹⁴ Ibídem

Dentro de la Desigualdad Social influyen: ingreso, desarrollo social y económico, escolaridad, contexto (rural o urbano), clase social, cultura de la salud y nutrición. Estos factores están mutuamente relacionados y es claro que no toda la población cuenta con todos esos factores, o bien, quizá si cuente con ellos pero en menor grado que otros.

I.3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Planificación Familiar (PF) en los países en desarrollo como el nuestro, cobra gran importancia, ya que la población crece con rapidez y no se sabe cuando podría llegar a su fin esta explosión. La mayor parte del crecimiento mundial (En cuanto a población) se encuentra en países en vías de desarrollo, los cuales dependen de menos recursos para poder absorber este crecimiento sin que su desarrollo se vea comprometido.

La finalidad de los Programas de Planificación Familiar (PPF) es la de ayudar a la fecundidad para que sea mejor, al igual que los riesgos de la mortalidad materna e infantil disminuya. Aunque seguimos viendo desigualdad en algunos sectores, que con frecuencia suelen ser los mas pobres.

La Planificación Familiar es: *“Es el conjunto de acciones que una persona lleva acabo, para determinar el tamaño y la estructura de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las practicas que realizan en torno a su reproducción”*¹⁵. La PF es el derecho que todo individuo tiene para decidir el número de hijos y el espaciamiento de los

¹⁵ Langer Ana, Tolbert Kathryn. (Editoras) Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council EDAMEX. Pág. 153

mismos, también permite que la población tenga un mejor nivel de vida. Mas no con ello se eliminara por completo la pobreza y desigualdad que hay en nuestro país.

Los PPF, por medio de una amplia oferta de métodos anticonceptivos han contribuido a la utilización de los mismos, principalmente en países en desarrollo. Esto se muestra a partir de los sesentas, donde fue evidente el impacto de la píldora anticonceptiva en el descenso de la fecundidad. Sin embargo la población seguirá creciendo más si no se toman dos políticas generales de población:

1. **Concentración en la necesidad insatisfecha:** Una cuarta parte, aproximadamente, de las mujeres casadas en los países en desarrollo expresan el deseo de espaciar o limitar sus nacimientos, pero no utilizan ninguna forma de anticonceptivos. Estas mujeres como practicantes posibles de la anticoncepción representan una necesidad insatisfecha de planificación familiar.
2. **Mayor eficacia programada:** Tomando como base amplias investigaciones y experiencias de campo, los expertos en planificación familiar conocen los elementos que se requieren para emprender un programa eficaz: atención de alta calidad, gestión estratégica, participación del sector privado y comunicaciones.

(¹⁶)

¹⁶ Planificación Familiar: Programas eficaces para el desarrollo. Fue elaborado con el Population Referente Bureau se basa en la población del Banco Mundial **Effective Family Planning Programs**.
www.worldbank.org.

Lo que falta en algunos lugares es darle promoción a los PPF, ya que muchas mujeres aun no los conocen y desean prolongar sus embarazos pero no saben como. Estos programas son baratos y accesibles para toda la población.

*“El mayor desembolso por concepto de planificación familiar contribuye una inversión eficaz, a largo plazo, en el desarrollo del capital humano y el bienestar familiar, por ello hay que darles mayor importancia a estos programas por parte de los órganos normativos y los dirigentes políticos”.*¹⁷

Varios países en desarrollo se encuentran dentro de un círculo, en donde, por un lado buscan mejorar el nivel de vida y combatir la pobreza en su población, pero por otro lado, les preocupa la necesidad que tiene la población en cuanto a servicios básicos y brindarles trabajo para dicha población, que va en aumento a través del tiempo, y el gobierno muchas veces no puede satisfacer todas estas necesidades si en ocasiones con trabajos cumplen con darles mantenimiento a las calles y darles un poco de agua, que se puede esperar en cuanto a PPF.

No obstante hay países que han mejorado, la calidad de vida de su población, esto es, porque la mayoría de ellos han adoptado sólidos PPF como parte importante de sus actividades de desarrollo. Un claro ejemplo es México que ha sido tomado como ejemplo en cuanto a Programas de Planificación Familiar.

¹⁷ *Ibidem*

Los PPF. Han beneficiado tanto a familias como a comunidades y cada día se van fortaleciendo, sobre todo que los PPF. Se relacionan con distintas problemáticas como las siguientes:

- S **Derechos Humanos:** La PF. Ayuda a los individuos a escoger el tamaño de su familia, es una decisión personal.
- S **Supervivencia infantil:** Las mujeres postergan la concepción de su primer hijo o bien prolongan el intervalo de sus embarazos. Esto es gracias a la planificación familiar, donde intervienen los métodos anticonceptivos.
- S **Salud Materna:** Tanto el embarazo como el parto, siguen siendo una de las causas principales de muertes en mujeres. La PF. Salva vidas, al evitar los embarazos de aquellas mujeres que pueden sufrir complicaciones médicas durante el parto.¹⁸ Con la PF se pueden evitar muchas de las muertes resultado de los abortos peligrosos.
- S **Opciones de vida de las mujeres:** el tener menos hijos cambia en que la vida de la mujer ya no es dominada por el embarazo, la procreación y cuidado de los hijos. Debido a que las mujeres con menor fecundidad emplean menos años al cuidado de niños de corta edad y están en mejores condiciones de aprovechar las oportunidades educativas, laborales, en comparación con las mujeres con familia más grande.

Estos son solo algunos ejemplos en como la PF incursiona en todos los ámbitos y también como ha beneficiado a muchos y mejorado su condición de vida.

¹⁸ Pueden ser mujeres que han tenido ya varios partos, mujeres muy jóvenes o ya grandes de edad o bien mujeres que tienen problemas graves de salud.

Los PPF deben de contar con una atención de alta calidad, esto es, en ello debe incluir mejores accesos a los servicios los cuales conducen a un mayor uso de los métodos de planificación familiar. Esto ira aumentando mientras la población cuente con centros de información y también puedan obtener servicios como lo son en: hospitales públicos, clínicas y puestos de salud, instalaciones médicas privadas o farmacias supermercados de fácil acceso para la población.

En estos centros de servicios deben de haber gente apta para desempeñar ese puesto, además, deben tener conocimiento de la gran variedad de métodos de planificación familiar. Ya que hay diferentes métodos para diferentes mujeres y en diferentes ciclos de su vida. Mientras más se amplíe la gama de servicios mas se promoverá el uso de los mismos. Lamentablemente muchos programas no proporcionan el servicio adecuado.

Para llevar a cabo los PPF, tanto el sector privado como el público tratan de llamar la atención de la población por medio de los medios de comunicación, con la finalidad de que entre la población cobren conciencia. Las actividades de los medios de comunicación han de llegar no solo a los posibles usuarios casados (tanto a hombres como mujeres) sino también a:

- S Los miembros de la familia y otras personas que pueden influir en los posibles usuarios
- S A personas no casadas, sexualmente activas, incluyendo a los adolescentes.
- S A usuarios actuales de anticonceptivos, para proporcionarles información acerca del uso eficaz y animarles a buscar asesoramiento adicional.
- S A los órganos normativos y líderes de opinión y

s Al público en general, para animar a las personas a considerar la anticoncepción como una actividad normal y la limitación de la dimensión de la familia como comportamiento normativo.

Lo más importante de la PPF es promover estos servicios y proporcionar información adecuada a los clientes. *“Para hacer eficaces, las campañas de comunicación han de concluir mas que unos cuantos carteles o anuncios: han de ser actividades continuas, de largo plazo, encaminadas a cambiar el comportamiento y a mantener el nuevo comportamiento”*.¹⁹

Planificación Familiar en México.

Las investigaciones acerca de este fenómeno, comenzaron a ser analizadas por las instituciones privadas, pero mas tarde las instituciones de gobierno comenzaron a tomar ventajas sobre estas investigaciones. En el siguiente cuadro mostro algunas instituciones que fueron dedicadas a la Planificación Familiar.

¹⁹ Planificación Familiar: Programas eficaces para el desarrollo. Fue elaborado con el Population Referente Bureau se basa en la población del Banco Mundial Effective Family Planning Programs.

AÑO	INSTITUCIÓN	FINALIDAD
1958	Asociación ProSalud Maternal (Aprosam)	Primera asociación en proporcionar servicios de Planificación Familiar
1965	Fundación para Estudios de la Población A.C. (FEPAC)	Programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de Planificación Familiar. Pera 1984 cambio el nombre a Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MexFam)
1968	Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiron.	Primer Institución gubernamental, atender las demandas de métodos anticonceptivos, que existían en ese momento.
1972	Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS)	
1973	Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado. (ISSSTE)	
1976	Programación del programa Nacional de Planificación Familiar	Dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes.

Fuente: Palma Yolanda, Rivera G. La planificación familiar en México. En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México

Durante el siguiente periodo 1973- 1976, se sentaron las bases orgánicas, políticas y se tomaron medidas para que la Planificación Familiar fuera parte de los Servicios de Salud.

*“Para Octubre de 1977 se termino el primer Plan de Nacional de Planificación Familiar (1977-1982). Un aspecto importante de este plan, fue la programación de metas de cobertura de usuarias de anticonceptivos nuevas y activas, en concordancia con las metas del crecimiento natural”.*²⁰ Cabe señalar que antes de estas acciones y

²⁰ Palma Yolanda, Rivera G. La planificación familiar en México. En Mujer Sexualidad y Salud Reproductiva en México.

cambios de políticas, *“durante la década de los sesentas, diversas instituciones académicas, de investigación y de educación superior, así como organismos de la sociedad civil, habían iniciado acciones pioneras en el área de planificación familiar, las cuales fueron fundamentales para sensibilizar a la sociedad.”*²¹

Durante este periodo se vio un incremento en los usuarios de estos métodos, con ello la disminución de la fecundidad debido a los PPF. Donde había mas demanda eran en las zonas urbanas, con las parejas que ya estaban satisfechas en cuanto a su reproducción. En el periodo que comprende a los años de 1985-1988, la Planificación Familiar se reforzó como parte de un programa de salud y en 1984 la planificación se incluyó en la Ley General de Salud.

En nuestro país la práctica de la anticoncepción han incrementado, ya que los descensos de la fecundidad se han dado durante la segunda mitad de los años sesentas y ochentas (con la aparición de los PPF). En este periodo es cuando se dio el incremento más importante de los métodos anticonceptivos y sobre todo el incremento en el uso de métodos cada vez más modernos. El incremento del uso de métodos se da en zonas urbanas, ya que en zonas rurales no se sabe mucho de ello, o bien sus creencias no se los permiten.

La planificación familiar prácticamente es responsabilidad de la mujer, el peso de la regulación de la fecundidad cae sobre ella, esto debe cambiar ya que es responsabilidad

²¹ El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva.

de los dos y no solo hay métodos para la mujer sino también para el varón, aunque son menos.

La mayoría de los varones conocen los métodos anticonceptivos, mas no los usan y en zonas rurales si la mujer usa algún método anticonceptivo da desconfianza a su pareja.

Es difícil adoptar un método anticonceptivo, sobre todo porque en ello influyen varios aspectos como culturales, sociales y demografías. *“La dinámica de uso de los anticonceptivos distingue tres fases: la adopción y la posadopción.*

Para la adopción se requiere tres electos que parecen obedecer a una secuencia temporal: el primero es la percepción de los usuarios de que es posible incidir sobre el proceso reproductivo en otras palabras, regular la fecundidad; el segundo es el conocimiento de los métodos anticonceptivos y de algunos elementos básicos relacionados con la reproducción, y el tercero es la existencia de una motivación para la fecundidad.

*La etapa de la posadopción se refiere a los periodos de uso, interrupción y reinicio de la anticoncepción, incluyendo la posibilidad de probar diferentes métodos y fustes de obtención”.*²²

Para que se adopte alguno de ellos, debe de a ver existido un conocimiento previo sobre el método o métodos elegidos. Además de que los costos de los métodos son muy accesibles para la población, entre mas se conozca sobre los métodos mayor será su utilización y sobre todo la mujer juega un importante papel ya que decidirá sobre su reproducción.

²² *Ibidem.* Pág. 25

Existen varios métodos de planificación familiar que a continuación mencionare. Estén principalmente tres clasificaciones de ellos. *“Los métodos de barrera, en el cual se encuentran: El preservativo, el diafragma, la esponja, espermicidas, minipildoras, esteroides de acción prolongada, dispositivo Intrauterino DIU, abstinencia periódica.*

Métodos de

*Calendario: son métodos naturales, métodos de la temperatura corporal. Métodos quirúrgicos: vasectomía y ligaduras de trompas”.*²³

Estos son métodos que actualmente existen y son los más usados y promovidos por los PPF. Aunque los métodos anticonceptivos modernos son más efectivos que los tradicionales (Métodos de calendario), pero como lo mencione anteriormente es decisión de la pareja y sobre todo es una decisión que requiere de reflexión, comunicación y acuerdo entre los dos.

En los últimos 25 años nuestro país ha logrado notables avances en materia de planificación familiar, lo cual ha permitido la disminución de la dinámica demográfica del país. La práctica de la planificación familiar sigue siendo uno de los factores fundamentales para la reducción de la fecundidad.

El incremento en el uso de métodos anticonceptivos, contribuyo a que la tasa global de fecundidad descendiera de casi siete hijos por mujer en 1970, a poco más de 3 hijos por mujer en 1990 y a 2.4 en el año 2000. Como lo muestra la siguiente grafica.

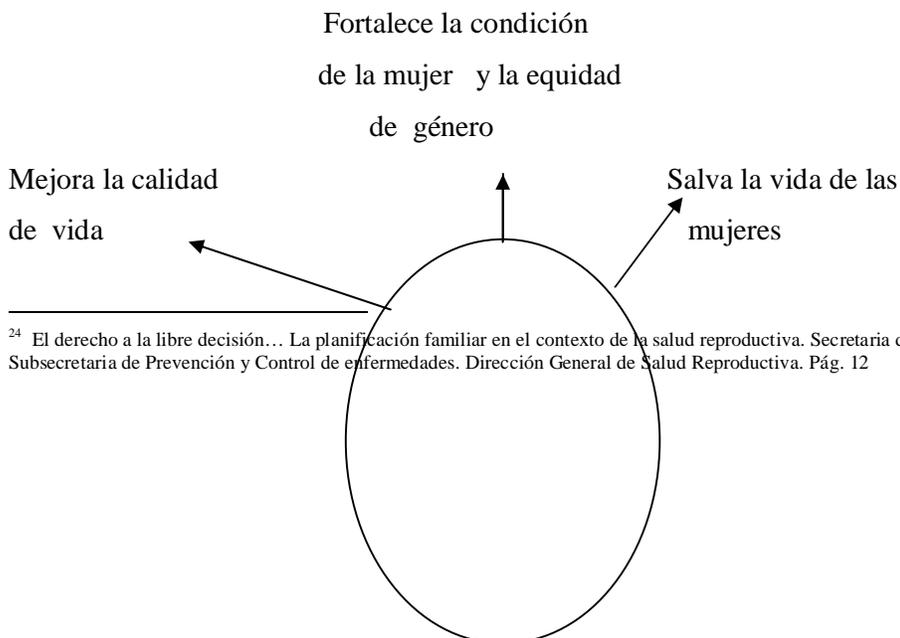
²³ Planificación Familiar. www.aldeabebe.com



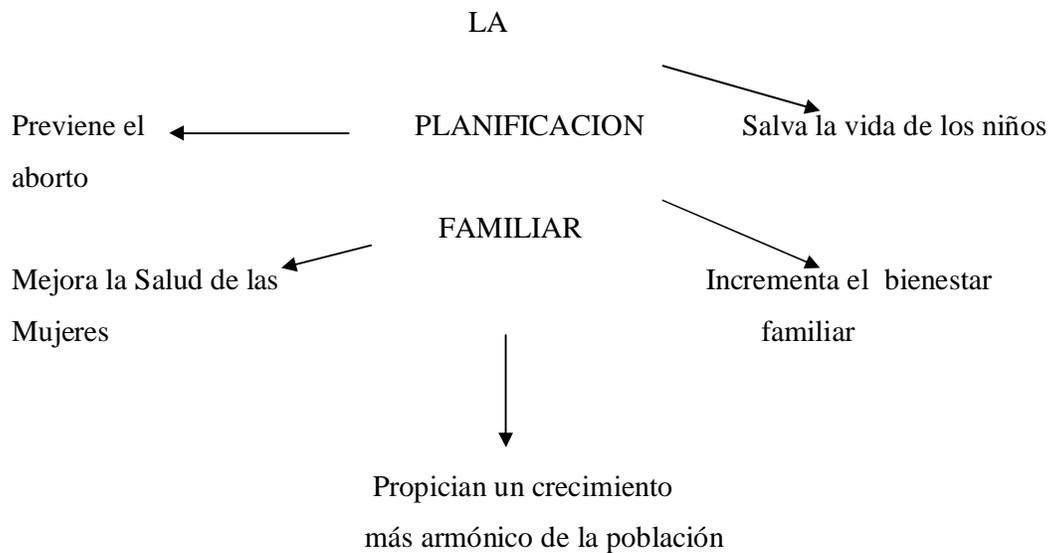
Fuente: El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 12

“De continuar con la tendencia observada hasta ahora, en el año 2005 México alcanzara el nivel de reemplazo intergeneracional, esto es, una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer. De no haber cambiado los patrones de fecundidad de los años sesentas, en 1999 hubiera ocurrido cerca de 6.4 millones de nacimientos en lugar de los pocos menos de 2.2 millones que tuvieron lugar ese año.”²⁴

Con la planificación familiar se logra:



²⁴ El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 12



Fuente: El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 88

Los beneficios de la planificación familiar:

- § La planificación familiar contribuye a disminuir la morbilidad materna al prevenir embarazos no planeados, embarazos no deseados y embarazos de riesgo.
- § La planificación familiar contribuye a disminuir la práctica de los abortos inducidos.
- § El espaciamiento de los de los embarazos contribuye a disminuir la morbimortalidad neonatal y de niños menores de 5 años.
- § La planificación familiar incrementa la calidad de vida y contribuye al bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.

- § Los métodos anticonceptivos actuales son altamente efectivos y seguros; además proporcionan beneficios a la salud de la población usuaria.
- § La oferta amplia de métodos anticonceptivos permite satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de su vida reproductiva.
- § La planificación familiar fortalece la condición de la mujer y la equidad de género.
- § La planificación familiar contribuye a disminuir la tasa global de fecundidad y propicia un crecimiento más armónico de la población.
- § La planificación familiar mejora la relación de la población con su entorno ambiental.
- § La planificación ambiental contribuye al desarrollo sustentable de la acción.

Los beneficios de la planificación Familiar son muchos y no hay que pasarlos por desapercibidos ya que ayudan a prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

I.4. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos, han ido cobrando mayor importancia, día con día, los cuales *incluyen “el derecho de la población a disfrutar de los niveles mas altos de salud sexual y reproductiva y el derecho a su libre decisión”*.²⁵

²⁵ El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 37

En las últimas conferencias mundiales de población y sobre la mujer, aparecen con mayor fuerza los derechos reproductivos. Las ONG²⁶ juegan un papel importante en cuanto a la influencia que tiene la ONU, donde buscan reforzar o bien formular algunos derechos humanos, entre ellos incluir los derechos reproductivos.

La primera formulación hecha sobre Derechos Reproductivos acontece en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994, dando continuidad el año siguiente en Pekín. Llegando así al concepto de derechos reproductivos.

*“En colaboración con organizaciones no gubernamentales, grupos de mujeres y otras instituciones de la sociedad civil, las naciones deben elaborar una estrategia amplia que permita el acceso universal, en condiciones de igualdad, a los servicios de atención primaria de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, prestando especial atención a las niñas y las mujeres, sin distinción de sexo, edad, idioma, origen étnico, nivel socioeconómico y estado civil”.*²⁷

Los derechos reproductivos en la Constitución Política de México, están contemplados en el artículo 4º de la constitución, la cual dice:

*“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.*²⁸

²⁶ ONG. Organización No Gubernamental

²⁷ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994; Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing, 1995; Cumbre Mundial sobre Derecho Social, Copenhague, 1995. En. El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 38

²⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Porrúa. 1997.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos 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 intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.

Hasta la fecha no existe aún ningún texto internacional sobre derechos humanos que hable de forma expresa sobre los derechos reproductivos. Ciertamente, están reconocidas nacional e internacionalmente muchas de las facultades que la procreación humana comporta, tales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad; el derecho a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad; el derecho a la integridad física, a la libertad religiosa, ideológica y de conciencia; el derecho a la intimidad personal y familiar; el derecho al matrimonio y a fundar una familia; el derecho de la 43

maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especiales; el derecho a la educación, etc.

Los derechos reproductivos incluyen:

El derecho básico de todos los individuos y las parejas a decidir de manera responsable y libre sobre el número y esparcimiento de sus hijos con acceso a información, educación y servicios;

El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva;

El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

Derechos de los y las usuarias de la salud reproductiva:

La población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores públicos social y privado tienen derecho a:

Información: enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.

Acceso: recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad

Elección: Decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad.

Seguridad: Acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgo y daños para la salud.

Privacidad: Recibir información, orientación-conserjería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

Confidencialidad: Seguridad de que cualquier información personal no será divulgada a terceras personas.

Dignidad: Ser tratado con respeto, consideración y atención.

Continuidad: Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso ininterrumpido de un método anticonceptivo.

Opinión: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, métodos y servicios recibidos.²⁹

Los derechos reproductivos son para todos como ya se dijo sin importar clase social ni status socioeconómico.

El Programa de Salud Reproductiva en México considera como objetivo fundamental brindar Información y Servicios a toda la población para contribuir que los individuos y las parejas disfruten de una Vida Sexual y Reproductiva Satisfactoria, Saludable y sin Riesgo.

Uno de los primeros retos fue el de iniciar el cambio de paradigmas en el concepto integral de salud reproductiva entre los responsables del programa, personal de salud, funcionarios públicos, población usuaria y la población en general. Creando una imagen institucional del programa de salud reproductiva, a la vez que todas las instituciones del sector y las organizaciones gubernamentales más respuestas tentativas elaborando estrategias multimedia de comunicación educativa y social, campañas intensivas y permanentes, así también se han empleado la oferta de métodos

²⁹ Fuente: El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 40

anticonceptivos, poniendo al alcance de la población información y consejería sobre diferentes estrategias de planificación familiar.

Como resultado de los avances de la investigación en tecnología, se incorporaron dos nuevos anticonceptivos de acción: las formulaciones inyectables hormonales combinados Cyclofem y Mesygima de administración mensual, que además de una alta efectividad y seguridad. Para propiciar la participación activa en el varón se introdujo una nueva técnica de Vasectomía sin Bisturí que se ofrece en el primer nivel de atención, como una opción de regulación permanente de la fertilidad.

Capítulo II.

PROBLEMÁTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA

II.1.- DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA.

*“Un primer elemento común es utilizar la perspectiva de género para considerar el problema del poder, en los niveles macro y en los intersticios de las relaciones entre los grupos sociales; la mayor parte de los abordajes desde las ciencias sociales identifican al poder como espacio construido socialmente, inundado de significados culturales y valoraciones jerárquicas de los sujetos y los conjuntos”.*³⁰

³⁰ Salas Valenzuela Monserrat. Una vez más: ¿Cual es la perspectiva de género en la calidad de la atención médica? En. Calidad de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva. Foro de ONG 1997

La desigualdad de género siempre ha existido en todos los aspectos, social, económico, político, cultural, etc. Y en cuanto a salud la desigualdad no es la excepción. La baja escolaridad de la mujer es un factor de suma importancia ya que es una forma de discriminación hacia la mujer pues la educación es fundamental para la salud. Entre mas estudios tenga la mujer, tiene mas conocimiento sobre su cuerpo y la salud de su familia y de ella misma.

Los estudios que se han realizado sobre la perspectiva de género han demostrado las discriminaciones e inequidad hacia las mujeres, en la salud sexual hay normas, las cuales permiten a la mujer concebir a una edad temprana sin importar los riesgos que corre tanto la madre como el producto y las mujeres tienen poca información sobre su cuerpo y sobre su sexualidad. Sobre todo por que socialmente el hombre es el que debe de decidir cuando tener relaciones. La mujer es considerada socialmente una persona sumisa, recatada y aceptar ordenes que le de el marido.³¹ De tal modo que si no pueden controlar su vida sexual mucho menos la forma de negociar las condiciones en las relaciones sexuales, provocando que la mujer quede limitada para protegerse de una Enfermedad de Transmisión Sexual. Como lo puede ser la gonorrea, la sífilis o una mas peligrosa como lo es el SIDA.

Ya que si la mujer usa un método anticonceptivo para protegerse es factor de desconfianza y disgusto para el varón (El varón puede pensar que su pareja lo esta engañando con otra persona, o bien, que tiene alguna ETS), causando así violencia en el hogar. La mayoría de las mujeres con alguna ETS, es por que su marido las infecto, sin

³¹ Culturalmente el hombre es considerado el portador de servicios en el hogar por lo tanto es el que tiene el poder sobre la familia incluyendo a la esposa e hijos.

ellas saber como fue ya que no tienen información sobre el contagio de estas enfermedades y como prevenirlas.

La mujer es vista por muchas culturas y no sola la nuestra como: la creadora de vida, es decir, con la capacidad biológica de procrear, interpretación social, la cual reduce los aspectos de desarrollo para las mujeres como seres humanos. Las madres educan a sus hijas de tal manera que cumplan con las labores del hogar y la encomienda de ser madres, es así como sus deseos, necesidades, fantasías e intereses que las mujeres se visualizan, en su ciclo de vida se ven proyectada en el hecho de ser madres.

*“Mediante el contrato matrimonial, la sociedad reglamenta en que condiciones se puede tener relaciones sexuales; puede suponerse que esta forma de normar el acceso al cuerpo y con ello las relaciones sexuales; puede suponerse que esta forma de normar el sexo al cuerpo y con ello las relaciones sexuales, también, se extiende a los varones; sin embargo, esto no es así, pues la concepción cultural, que delimita los espacios de interacción entre los sujetos, ha definido también valores morales que van a normar los comportamientos, deseos, formas de sentir, de acceder al placer y al goce, diversas formas de encontrar la completad, que nos son los mismos para los varones y mujeres. La expectativa o fantasía es ser reconocida ante los otros; por lo tanto, en el marco de las representaciones sociales; ser mujer significa ser MADRE”.*³²

Es así como la sociedad marca los roles a seguir por la gente y la mujer es una de ellas.

³² Nájera Ahumada. A. Gloria, López Arellano Blanca. **Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las Mujeres.**

www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course/index.html

Las relaciones de género socialmente construidas presionan a la mujer a complacer sexualmente al varón, independientemente de sus propios deseos y de los riesgos de embarazarse o enfermarse. La mujer debe de confrontar constantemente estos riesgos con los de infidelidad de la pareja, abandono o bien violencia.

La desigualdad de género dificulta el uso de anticonceptivos (sobre todo en las mujeres que son solteras) donde son mal vistas por la sociedad por que iniciaron su vida sexual antes del matrimonio, y si proponen el uso de métodos anticonceptivos representa un conducta no procreativa, que asume la responsabilidad femenina de experimentar deseos y placer sexual, esto puede ser rechazado por la sociedad o bien por la pareja.

II.2.-PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA DE LA MUJER

Los problemas de salud pública en la mujer son muchos, pero en los últimos años han cobrado gran interés, sobre todo para aquellas instituciones que prestan servicios de salud.

II.2.1.-ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) pueden conceptualizarse como enfermedades infectocontagiosas por vía sexual, que involucran al individuo, la pareja, la familia y la sociedad, que producen un elevado costo personal y social, con enfoque 49

epidemiológico especial en el adulto joven y parejas semiestables, ligadas a conductas sexuales de riesgo, con grado de prevalencia elevada en países pobres y en vías desarrollo, donde su detección y tratamiento se complica por el costo de estas medidas, habiendo además subpoblaciones discriminadas en atención, por razones tanto sociales como económicas, como son las mujeres y los niños.

Las enfermedades de transmisión sexual son enfermedades que requieren siempre un tratamiento con antibióticos. De lo contrario, siguen propagándose por el organismo, provocando mayor daño, como la esterilidad o la muerte.

*“En efecto en las mujeres embarazadas pobres, la gonorrea es de diez a quince veces mayor que en las de buen nivel socioeconómico; la infección por Chlamydia es de dos a tres veces más revelante, y la sífilis es de diez a cien veces más común e mujeres de países en desarrollo que en los países industrializados”.*³³

No tiene mucho tiempo que se empezó a estudiar las ETS que afectan tanto a hombres como a mujeres, pero lo más preocupante de esto es que, los más afectados son los jóvenes, por diversos factores como: iniciación de la vida sexual a temprana edad, relaciones sexuales sin protección y la falta de información de estas enfermedades.

Las ETS no tratadas pueden causar esterilidad en hombres y mujeres y tener otras devastadoras consecuencias para las mujeres jóvenes y sus hijos. En las mujeres, las ETS, especialmente la gonorrea y la clamidiasis, pueden causar enfermedad

³³ Wasserheit, Colmes, 1992. **En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México**. The Population Council EDAMEX. Ana Langer y Kathy Tolbert.

inflamatoria pelviana (EIP), que lleva a causar daño irreversible a las trompas de Falopio, y por lo tanto, esterilidad. Incluso un solo episodio de EIP contribuye a aumentar el riesgo de embarazo ectópico, que puede causar la muerte como consecuencia de la grave hemorragia interna que se produce cuando el embarazo extrauterino perfora la trompa de Falopio. La EIP también puede llevar a dolores pelvianos crónicos, dolor durante el coito, irregularidades menstruales y episodios reiterados de EIP. La esterilidad es especialmente trágica para las jóvenes en culturas en las que los niños son el medio principal de su prestigio social.

En las mujeres embarazadas las ETS pueden afectar la salud del lactante y de la madre. Las ETS contribuyen al nacimiento de niños prematuros y con insuficiencia ponderal. La sífilis y la infección por herpes genitales pueden causar abortos espontáneos, muerte prenatal o perinatal. La gonorrea y la infección por clamidia pueden extenderse a los ojos del bebé durante el nacimiento, dañándole la visión si no se lo trata. Hoy están disponibles métodos de examen, diagnóstico y tratamientos efectivos para evitar que el bebé sea dañado. Pero hay pocos datos sobre estos casos y más si se trata de la población en general, es más común tener información de mujeres que se dedican a prostituirse y que acuden a las clínicas de “**enfermedades venéreas**” o bien mujeres que acuden a clínicas para tratar la enfermedad.

Otro motivo por el cual las ETS han cobrado importancia es por que constituyen “*una muestra de la desigualdad de género que prevalece en los países en desarrollo*”³⁴

³⁴ Langer A, Tolbert. K, Romero M. **Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación.** En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council EDAMEX. Ana Langer y Kathy Tolbert. Pág. 235 1996

La vulnerabilidad de las mujeres a contagiarse de una enfermedad por falta de protección y una serie de factores sociales, culturales y económicos son los que hacen que se contagien. Esto es por que el hombre pudo haber tenido relaciones con otra persona sin protección y se pudo contagiar de un ates o bien de SIDA sin darse cuenta y así contagiar a su pareja. *“En el plano biológico, la posibilidad de que por cada relación heterosexual un hombre transmita una infección a una mujer es dos veces más alta que en el caso opuesto, de la mujer al hombre”*.³⁵

Hay dos factores sociales que hacen que la mujer sea más susceptible a estas enfermedades:

- § El poco conocimiento que tienen las mujeres hacia su propio cuerpo.
- § La posición desventajosa que tiene la mujer para negociar la relación sexual y el uso de preservativos.

Dentro de las ETS más comunes se pueden mencionar la gonorrea, la Chlamydia, la sífilis, el herpes genital, el virus del papiloma humano, el trichonomas, la hepatitis B, el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que da origen al SIDA, el cáncer de cérvix o cuello uterino y la vaginitis.

³⁵ *Ibidem*. Pág. 235

La gonorrea y la Chlamydia son provocadas por una bacteria y sólo se adquiere mediante contacto sexual. Los síntomas pueden aparecer entre dos días y tres semanas después del contacto con la persona infectada. Ambas afecciones presentan pocos o ningún síntoma, dentro de los que se cuentan el dolor de garganta, inflamación o rojez en la vulva, ardor o prurito en la zona vaginal, trastornos en el ciclo menstrual, dolor en las articulaciones, necesidad frecuente de orinar o dolor al hacerlo, secreciones genitales de apariencia diferente a lo común o con mal olor, dolor en la pelvis y puede aparecer pus en el pene.

En las mujeres, tanto la gonorrea como la Chlamydia pueden desarrollar la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), la cual consiste en una infección del útero, las trompas de Falopio y los ovarios, produce infertilidad y se anuncia por medio de fiebre, náusea y vómitos, y dolor en el abdomen.

II.2.2.-EL ABORTO

Aún en nuestros días el aborto sigue siendo un tema controvertido para abordarlo, sobre todo por el gran peso cultural que aun tiene en nuestros días.

El aborto es un método médico simple que termina el embarazo antes de que el producto haya alcanzado viabilidad, es decir antes de que el producto pueda sobrevivir. A través de la historia alrededor del mundo y en muchas religiones las mujeres han utilizado el aborto como parte de su cuidado de salud. Aunque las infecciones generadas en el aparato genital como producto de abortos practicados en malas condiciones o por

personas inexpertas puede derivar en endometritis, pelviperitonitis, infecciones, perforación uterina, salpingitis, obstrucción intestinal, insuficiencia renal aguda, meningitis, esterilidad, tétanos y hasta gangrena.

“Lo anterior fue informado por la Red por la Salud de las Mujeres el Distrito Federal, que hizo ver que el carácter ilegal del aborto en México genera también un grave problema de justicia social, toda vez que las mujeres de escasos recursos económicos abortan en buena condiciones, mientras las pobres lo hacen arriesgando sus vidas o por lo menos su capacidad reproductiva.

De esta forma, la red advirtió que mientras el aborto siga siendo considerado un delito, no disminuirán los índices de mortalidad y morbilidad por esta causa.”

*“Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto es la expulsión o extracción del feto o embrión que pesa menos de 500 gramos – edad estacional aproximadamente de 20 a 22 semanas completas, o de 140 a 150 días completos -, o de cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso y designación específica”.*³⁶

Dentro de esta definición encontramos dos tipos de aborto:

1. **Aborto Espontáneo (AE):** es la complicación más frecuente del embarazo (ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones). Las causas de interrupción del

³⁶ Langer Ana, Ehrenfeld. N, Lamas M. **El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento.** En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council EDAMEX. Ana Langer y Kathy Tolbert. Pág.290

embarazo pueden ser muy poco claras y puede ser por un problema genético del feto, una insuficiencia renal de la madre y la tendencia a repetir los abortos espontáneos sin que se sepa la condición la cual imposibilita la evolución normal del embarazo. Este tipo de abortos pueden pasar por desapercibidos si ocurren a muy temprana edad del feto. Y es poco lo que se puede hacer para evitar un aborto: el reposo, las hormonas, y otras maniobras que a veces se recomienda ante un sangrado a etapas tempranas del embarazo, en realidad no han demostrado un claro efecto. Los problemas de salud de la madre pueden ser las causas de un aborto. Fumar, consumir alcohol, los traumas y el abuso en el consumo de drogas, aumentan las posibilidades de un aborto.

Los abortos espontáneos a veces son completos, es decir termina con la expulsión de todos los tejidos fetales y de los que se desarrollaron en el útero durante el embarazo, en otros casos parte de estos tejidos se retienen y la mujer corre el riesgo de infectarse o bien seguir sangrase y hasta perder la vida.

“La frecuencia de los abortos espontáneos es difícil de cuantificar, pues los que suceden muy temprano es difícil de percibir. Tampoco aparecen registrados todos aquellos que se presentan sin complicaciones; solo los abortos que afectan a la salud de la madre (y en el caso de que ellas acudan a un hospital) aparecen en las estadísticas oficiales de salud”. (Ana Langer)

2. **Aborto Inducido o Provocado:** es la terminación intencional y generalmente voluntaria del embarazo. Las mujeres acuden a todo tipo de personas para interrumpir el embarazo, desde, médicos hasta personas carentes de información, entrenamiento e instrumento para realizarlo. *“Los métodos son muy variados e*

incluyen la ingestión o aplicación vaginal de sustancias naturales o industriales (tés de los tipos mas variados); la introducción vaginal de objetos (tales como catéteres, agujas de tejer o alambres); el trauma vountario (caídas, golpes); la aplicación de técnicas médico quirúrgicas (el legrado) y la aspiración del contenido del útero, tanto la ingestión de distintas medicinas conocidas por sus efectos abortivos”. (Ana Langer)³⁷

Las consecuencias psicológicas son variadas dependiendo circunstancias particulares, culturales de la mujer y la pareja. Cuando el embarazo era deseado el sufrimiento por la perdida del feto es muy grave. El medico es un mediador entre estos remordimientos que puede causar el aborto y mas en mujeres católicas, donde la religión prohíbe el aborto. Al igual como las mujeres que no tienen el apoyo de su pareja sufren más la ausencia que mujeres que perdieron el producto a temprana edad de gestación.

- **LA SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO.**

“La legislación sobre el aborto en el mundo varían; en la década de los setenta fueron muy restrictivas o liberalmente permisivas. En el primer caso el aborto era ilegal sin importar el momento del embarazo en que ocurría; en el segundo, se considera despenalizado simplemente ante la solicitud de la mujer”.

México no es la excepción. En todo el país el Código Penal permite la interrupción del embarazo, cuando es resultado de violación. 30 entidades no castigan el aborto cuando se da por imprudencia y en 29 cuando hay peligro de muerte para la madre. En 10

³⁷ *Ibidem* Pág.290

estados de la República existe la posibilidad legal de interrumpir un embarazo cuando hay malformación del producto, mientras que en diez entidades se permite cuando hay grave daño para la salud de la madre. Sólo en Yucatán está permitido abortar para las mujeres que aluden razones económicas, siempre que hayan tenido tres hijos anteriores.

“La Legislación del Distrito Federal el aborto se menciona en los siguientes artículos:

ART. 329. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Art. 330. Al que hiciere abortar a una mujer se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuanto falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral se impondrá al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Art. 331. Si el aborto lo causara un médico, cirujano, comadron o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo se les suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

Art. 332. Se impondrá de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otra la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- 1. Que no tenga mala fama;*
- 2. Que haya logrado ocultar su embarazo*
- 3. Que este sea fruto de una relación legítima.*

Faltando algunas de las circunstancias mencionadas, se le aplicara de uno a cinco años de prisión.

Art. 333. No es punible el aborto causado solo por imprudencia de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

Art.334. No se aplicara sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del medico que la asista, oyendo este el dictamen de otro medico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

En México y por lo que hace su composición jurídica el aborto forma parte de los delitos agrupados bajo el concepto de “bien jurídico tutelado general”³⁸; el objeto jurídico del delito, tipificado en el artículo 3330, es la vida humana y sus derechos”.³⁹

Como ya lo he mencionado el aborto es considerado como un crimen, es por eso que no todas las mujeres se atreven hacerlo, pero esto depende de los valores que ellas tengan y de la gravedad de la situación en la que se encuentran, además de que no es fácil conseguir abortar ya que puede traer consecuencias graves que pueden llevar a la muerte si no es realizado adecuadamente.

II.2.3. CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO

³⁸ **EL BIEN JURÍDICO TUTELADO.**- Este resulta ser de acuerdo a la exposición de motivos que se dio en la iniciativa de ley correspondiente: “La salud pública, los bienes jurídicos como la vida, integridad física y patrimonio, que sean afectados por las actividades del narcotráfico y de la delincuencia organizada, la seguridad de la nación y la estabilidad y sano desarrollo de la economía nacional, así como los derechos humanos y la seguridad pública”.

³⁹ Langer Ana, Ehrenfeld. N, Lamas M. **El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento.** En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council EDAMEX. Ana Langer y Kathy Tolbert. Pág. 301

El Cáncer es una enfermedad que poco a poco cobra mas victimas tanto hombres como mujeres, ya que para la mayoría no les gusta hablar de ese tema, pero esta enfermedad si es detectada a tiempo puede ser curable. En México la tasa de mortalidad es alta a causa de esta enfermedad.

“El cáncer o también llamado tumor maligno, neoplasia o crecimiento oncológico, puede definirse como una anomalía de las conductas celulares en alguna parte del cuerpo. Ocurre cuando las células, en vez de madurar y dividirse en forma normal, empiezan a reproducirse acelerada y desordenadamente; el resultado final es un crecimiento canceroso que puede poner en peligro el funcionamiento del tejido sano que rodea la parte dañada”. (Ana Langer. Cáncer cervicouterino y mamario en mujeres mexicanas).⁴⁰

Los canceres son clasificados en dos tipos según la localización de los mismos. En primer lugar están los carcinomas, los cuales se origina en los tejidos blando de protección de la piel. El segundo tipo son los sarcomas, los cuales se encuentran en las estructuras de apoyo como lo son: los huesos, músculos, tendones, etc.

Aquí solo mencionare dos tipos de cáncer el cervicouterino y el mamario, dos canceres que aquejan a la mujer con mayor frecuencia en nuestro país.

S CÁNCER CERVICO UTERINO.

En México esta enfermedad aqueja a las mujeres a partir de los 30 o 35 años, donde la mujer esta en su época de reproducción con mas fuerza.

⁴⁰ Ibídem Pág. 301

La matriz, o útero es un órgano que se localiza en la parte inferior del abdomen y da lugar al embrión o feto durante el embarazo. Este tipo de cáncer no suele presentarse en mujeres vírgenes, por que suele aparecer en mujeres que comenzaron su vida sexual a temprana edad, que cambian con frecuencia de pareja sexual, que han tenido varios hijos o abortos.

El origen del cáncer cervicouterino del cuello de la matriz es desconocido aun, sin embargo últimamente ha sido considerado como una ETS producida por un virus llamado Papiloma Humano. Afortunadamente tiene una evolución lenta, razón por la cual es fácil detectarlo y curarlo al cien por ciento sin riesgo a recaer, el hecho de que no produzca molestias hace que muchas mujeres no se preocupen por ello, y desafortunadamente cuando los síntomas aparecen es por que la enfermedad ya ha avanzado. Las infecciones que surgen en el área genital en mujeres jóvenes con una vida sexual activa corren más el riesgo de contraer cáncer, es decir, esas infecciones dan paso a que se desarrolle el cáncer.

Los métodos más eficientes para detectar el cáncer cervicouterino son: el papanicolao, es el examen de una muestra de células, que se obtiene del cuello de la matriz durante una revisión ginecológica. Esta prueba se la debe realizar toda mujer que ya ha tenido relaciones sexuales. La colposcopia: es un aparato que aumenta las imágenes del cuello uterino para facilitar la identificación y el tratamiento de las lesiones iniciales. Estas pruebas pueden ser analizadas en los Centros de Salud o bien con un ginecólogo, pero es importante que la mujer no pase por alto estas pruebas ya que pueden salvar la vida de muchas.

“Los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino son: inicio temprano de relaciones sexuales; infecciones genitales, especialmente por virus; múltiples parejas sexuales; deficiente higiene genital de la pareja; multipliaridad; edad mayor de 35 años; habito tabáquico, y dieta insuficiente en frutas y verduras”.

S CÁNCER DE MAMA.

“El avance en el desarrollo científico e industrial del país, entre otras circunstancias, ha traído consigo que la esperanza de vida se haya incrementado en la población en general. Dichos avances han incidido en el aumento de la frecuencia de los padecimientos neoplásicos y en el número de muertes que ocurren sobre todo en la población adulta, lo que representa un problema de salud pública. Esto se pone de manifiesto al conocer que el cáncer mamario en la República Mexicana, es la segunda causa de muerte de los padecimientos malignos que se manifiestan en la esfera femenina”⁴¹.

“En relación con la edad de la mujer, la mayor incidencia de la neoplasia se dió en el grupo de 40 a 49 años de edad con 3,100 casos lo que representó el 33.8% del total de la patología presentada. En el grupo de 50 a 59 fueron 2,093 casos o sea el 22.8%, entre los 60 y 69 años se presentaron 1,309 nuevos casos que significó el 14.3% y por último en el grupo de 30 a 39 años se presentaron 1,254 casos que representó 13.5% del total. Esto significa que entre los 30 y 69 años de edad se presentó casi el 85% del total de nuevos casos registrados en 1996 en el país.”⁴²

⁴¹ <http://www.ssa.gob.mx/dgsr/>

⁴² *Ibidem.*



A diferencia del cáncer Cervico uterino, el cáncer de mama si puede ser visto y detectable. El cáncer de mama es una de las segundas causas de muerte, este cáncer es la reproducción de una o varias células que al crecer forman una bolita, dureza o herida sin dolor en las glándulas mismas o en el pezón y puede acompañarse de anormalidades como lo son: áreas enrojecidas y calientes en la piel que recubre la tumoración, o bien la piel puede tomar un aspecto como el de la cáscara de la naranja, con poros muy abiertos; otras anormalidades son bolas que se ulceran y sangran.

Hay dos formas de detectar el cáncer de mama una de ellas es la autoeliminación, esta es una forma de percatarse en forma temprana de la aparición de cualquier tumoración que pudiera ser un cáncer. Otro procedimiento de detención temprana es la mamografía, es una radiografía del seno para identificar cualquier lesión.

Los factores de riesgo para el cáncer de mama son: Antecedentes familiares del mismo tipo de cáncer; embarazo a edad madura; ningún embarazo; uso de estrógenos en altas dosis; alta ingestión de grasas saturadas y calorías en alta dieta, alcoholismo y hábito tabáquico.

II. 2. 4. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

La violencia. *“Es el ejercicio de la dominación por la fuerza física para mantener, destruir o construir un orden determinado el cual provoca daños somáticos, lesiones y a menudo la muerte, es claro que la violencia afecta al bienestar físico mental y social de personas y grupos que en muchos casos termina con la muerte.”*⁴³

Consideramos la violencia hacia la mujer como un problema de salud pública porque aunque la violencia y la agresión no sean enfermedades, si causan lesiones físicas y trastornos psicológicos, ya que la violencia entre los seres humanos sea constituida como un problema de salud pública.

Para abordar este tema hay que definir entre lo que es agresión y violencia. La agresión: es toda acción que perjudicara a uno o más individuos causando daños a su integridad. La violencia: se entiende como la fuerza ejercida hacia una persona para obligarla a realizar algo que no quiere hacer.

Los más vulnerables a sufrir de violencia son las mujeres, los niños, las personas de la tercera edad y también las personas discapacitadas. Pocos estudios muestran la violencia de las mujeres hacia los varones (son mínimos los casos). Esto es por que los hombres que son maltratados por su pareja, no se atreven a denunciarlas o a comentar sobre lo sucedido, por que pueden ser mal vistos. Muchas veces las mujeres son las causantes de

⁴³ Riquer. F, Saucedo. I, Bedulla. P. **Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública.** En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council EDAMEX. Ana Langer y Kathy Tolbert. Pág. 260

la violencia, es decir, “el contexto social violento se une a patrones culturales que han dado lugar a que se tolere, disculpe, e incluso se estimule el maltrato de la mujer por parte del varón.

Los hechos violentos que sufren las mujeres influyen tanto la agresión física, verbal o simbólica que ocurre en el espacio público, como lo que sucede en el interior de la familia, de las escuelas o las comunidades.”⁴⁴ Las mujeres que son maltratadas ven esta violencia como normal, considerados asuntos de carácter privado o íntimo que es vergonzoso y es mejor mantenerlo en silencio, por temor a las represalias de parte de su pareja. Lo más importante para que una mujer pueda ser ayudada es que reconozca la situación y que la violencia no es normal. Tienen poca información sobre el tema.

*“En ocasiones las mujeres conciben la violencia como un evento azaroso que coexiste con el amor, y que de hecho configura con el ciclo de violencia...”⁴⁵ Las dificultades de las mujeres maltratadas para abandonar una relación violenta, no debe entenderse como masoquismo o pasividad sino como las estrategias de sobrevivencia”.*⁴⁶

La violencia que se da en el hogar (violencia doméstica) se da en mujeres de diferentes culturas, sociedades y niveles sociales, el hogar es el sitio más peligroso para las mujeres ya que es el lugar donde se ejerce la violencia y la tortura. Aunque hay que aclarar que no es en todos los hogares, también puedes ser fuera de el como en el trabajo

⁴⁴ Saucedo González I. **La relación violencia – Salud Reproductiva: Un nuevo campo de investigación.** En Salud Reproductiva y Sociedad. Año II. Mayo - Diciembre. 1995 No. 6 – 7. Pág. 4

⁴⁵ El ciclo de la violencia se da en tres fases. La primera trata de la acumulación de tensión, la segunda es el episodio agudo de la violencia, y la tercera es la llamada luna de miel.

⁴⁶ *Ibidem* Pág. 19

o en la escuela y no es necesario que venga de un familiar si no puede ser de parte de un amigo, pareja o una persona desconocida.

“El informe dado por el Secretario General de Naciones Unidas, señala que hay cuatro generalizaciones con respecto a la violencia domestica:

- 1. La violencia en la familia en generales de los hombres contra las mujeres.*
- 2. La mayoría de las víctimas de la violencia en el seno familiar y en la sociedad corresponde a sus miembros más débiles en función del sexo (las mujeres tradicionalmente son las del sexo débil, la edad, niños, jóvenes, ancianos, o la condición física minusválidos). También puede hablarse de relaciones de dependencia, económicas o de jerarquía en el empleo, o de categoría en el interior de determinado organización.*
- 3. La violencia se produce cuando se cuestiona el desequilibrio de poder y el victimario no reconoce ni respeta los derechos humanos de las víctimas: su libertad, su dignidad, su derecho a la paz y la seguridad.*
- 4. La violencia ha existido siempre y se ha manifestado de diversas formas, aunque es hasta el último decenio que se reconoció que la violencia contra la mujer es un problema grave por su magnitud y consecuencia.’⁴⁷*

La violencia domestica abarca todas las modalidades, es decir, la violencia va contra la mujer, niños, ancianos, etc., y no solo es una violencia física sino también violencia

⁴⁷ Riquer. F, Saucedo. I, Bedulla. P. **Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública.** En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council EDAMEX. Ana Langer y Kathy Tolbert. Pág. 266-167

verbal o psicológica, afectando a todos los miembros de la familia cercanos o no. En cuanto a la violencia conyugal solo se refiere a la violencia que ocurre entre hombre y mujer, estando legalmente o no casados.

Lo mas triste de esto es que la mujer permite que sea maltratada esto es porque los patrones culturales donde se encuentra y ha crecido es permitido este tipo de maltrato, la mujer no es conciente de su situación. Cree que su pareja puede hacer lo que sea con ella y mas si viene de una familia tradicionalista donde la pareja es el sostén del hogar y por lo tanto tiene el poder sobre todo lo que hay en el hogar incluyendo a la esposa y los hijos, también por que las mujeres no se atreven a denunciar a la pareja por que se involucran sentimientos.

II. 3.1. INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL ÁMBITO LABORAL. ¿CÓMO AFECTA EN LA SALUD?

Hemos crecido con la idea de que la mujer es el sexo débil por naturaleza, insegura, pasiva y menos valiosa que el varón; no competitiva, complaciente, maternal con poca habilidad para actividades mecánicas, racionales y matemáticas; cuyo ámbito es el domestico y su única posibilidad de acceso a un estatus social: es el matrimonio.

Se puede decir que la mujer goza de una ligera superioridad biológica, a pesar de la baja estatura y debilidad para grandes esfuerzos, revelan una mayor capacidad de resistencia para algunas enfermedades. Los problemas particulares relacionados con la salud son muy complejos y dependen de la zona geográfica, la ubicación de la mujer en su trabajo, el nivel de escolaridad, entre otros.

Como se ha visto en las últimas décadas la mujer se ha incorporado cada vez mas al ámbito público (mercado laboral), por múltiples factores, el factor principal es el económico, no importando si la mujer es casada o soltera, esto afecta en la salud física y mental de la mujer por el esfuerzo que ello implica (desgaste físico). Es decir, cuando la mujer sale a trabajar sabe que al regresar de su trabajo aun tendrá que realizar labores domésticas en su hogar aunque llegue cansada de su trabajo.

La mujer sigue sufriendo desigualdad por venir de una sociedad patriarcal y autoritaria, esto se ve reflejado en las condiciones laborales, a pesar de todo ello la mujer sigue haciéndose responsable de sus múltiples actividades dentro del hogar ya que son muy pocas las mujeres, que tienen quien les ayude a los quehaceres domésticos. Esto también es un desgaste para la mujer ya que al realizar sus labores domesticas, sabe que también tiene que salir a trabajar para contribuir con el gasto de la casa. *“La participación económica femenina es mayoritaria en el sector terciario. La mano de obre femenina se ubica primordialmente en la industria maquiladora de exportación (IME), con bajos salarios, puestos temporales, trabajos a destajo o por tiempos parcial, en industrias con menor desarrollo tecnológico en las que hay menor inversión capital y trabajos pocos calificados...”*⁴⁸

La salud de las mujeres trabajadoras se ve afectada por una ideología inequitativa la cual se refiere a cargas y responsabilidades productivas y reproductivas entre los géneros *“que de manera mas concreta se traducen en: jornadas de trabajo (domestico*

⁴⁸ Figueroa Parea. Juan G. **Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas.** En La condición de la mujer en el espacio de la salud. (Programas de Salud reproductiva y Sociedad. Centro de Estudios demográficos y desarrollo urbano) COLMEX

*mas extradoméstico) intensas y extensas, conflicto entre las demandas de los distintos escenarios en los que participa, reducción en el tiempo de descanso y contradicciones entre demandas que, con frecuencia, rebasan los recursos limitados de las mujeres y las llevan a enfermar”.*⁴⁹

El trabajar fuera de casa afecta a la salud física y mental de la mujer y no solo la de ella, sino también la de sus hijos y su familia en general. Los descuida, es decir, no les da el tiempo que se necesita para la crianza de los hijos y el cuidado de la familia. Esto no solo es para las mujeres sino también los hombres sufren de igual manera solo que el varón no realiza una doble jornada de trabajo como la mujer.

*“La situación de salud de los trabajadores mexicanos se conoce y comprende apenas parcialmente, porque el fenómeno se suele reducir a categoría de “riesgo de trabajo”, los cuales en su definición estricta se limita a los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo”*⁵⁰

Esto solo nos muestra los riesgos que pueden sufrir durante su trabajo y no van más allá, es decir, las consecuencias que trae para la mujer el trabajar fuera de casa, (aunque también trabajar dentro de casa trae consecuencias ya que las jornadas de trabajo en ocasiones son muy largas) la mala nutrición influye en su embarazo. La mujer que realiza una doble jornada de trabajo se ve presionada por el doble rol que juega dentro

⁴⁹ Figueroa Perea, Juan G. **Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas.** En La condición de la mujer en el espacio de la salud. (Programas de Salud reproductiva y Sociedad. Centro de Estudios demográficos y desarrollo urbano) COLMEX. Pág. 142

⁵⁰ Lara Ma. Asunción. Aceved M. Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para la salud. En Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. Pág. 121

de la sociedad, es decir, como trabajadora y mujer y con mucha frecuencia están estresadas y cansadas por las múltiples tareas que tienen que realizar.

Las mujeres como trabajadoras asalariadas tienen que sufrir condiciones muy difíciles y sobre todo desventajosas en comparación con el hombre. Estas desventajas se ven reflejadas en los salarios menores a los del varón, puestos de menos importancia, discriminación de los ascensos,⁽⁵¹⁾ en contrataciones y los programas de capacitación.

En las mujeres las enfermedades se gestan de acuerdo a determinantes anatómicos, fisiológicos y psicológicos, que se presentan en el ambiente en donde la mujer nace, se desarrolla y muere. Por ejemplo. En fabricas que trabajan solventes químicos los cuales afectan la salud de la mujer y si esta embarazada también del producto. Causando daños severos al producto al nacer, como: malformaciones, bajo en el peso, nacimientos prematuros.

En nuestro país como en muchos otros países las mujeres se desenvuelven en el ámbito publico realizando actividades como: la preparación y venta de alimentos, como maestras de preescolar y primaria, secretarias, servicios de aseo y limpieza y trabajo domestico en casas particulares.

Según de Oliveira las mujeres son empleadas en actividades terciarias y pocas son las que tienen un nivel profesional (aunque esto esta cambiando ya que vemos con mayor frecuencia que la mujer tiene niveles de educación más altos) pero que muchas veces no

⁵¹ En muchos lugares las mujeres que tienen mejores puestos que los varones son juzgadas por ellos diciendo que ese puesto lo obtuvieron, al tener relaciones con los jefes, esto es por que el varón no acepta que la mujer tenga mejores puestos que el varón.

llegan a ejercer su profesión por diversas circunstancias, como por ejemplo la familia: si se trata de una mujer soltera tiene la posibilidad de ejercer su profesión, pero en cuanto se case y llegue el primer hijo toda cambiara, ya que le tendrá que dedicar tiempo al cuidado y crianza de su hijo y su carrera profesional muchas veces se limita, es aquí donde comienza a jugar un doble papel. Para muchos las labores domesticas no son consideradas como trabajo ya que no es pagado, si no mas bien, son una obligación de las mujeres, esta es otra desventaja que tienen las mujeres.

Las mujeres que trabajan fuera del hogar (no importando la ocupación) a comparación a las que solo se dedican al hogar parecen ser mujeres más activas, más seguras de si mismas y más independientes.⁵² Estas mujeres también son conocidas como trabajadoras de cuello blanco,⁽⁵³⁾ sufren menos de la explotación pero no dejan de encontrarse con graves desigualdades salariales y de oportunidades.

Diversas investigaciones nos muestran las enfermedades laborales mas frecuentes entre mujeres las cuales van ligadas a altas cuotas de productividad, restricción de movimiento, posturas incómodas, falta de higiene y de instrumental de trabajo adecuado. Todo esto da como resultado: traumatismos laborales, dermatitis de contacto, enfermedades articulares de índole reumático e insuficiencia vasculares, patologías respiratorias y ginecobstétrica, así como síntomas emocionales como los son: el nerviosismo, desesperación histeria, cansancio, agotamiento, neurosis y dolor de cabeza.

⁵² Al recibir un salario las mujeres son independientes económicamente esto es lo que las hace ser más seguras y no dependen de la pareja o bien de su familia.

⁵³ Mujeres con carrera profesional o bien mujeres que tienen una independencia económica.

Aun así la mujer tiene que salir a buscar el bienestar de su familia sin importarle los problemas de salud que le perjudicaran en un futuro. Pero dichas investigaciones no han logrado que los dueños de empresas den mejores servicios a las mujeres trabajadoras ya que muchas veces tienen que realizar trabajos pesados y más desgastantes que los de un varón.

Como ya hemos visto son muchos los factores que pueden dañar la Salud Reproductiva de las mujeres y la capacidad de dar a luz niños sanos, es bien sabido que la salud del producto se ve gravemente afectada si la madre durante el embarazo tomaba, bebidas alcohólicas o fumaba, o bien si antes del embarazo no tenía una buena alimentación y no solo antes sino durante del embarazo. Estos son llamados Riesgos Reproductivos *“La radiación, algunos químicos, ciertas drogas (legales e ilegales), los cigarros, algunos virus y el alcohol, son algunos ejemplos de los riesgos reproductivos que tanto hombres como mujeres están expuestos en su lugar de trabajo.”*⁵⁴

La salud reproductiva⁽⁵⁵⁾ de las mujeres asalariadas esta influenciada por tres motivos importantes:

- s Estado de nutrición de la mujer
- s Acceso a la atención de salud
- s Patrones Reproductivos.

⁵⁴ Mujer y trabajo. www.todamujer.com

⁵⁵ La Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos.

Estamos de acuerdo en que los patrones reproductivos de las mujeres rurales en comparación con el de las mujeres urbanas no son los mismos. Esto es por la diferencia de pensar de las mujeres las mujeres rurales tienden a tener muchos hijos para que ayuden en la casa y sobre todo con las tierras, además de que no tienen la información suficiente sobre programas de planificación familiar.

En cambio una mujer urbana tiene otras ocupaciones que de alguna manera le impiden tener hijos o tener más hijos. Por ejemplo en las mujeres asalariadas, muchas de ellas dejan la maternidad por trabajar y ganar dinero, si una mujer embarazada busca trabajo, no es aceptada por su condición, además de que al patrón le generara gastos y en dado caso seria una contratación inútil. Esto obliga a las mujeres urbanas a buscar una forma de planificar su familia. Sin olvidar que la vida en una ciudad es mas ajetreada que el campo.

*“Es posible afirmar que los niveles de fecundidad menores se observan entre las mujeres asalariadas”.*⁵⁶

Las mujeres asalariadas pueden sufrir hostigamiento sexual por parte de sus jefes o de sus mismos compañeros.

Son muchos los factores que afectan a la salud reproductiva de la mujer, dependiendo del lugar donde ella trabaje. Los efectos dañinos se conocen desde hace años. Ejemplo el plomo desde hace 100 años fue identificado como causante de aborto y esterilidad en mujeres que trabajan con ello (alfarería). Muchos de los problemas como: esterilidad,

⁵⁶ Lara Ma. Asunción. Aceved M. Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para la salud. En **Mujer sexualidad y salud reproductiva en México**. Pág.131

aborto, bajo peso al nacer, son hechos bastante comunes que afectan a las mujeres trabajadoras activas y no activas. Este riesgo también depende de cuanto estuvo expuesta la mujer.

“En algunos estudios se hace alusión a la exposición de agentes químicos, como solventes, polvo, etc. Que afectan a la salud en general”.⁵⁷ Son pocas las sustancias que se conocen como dañinas a la salud reproductiva de la mujer (algunos virus, químicos y drogas) los problemas más frecuentes a los que se enfrentan las mujeres al exponerse a ciertas sustancias en su trabajo son:

- s Irregularidad del ciclo menstrual
- s Esterilidad y dificultad para embarazarse
- s Aborto y óbito⁽⁵⁸⁾
- s Defectos del nacimiento
- s Bajo peso al nacer y nacimientos prematuros
- s Desordenes del desarrollo
- s Cáncer infantil.

“En nuestro país, el reconocimiento de los riesgos reproductivos se refleja de algún modo en los artículos 166, 167 y 170 de la Ley Federal del Trabajo, que restringe la exposición de la madre gestante a condiciones de trabajo insalubres o peligrosas. Estas condiciones se definen, en términos muy generales, como derivadas de la

⁵⁷ Figueroa Perea, Juan G. **Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas.** En La condición de la mujer en el espacio de la salud. (Programas de Salud reproductiva y Sociedad. Centro de Estudios demográficos y desarrollo urbano) COLMEX. Pág. 137.

⁵⁸ Óbito: El producto que nace muerto

*naturaleza del trabajo, ya sea porque exigen un esfuerzo considerable o bien por su exposición a agentes físicos, químicos o biológicos”.*⁵⁹

Estos son solo algunos de los problemas a los que se enfrentan las mujeres en sus lugares de trabajo, además de la fatiga por las largas jornadas de trabajo. Las sustancias dañinas pueden entrar por medio de la inhalación, contacto con la piel o ingestión de alimentos. Y no solo es dañino para la mujer sino también para su familia por ejemplo si trabaja con plomo esto la mujer lo transporta en la ropa, piel y cabello, llevándolo hasta su hogar donde afecta a su familia y provocando la muerte por envenenamiento (especialmente a niños y jóvenes).

Los riesgos en el embarazo varían, las mujeres muy jóvenes corren riesgo en su primer embarazo ya que su cuerpo no está aun preparado para ello, al igual que las mujeres mayores de 40 años. Tanto la mortalidad materna como la infantil dan lugar cuando los partos tienen lugar en épocas muy tempranas, demasiado tardías o con mayor frecuencia.

*“Una alta fertilidad provoca una baja esperanza de vida total, en parte porque las tasas de mortalidad infantil son más altas cuando los partos son frecuentes y seguidos, y en parte porque la salud y el vigor de las mujeres se desgasta con embarazos y periodos de lactancia repetidos. Aunque no hay que subestimar los beneficios para el bienestar de la mujer que se deriva de la reducción de la fertilidad, lo cual permite que surja el potencial de longevidad, de base genética que la mujer posee”.*⁶⁰

⁵⁹ Lara Ma. Asunción. Aceved M. Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para la salud. En **Mujer sexualidad y salud reproductiva en México**. 1996 Pág. 132.

⁶⁰ Joeke Susan. La mujer y la economía mundial. Ed. Siglo XXI-INSTRAN México 1989. Pág. 31

Estos daños los pueden sufrir tanto las madres obreras como las madres profesionistas. Por ejemplo los desechos anestésicos los cuales son manejados por mujeres laboratoristas, farmacéuticas, químicas y trabajadoras de la industria del plástico y el hule esta relacionado con la mayoría de los abortos espontáneos. Incluso si la madre durante su embarazo esta expuesta a niveles de ruidos exagerados y al trabajar con monitores de computadoras se les ha asociado con un bajo peso al nacer sus hijos o incluso el abortarlo.

Cuando la mujer ya a tenido a su hijo, el artículo 170 en su fracción IV nos dice: *“El periodo de lactancia, tendrá dos reposos extraordinarios al día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en el lugar adecuado e higiénico que designe la empresa”*.⁶¹ Como es bien sabido en muchas empresas no cumplen con esto. El articulo 170 puede ser un avance pero es insuficiente aun ya que desafortunadamente la madre pierde tiempo al trasladarse a su casa o guardería para alimentar a su hijo A pesar de lo ya conocido sobre los beneficios que trae para el infante que su madre lo alimente son pocos los esfuerzos que se hacen para ello. Sobre todo inculcar a las mujeres el amamantar a sus hijos aun si ellas trabajan ya que estadísticas dicen que trabajan amamanta menos a sus hijos.

La falta de una institución de seguro social, es un factor que también repercute en la salud de las mujeres, hay que recordar que hay muchas mujeres que se dedican al comercio informal las cuales no tienen acceso al seguro social y son muy pocas las que tienen acceso a la seguridad social.

⁶¹ Trueba Urbina. Alberto y Jorge. Ley federal del trabajo. Ed. Porrúa. ED. 81ª Pág. 110.

Pero no todo es malo cuando la mujer se incorpora al trabajo, ya que existen elementos favorables a su salud, obtienen ingresos los cuales amplían el acceso al consumo, incorporación a ciertas prestaciones (seguro social). Todos estos factores son precursores de la salud reproductiva de la mujer que ha ido cambiando a través del tiempo. Mientras mas la mujer se incorpora al trabajo su salud va empeorando, por lo tanto su Salud Reproductiva también o bien buscan formar de regular su fecundidad o bien prefieren evitarla.

Capítulo III

LOS SERVICIOS DE SALUD EN TLAXCALA

III.I. SERVICIOS DE SALUD

La salud es una condición básica para la óptima calidad de vida, para que las personas puedan enfrentar los retos de su desarrollo y aprovechar las oportunidades que el entorno les brinda. Así, los esfuerzos en la prevención, curación y rehabilitación han sido permanentes. La colaboración interinstitucional ha permitido satisfacer la demanda con oportunidad, calidad y calidez.

Los servicios que tiene el municipio para hacer frente a la demanda de salud en el sector público es a través de instituciones de Seguridad Social y de Asistencia Social cómo son IMSS, ISSSTE, OPD Salud de Tlaxcala, Módulo Médico del Gobierno del Estado y DIF.

El Estado de Tlaxcala cuenta con 203 unidades médicas de primer nivel, 161 pertenecen al OPD Salud de Tlaxcala, 15 al IMSS, 3 al ISSSTE, una al Módulo Médico del Gobierno del Estado, una al Centro de Rehabilitación Integral y 22 al DIF. Existen 12 hospitales; 9 corresponden al OPD Salud de Tlaxcala, 2 al IMSS y uno al ISSSTE.

La población derechohabiente del municipio registrada, para recibir los servicios del sector salud. Durante el año de 2001; el IMSS contaba con un total de 63 282 derechohabientes, el ISSSTE con 20 416, el módulo médico que depende del gobierno del estado que beneficia a 5,713 personas del municipio de Tlaxcala.

En lo que se refiere a los recursos humanos, es importante señalar que el conjunto de las instituciones de salud cuentan con 1 467 médicos y 2 071 paramédicos, los cuales integran médicos generales, médicos especialistas, odontólogos, internos de pregrado, residentes, pasantes y en otras labores.

Los recursos materiales se han incrementado notablemente con la finalidad de otorgar un mejor servicio a la ciudadanía que lo demande. Actualmente existen 491 consultorios, 486 camas censables, 22 quirófanos y 54 ambulancias.

En lo que se refiere a la atención médica, durante el año 2001 se otorgaron 2, 426. 328 consultas distribuidas de la siguiente manera: el OPD Salud Tlaxcala otorgó 1 382, 782; el IMSS 801, 247; el ISSSTE 148, 816; el DIF 53 438; el Módulo Médico del Gobierno 30, 270 y el CRI 9,775 las cuales incluyen consultas generales, especializadas, de urgencias y odontológicas.⁶²

⁶² COPLADET, Dirección de Informática y Estadística. Unidad de Estadística; datos proporcionados por: OPD Salud de Tlaxcala, IMSS, ISSSTE, DIF, Módulo Médico del Gobierno del Estado, Centro de Rehabilitación Integral 2001.

S Servicios de Primer Nivel de Atención

El objetivo general de los Centros de Salud es proporcionar atención médica curativa en la consulta externa general y atención médica preventiva a nivel individual, familiar y comunitario por medio del otorgamiento del paquete básico de servicios de salud, el cual, es un conjunto de intervenciones y acciones que abarcan los principales programas prioritarios como son: Saneamiento básico, planificación familiar, atención pre-natal, del parto y del recién nacido, vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo de los casos de diarrea en el menor de 5 años, tratamiento antiparasitario a las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas en el menor de 5 años, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, de la diabetes mellitus, de la hipertensión arterial, prevención de accidentes y manejo de lesiones, participación social, prevención y control de cáncer Cerviño uterino y mamario, atención a personas agredidas por perros, vacunación antirrábica y salud bucal, entre otros.

S Servicios de Segundo Nivel de Atención

Los hospitales brindan los servicios de consulta externa especializada y de hospitalización, ofrecen las especialidades de ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, traumatología, ortopedia, oftalmología, así como las especialidades de otorrinolaringología, infectología pediátrica y cirugía plástica.

Además se cuenta entre otros servicios, con dos clínicas de displasias, así como salas de atención de pacientes menores de 5 años con enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas, inmunizaciones, planificación familiar, estudios de laboratorio y servicio de urgencias todos los días del año en todos los hospitales.

Relación de Unidades de Segundo Nivel (Hospitales)

- Hospital General de Tlaxcala
- Hospital General de Huamantla
- Hospital General de Calpulalpan
- Hospital General Regional "Lic. Emilio Sánchez Piedras" (Tzompantepec)
- Hospital de Gineco-Obstetricia (Sta. Ana Chiautempan)

Relación de Hospitales Integrales

- Hospital Integral de La Concordia, Nativitas
- Hospital Integral de Tlaxco
- Hospital Integral de San Bernardino Contla
- Hospital Integral de Villa Vicente Guerrero, San Pablo del Monte

III.2 RECURSOS PARA LA SALUD EN TLAXCALA

En Tlaxcala la provisión de los servicios la otorgan principalmente las instituciones del Sector Salud, 99.4% de la población tiene acceso a los servicios. La Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y el Desarrollo Integral de la Familia, son las Instituciones que tienen mayor cobertura. El presupuesto en salud proviene principalmente de las aportaciones del Gobierno Federal (83.5%), es segundo lugar por las cuotas de recuperación (9.3%), del presupuesto estatal (3.4%), y de la ampliación de recursos federales (3.7%).

El gasto en salud anual per cápita para la población no asegurada es de 160.00 pesos, mientras que el nacional es de 183.00. Esto hace considerar la necesidad de manejar los recursos para la salud con la mayor eficacia posible.

RECUROS FÍSICOS Y HUMANOS

Recursos Físicos y Humanos	Número
Unidades Médicas	195
Consultas externas	188
Hospitales	7
Camas Censables	442
Consultorios	382
Médicos	996
Generales	582
Especialistas	340
Odontólogos	74
Enfermeras	1,312

Tomado de: PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 1999- 2000 Tlaxcala, Tlax., a 4 de Mayo de 1999

Al analizar los recursos para la salud se puede observar que existen carencias importantes que es necesario atender. Por cada 100,00 habitantes se dispone de un menor número de médicos (estatal 90.4 nacional 111) y camas (estatal 46.4, nacional) que en el resto del país. A pesar de que el 99.4% de la población tiene acceso geográfico a los servicios de salud, el porcentaje de utilización de los mismos es inferior al 60% lo que refleja la existencia de otras barreras de acceso diferentes a las geográficas.

Entre los indicadores más importantes de la provisión de los servicios se pueden mencionar que porcentaje de nacimientos en hospitales es bajo (estatal 68.5%, nacional 76%). Este último aspecto, junto con la baja proporción de usuarias de atención prenatal contribuye a la explicación de la elevada mortalidad materna.

La cobertura de atención prenatal y vacunación en menores de cinco años son similares a los promedios del país, sin embargo, el alto porcentaje de niños con bajo peso al nacer (estatal 8.2%, nacional 6.2) y la elevada mortalidad perinatal (tasa estatal: 33.7% por 100 nacidos vivos registrados, nacional 23.3). Son indicadores claros de la necesidad de mejorar la provisión de estos servicios.⁶³

⁶³ PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 1999-2005. TLAXCALA MAYO DE 1999. SALUD DE TLAXCALA.

Capítulo IV.

MORTALIDAD MATERNA INFANTIL EN EL ESTADO DE TLAXCALA.

IV.1.-LA MORTALIDAD MATERNA INFANTIL EN EL ESTADO

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio constituye una de las principales causas de defunción de las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. La mayoría de las muertes maternas podría evitarse mediante medidas que, por lo común, son sencillas y de bajo costo. Asimismo, los niveles de mortalidad materna son una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población.

Dentro de las principales causas médicas de muerte materna están las hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo, no obstante es posible. Decir, que la ocurrencia de una muerte materna generalmente está relacionada con las condiciones de marginación en las que viven muchas mujeres, con el poco o nulo acceso y utilización de los servicios de salud, y con la calidad que muchos de estos servicios ofrecen.

Los factores asociados a la mortalidad materna no actúan de manera aislada, sino que suelen ser el resultado de la acumulación y sinergización de problemas relacionados tanto con factores «internos» como «externos». Los primeros hacen referencia a la 83

subjetividad es decir, al conjunto de elementos que influyen en la decisión de las mujeres de no buscar ayuda o de buscarla demasiado tarde, por ejemplo, la tendencia a subestimar la gravedad de sus signos. Los segundos se refieren a las condiciones de pobreza y precariedad que se imponen, desde fuera sobre los actores limitando su posibilidad de resolver efectivamente sus problemas relacionados con el embarazo, parto y/o puerperio. Los factores externos están relacionados con problemas de acceso y calidad de la atención médica.

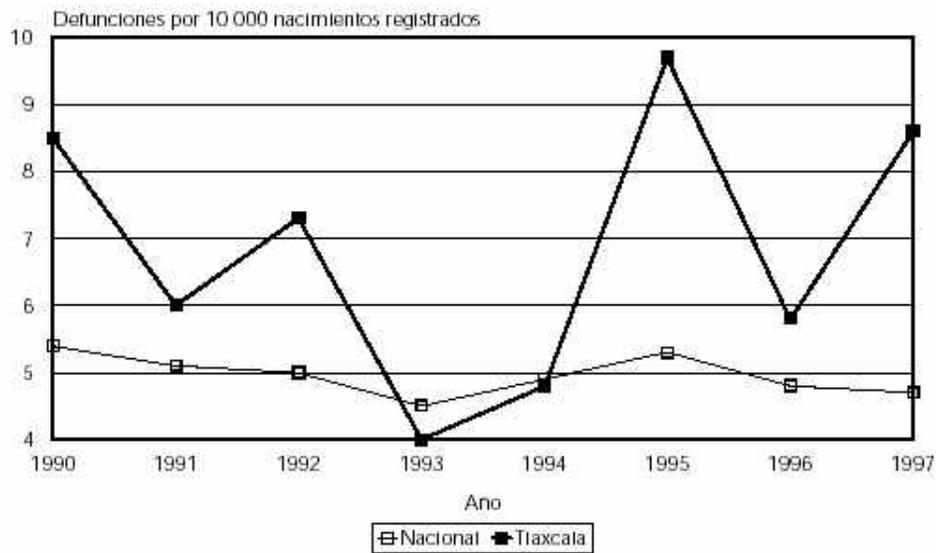
Las mujeres más expuestas a morir por causas relacionadas o agravadas por un embarazo son las que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y en un limitado acceso a los servicios de salud. En el país, la mortalidad materna ha disminuido en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Tlaxcala, la tasa de mortalidad materna presentó entre 1990 y 1997 un comportamiento errático con una tendencia creciente (véase gráfica 21). La tasa estatal registrada en 1997 fue de 8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que ubicó a Tlaxcala como la entidad con la mayor mortalidad materna.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Tlaxcala 56 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales ascendieron a 66 en el periodo 1995-1997 y 98. Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad: 47 de las mujeres (71.2%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas

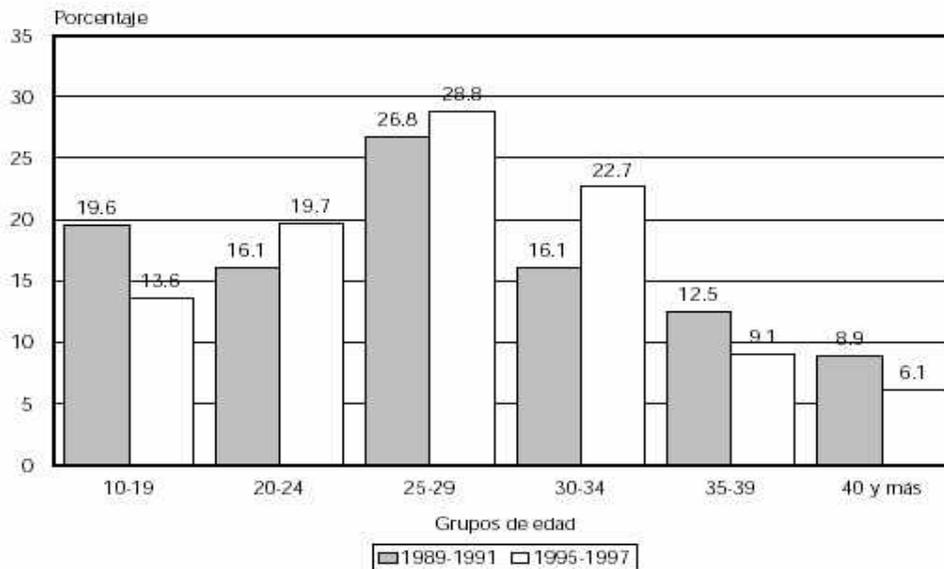
maternas tenían entre 20 y 34 años de edad; seis (9.1%) tenían entre 35 y 39 años; nueve (13.6%) eran menores de 20 años y cuatro (6.1%) tenía 40 años o más.

Tlaxcala: tasa de mortalidad materna, 1990-1997



Fuente: SSA/DGEL, Mortalidad 1990-1997.

Tlaxcala: distribución porcentual de las muertes maternas por grupos de edad, 1989-1991 y 1995-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

La fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico registrado en México durante las últimas décadas. La tasa global de fecundidad 5 (TGF) descendió de casi siete hijos por mujer a principios de los años setenta a 3.4 en 1990, y en la última década del siglo XX, continuó disminuyendo a un ritmo más lento: ascendió a 3.1 hijos por mujer en 1992, alcanzó un nivel de 2.7 hijos en promedio en 1997 y para el año 2000 se estima que se sitúa en alrededor de 2.4 hijos por mujer.⁶⁵

En Tlaxcala, las mujeres redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.79 hijos por mujer en 1990 a 3.39 en 1992; descendió a 2.58 en 1997, y para el 2000 se estima en 2.31 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Tlaxcala del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.64 hijos en 1990 a 0.51 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Tlaxcala entre las dieciséis entidades que se encuentran por debajo del promedio nacional.

En general, las diferencias en la fecundidad dependen de las condiciones de desarrollo socioeconómico del país; pero más particularmente, de las condiciones de vida de las familias. Esas diferencias se observan con mayor claridad si examinamos la marginalidad de las localidades donde viven las familias; en este sentido Tlaxcala, junto con Quintana Roo, Sinaloa, Durango, Morelos y Querétaro son las seis entidades federativas con grado de marginación medio y donde viven alrededor de 8.8 millones de personas.

⁶⁵ Cuaderno de Salud Reproductiva. Tlaxcala. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Nov. 2001 Pág. 15

Según una encuesta levantada en 20 localidades del estado en el año 2000, del total (921) de mujeres, el 27.3 por ciento son trabajadoras, ocho por ciento estudian y el mayor porcentaje (72 por ciento) está en el hogar; es decir, la mayor parte de las tlaxcaltecas no participa en el mercado de trabajo.

Además, las mujeres que no estudian son las que en promedio tienen el número más alto de hijos (4.37); al contrario, se encuentran las que tienen preparatoria y profesional (2.06 y 2.05 respectivamente)⁶⁶.

De igual modo la inserción de las mujeres al mercado de trabajo tiende a incidir en el tamaño de la familia, en virtud de que un número alto de hijos suele ser incompatible con las responsabilidades y exigencias del trabajo asalariado.

Un dato significativo que arroja la investigación de CONAPO es que las mujeres tienden a posponer el nacimiento del primer hijo, pues para 1974 la edad media en la que tenían a su primer hijo en todo el país era de 19.8 años; pero para 1999 ya había ascendido a 23.6 años.

En la salud materna interviene factores como: edad a la primera unión, edad de su primer embarazo, tiempo entre embarazos. Así como el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Esto de alguna manera hace importante el estudio de la salud materna.⁶⁷

⁶⁶<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02oct/s02102902.html>. González Ramón. En Tlaxcala, el desarrollo socioeconómico determina la fecundidad. México. 2 de Octubre del 2002.

⁶⁷ *Ibidem*.

La edad a la primera unión ha cambiado en comparación con los años cincuentas o sesentas, esto es por que para la mujer ya no es tan indispensable el casarse o unirse con alguna persona. La primera unión trae consigo una serie de cambios en la mujer y el hombre, para la mujer es: alejarse de su familia, dejar de ser estudiante, entrar al ámbito laboral y prepararse para ser madre. *“En México el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor de un año: la edad mediana a la primera unión de las mujeres nacidas entre 1953-1962 fue de 20.2 años; para la cohorte nacida entre 1963-1967 fue de 20.8; y para la generación 1968-1972 21.3 años”.*⁶⁸

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 52.3 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor descendió a 45.9 por ciento. Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: cerca de cuatro de cada diez mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad (38.5%); mientras que alrededor de seis de cada diez mujeres con primaria incompleta o completa presentaron esa característica (57.2% y 60.7%, respectivamente).

⁶⁸ Cuadernos de Salud Reproductiva. Tlaxcala. CONAPO. Pág. 16

IV.II.-CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL

Son diversas las causas que provocan la mortalidad materna infantil, el siguiente cuadro nos muestra las principales causas.

Principales causas de muerte materna
Aborto Toxemia Otras causas directas Hemorragias Parto obstruido Sepsis puerperal Otras causas en el puerperio Causas obstétricas indirectas Embarazo ectópico

Como causa de muerte materna merece mención especial el aborto. Se estima que el 30% de los embarazos terminan en aborto, provocado o no, y alrededor del 10% de los embarazos que se atienden terminan en aborto, requieren de hospitalización e incrementan enormemente el costo de la atención.

Así, el aborto es una de las primeras causas de hospitalización, y desde hace varios años, origen del 10% de las muertes maternas. El aborto es una de las causas de muerte que reflejan con mayor crudeza la inequidad entre las mujeres del país. Por aborto mueren mujeres pobres, analfabetas y sin servicios de salud.

En los últimos años se ha dado un fuerte debate social sobre este tema, con una participación muy activa de los grupos de derecha. Existe la necesidad de impulsar o mantener los programas dirigidos a monitorear las causas de muerte materna por aborto, 89

promover su prevención, facilitar el aborto seguro, e impulsar la reglamentación de las leyes al respecto ya existentes en México, pues no hay evidencia confiable de que sea un fenómeno a la baja.⁶⁹ No hay que olvidar que aquí juegan un papel muy importante las instituciones de salud, junto con los agentes que trabajan en ellas.

MUERTE OBSTÉTRICA DIRECTA:

El la muerte debido a complicaciones obstétricas del estado grávido puerperal. Las causas son:

- Hemorragia
- Toxemia
- Sepsis
- Accidentes anestésico / quirúrgico

MUERTE OBSTETRICA INDIRECTA

Es la muerte materna, resultante de una enfermedad preexistente que se desarrolla durante el embarazo agravada por los efectos fisiológicos de la gestación y el puerperio, las causas son:

- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión esencial
- Hepáticas
- Pulmonares
- Metabólicas
- Anemia

⁶⁹ <http://www.ssa.gob.mx/>.

- Enfermedades infecciosas y transmisibles
- Indeterminadas

MUERTE NO OBSTÉTRICA:

Muerte materna resultante de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo, parto y puerperio o su manejo, las causas son:

- Discrasias sanguíneas
- Cáncer

FACTORES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

A todos aquellos casos de error de diagnóstico, de juicio, de manejo o de técnicas e incluye fallas para no reconocer oportunamente la complicación o su evaluación adecuada.

Las muertes maternas directas son el resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio.

- ◆ Hemorragia obstétrica
- ◆ Hipertensión arterial del embarazo
- ◆ Sepsis puerperal
- ◆ Trabajo de parto obstruido

La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen una de las primeras causas de mortalidad materna en nuestro país y en un número considerable de casos, es origen de secuelas irreversibles. (Atonía uterina, Placenta previa, Desprendimiento prematuro 91

de placenta normoinserta, Acretismo placentario, Trauma obstétrico, Retención de restos placentarios, Inversión uterina)

La hipertensión arterial del embarazo desempeña un papel importante dentro de las primeras causas de mortalidad materna en nuestro país, así como sus principales complicaciones: Síndrome de HELLP, Desprendimiento prematuro de placenta, Insuficiencia renal, Edema pulmonar agudo, Edema cerebral, Coagulación intravascular diseminada, Ruptura hepática, Hemorragia cerebral.

Las muertes indirectas resultan de enfermedades previamente existentes o que aparecen durante el embarazo, parto y puerperio y/o que pueden ser agravadas por el mismo. Como lo son: Anemia, VIH/Sida, Hepatitis, Tuberculosis, Enfermedades cardiovasculares.

IV.2.- INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS.

En los últimos años ha crecido la intervención de las Instituciones de salud en la población, podemos encontrar tanto Instituciones de carácter público como Instituciones privadas. Las Instituciones de Salud son las principales responsables del diseño, administración y operación de los programas de planificación familiar. De alguna manera esto ubica a las Instituciones en un lugar privilegiado ya que estas tienen poder para incidir de manera más directa y significativa en el comportamiento reproductivo de la población.

La incidencia que tienen estas Instituciones de Salud sobre la reproducción se pueden ver afectadas por dos vertientes.

1. Existe un amplio reconocimiento sobre el importante papel que ha tenido sobre el descenso de mortalidad de mujeres durante sus embarazos o después de ellos así como también la motivación y seguridad que da a todas las parejas para decidir cierto número de hijos, o bien adoptar nuevas formas para regular su nacimiento. Tampoco hay que descartar la participación que el desarrollo y la amplia capacidad de la medicina moderna ha tenido en este aspecto, al igual que en otros aspectos los cuales también rodean el hecho reproductivo. *“ Entre estos se pueden citar los referidos a la salud de las madres en lo general, así como los que se relacionan con su fecundidad, con el curso y experiencias vividas durante el embarazo y el parto y con el éxito o fracaso de estos, lo mismo que los que tienen que ver con la salud post-parto de madres e hijos, y con la sobrevivencia de estos últimos ; aspectos todos ellos que pueden influir en la conducta reproductiva actual y futura así como en la decisión de adoptar o no medidas para su regulación ”*⁷⁰
2. En esta segunda vertiente podemos encontrar un proceso dual en donde las Instituciones de Salud incursionan y ejercen cada vez más la influencia y control en cuanto a reproducción. Las instituciones de salud trazan una serie de políticas, objetivos, etc. Que normen y orienten el quehacer de las instituciones en este aspecto., sean o no iguales en todas las Instituciones,

⁷⁰ Camarena Córdova. Rosa María. Instituciones Sociales y Reproducción. Trabajo de Tesis para la obtención de grado de Maestra en Demografía en el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.

“A pesar de que las instituciones se valen de diferentes medios y estrategias la realización de sus fines (hablando en términos de reproducción), descansan en gran medida en el contacto personal que en la prestación de sus servicios de medicina en general, en los de salud materno infantil o en los de planificación familiar, en lo particular, se establece entre los agentes de salud (médicos, enfermeras, personal administrativo, etc.) y los usuarios de los servicios.

Estos agentes constituyen pieza fundamental entre el plano de las disposiciones y las finalidades institucionales y el de los sujetos a los que se dirigen sus acciones, puesto que sus acciones dependen en gran medida la consecución de los objetivos institucionales o la desviación o fracaso de los mismos”⁷¹

Es así como ha crecido la cobertura territorial y poblacional de los sistemas de salud y planificación familiar, que han jugado un papel importante en el incremento de las prácticas del uso de métodos anticonceptivos.

IV.2.1. ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo(a).

⁷¹ *Ibidem.* Pág. 22

Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

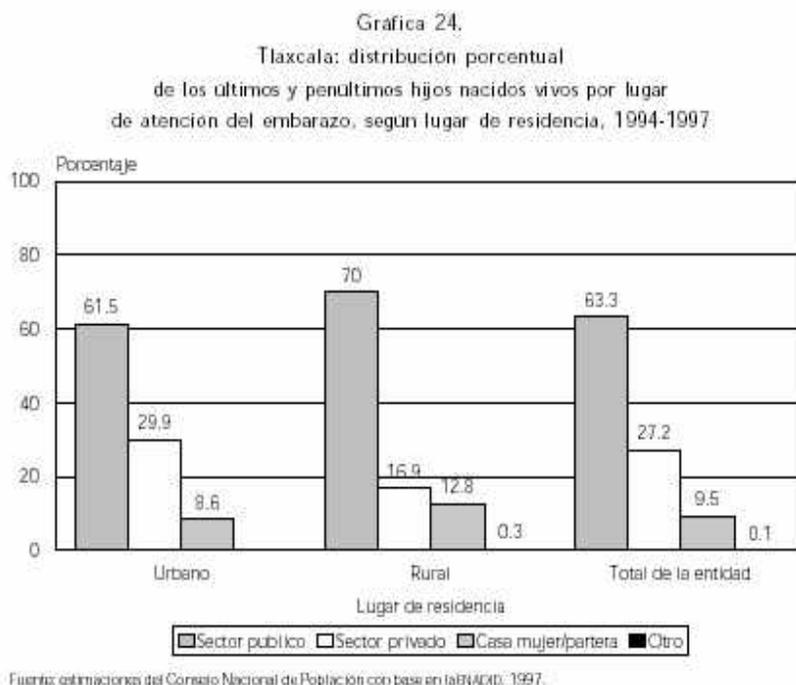
Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal por algún tipo de agente ha aumentado en el país de poco más de 66 por ciento en 1974-1976 a 92.2 por ciento en 1994-1997. Los médicos proporcionan 83.5 por ciento del total de las atenciones, las enfermeras o promotoras 2.5 por ciento, las parteras tradicionales 6.2 por ciento, y cerca de ocho por ciento no acude a revisión.

“En Tlaxcala, 94.8 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último o penúltimo hijo(a) nacido vivo entre 1994 y 1997, porcentaje que la ubica entre las 16 entidades mejor situadas en este renglón. La proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención fue de 84.6 por ciento.”⁷²

“Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 63.3 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, el sector privado atendió a 27.2 por ciento y 9.5 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de

⁷² Cuadernos de salud reproductiva. Tlaxcala. Consejo Nacional de Población. 2001 Méx. Pág. 46

usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (70% contra 61.5% en las zonas urbanas); mientras que en el ámbito urbano, el porcentaje de usuarias del sector privado es mayor que en el ámbito rural (29.9% y 16.9%, respectivamente).”⁷³



74

La atención de la mujer durante su embarazo es muy importante para detectar posibles complicaciones durante su embarazo.

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Tlaxcala, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.2 consultas de atención prenatal (6.3 en la zona urbana y 6.1 en la zona rural). Sin

⁷³ *Ibíd.* Pág. 46

⁷⁴ Cuadernos de salud reproductiva. Tlaxcala. Consejo Nacional de Población. 2001 Méx. Pág. 49

embargo, cabe destacar que tres de cada diez (31.2%) de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos.

En cuanto a la atención del parto: Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población, resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. Asimismo, la falta de disponibilidad de los recursos médico-hospitalarios y las deficiencias en la atención del parto con frecuencia ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y de su hijo(a), ya que una parte importante de las complicaciones del embarazo se presenta alrededor del momento del alumbramiento.

En el país, se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. En Tlaxcala, 85.6 por ciento de los partos fueron atendidos por un médico y doce por ciento por una partera, lo que denota avances importantes en el proceso de medicalización de la atención obstétrica.

Las mujeres menos favorecidas por el desarrollo social son las que con menor frecuencia recibieron atención médica durante el parto (74.7% de las mujeres con primaria incompleta y 79.2% de las del medio rural); asimismo, son éstas las que con mayor frecuencia acuden a la partera (23.8% y 16.5%, respectivamente).

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 84.9 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: una de cada tres mujeres (33.7%) acudió a la SSA para la atención de su parto, poco más de una de cada cuatro (27.2%) acudió al sector privado, y una de cada cinco (19.9%) se atendió en el IMSS. Conviene señalar que 14.4 por ciento de las mujeres atendieron su parto en la casa.

Un alto porcentaje de las mujeres con primaria incompleta o completa acudieron a la SSA para la atención de su parto, y al sector privado acudió alrededor de 30 por ciento de aquéllas con primaria completa o secundaria y más. Independientemente del nivel de escolaridad, la SSA y el sector privado tuvieron una mayor participación que el IMSS en la atención del parto.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron la SSA y el sector privado (30.7% y 28.4%, respectivamente), siguiendo en importancia el IMSS (22.3%). En el ámbito rural, la mayoría de los partos fueron atendidos en la SSA (44.9%), siguiendo en importancia el sector privado (22.7%), y la partera (18.4%). En Tlaxcala, durante el periodo 1994 -1997, 23.1 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea, por lo que se ubicó entre las 16 entidades que registraron un porcentaje menor que el estimado para el conjunto del país (26.5%).

De los partos que se atendieron en el IMSS, 30.7 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el sector privado esta cifra ascendió a 27.4 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 23.1 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen

que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

MORTALIDAD MATERNA

INSTITUCION	1998	1999	2000	2001	TOTAL
SESA	8	6	6	5	25
IMSS	1	1	2	0	4
ISSSTE	0	0	0	1	1
PRIVADO	2	2	3	2	9
HOGAR	2	4	1	2	9
OTROS	1	0	0	0	1
TOTAL	14	13	12	10	49

Este cuadro nos muestra el numero de muertes por institución en el cual podemos ver que el mayor numero de decesos maternos se da en los SESA, donde las condiciones de atención no son las mejores, y a este tipo de lugares son a los que acuden con mayor frecuencias las mujeres quizá sea por que están mas cercanos a sus hogares.

IV.3.- MEDICINA TRADICIONAL.

Como en el tiempo prehispánico y colonial, también hoy cada grupo de indígenas en México practica su medicina tradicional. Es claro que otra vez ha cambiado, es decir que hoy no es la misma medicina que entonces.

En el tiempo colonial, la medicina nativa principalmente fue influida por otras medicinas, es decir la medicina europea o africana, pero hoy, al lado de los productos farmacéuticos y los nuevos descubrimientos de la medicina, también hay factores que

influyen en la salud pública como la movilidad social y geográfica. La medicina tradicional de México tampoco se puede sustraer a las innovaciones del tiempo. Aún así, se basa todavía en sus tradiciones, que los indígenas pasan a sus niños.

Desde el nacimiento enseñan a sus hijos dónde pueden encontrar las plantas, los minerales y los animales para curar y les dicen para qué sirven.

“La medicina tradicional principalmente se practica en el campo, pero también en las ciudades como en Ciudad de México. Así, por ejemplo, en algunas calles se pueden encontrar tiendas donde uno tiene la posibilidad de pedir la curación de una enfermedad o hay templos y escuelas para curaciones del espíritu, según la creencia de las personas que acuden con estas personas.

La medicina tradicional: “La cual no obstante tiene un radio de acción e influencia espacial y / o social más limitado que el de las instituciones formales, constituyen formas sociales instituidas y actuantes en el cuidado de la salud y de la reproducción humana, de gran arraigo y vigencia entre amplios sectores de la población mexicana, y no solo de aquella que vive en zonas rurales sino también en las zonas urbanas del país. Entre los agentes de medicina tradicional podemos mencionar los siguientes: partera o comadrona, hierbero y el curandero. Los cuales con frecuencia compiten con la medicina moderna”⁷⁵

⁷⁵ Camarena Córdova, Rosa María. Instituciones Sociales y Reproducción. Trabajo de Tesis para la obtención de grado de Maestra en Demografía en el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Pág. 24

La práctica de la medicina tradicional constituye, formas alternas a los servicios de salud formalmente instituidos.

IV.3.1 LAS PARTERAS

Comencemos por definir el término partera: Según la organización mundial de la Salud. Una partera tradicional (PT) es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ⁷⁶ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por si misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales. La PT adiestrada es aquella que ha seguido un curso de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia.”

“Mientras cada año en México se realizan alrededor de 350 mil cesáreas innecesarias, en zonas rurales y marginadas 370 mil nacimientos son atendidos en condiciones insalubres y sin personal médico calificado, según cifras de la Secretaría de Salud.”⁷⁷

Se estima que las parteras tradicionales de México llegan a atender hasta el 100 por ciento de los partos en poblaciones rurales e indígenas, sin embargo carecen de un marco legal que reconozca y proteja su trabajo.

Las 12 mil parteras tradicionales que hay en México constituyen uno de los principales recursos con que cuenta la población para cuidar los embarazos, partos y puerperios no

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1993

⁷⁷ <http://www.mural.com/nacional/articulo/291880/>. Por Sara Ruiz. Grupo Reforma

sólo de las comunidades indígenas sino también en ocasiones en zonas urbanas donde el acceso a los servicios de salud es escaso.

Las parteras en muchas comunidades de nuestro país son las únicas promotoras de la salud física y emocional de la mujeres, por ello es importante capacitarlas para mejorar sus habilidades técnicas en casos de emergencias obstétricas, así como extender su campo de acción para prevenir infecciones de transmisión sexual, enfermedades relacionadas al VIH/sida, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

El papel que desempeñan las parteras ante la comunidad y la calidad mixta de su conocimiento --en el que se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de la medicina académica-- las convierten en personas clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres de México. Muchas de las parteras en comunidades rurales son indígenas y muchas de ellas aquí en México son analfabetas, por lo tanto carecen de un entrenamiento formal en partería.

En América Latina y en especial en México, la medicina tradicional es un fenómeno vigente de la cultura nacional, se puede definir como un legado de recursos y prácticas curativas, que como un cuerpo teórico práctico de conocimientos estructurados en torno a una escuela de pensamiento médico con una concepción unívoca del hombre y de la enfermedad. Las parteras son depositarias del saber médico tradicional que si bien está amalgamado con otros saberes, tiene una fuerte presencia de elementos indígenas, y por esta razón con el saber prehispánico.

“A groso modo se enuncian las principales características de la medicina tradicional en relación al proceso reproductivo:

- S Considera al proceso embarazo-parto-puerperio como una totalidad*
- S Las recomendaciones para mantener la salud abarcan no solo lo corporal, sino también en modo de vida y lo espiritual, es decir, que además de llevar un tipo de alimentación, medidas de higiene como el baño y el descanso, también se observan normas de conducta en relación al trabajo, vivienda, vestido, actitudes y vida cotidiana.*
- S Realiza una práctica ritual, que implica el uso de determinado tipo de objetos y la realización de acciones repetitivas que tienen como finalidad resguardar la integridad espiritual de la gestante, tal es el uso del ceñidor rojo, la prohibición de asistir a velorios y entierros, el cultivar y mirar flores, el evitar disgustos. Como lo señala Castro, estas creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y se asocian a formas específicas de enfermedades y a su vez dan lugar a conductas preventivas. Un ejemplo es el caso del efecto del eclipse o luna llena durante el embarazo que constituye un serio riesgo para la salud del producto ya que puede nacer "mocho".*
- S Hay identificación de género, clase social y étnica entre terapeuta y paciente, las terapeutas han pasado por la experiencia de la maternidad.*
- S El cuidado y atención recurre al empleo de diversos recursos que incluyen masajes, hidroterapia (Temazcal), plantas, minerales y animales con propiedades medicinales.*

S *La terapeuta tiene reconocimiento y prestigio ante la comunidad, depositaria del saber a lo largo de su formación como partera. la lleva a adquirir no solo un manejo terapéutico, sino también simbólico, que reproduce de sus prácticas cotidianas, lo que propicia que los rasgos culturales se sigan reproduciendo dentro de su identidad cultural.* ⁷⁸

Las parteras para 1927 fueron capacitadas por parte de la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) estas son las llamadas parteras tradicionales adiestradas, como parte de un programa mas amplio para formar promotoras de desarrollo y ampliaron su cobertura en 1974 uniéndose a ellos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) , la Secretaria de Educación Publica (SEP), La Confederación Nacional Campesina (CNP), entre otras, con la finalidad de ampliar sus programas y capacitar a mas parteras.

Cuando las parteras terminaban su curso recibían un diploma (titulo como ellas lo llaman) los cuales legitiman su labor como parteras, otra practica es la provisión de hojas foliadas para la expedición de constancias de nacimiento a las parteras que han tomado mas cursos. Pero estas constancias han dejado de tener validez oficial ya que cuando los padres llevan a sus hijos al registro no les son aceptadas. “Un vinculo entre los agentes de la medicina indígena tradicional y la medicina alópata generalmente

⁷⁸ http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/estudios_sociales/proyec6/cievsoc3/sec_3.html Hemeroteca Virtual ANUIES.
<http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES>. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.
<http://www.anuies.mx>

coloca a la partera en un lugar de subordinación y en muchos casos de desprecio y rechazo como muchas parteras lo dicen”⁷⁹

Estos cursos para la mayoría de las parteras son muy complicados sobre todo por los términos técnicos que los doctores y enfermeras usan. Los cursos podían durar desde unos días hasta cuatro semanas, tiempo en que las parteras tienen que aprender y acostumbrarse a múltiples conceptos novedosos para ellas.

El estado de Tlaxcala no es la excepción, cuenta con 84 parteras capacitadas divididas en tres jurisdicciones. La primer jurisdicción que corresponde a Tlaxcala cuenta con 23 parteras debidamente capacitadas, la edad aproximada de estas mujeres va de los 23 años a los 59 años, la mayoría de estas mujeres solo cuentan con la primaria, pocas son las que tienen conocimiento sobre enfermería. , 32 de estas mujeres han sido capacitadas por la SESA.

La segunda jurisdicción corresponde a Huamantla, la cual cuenta con el mayor numero de parteras capacitadas 48, la edad promedio de estas va de los 15 años a los 82 años, la mayoría de estas solo cuanta con la educación primaria, otras con la secundaria inconclusa y otras pocas sin escolaridad. Todas ellas han recibido instrucción por parte de O.P.D.S.T.

⁷⁹ Romero Alcalá Laura. ENTRE PARTERAS Y MÉDICOS: DIÁLOGOS SOBRE ATENCIÓN A LA MUJER. En Los Silencios de la Salud Reproductiva, Silencia, Sexualidad y Derechos Reproductivos. Fundación MacArthur / Asociación Mexicana de Población. Pág. 194

La tercera jurisdicción corresponde Apizaco, esta es la jurisdicción con menos parteras capacitadas 13, la edad de estas mujeres va de los 29 años a los 76. Han recibido capacitación por parte de SESA.

Como se puede observar solo son 84 las parteras tradicionales adiestradas pero no se tiene un conteo exacto de las parteras tradicionales que trabajan sin ninguna instrucción de parte de los médicos. Parteras que trabajan en condiciones poco favorables para las pacientes. Es decir, estas mujeres en los lugares que trabajan no cuentan con los instrumentos necesarios para atender los partos, ni tampoco con la higiene que requiere una situación como esa. Aun así estas mujeres siguen teniendo mucho afluencia de pacientes por diversos factores, aquí tampoco importa la situación económica ni social de la paciente ya que muchas veces ya es tradición la que las lleva asistir con una partera.

Capítulo V.

ANÁLISIS DE ENCUESTAS

La mortalidad materno infantil es un tema que cada vez toma más importancia sobre todo, por que las mujeres mueren, aun sabiendo que todas esas muertes pueden ser evitadas. La mortalidad materna se da por diversas causas. Por ejemplo: Negligencia medica, Por no acudir al médico con frecuencia, por ser atendidas por parteras, (Por lo regular estas mujeres mueren después del parto por hemorragias), por enfermedades durante el embarazo como lo puede ser la preeclampsia. Etc.

*“Hoy en día se sabe que las muertes maternas son resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Que muchas veces ocurren por falta de acceso a los beneficios de la medicina materna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio”.*⁸⁰

Otro alto índice de mortalidad es la práctica ilegal del aborto. Muchas mujeres mueren al realizarse un aborto, con personas poco capacitadas (Clínicas clandestinas) Como es bien sabido el aborto en nuestro país sigue siendo ilegal y castigado *“De tres a ocho años de prisión.... si se obra sin consentimiento de la mujer embarazada. De una a cinco años de prisión.... si se obra con el consentimiento de la mujer. De tres a ocho*

⁸⁰ Dr. Lozano Rafael, Mto. Hernández Bernardo y Dra. Langer. Ana. Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México. www.hsph.harvard.edu

años de prisión.... si se emplea violencia física o moral”⁸¹. A pesar de estas acciones el aborto se sigue realizando, trayendo consigo la muerte de muchas mujeres. Sobre todo las mujeres que corren mas peligro a estos actos son las mujeres de bajos recursos económicos.

Por eso es que debe de ser importante la educación sexual en las mujeres, Sobre todo para que ellas estén informadas sobre todos esos temas, que quizás nunca en su familia escucho hablar sobre ellos. Las mujeres encuestadas para esta investigación son mujeres que viven en zonas semi urbanas del estado de Tlaxcala.

El 69.9% de las encuestadas viven con su pareja, es decir están casadas mientras el 23.7 están con sus parejas en unión libre, el resto están separados o no contestaron. Lo que resalta aquí es que las mujeres viven con los padres de sus hijos, ya sean casados o en unión libre. Por lo tanto los principales sostenedores del hogar son sus parejas en contados casos tanto la mujer como su pareja son los que sostienen el hogar, económicamente hablando.

En comunidades rurales son muy pocos los casos de mujeres separadas o divorciadas, sobre todo por que son mal vistas por las gentes de la misma comunidad. Quizá sea por eso que la mayoría de estas mujeres viven con sus parejas.

El 67.86 % de las mujeres tienen hijos, el 25% están embarazadas nuevamente y solo el 3.75 % de las encuestadas es su primer embarazo. Cuando se les pregunto ¿Durante sus embarazos acudió al medico? ¿Y con que frecuencia lo hacia? Las mujeres respondieron

⁸¹ Código Penal. Legislación Penal Procesal. Capitulo V Aborto. ED. SISTA México 2001. Pág. 94

que si acudían al medico por lo regular cada mes los primeros 8 meses del embarazo, pero cuando faltaba poco para la terminación del mismo acudían cada que el medico lo pidiera por lo regular era cada 15 días. Ellas reprochan el no haber recibido información sobre el embarazo, todo lo que ocasiona el la salud y sobre todo los riesgos que corren tan el producto como la madre si no es bien cuidado.

Para esto también se les pregunto ¿Cuándo usted vivía con sus padres alguna vez los escucho hablar sobre sexualidad? El 78.6% respondió que no ¿Por qué cree usted que no lo hicieron?

“Yo creo que por que mis padres no tenían la información suficiente, si ellos no sabían como me lo iban a decir” (Encuesta No.027)

“Mas que nada fue por pena, por eso no nos hablaron de sexualidad, aparte por que mis padres ya eran muy grandes” (Encuesta No.014)

“Por que eran otros tiempos, además de que eran temas prohibidos y que solo se podían hablar entre gente adulta” (Encuesta No.008)

El 17.9% de las encuestadas respondieron que sus padres alguna vez le hablaron de sexualidad ¿Qué le decían?

“Bueno no hablamos mucho sobre el tema pero me decían que debía de tener cuidado con las enfermedades de transmisión sexual, y si quería tener relaciones tenia que ser con responsabilidad” (Encuesta No.002)

“Tener cuidado con las enfermedades, que son peligrosas” (Encuesta No.023)

“Que tenia que cuidarme si quería tener una vida sexual, lo asumiera con mucha responsabilidad, por que no era un juego” (Encuesta No.045)

Como se puede observar la información que recibieron las encuestadas no es la adecuada y mucho menos suficiente. Esto se debe a que aun hay una serie de tabúes con respecto a esos temas, sobre todo en zonas rurales donde los patrones culturales aun están muy arraigados, todo esto provoca que los jóvenes salgan a buscar información a otras partes (amigos, familiares u otras personas, revistas, libros, etc.) que muchas veces tampoco es la correcta sobre todo cuando se consulta a personas de la misma edad que también están aprendiendo sobre el tema.

Ellas confesaron que cuando tenían dudas sobre sexualidad acudían con amigos esto es un 28.6%, pero también un 28.6% de las mujeres se quedaban con la duda y no la consultaban con nadie, ellas dicen que con el tiempo se iban resolviendo.

En cuanto a fecundidad de estas mujeres también ha disminuido como en el resto de país.

“Ahora en cada región de México las parejas tienen menos hijos(as) y se ha reducido el tamaño medio de las familias. También se han transformado los referentes culturales de la reproducción, así como los roles sociales y familiares de los hombres y las mujeres.

Como se sabe, el descenso de la fecundidad no se ha producido de forma homogénea en todo el país ni en todos los grupos de población. La transición de la fecundidad en México, como en otros países, se presentó primero entre la población más urbanizada, la más escolarizada y, en general, la de mayores niveles de bienestar, y después se difundió hacia otros grupos menos favorecidos, entre los cuales se encuentra la población indígena, cuyo comportamiento reproductivo es poco conocido debido a las pocas fuentes de datos para su estudio”.⁸² Ahora podemos ver que no solo hay menos hijos entre las mujeres urbanas sino también en zonas rurales como en Tlaxcala.

Cuantos hijos tiene		
	Frecuencia	Porcentaje
1	19	33.93
2	9	16.07
3	6	10.71
4	1	1.79
5	1	1.79
8	1	1.79
99	19	33.93
Total	56	100

Fuente: Cálculos Propios

En esta tabla podemos ver que las familias numerosas ya no son muy comunes pues, el 33.93% de las mujeres solo tienen un hijo y el 10.71% tienen 3 hijos, con esta tabla podemos observar que el número de hijos por mujeres en el contexto rural como es el caso de Tlaxcala ha disminuido.

Como se menciono anteriormente a pesar de que son mujeres las cuales viven en zonas rurales⁸³, ya no comparten la misma idea que sus antepasados (madres o abuelas).

⁸²Fernández Ham, Patricia. Salas y Villagómez, Guadalupe. Comportamiento reproductivo de la población indígena. En Comportamiento reproductivo de la población indígena. CONAPO. 2001. Pág. 9

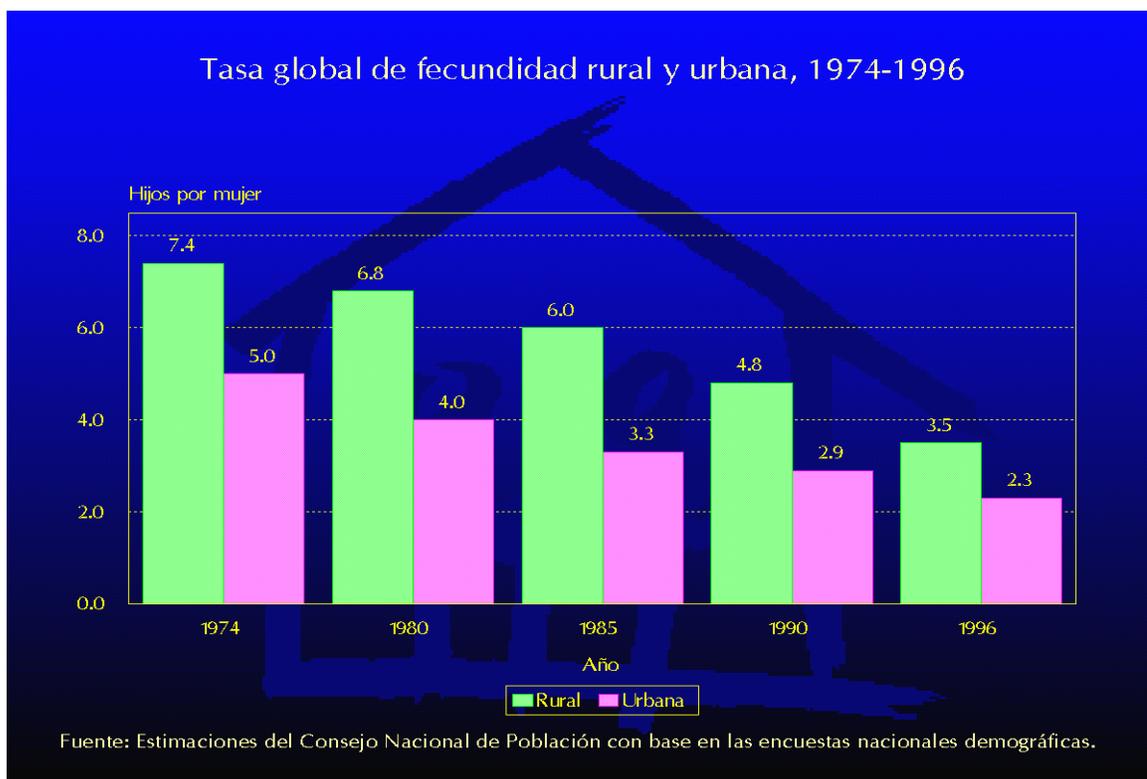
⁸³ Se sabe que las mujeres rurales tienen más hijos, en comparación con las mujeres que viven en ciudades, esto es por los distintos modos de vida de las mujeres. Las mujeres que viven en la ciudad tiene que trabajar y hacer otras actividades las cuales no les

“Entre mas hijos tengamos en mejor....” eso dijo una mujer de 32 años **“Eso era lo que decía mi abuela, que era mejor tener muchos hijos, por que así podían ayudar en el campo los varones y en la casa las mujeres, a demás de que en sus tiempos era bien visto que las mujeres tuvieran muchos hijos”** **“yo no estoy de acuerdo con lo que decía mi abuela quizá en su tiempo si se podía mantener a muchos hijos, pero actualmente no alcanza para tantos”**(Encuesta No.008)

¿Usted cree que entre mas hijos se tenga es mejor?

“No Por que en la actualidad la economía no es muy buena y los hijos necesitan cada vez mas de atención mas ahora que están muy despiertos con todo lo que pasa, y no solo atención sino también educación, para cuando ellos crezcan puedan trabajar y mantenerse solos”. (Encuesta No.024)

La siguiente grafica nos muestra como tanto las mujeres rurales como urbanas han disminuido en el número de hijos.⁸⁴



Así fue como respondieron la mayoría de las mujeres, todas congeniaron con la idea de que el tener mas hijos no quiere decir que su economía mejorara, ya que cada uno de los hijos tendrá que tomar su camino.

La tasa global de fecundidad para el 2000 fue de 2.4% hijos por mujer, para 1990 fue de 3.4%. Esto es a nivel nacional ahora comparemos la tasa de fecundidad nacional con la TGF⁸⁵ del estado de Tlaxcala. La siguiente tabla nos muestra como tanto a nivel nacional como estatal TGF ha disminuido.

⁸⁴ www.conapo.com.mx

⁸⁵ TGF. Tasa Global de Fecundidad: Indicador demográfico que señala el número de hijos tenidos por una mujer a lo largo de su vida reproductiva

**TLAXCALA: TASA
GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1990-2000**

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	3.35	3.79
1991	3.25	3.59
1992	3.14	3.39
1993	3.04	3.2
1994	2.93	3
1995	2.82	2.78
1996	2.73	2.68
1997	2.65	2.58
1998	2.55	2.48
1999	2.48	2.39
2000	2.4	2.31

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.⁸⁶

El uso de métodos anticonceptivos ha tenido también mucho que ver en esta disminución de fecundidad. *“El acceso a información amplia y pertinente sobre métodos anticonceptivos y su disponibilidad en las clínicas y centros de salud son aspectos que facilitan el ejercicio del derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos, así como a disfrutar de la sexualidad sin el temor a un embarazo no deseado.”*⁸⁷ Los datos sobre conocimiento y uso de anticonceptivos muestran que entre las mujeres indígenas y no indígenas existen grandes diferencias en esta materia. De las mujeres entrevistadas el 94.6% han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos.

**“Antes mi abuela e incluso mi mamá no sabía sobre
métodos anticonceptivos, también por eso tenían
mas hijos, creo yo” (Encuesta No.019)**

⁸⁶ www.conapo.com, Estimaciones del Consejo Nacional de Población. 1990 - 2000

⁸⁷ Fernández Ham, Patricia. Salas y Villagómez, Guadalupe. Comportamiento reproductivo de la población indígena. En Comportamiento reproductivo de la población indígena. CONAPO. 2001. Pág. 24

¿Usted ha oído hablar de hablar sobre el uso de Métodos Anticonceptivos?, ¿Que sabe sobre ellos?

“Si. He escuchado de ellos y solo se que si funcionan sobre todo para no embarazarse y así planificar mejor la familia”. (Encuesta No.001)

“Si. Que hay diferentes tipos de métodos anticonceptivos y que todos funcionan y uno debe de buscar el que mas convenga tanto a mi esposo como a mí” (Encuesta No.011)

“Si. Los métodos anticonceptivos sirven para prevenir embarazos, no esperados y hasta no deseados y para no contraer una de esas enfermedades que se dan cuando uno tiene relaciones sin protección”. (Encuesta No.016)

“Cuando mi marido se entero que usaba el DIU casi me corre de la casa, lo que pasa es que el quería tener muchos hijos, pero al final de cuentas lo acepto”. (Encuesta No.051)

Como se puede observar las mujeres si han recibido información sobre Métodos Anticonceptivos. La mayoría de estas mujeres si han usado algún Método, dicen ellas que el más usado es el DIU⁸⁸, entre este grupo de mujeres. La decisión de usar Métodos Anticonceptivos fue por parte de los dos (entrevistada y su pareja) por lo tanto si recomiendan el uso de los mismos. La recomendación se la harían a sus hijos, para que se cuiden de las ETS y de los embarazos.

⁸⁸ Dispositivo Intrauterino

¿Usted les hablaría a sus hijos sobre sexualidad?

“Si, para que se cuiden y si van a tener relaciones sexuales, pues que usen un método anticonceptivo y también para que no busquen la información con otra gente, que quizá no sepa del tema”. (Entrevista No.011)

“Si. Para que estén mejor informados” (Encuesta No.040)

“Si. Para que no cometan los mismos errores que nosotros cometimos, yo creo que mas que nada, es para que estén mejor informados y sientan apoyo de parte de nosotros” (Encuesta No.008)

“Si. Para que ejerzan su sexualidad libremente, pero que también conozcan todas las consecuencias que trae ejercer la sexualidad” (entrevista No.016)

“Yo no les hablaría de sexualidad, me daría pena hablar de eso con ellos, yo preferiría que se lo preguntaran a su papá”. (Encuesta No.021)

El hablar de sexualidad con los hijos es un punto a favor de los padres ya que así los hijos sienten mas confianza con ellos y si llegaran a tener una duda acudirían con ellos. Las entrevistadas están de acuerdo de hablarles de sexualidad a sus hijos, en comparación con lo que a ellas les paso con sus padres.

“Si mis papas me hubieran hablado de sexualidad, quizá no me hubiera embarazado tan chica... Es por eso que yo si les hablaría de sexualidad a mis hijos, para que sepan la consecuencias de tener relaciones sexuales antes de casarse”. (Encuesta No.49)

Aquí se observa el cambio de ideas, quizá en nuestros tiempos aya es mas común hablar de sexualidad, solo que no todos estamos dispuestos hablar de esos temas, por que a pesar de que ya se habla de ello, aun seguimos teniendo muchos prejuicios.

El 96.4% si les hablaría de sexualidad para que estén mejor informados. Las siguientes tablas nos muestran el porcentaje de mujeres que les hablarían sus hijos de sexualidad y también por que lo harían.

Hablaría de sexualidad con sus hijos		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	96.43
No	2	3.57
Total	56	100.00

Fuente: Cálculos Propios

Por que les hablaría de sexualidad		
	Frecuencia	Porcentaje
No contesto	2	3.57
Para que se protejan de enfermedades y embarazos no deseados	19	33.93
Para que no tengan tantos hijos	1	1.79
Para que estén mejor informados	31	55.36
Para que o cometan los mismos errores de los padres	3	5.36
Total	56	100.00

Fuente: Cálculos Propios

Estos cuadros muestran que el 53.36 % les hablarían de sexualidad a sus hijos solo para que estén informados y no busquen la información en otras partes.

¿Qué opinión tiene sobre tener relaciones sexuales antes del matrimonio?

“Pues que si son buenas, si se hace con la persona que de verdad uno quiere y si no puede causar problemas en la relación” (Encuesta No. 028)

“Que no es bueno, por que cuando de casa uno el hombre puede reprocharlo siempre” (Encuesta No.47)

“Es una buena manera de conocer a la pareja”

“Es malo, lo digo por experiencia, yo tuve dos abortos, por que mi pareja no quería que nacieran, y ahora que ya queríamos tener un bebe, me costo mucho trabajo poder embarazarme”. (Encuesta No.049)

Aquí podemos observar las respuestas divididas. Si hay mujeres que aceptan este tipo de relaciones antes del matrimonio, el cual se encuentra un 37.5%, mientras que las mujeres que rechazan este tipo de actos son del 42.8%. Podemos ver que aquí el porcentaje mas alto es el de las mujeres que rechazan el tener relaciones sexuales antes del matrimonio, aunque no es mucha la diferencia con las que si las aceptan.

Esto se podría pensar que las respuestas van de acuerdo a las edades de las entrevistadas, pero no es así.

¿Qué opinión tiene usted de las mujeres que salen a trabajar?

“Que hoy en día el dinero no alcanza en la casa y si el marido les permite hacerlo esta muy bien, son muy luchonas esas mujeres” (Encuesta No. 023)

“En primer lugar desatienden su casa, sus hijos y a el marido, muchas veces trae problemas, ya que no les dan la atención necesaria tanto a los hijos como al marido”. (Encuesta No. 009)

“Ene mi caso tengo que trabajar, para mantener a mis dos hijos, por que mi marido me dejo y desde ese entonces yo me hago cargo de los gastos de la casa y de mis hijos también”. (Encuesta No.033)

“Son mujeres que les gusta ayudar al marido económicamente hablando, aunque descuiden su casa, pero muchas de esas mujeres también lo hacen por necesidad” (Encuesta No. 011)

El papel que juega la mujer dentro del hogar es muy importante, ya que dicen que la mujer es la principal formadora de valores dentro de la familia, además de ser amiga, madre, compañera, confidente, entre otros.

“A veces es bueno contar con alguien que nos ayude con los quehaceres de la casa, es tan agotador que cuando los hijos quieren hablar con uno, ya estamos cansadas y no les damos la suficiente atención. A mi me encantaría que me ayudaran, bueno que no me hagan todo, pero que me ayuden con algo y así no terminar tan cansada y así poder dedicarle mas tiempo a mis hijos” (Encuesta No. 012)

Esto es muy importante ya que el desgaste físico en realizar labores domesticas, también afectan a la salud de la mujer. Sobre todo en zonas como estas donde las labores domesticas son desgastantes, las mujeres que tienen hijos mayores reciben ayuda de ellos en las labores domesticas, en alguna como: barrer lavar trastes y tender camas.

Pero las mujeres que sus hijos son aun pequeños tiene que realizar todas esas labores. En pocos casos su pareja les ayuda pero son muy pocos los casos.

¿En alguna ocasión ha escuchado hablar sobre la muerte de mujeres durante el parto o después del parto?

“Si. Solo se que las mujeres mueren porque no fueron atendidas a tiempo, y se les paso el parto, o bien se desangran después de que nació el bebe” (Encuesta No.045)

“No se mucho del tema solo lo que la gente comenta, que el bebe venia mal acomodado y los doctores no pudieron hacer nada” (Encuesta No.004)

“Yo soy medico y se las causas por las que fallece una mujer, y muchas veces puede ser que no fueron atendidas a tiempo, es decir, no acudieron a revisiones medicas, para diagnosticar algún problema que podía ser previsto”

“Pueden fallecer por negligencia medica, que si hay casos, donde dejan que las mujeres se desangren.” (Encuesta No. 009)

“Por hemorragias por que acudieron con una partera, las cuales no tienen los recursos necesarios con los que cuanta una clínica”. (Encuesta No. 042)

Las respuestas de estas mujeres son muy acertadas, ya que sabemos que por cualquiera de esas causas puede morir una mujer, pero a pesar de que saben las causas, son pocas las mujeres que saben de estos casos.

Conoce algún caso sobre mortalidad materna infantil		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	23.21
No	43	76.79
Total	56	100.00

Fuente: Cálculos Propios

De las 56 mujeres encuestadas solo 13 de ellas conocen algún caso de muertes maternas o infantiles.

El cuadro anterior nos muestra: Que casos conocen las encuestadas y el porcentaje. Como se puede observar el 78% de las mujeres no contestaron a la pregunta, lo que nos hace saber que no conocen caso alguno de mortalidad materno infantil, el otro 14% nos dice que si conocen algún caso amigas o alguna conocida.

**“Una amiga murió porque no la atendieron a tiempo en el hospital, y también su bebe murió”
(Encuesta No. 023)**

“Cuando yo me alivie de mi primer bebe, en el hospital donde yo me atendí murió una mujer junto con su bebe, nunca supe por que razón” (encuesta No. 018)

**“El de una señora que su bebe ya había muerto antes de nacer y la señora se había dado cuenta hasta que ella se enfermo y también murió”
(Encuesta No. 045)**

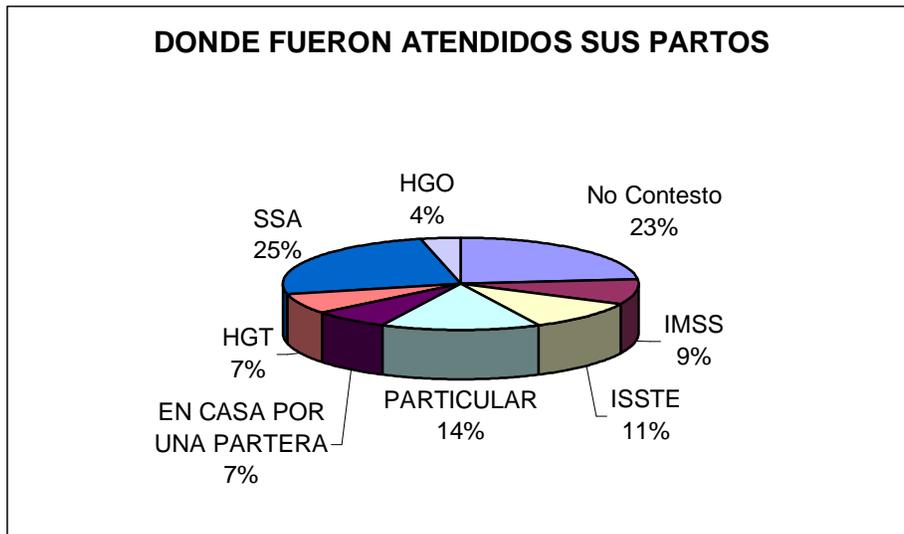
Y solo el 4% sabe de la muerte de un familiar por complicaciones del parto.

“Mi mamá alguna vez nos contó que mi abuela murió cuando nació su hermano el mas chico. Dice mi mamá que no aguanto el parto, con ese eran ya 12 hijos” (Encuesta No. 013)

“Una tía, murió por una hemorragia después del parto” (Encuesta No. 040)

“A mi prima le hicieron cesarí y se le infectaron las puntadas y murió” (Encuesta No. 046)

¿Dónde fueron atendidos sus partos?



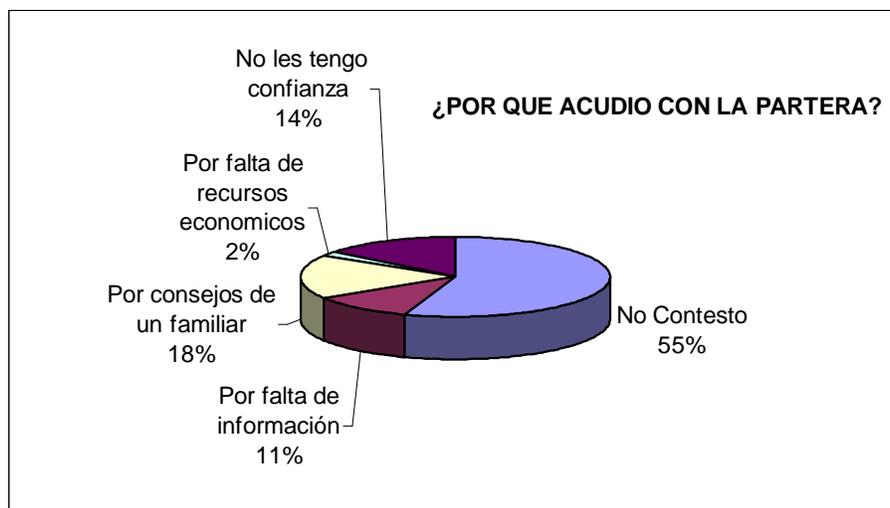
Fuente: cálculos propios

¿Alguna vez acudió con una partera?

Acudió con una partera		
	Frecuencia	Porcentaje
No contesto	6	10.71
Si	16	28.57
No	34	60.71
Total	56	100.00

Fuente: Cálculos propios

Como se puede observar la mayoría de estas mujeres no acudieron con una partera durante sus embarazos, y quizá no conozcan alguna. En la siguiente grafica veremos las razones por las cuales las mujeres que respondieron que si, han acudido con una partera o también conocida como comadrona.



Fuente: Cálculos propios

Las mujeres que no contestaron, son las que no acudieron con alguna partera. Esta grafica nos muestra que aun las parteras siguen teniendo influencia en las mujeres, el 18% dice que acudieron con la partera por consejo de un familiar (la madre o la suegra de la entrevistada), el otro 14% dice que no le tienen confianza a la mujer, ya que ellas no tienen los recursos necesarios con los que cuenta un doctor ni tampoco los conocimientos.

El 11% dice que acudieron con ella por que no tenían la información suficiente y ellas les ayudaron.

“Yo fui con la partera para que me confirmara si estaba embarazada” (Encuesta No. 027)

“Dice mi suegra que son buenas, que a ella en todos sus partos la atendió una partera y todos sus hijos nacieron bien, que por que yo no lo aria” (Encuesta No. 035)

“Solo fui para que me acomodara el bebe, en ese entonces vivía en Estados Unidos con mi esposo” (Encuesta No. 005)

“Esa mujer es muy conocida y mis tres hijos nacieron con ella” (Encuesta No. 036)

“Yo no conozco alguna partera además de que no confiaría mi salud ni la de mi hijo, con alguien que no tiene los conocimientos de medicina” (Encuesta No. 011)

Se sabe que las parteras son a parte de los médicos las que fomentan la planificación familiar y también la educación sexual, más hoy en día, donde se cree que a las parteras ya no se les tiene la confianza suficiente como para que atiendan los partos. Las parteras están siendo preparadas para cualquier emergencia referente al parto por medio de la SSA. Con la finalidad de que cuando una mujer necesite de una partera, por distintas circunstancias, este segura tanto la vida de la mujer como la del producto.

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación nos pudimos dar cuenta que son muchos los factores que causan la muerte de mujeres, antes, durante o después del parto, al igual que la de el producto. Tampoco no importa la edad de las mujeres a la que tienen a su bebe, esto es mas bien dependiendo de la atención que se le brinde a la mujer durante o después del parto.

En esta investigación se analizo un poco sobre salud reproductiva, que tanto sabían las mujeres sobre sexualidad, sobre el uso de métodos anticonceptivos y si ellas los usaban. Los resultados fueron sorprendentes. Las mujeres encuestadas de comunidades semi urbanas, a las cuales sus padres jamás les hablaron de sexualidad, ni mucho menos como se concebía un hijo, arrastraron graves problemas de información, trayendo consigo muchas dudas que con el tiempo estas mujeres fueron respondiéndose por si solas. Con esto se puede ver que tan importante es la educación sexual a temprana edad.

Es decir, si a estas mujeres sus padres les hubieran hablado de sexualidad, para ellas hubiera sido más fácil hablarlo con sus hijos, y como dicen ellas, también no se hubieran embarazado a muy temprana edad. Al hablar de sexualidad esto les trae beneficios como por ejemplo: protegerse de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc. Esto hace que protejan su salud, la de sus parejas y la de toda su familia.

Pero es bien sabido que la desigualdad es muy común así como también lo es en la salud, las mujeres en comunidades rurales (como en este caso), son más propensas a esto ya que los hospitales o centros de salud en dichas comunidades están mas alejados los cuales hacen que sus enfermedades se compliquen mas o bien acudan a automedicarse y esto puede traer serias consecuencias.

En cuanto a los Centros de Salud, pues no todos cuentan con los recursos necesarios para atender ciertas enfermedades, es decir: Medicinas, Camas, Doctores, Enfermeras, etc.

En los hospitales del Estado gracias al Programa Estatal de Salud. 1999 – 2005 se ha logrado:

- Que más del 70% de las mujeres embarazadas tengan atención médica, con la finalidad de diagnosticar alguna enfermedad o complicación que pueda ser atendida a tiempo.
- Aumentar al 90% la atención a mujeres con embarazos de alto riesgo
- Capacitar a las pateras empíricas para la atención prenatal.

Estas son solo algunas acciones que se proponen realizar en los hospitales y clínicas del Estado, en cuanto a la atención a Salud Reproductiva. Y como estas se necesitan más y no solo en el estado de Tlaxcala ya que la mayoría de las muertes maternas en nuestros estados pudieron ser evitadas.

A lo largo de esta investigación se encontró que las mujeres si saben sobre la muerte de mujeres durante el embarazo o después de ello (muerte materna), pero son muy pocas las mujeres que dijeron conocer algún caso, es decir, son pocas las mujeres que nos 127

hablaron del caso de algún familiar o amiga. La mayoría de estas muertes fueron por partos mal atendidos, ya sea por médicos o por parteras. Estas muertes fueron por negligencia médica o por hemorragias. La Secretaria de Salud de Tlaxcala en el año 2001 registro 11 muertes maternas por diversas causas, la mayoría de ellos atendidos por médicos. (Ver anexos), estas son solo las muertes que están registradas (actas de defunción) pero hay otras tantas de las cuales no se registran, tanto en hospitales particulares y de gobierno. Para el 2002 se registraron 11 decesos de los cuales 10 fueron en el Estado de Tlaxcala y uno en Puebla (Ver anexos), los mismos decesos que el año 2001 y la mayoría por las mismas causas.

Algunas propuestas para este problema de mortalidad materna en el Estado de Tlaxcala son:

- Realizar campañas de comunicación educativa: Hacer concientización, de alumnos a nivel primaria para el acceso de información sobre embarazos de alto riesgo e información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos para así disminuir los embarazos no deseados en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual.
- Aumentar la difusión por la radio, televisión, sobre los factores de riesgo en la mujer embarazada y sobre los métodos anticonceptivos, en horas de mayor audiencia.
- Elaborar carteles sobre los riesgos y actividades para la atención de mujeres embarazadas con la finalidad de que la mujer los pueda ver cuando asista a su consulta mensual y así sepa de los riesgos y como poder atenderlos.

- Capacitación continua a médicos de instituciones de gobierno y particulares , en donde se han presentado más muertes maternas, con la finalidad de estar mas alertas en esos casos de embarazos de alto riesgo y saber como atenderlos, o donde poder canalizarlos, en caso de no poder atenderlos ellos.
- Abastecer a los hospitales de los recursos necesarios para atender este tipo de emergencias. Es decir. Reforzar los centros de salud integrales con: material de curación y equipos de parto, para así poder atender partos normales y partos de bajo riesgo.
- Dotar a los hospitales principales de instrumental médico como: ultrasonido y tococardiografo sobre todo en el área de de consulta del servicio de Gineco Obstetricia.
- Hacerle saber a la embarazada sobre los factores de riesgo durante la consulta o bien en la sala de espera.
- Mejorar la calidad de la atención obstétrica y pediátrica
- Difundir la experiencia y los conocimientos para fines académicos y de investigación, con el propósito de poder evitar otras muertes.
- Disponer de estadísticas sobre mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, para poder hacer las comparaciones correspondientes.
- Determinar existencia y naturaleza de factores previsibles y evitables recopilados con causas de muertes iguales

Estas propuestas surgen porque se han encontrado fallas en aspectos como por ejemplo: En el caso de los médicos, los resultados de la investigación dio que la mayoría de los médicos no están completamente capacitados para llevar acabo un parto de alto riesgo,

es por eso que mueren las mujeres al ser trasladadas a otra institución para su atención, Otro es que los hospitales no cuentan con el material necesario para atender los partos, en muchas ocasiones todas las camas están ocupadas y por esa razón no son aceptadas y sufren alguna complicación en el parto. Tanto los médicos particulares como los que trabajan en instituciones de gobierno, no identifican oportunamente los factores de riesgo en mujeres embarazadas, y por ese motivo se les complica y no son mandadas a tiempo a las instituciones correspondientes, sino hasta que la pariente ya se encuentra en un estado crítico es cuando se mandan a el segundo nivel de atención, del cual ya se hablo.

La mayoría de las muertes maternas son evitables con un acceso oportuno a servicios de buena calidad, tanto de planificación familiar como de atención obstétrica.

Es por ello, que es una prioridad contribuir hacer a un lado las barreras que impiden el acceso oportuno de las mujeres a las instituciones de salud, mejorando así, la calidad y cobertura de los servicios, y realizar estimaciones realistas de la mortalidad materna y sus causas. Todo ello con el fin último e indiscutible de evitar muertes que, por definición, son susceptibles de ser prevenidas.

ANEXOS

TLAXCALA (CIUDAD), ciudad de México ubicada en el eje Volcánico transversal o cordillera Neovolcánica, a 2.252 m, al pie del volcán La Malinche y a orillas del río Zahuapan. Es cabecera municipal del estado de Tlaxcala. De origen náhuatl, su nombre significa 'lugar del pan' o 'tortilla gruesa'. Presenta un clima templado. Es un importante centro comercial, industrial, sobre todo de alimentos, y de servicios. Su territorio es atravesado por el ferrocarril que une la ciudad de México y Puebla. Dentro de sus atractivos turísticos están la plaza Principal, los palacios de Gobierno, Municipal y de Justicia, la catedral, la iglesia y convento de San Francisco y el Parque nacional Xicoténcatl, entre otros. En la ciudad se celebra una feria internacional (comercial, agrícola, ganadera e industrial) ⁸⁹. El estado de Tlaxcala tienen una población de aproximadamente de 949,757 habitantes, lo que representa el 1% de la población total del país. Un poco mas de la mitad de la población es del sexo femenino y de este el 52% esta en edad fértil; los menores de cinco años constituyen el 12% de la población total. El 73.3% de la población del Estado viven áreas rurales. Su tasa de natalidad es de 2808 por 1000 habitantes y su tasa global de fecundidad es de 3.1 la cual es superior a la nacional que es de 2.3 %.

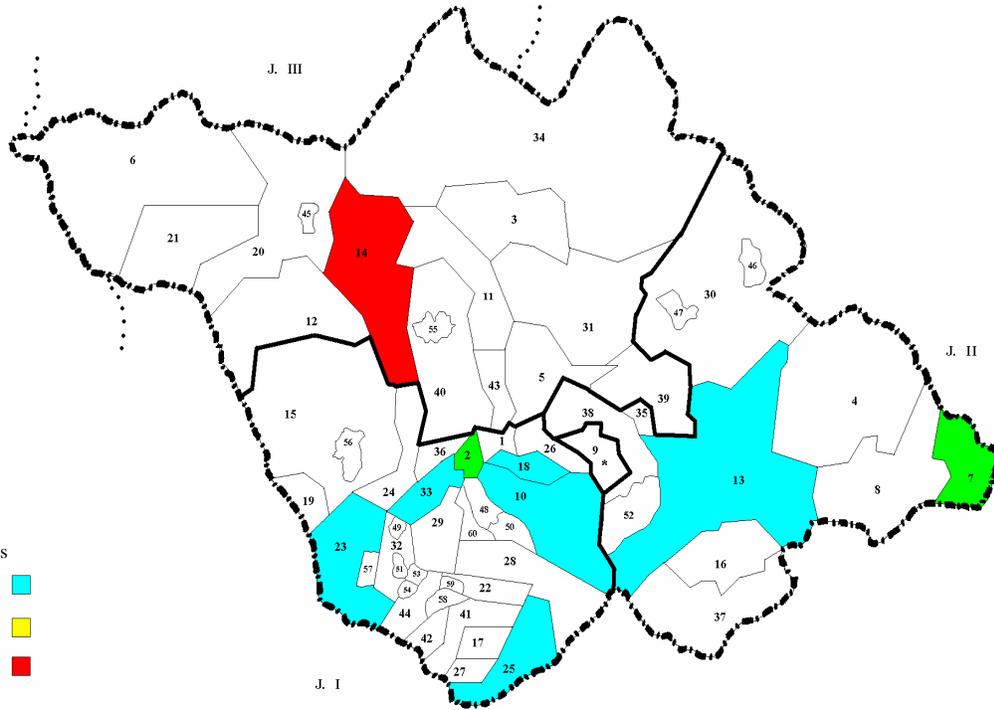
⁸⁹ "Tlaxcala (ciudad)." Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Ubicación del Estado de Tlaxcala en la Republica Mexicana



El Estado de Tlaxcala cuenta con 60 municipios.

- 1.- Amaxac de Guerrero
- 2.- Antonio Carvajal
- 3.- Atlangatepec
- 4.- Alzayanca
- 5.- Apizaco
- 6.- Calpulalpan
- 7.- El C. Tequexquitla
- 8.- Cuapixtla
- 9.- Cuaxomulco
- 10.- Chiautempan
- 11.- Domingo Arenas
- 12.- Españita
- 13.- Huamantla
- 14.- Hueyotlipan
- 15.- Ixtacuixtla
- 16.- Ixtenco
- 17.- José Ma. Morelos
- 18.- Juan Cuamatzi
- 19.- Lardizabal
- 20.- Lázaro Cardenas
- 21.- Mariano Arista
- 22.- Miguel Hgo. y Costilla
- 23.- Nativitas
- 24.- Panotla
- 25.- San Pablo del Monte
- 26.- Sta. Cruz Tlaxcala
- 27.- Tenancingo
- 28.- Teolochohco
- 29.- Tepeyanco
- 30.- Terrenate
- 31.- Tetla
- 32.- Tetlatlahuca
- 33.- Tlaxcala
- 34.- Tlaxco
- 35.- Tocatlán
- 36.- Totolac
- 37.- Trinidad Sánchez Santos
- 38.- Tzompantepec
- 39.- Xalostoc
- 40.- Xaltocan
- 41.- Xicohténcatl
- 42.- Xicohtzinco
- 43.- Yauhquemecan
- 44.- Zacatelco
- 45.- Benito Juárez
- 46.- Emiliano Zapata
- 47.- Lázaro Cardenas
- 48.- La Magdalena Tlaltelulco
- 49.- San Damián Texoloc
- 50.- San Fco. Tetlanohcan
- 51.- San Jerónimo Sacualpan
- 52.- San José Teacalco
- 53.- San Juan Huactzingo
- 54.- San Lorenzo Axocomanitla
- 55.- San Lucas Tecopilco
- 56.- Sta. Ana Nopalucan
- 57.- Sta. Apolonia Teacalco
- 58.- Sta. Catarina Ayometla
- 59.- Sta. Cruz Quiletle
- 60.- Sta. Isabel Xiloxoxtla



SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA POBLACIÓN

AGRICULTURA

Durante las últimas tres décadas, en el estado de Tlaxcala las actividades del sector agropecuario perdieron importancia respecto de las actividades industriales, comerciales y de los servicios.

En el municipio de Tlaxcala, también se presenta el mismo fenómeno; sin embargo es conveniente analizar las actividades primarias ya que representan una base para el desarrollo económico.

GANADERÍA

El Censo Agrícola-Ganadero de 1991 refleja que el municipio de Tlaxcala contaba con un total de 838 unidades de producción rural para la cría y explotación de animales. Para el año agrícola 2000/01 en el municipio se destinaron 152 hectáreas para la ganadería; siendo 112 dedicada para maíz forraje, 38 para alfalfa y 2 para hebo.

Esta actividad no representa un peso importante en la economía del estado; sin embargo, representa el medio de auto consumo para muchas familias del municipio. De acuerdo a esta misma fuente, para el año 2001 se registraron una población de 1 316 cabezas de ganado porcino, 370 de bovino, 326 colmenas y 5 624 aves.

PESCA

En el estado de Tlaxcala, se realizan acciones acuícolas que son representativas de una rama de la economía que puede expandirse y beneficiar a las comunidades de la entidad.

En el municipio, durante el año del 2001 se logró una captura de 14 240 kilogramos de pescado correspondiendo 12 010 Kg., a carpa barrigona y 2 230 a carpa herbívora. La pesca se realiza en dos embalses, de los cuales, uno es laguna otro canal.

INDUSTRIA

En el municipio de Tlaxcala, el sector industrial lo integran, de acuerdo a información proporcionada por la Secretaría de Desarrollo Económico del gobierno del Estado 24 establecimientos.

COMERCIO

Derivado de los rápidos procesos de industrialización, urbanización y crecimiento poblacional, se han incrementado en el municipio las unidades de comercio y abasto.

Actualmente en el municipio existen un mercado municipal, 3 tianguis, un rastro municipal, 3 centros comerciales, 2 tiendas departamentales y 3 tiendas institucionales.

DICONSA también registró para este mismo año 10 tiendas rurales en el municipio y un almacén central; por su parte LICONSA considera 5 centros de distribución de leche fluida y en polvo con una población atendida de 3 388 beneficiarios con una dotación anual de 650 496 litros de leche.

De acuerdo a los Censos Económicos 1999 del INEGI, en 1998 se contaba en el municipio con 1 885 unidades comerciales que proporcionaban empleo a un total de 3 900 trabajadores.

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

El estado de Tlaxcala es una de las entidades del país que han conformado una amplia y eficiente red carretera.

Esto significa que los municipios del estado cuentan con una importante infraestructura de transportes, lo cual facilita el crecimiento de las economías locales, y de los

mercados regionales que se conforman con localidades pertenecientes a los estados colindantes.

El municipio de Tlaxcala cuenta con una longitud carretera construida de 53 Kilómetros.

En cuanto a la infraestructura de comunicaciones existen en el municipio de Tlaxcala, una estación de televisión, una estación radiodifusora de amplitud modulada y 2 de frecuencia modulada, una oficina de telégrafos, una administración de correos, 5 agencias y 37 expendios de estampillas y una oficina de mensajería y paquetería acelerada.

La capital del Estado cuenta con todos los servicios. En el año de 2001 el municipio de Tlaxcala contó con 23 fuentes de abastecimiento de agua potable integrada por 22 pozos profundos y un manantial. En el servicio de Energía Eléctrica operaron 20 783 tomas instaladas de energía eléctrica de las cuales 20 673 tomas residenciales corresponden a, comerciales e industriales y 110 no domiciliarias que comprende: alambrado público, bombeo de aguas potables y negras, servicio temporal y bombeo para riego agrícola

SALUD DE TLAXCALA
SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL
DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA

CASOS DE MUERTE MATERNA

2001

¿Quién y en donde se otorgo la atención a la embarazada?

- 1.- Fue atendido por un medico privado → Clínica de Tetletlehuca
Acretismo Placentario Ginecólogo realizo
Histerectomía
- 2.- Parto Fortuito, atendido por la misma embarazada. → Fallece en el hogar.
- 3.- Parto atendido por un medico → Atendida en el H.R.T → Fallece en el
H.G.O Cesárea
Pasante. Antecedente de Hepatitis B
- 4.- Unidad Médica → H.G.O → Clínica Particular → H.G.Θ → Fallece en
el Control Prenatal R.P.M Cesárea Regresa H.G.T
- 5.- Medico Particular atendió el parto. En clínica particular y ahí mismo fallece.
- 6.- Hospital de Gineco. → Medico Particular → Fallece en el
Hospital Cesárea del ISSSTE
- 7.- Atendido por Medicina Tradicional.
Fallece por Placenta Acreta
- 8.- Hospital Gineco-Obstetricia. → Fallece en el Hospital
General de Tlaxcala
Acretismo Placentario Histerectomía.
- 9.- Unidad Médica Rural → Hospital de Huamantla → Fallece en el
Cesaría Anterior Placenta Previa H.G.T
- 10.- Parto Fortuito en el → Unidad Medica → H.G.O → H.G.T
Hogar Revisión de Cavidad Sangrado
- 11.- Unidad Medica → Hospital de Huamantla → Fallece en
2 Cesáreas Previas Cesárea + Histerectomía el H.G.T.

SALUD DE TLAXCALA
SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL
DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA

CASOS DE MUERTE MATERNA

2002

¿Quién y en donde se otorgo la atención a la embarazada?

- 1.- Pasante → Médico Particular → Hosp. en Huejotzingo → Fallece en el Hospital la Paz Puebla
Transfiere A H.G.T
Proteinuria en Orina
- 2.- C.S.C / Concordia → H.G.T. → H.G.O
Presión alta No es aceptada → Fallece en la ambulancia
Post. Even. Obst.
3. - Control Med. Part. De Puebla → Hospital Médico Quirúrgico Apizaco Llevada por Los familiares
Por Teléfono. R.P.M.
4. - Hops. Gineco. Obs. → Hospital Gineco Obs. → H.G.T.
Cesaría + Salpingo Cuadro Séptico
Oforetomia.
- 5.- I.M.S.S. → Reingresa a la clínica 8 → Hospital de la Loma del I.M.S.S
R.P.M. Endometritis + Schoc séptico
- 6.- Médico Particular → Centro de Salud V.V.G → H.G.T.
Salmonelosis DX. Embarazo
- 7.- Médico Particular → Hospital Huamantla → Hospital Regional de Tlaxcala
Crisis Convulsivas
- 8.- Hospital Central de Apizaco
Eclampsia + Desnutrición
- 9.- Hospital de Gineco Obstetricia → H.G.T. → H. Regional
Cesárea por D.P.P.N.I → Fallece en el traslado.
- 10.- C.S.C.H / V.V.G → Hosp. Regional → H.G.T. (hras para su atención en U.C.I
Preeclampsia Post. Event. Propia elección
Obstétrico se envía H.G.O
- 11.- Médico Particular → H.G.T.

Antecedentes de Hepatitis viral. + —————> Falla Orgánica Múltiple.
15 días con amoxicilina

ENCUESTA.



Casa abierta al tiempo

Folio: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Duración de la entrevista: _____

Estamos realizando un estudio, que servirá para elaborar una Tesina Profesional. Solicito de Usted su ayuda para que conteste unas preguntas, que no le llevaran mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y serán utilizadas con fines académicos. Muchas gracias por su colaboración.

Edad: _____ Estado Civil: _____

Localidad donde vive: _____

Conteste las preguntas que aparecen a continuación.

I.- DATOS GENERALES.

1.- ¿Actualmente con quién vive?

- 1. Con su pareja e hijos. ()
- 2. Sus padres y con los hijos de usted. ()
- 3. Su Madre e hijos de usted ()
- 4. Su Padre e hijos de usted ()
- 5. Otros (). Cuales _____

2.- ¿Cuántas personas viven con usted?

3.- ¿Quién es el sostén económico de su hogar?

4.- ¿Qué nivel de estudios tiene usted?

II. FAMILIA

1.- ¿Tiene hijos? Si () No ()

Si no tiene hijos pase a la pregunta 8

2.- ¿Cuántos hijos tiene? ()

Si sus hijos son mayores de 6 años responda la siguiente pregunta, si no pase a la pregunta 8

Marque con una X.

3.- Escolaridad de sus hijos

	Hijo 1	Hijo 2.	Hijo 3.	Hijo 4	Hijo 5	Mas.
Primaria						
Secundaria						
Bachillerato						
Profesional						
Otra. _____						

4.- ¿A qué se dedica su Pareja?

5.- ¿Y usted a qué se dedica?

6.- ¿Cuántas horas del día le dedica usted y su pareja al trabajo?

7.- Quién realiza las siguientes actividades en el hogar.

	Entrevistada	Pareja	Hijos	Familiares	Otros
Barrer					
Trapear					
Cocinar					
Lavar trastes					
Sacudir					
Lavar ropa					
Limpiar muebles					
Planchar					
Tender camas					
Cuidado de los hijos					

8.- ¿Le gustaría que algún familiar o conocido le ayudara a realizar alguna de estas actividades?

Si () No ()

¿Por qué?

III. SEXUALIDAD Y EMBARAZO

1.- ¿Cundo usted vivía con sus padres, los escuchó hablar alguna vez sobre sexualidad?

Si () No ()

2.- Si sus padres le hablaron de sexualidad. ¿Qué le decían?

3.- Si no le hablaron ¿Por qué cree usted que no lo hicieron?

4.- ¿Cuando usted tuvo alguna duda sobre sexualidad a quién acudía para que le aclarara dicha duda?

5.- ¿Usted le hablaría a sus hijos sobre sexualidad? Si () No ()

¿Por qué?

6.- ¿Qué opina usted sobre tener relaciones sexuales antes de casarse?

7.- ¿A los cuántos años se caso?

()

8.- ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?

()

9.- ¿Antes de que usted se embarazara recibió información sobre el embarazo?

Si () No ()

¿Cuál fue la información que recibió?

10.- ¿Durante su (s) embarazo (s) acudió al medico?

Si () No ()

11.- ¿Con que frecuencia lo hacia?

12.- ¿Tuvo alguna complicación en su embarazo (s) o después del embarazo? Si () No ()

13.- ¿Qué complicaciones tuvo?

14.- ¿Todos sus embarazos fueron deseados y planeados?

16.- Sus partos fueron atendidos en clínicas del

a) IMSS b) ISSTE c) Particulares d) En casa e) Otro. Cual_____

17.- ¿Alguna vez acudió con una partera? Si () No ()

¿Por qué?

18.- ¿Su pareja está satisfecha con la familia que tienen ahora? Si () No ()

¿Por qué?

19.- ¿Y usted, esta satisfecha de la familia que tiene ahora?

20.- ¿Usted cree que entre mas hijos se tenga, es mejor? Si () No ()

¿Por qué?

21.- ¿Cree usted que ellos serán el sostén del hogar en un futuro? Si () No ()

¿Por qué?

22.- ¿Qué opina usted de las mujeres que salen a trabajar?

IV. ANTICONCEPCIÓN Y SALUD MATERNO INFANTIL.

1.- ¿Usted ha escuchado hablar de los métodos anticonceptivos?

Si () No ()

2.- ¿Qué ha escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos?

3.- ¿Ha utilizado usted algún método anticonceptivo?

Si () No ()

4.- ¿Quién tomo la decisión de que método anticonceptivo usar?

a) Mi pareja b) Yo lo decidí c) Ambos lo decidimos d) Otra persona. Quien_____

5.- ¿Su pareja, qué opinión tiene sobre el uso de métodos anticonceptivos?

6.- ¿Usted recomendaría el uso de métodos anticonceptivos?

Si () No ()

¿Por qué?

7.- ¿Qué papel juega la mujer dentro del hogar?

8.- ¿Qué papel juega la mujer fuera de hogar?

9.- ¿En alguna ocasión ha escuchado hablar sobre la muerte de mujeres durante el parto o después del parto?

Si () No ()

10.- ¿Qué ha escuchado sobre el tema?

11.- ¿Usted conoce algún caso de mujeres que hayan muerto durante el parto o después de éste?

Si () No. ()

12.- ¿Qué caso conoce usted?

GRACIAS POR SU COLABORACION
GLOSARIO

Amoxicilina: antibiótico utilizado para tratar infecciones. Tiene muchas indicaciones, entre ellas el tratamiento de infecciones respiratorias, del oído, de la piel, urinario, genital y gonorrea. La amoxicilina actúa impidiendo a las bacterias invasoras multiplicarse dentro del organismo.

Chlamydia: género de bacterias que son parásitos intracelulares obligados. Hay dos especies, *Chlamydia trachomatis* y *Chlamydia psittacci*, que son patógenas para el hombre. La infección con *Chlamydia psittacci*, que produce la psitacosis, es relativamente rara. *Chlamydia trachomatis* origina una infección en el tracto urogenital conocida como linfogranuloma venéreo, que fue determinada a comienzos de la década de 1980, como una enfermedad venérea muy extendida.⁹⁰

Cuadro Séptico: Situación clínica grave con manifestaciones sistémicas de una infección

Dx Embarazo: Valoración e signos y síntomas basados en el embarazo.

Eclampsia: proceso agudo de convulsiones desencadenado por una hipertensión mal controlada durante el embarazo. La eclampsia aparece como fase final de la preeclampsia cuando ésta no se ha diagnosticado y controlado. Precedida por cefaleas intensas, náuseas, vómitos, irritabilidad, trastornos visuales y oliguria, se inicia con una contracción tónica de 30 segundos seguida por contracciones clónicas (*véase*

⁹⁰"Chlamydia." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Convulsión) durante 2 o 3 minutos, para acabar en coma. Es una urgencia médica y obstétrica con alta mortalidad materno-infantil que se trata con hipotensores, diuréticos, dieta, sedantes, anticoagulantes y finalización del embarazo.

Endometritis: es una inflamación del revestimiento mucoso del útero que puede afectar tanto al cuello como al cuerpo del órgano, o a ambos. El cáncer y los tumores fibrosos del útero son bastante frecuentes, al igual que la endometriosis, que consiste en la aparición de revestimiento uterino por fuera del órgano.

Gonorrea, enfermedad infecciosa del hombre transmitida por contacto sexual que afecta sobre todo a las membranas mucosas del tracto urogenital. Se caracteriza por un exudado purulento y está originada por una bacteria, el gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*). El periodo de incubación es de dos a siete días.

Hepatitis B: Se transmite por contacto sexual y por vía placentaria (de la madre al feto). También se transmite por sangre contaminada con el virus de la hepatitis (*véase* Hepadnavirus) o productos que han estado en contacto con ella: transfusiones con sangre no analizada (en la mayoría de los países es obligatorio comprobar la ausencia del virus en la sangre), jeringas y agujas no estériles (debe usarse material desechable), navajas de afeitar o rasurar, cepillos de dientes, y material odontológico o quirúrgico no estéril. El virus se halla en casi todos los fluidos corporales de las personas infectadas: saliva, lágrimas, semen, leche, líquido sinovial, etc. Todos estos líquidos podrían llegar a ser infecciosos aunque mucho menos que el suero sanguíneo; así, la saliva podría ser una vía de transmisión del virus de la hepatitis B, aunque de escasa eficacia.

Herpes genital: es causado por el herpesvirus simple tipo 2. Ésta es una enfermedad de transmisión sexual de importancia creciente. Sólo a veces se acompaña de cefaleas y fiebre. Se inicia con prurito local moderado seguido de erupción progresiva de vesículas. 144

Éstas se rompen, forman costras y por último se secan. Todo este proceso puede durar de una a tres semanas. Muchas veces aparecen nuevas erupciones de vesículas cuando se está secando la erupción anterior. Otra vía de transmisión es connatal: el recién nacido de una madre enferma se infecta a su paso por el canal del parto, contrayendo la enfermedad sistémica, que suele ser mortal. Este grave riesgo obliga a que estos niños nazcan por cesárea.

Histerectomía: Extirpación del útero

Histerectomía: extirpación quirúrgica del útero, y uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. Algunas veces se extirpa sólo el cuello y el cuerpo uterino; en otros casos se efectúa lo que se denomina una histerectomía total, en la que se extirpa el útero, el cuello, las trompas de Falopio, y los ovarios.

Insuficiencia renal: trastorno de la función renal caracterizado por una alteración en el filtrado glomerular y, por consiguiente, por una incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho nitrogenados, conservar los electrolitos y conseguir una adecuada concentración de la orina.

Meningitis: inflamación de las meninges o membranas que envuelven el encéfalo y la médula espinal.

Ooforectomía: Extirpación del ovario

Parto fortuito: Parto imprevisto que sucede por casualidad.

Pelviperitonitis: Inflamación pélvica, Es una capa que cubre todos los órganos internos del abdomen.

Placenta Previa: Es cuando la placenta sale primero que el producto.

Preeclampsia, complicación del embarazo caracterizada por hipertensión arterial a partir de la vigésimo cuarta semana de gestación, proteinuria (eliminación de proteínas 145

en la orina) mayor de 0,3 gramos por litro en 24 horas, o edema (acumulación de líquidos en el espacio intersticial de los tejidos) después de 12 horas de reposo en cama. La hipertensión arterial en el embarazo se define como la presión mayor de 140/90 mm Hg o el incremento en más de 30 mm Hg de la presión sistólica o de 15 mm Hg en la diastólica sobre la basal, tras 6 horas de reposo.

Proteinuria en orina: Presencia de proteínas en la orina lo cual es muy peligroso en mujeres embarazadas, esto puede producir la preeclampsia.

Salpinguitis: Inflamación de las trompas de Falopio.

Shock séptico: Forma especial de shock distributivo, provocado por alteraciones hemodinámicas causados por agentes infecciosos.

SIDA: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4 que forman parte fundamental del sistema inmunológico del hombre. Como consecuencia disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones. El VIH o SIDA se puede transmitir por vía sexual, a través del contacto con sangre, tejidos o agujas contaminadas y de la madre al niño durante el embarazo o lactancia. Tras la infección, los síntomas del SIDA pueden tardar incluso más de 10 años en manifestarse.

Sífilis: enfermedad infecciosa de transmisión sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La infección por objetos es muy poco frecuente porque el microorganismo muere por desecación en poco tiempo. La madre gestante puede transmitir la enfermedad al feto, originándose la llamada sífilis congénita, diferente, desde el punto de vista clínico, de la afección por transmisión sexual.

Virus del papiloma humano: Principal precursor de células, las cuales causan el cáncer en la matriz.

SIGLAS

HGT. Hospital General de Tlaxcala

HGO. Hospital de Gineco Obstetricia

H.R.T. Hospital Regional de Tlaxcala

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE. Instituto de Salud Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

SSA. Secretaria de Salud. (Antes Secretaria de Salubridad y Asistencia.)

CSC. Centro de Salud Concentrado

R.P.M. Ruptura Prematura de la Membrana

UCI. Unidad de Cuidados Intensivos.

Post. Even. Obst. Pos Evento Obstétrico

O.P.D Organización Pública Descentralizada

BIBLIOGRAFIA

- & Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Porrúa. 1997.
- & **Diccionario de Medicina.** Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Ed. Espasa Siglo XXI. Madrid 1999
- & El derecho a la libre decisión... **La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva.** Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva.
- & Este País. Ivonne Szasz. **Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de Hoy.** En Frecuencias y opiniones. No. 46 enero de 1999.
- & Figueroa P. Juan Guillermo. **Las condiciones de la mujer en el espacio de salud.**
- & García M. Carlos, Hernández. B. Héctor. **Desigualdad social y comportamiento reproductivo en México.**
- & Joekes Susan. **La mujer y la economía mundial.** Ed. Siglo XXI-INSTRAN México 1989.
- & Langer Ana. Tolbert Kathryn. (Editoras) **Mujer sexualidad y salud reproductiva en México.** The Population Council EDAMEX.
- & Nájera Ahumada. A. Gloria, López Arellano Blanca. **Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las Mujeres.**
- & Planificación Familiar: **Programas eficaces para el desarrollo.** Fue elaborado con el Population Referente Bureau se basa en la población del Banco Mundial Effective Family Planning Programs.
- & Salas Valenzuela Monserrat. Una vez más: **¿Cual es la perspectiva de género en la calidad de la atención médica?** En. Calidad de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva. Foro de ONG 1997

- & Saucedo Gonzalez I. **La relación violencia – Salud Reproductiva: Un nuevo campo de investigación.** En Salud Reproductiva y Sociedad. Año II. Mayo - Diciembre. 1995 No. 6 – 7.
- & Tlaxcala (ciudad). " **Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2001.** © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- & COPLADET, Dirección de Informática y Estadística. Unidad de Estadística; datos proporcionados por: OPD Salud de Tlaxcala, IMSS, ISSSTE, DIF, Módulo Médico del Gobierno del Estado, Centro de Rehabilitación Integral 2001.
- & Camarena Córdova. Rosa Maria. **Instituciones Sociales y Reproducción.** Trabajo de Tesis para lo obtención de grado de Maestra en Demografía en el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México
- & **Cuadernos de salud reproductiva. Tlaxcala.** Consejo Nacional de Población. 2001 Méx.
- & **Organización Mundial de la Salud.** Ginebra 1993
- & Romero Alcalá Laura. **Entre parteras y médicos: diálogos sobre atención a la mujer.** En Los Silencios de la Salud Reproductiva, Silencia, Sexualidad y Derechos Reproductivos. Fundación MacArthur / Asociación Mexicana de Población.
- & Código Penal. Legislación Penal Procesal. Capítulo V Aborto. ED. SISTA México 2001.
- & *Fernández Ham, Patricia. Salas y Villagómez, Guadalupe.* **Comportamiento reproductivo de la población indígena.** En Comportamiento reproductivo de la población indígena. CONAPO. 2001.
- & Elu, Maria del Carmen. **La luz enterrada.** Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. ED. FCE. Ed. 1^{er} 1993.
- & Trueba Urbina. Alberto y Jorge. **Ley federal del trabajo.** Ed. Porrúa. ED. 81^a
- & Programa “**Arranque Parejo en la Vida**”. Mortalidad Materna. Tlaxcala. Secretaría de Salud de Tlaxcala. Agosto del 2002.
- & Programa Estatal De Salud 1999 – 2005. Tlaxcala, Tlaxcala. 4 de Octubre de 1999. Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala.

PAGINAS DE INTERNET CONSULTADAS

- : Económicos de la Mortalidad Materna en México. www.hsph.harvard.edu
- : www.crlp.org/esp_iss_salud.html. Salud Reproductiva
- : www.worldbank.org.
- : Planificación Familiar. www.aldeabebe.com
- : www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/Spanish/course/index.html
- : Mujer y trabajo. www.todamujer.com
- : Langer, Glas Ana. La mortalidad Materna en México. www.hsph.harvard.edu.
- : Dr. Lozano Rafael, Mto. Hernández Bernardo y Dra. Langer. Ana. Factores Sociales y <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02oct/s02102902.html>. González Ramón. En Tlaxcala, el desarrollo socioeconómico determina la fecundidad. México. 2 de Octubre del 2002.
- : <http://www.ssa.gob.mx/>.
- : <http://www.mural.com/nacional/articulo/291880/>. Por Sara Ruiz. Grupo Reforma
- : http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/estudios_sociales/proyec6/cieysoc3/sec_3.html Hemeroteca Virtual ANUIES. <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES>. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. <http://www.anuies.mx>

