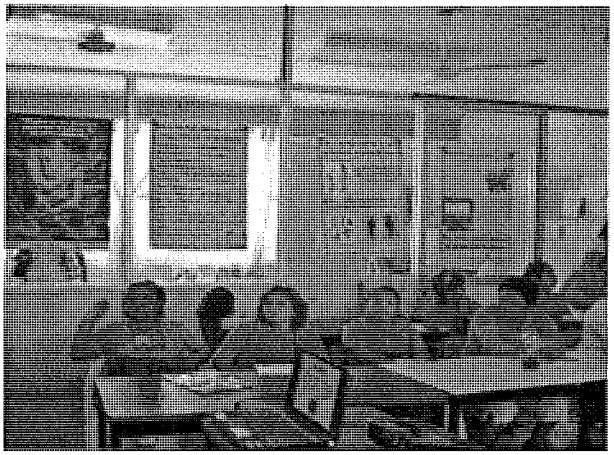
centro
H. AYUNTAMIENTO 2010 - 2012
Todos somos el Centro

Equidad en la Salud "Mujeres empoderándose de su Sexualidad"

Dirección de Atención a las Mujeres del Municipio de Centro
H. Ayuntamiento de Centro
2010-2012



Vivir Mejor

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
MÉXICO

INMUJERES
Lic. María del Rocío García Gaytán
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

H. Ayuntamiento Constitucional de Centro, Tabasco 2010- 2012

Lic. Jesús Alí de la Torre
Presidente Municipal

Lic. Addy Yolanda Quintero Buendía
Directora de Atención a las Mujeres del
H. Ayuntamiento Constitucional de Centro

Lic. Yoseline del Carmen Torres Maldonado
Subdirectora Administrativa de la
Dirección de Atención a las Mujeres
del H. Ayuntamiento Constitucional de Centro

MCE Sonia Landero Olán
Consultora y Capacitadora

Centro, Tabasco 2011

Tabla de contenido

Prologo

**SI CONSTANTEMENTE BUSCAS AGUA EN UN ESTANQUE VACIO
UN DÍA "ENCONTRARAS AGUA"**

Vivir la equidad de género en el ámbito público ha sido uno de los principales objetivos en nuestro país y en nuestro Estado. En el Municipio de Centro, Tabasco; desde el año 2001 se creó la Coordinación de Atención a Problemas de la Mujer, aunque el nombre no simboliza una visión de género, es importante visualizar que fue la primera vez en la que se creaba un organismo cuya razón de ser era la situación que vivían las mujeres. En el año 2004 el nombre de la institución cambió a "Coordinación de Atención a las Mujeres", en dicho trienio la situación de las mujeres se visualizó como un punto que requería "atención" y por último gracias a las acciones de las Diputadas Tabasqueñas se logró la creación de la "Dirección de Atención a las Mujeres", es decir la asignación de un presupuesto y la importancia que requería la situación de inequidad que viven las mujeres en el Municipio de Centro.

Lograr la equidad no es una tarea fácil en ningún lugar del mundo, dado que incluye los ámbitos público y privado, sería un atrevimiento pensar que es más fácil en uno o en otro de éstos ámbitos, dado que los papeles que viven las mujeres en cada uno de ellos son tan distintos, que es probable que encontremos a muchas mujeres empoderadas en el ámbito público sin estarlo en el privado o al contrario mujeres empoderadas en lo privado y con dificultades en el público.

Lo cierto, es que hoy día vemos a una gran cantidad de mujeres integradas a las áreas laborales, no obstante se pueden percibir situaciones de inequidad en el trabajo que realizan las mujeres y que realizan los hombres, tales como diferencia en los salarios, acceso a puestos de toma de decisión y las cargas de trabajo. En el ámbito escolar la población es mayoritariamente de mujeres en los primeros años escolares, no obstante decrece con el nivel académico, en la vida política de nuestro municipio es posible visualizar la participación de las mujeres, no obstante sigue siendo un espacio netamente masculino.

Sin embargo, cuando miramos al interior de los hogares de muchas mujeres tabasqueñas podemos observar que las luchas de las mujeres son muy distintas, las mujeres en el hogar luchan por ser visualizadas y valoradas por su pareja, por la división de las labores domésticas de forma equitativa, por la paternidad responsable con el fin de que las mujeres vivan una maternidad que les permita participar en los espacios públicos.

Muchas mujeres han declinado en sus acciones de equidad cuando alguien nos habla sobre sexualidad, dado que la percepción que nosotras tenemos de nosotras mismas es la barrera más importante a vencer.

Las mujeres desde antes de nacer somos deseadas por nuestro sexo, en un Taller sobre Sexualidad escuchaba a una mujer decir "Y entonces, después de dos varones, mi padre deseo una hija". Es

decir el deseo de tener una hija está adornado de los deseos que éstos padres y madres tienen de sus hijas y aunque hemos dado pasos agigantados para cambiar la percepción social que se tiene de las mujeres, aún escucho a muchos padres y madres decir "qué bueno que es una niña, ella me cuidará", "la podré vestir de rosa y peinarla con moñitos", "yo quiero que sea doctora, maestra o enfermera".

Durante una buena parte de nuestra niñez, los padres, madres, maestros y maestras le van enseñando a través de actitudes y mensajes a los niños y niñas cuál es el lugar dónde deben desempeñarse en la vida social, desafortunadamente esto provoca que a algunas les tapen excesivamente el cuerpo y a otros les autoricen incluso a "destaparse".

Las mujeres comprenden que son seres sexuales en la madurez de su vida, cuando logran visualizar que muchos de sus actos en la vida diaria estaban relacionados con su sexo y que eso las condenó a vivir una vida llena de represiones, de una autoestima dañada, sin saber la razón que nos les permitió vivir con equidad su sexualidad.

En materia de sexualidad hemos logrado que las mujeres tengamos acceso a servicios de salud que nos aseguran la atención y prevención oportuna en enfermedades como el cáncer cervicouterino o el cáncer de mamá, la atención continua durante el proceso de embarazo, parto y lactancia; atención especial en los últimos años tienen el grupo de mujeres adolescentes con situaciones de embarazo precoz o infectadas de serias enfermedades de transmisión sexual, población sobre la cual se están realizando acciones asertivas en ésta materia.

El presente informe busca hacer una fotografía de la forma en que viven la sexualidad las mujeres tabasqueñas, los procesos que actualmente enfrentan en el camino al empoderamiento de su propia sexualidad, así como los obstáculos que se presentan y que impiden a las mujeres vivir una sexualidad con equidad.

Introducción

La sexualidad es un término complejo que ha sido definido con una diversidad de conceptos que nos permiten visualizar que la sexualidad son todas las manifestaciones basadas en el sexo, tales como afectividad, relaciones sexuales, nuestra forma de vestir, el género, preferencia sexual, erotismo, amor, reproducción.

Algunos autores coinciden en que muchas de las manifestaciones de nuestra sexualidad las podemos percibir en nuestros pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas sociales, roles y relaciones.

La sexualidad es el resultado de la interacción de otras esferas de nuestra vida como son los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Estadísticamente en nuestro país se han realizado encuestas mediante las cuales se pretende conocer algunos aspectos de la sexualidad tales como fecundidad, número de hijos nacidos vivos, matrimonios, divorcios, estructura de los hogares, jefaturas femeninas, violencia en el noviazgo, violencia familiar, ejemplos de ellas son: el Censo Nacional de Población 2010, la Encuesta Nacional sobre el Noviazgo 2007, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar 1999, así como encuestas sobre los servicios de salud que reciben las mujeres y que van dirigidos a proporcionar atención a la salud reproductiva de las mismas.

Estas investigaciones nos han permitido tener luz sobre los estereotipos, las creencias, las actitudes, los valores, prácticas sociales, roles y actividades de mujeres y hombres, no obstante existen aspectos muy sensibles que no hemos logrado conocer y que están relacionados con los pensamientos, las fantasías, los deseos y la afectividad con la que hombres y mujeres viven su sexualidad. Esa delgada línea dónde uno de ellos no logra ejercer sus derechos, ni empoderarse de su propio cuerpo, es un territorio difícilmente explorado y es una pieza fundamental en la vida de las mujeres que viven su propia vida con una fuerte ambivalencia entre el deseo de empoderarse de sí mismas y la culpa que causa tratar de lograrlo.

Es importante considerar como antecedentes de nuestro proyecto los datos relacionados con los siguientes aspectos:

Indicadores de Género a Nivel Nacional:

En relación a los indicadores de Género a nivel nacional, es importante considerar los aspectos relacionados con las estructuras de los hogares, los estereotipos de género y la salud reproductiva, siendo que pueden aportar datos sobre la forma en que hombres y mujeres viven la sexualidad.

1. Características de los Hogares según el género:

a) La estructura de género que tienen los hogares en nuestro país: el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, nos informa que en nuestro País el 90.5% de los hogares son familiares, es decir se encuentran formados por personas con lazos sanguíneos, el 24.6% de los hogares son de jefatura femenina, aunque existe un número mayor de hogares con jefatura femenina en las zonas urbanas (26 %), la diferencia es mínima con respecto a las zonas rurales (19.3%). En relación al número de integrantes, en los hogares con jefatura masculina se tiene un promedio de 4.4 integrantes, mientras que los de jefatura femenina tienen 3.3 integrantes.

b) Factores que determinan la conformación de los hogares: dentro de éstos están la primera unión, la primera relación sexual y el primer hijo, siendo éstos los que determinan la permanencia o culminación de un hogar. A nivel nacional el promedio de la primera relación sexual de las mujeres es a los 18 años y el nacimiento del primer hijo es a los 22 años.

c) Participación económica de hombres y mujeres dentro del hogar: ésta es mayoritariamente masculina y depende de la edad que tengan los cónyuges, por ejemplo: entre las parejas más jóvenes –de edades entre 14 y 29 años-, la tasa de participación masculina en la actividad económica es de 96.9% y la femenina 33.6%; en las parejas de entre 30 y 49 años de edad, las tasas correspondiente son 97.2% y 47.7% respectivamente; y en parejas cuyos integrantes tienen 50 años o más, las tasas de participación masculina y femenina son 72.4% y 29.2, respectivamente.

d) Participación en el Trabajo Doméstico: Los índices de participación cambian cuando hablamos del trabajo doméstico, ya que las mujeres son las que dedican más tiempo a las labores domésticas, sin embargo el grado de participación de las mujeres está relacionado con el estado civil, por ejemplo: las mujeres solteras dedican en promedio 20:43 horas en promedio a la semana, mientras que las casadas 51:35 y las que viven en unión libre 52:19; por su parte las separadas o divorciadas dedican alrededor de 38 horas semanales en promedio.

En las estadísticas podemos visualizar cómo en los hogares con jefatura masculina se tienen más hijos que en los hogares con jefatura femenina, es probable que la decisión de no tener hijos esté condicionada por la autoridad que ejerce el hombre sobre la mujer; lo cual se puede visualizar también en la forma en que las mujeres participan económicamente y en el trabajo doméstico en el hogar, es decir en los hogares continúa decidiéndose que las mujeres permanezcan en casa y que los hombres sean los que trabajan.

La permanencia de los hogares sigue siendo condicionada por los estereotipos de hombres y mujeres, es decir aunque el estereotipo de la virginidad ha sido superado en algunos aspectos,

surgen nuevos como el sexo del primer hijo, los argumentos en relación a la primera relación sexual y a la primera unión.

2. Estereotipos de Género en relación a la pareja:

La encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2003 muestra que los principales estereotipos que se mantienen en la relación de pareja son los siguientes:

a) Las mujeres casadas o unidas de 15 años y más que no viven situaciones de violencia, 42.5% considera que "una buena esposa debe obedecer a su pareja en todo lo que él ordene", mientras que el porcentaje se reduce a 35.9% entre las mujeres que viven situaciones de violencia. Esto podría demostrar que la obediencia hacia el esposo genera menos violencia en la pareja, y que los estereotipos de género continúan vigentes en buena parte de la población femenina.

b) Una gran proporción de mujeres, tanto en situaciones de no violencia como de violencia, 66.2% y 68.4% respectivamente, opina que el hombre debe responsabilizarse de todos los gastos del hogar.

c) 11.6% del total de mujeres en situaciones de no violencia considera que es "obligación de la mujer tener relaciones sexuales con el esposo o pareja aunque ella no quiera", y el porcentaje sólo disminuye a 10.3% en las mujeres que viven en condiciones de violencia.

d) Tanto en condiciones de no violencia como de violencia, algunas mujeres justifican el maltrato por parte de sus parejas a causa del incumplimiento de sus obligaciones: 8.9% y 7.8% respectivamente.

Con el fin de que observemos como se han modificado los estereotipos de género a continuación se mencionan los principales estereotipos de género de los resultados de la ENDIREH 2006:

a) Acerca de la libertad personal, 19.9% de la entrevistadas debe pedir permiso al esposo o la pareja para trabajar por un pago remunerado, mientras que 46.3% le avisa o pide su opinión.

b) 15.2% debe pedir permiso para visitar a parientes o amistades, mientras que 53.7% avisa o pide opinión al esposo o pareja para hacerlo.

c) Con respecto a la opinión sobre roles de género, 4.3% de las mujeres opina que el marido tiene derecho a pegarle cuando la mujer no cumple con sus obligaciones.

d) 8% de las entrevistadas considera que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera.

e) Casi cuatro de cada diez mujeres opinan que una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene (38.2%).

f) 68.1% considera que el hombre debe responsabilizarse de todos los gastos de la familia.

Estos porcentajes aumentan cuando las mujeres han estado unidas y actualmente se encuentran separadas.

a) 43.1% opina que una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene _ 71.7% considera que el hombre debe responsabilizarse de todos los gastos de la familia.

b) 13.7% considera que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con el esposo aunque ella no quiera.

c) 7.8% opina que cuando la mujer no cumple con sus obligaciones el marido tiene derecho a pegarle.

Como podemos observar aunque hemos superado algunos estereotipos de los roles que cumplen hombres y mujeres en la pareja, éstos se diversifican y continúan existiendo a la sombra de prácticas sociales que les dan una seudoempoderamiento a las mujeres.

3. Salud Reproductiva de las mujeres.

En relación a la salud reproductiva mencionaremos los resultados de la ENADID 2009:

a) Uso de métodos anticonceptivos:

En las áreas urbanas alrededor de 75.1% de las mujeres usa anticonceptivos y en áreas rurales el porcentaje correspondiente es 63.7%.

- El 28.8% de las mujeres sin hijos usaba anticonceptivos para retrasar la llegada del primero.
- 84.9% de las mujeres con tres hijos usa anticonceptivos, la mayoría para limitar su descendencia.
- 60.1% de las mujeres en edad fértil sin instrucción usa anticonceptivos; mientras que 74.4% de las que tienen estudios pos-básicos.
- Los métodos definitivos son los de mayor frecuencia relativa; la operación femenina u oclusión tubaria bilateral y la vasectomía, en su conjunto representan el 53.2% de los métodos utilizados (50.1 y 3.1%, respectivamente); 13.6% de las usuarias utiliza métodos hormonales; 26.1% métodos no hormonales y 7% usa métodos tradicionales.
- De las mujeres que han tenido relaciones sexuales 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; el porcentaje correspondiente a las mujeres de generaciones anteriores (45 a 49 años) fue de 90.8%.

- El grupo de mujeres que tienen entre 40 y 44 años presentan la mayor prevalencia de uso (71.9%); se observa una diferencia importante entre mujeres unidas y no unidas: las mujeres unidas de ese grupo de edad tienen una prevalencia del 81.1% y las alguna vez unidas o solteras de 41.6%.

b) Fecundidad adolescente: En relación a la maternidad adolescente se tienen los siguientes resultados:

- 15.5% de las mujeres adolescentes han tenido al menos un hijo nacido vivo.

- 9.2% de los embarazos ocurridos en el periodo 2004-2009 terminó en aborto.

- 13.8% de las mujeres fallecidas en 2009 por muerte materna era menor de 19 años.

- 10.3% de las adolescentes eran usuarias de métodos anticonceptivos: 44.7% de las casadas y 4.5% de las solteras o alguna vez unidas.

c) Atención prenatal y durante el Puerperio: La Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica presenta los siguientes resultados:

- 97.3% de las mujeres embarazadas recibió atención prenatal.

- En localidades de menos de 15 mil habitantes, 91.5 % de los embarazos atendidos fue revisado por un médico, 4.8% por una enfermera y 3.0% por una partera o comadrona; en localidades de más de 15 mil habitantes, 97.5% de los embarazos fue revisado por un médico, 1.7% por una enfermera y 0.4% por una partera o comadrona.

- 93.6% de las mujeres fueron atendidas durante el parto por un médico; 1.4% fueron atendidas por una enfermera, auxiliar o promotora de salud; 3.8% por una partera o comadrona; 1.2% por otra persona o ella misma.

- 82.7% de las mujeres recibieron atención posparto.

- Las normas de salud establecen que el límite ideal de atención de los partos por vía cesárea no debe exceder 20 por ciento del total de partos. Sin embargo, en 2009 del porcentaje de partos atendidos, 21.1% fue por cesárea programada; 22% por cesárea de emergencia y solamente 56.8% fue un parto normal.

d) Mortalidad Materna: Este rubro se circunscribe a los casos en los cuáles las mujeres mueren durante el embarazo, parto o puerperio debido a complicaciones en los mismos:

- En 2009 la razón de mortalidad materna fue 62.2 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos.
- 9.4% de las muertes maternas ocurrieron en la casa de la mujer.
- 89.1% contó con asistencia médica.
- En 96.9% de los casos el certificado de defunción lo otorgó un médico.

e) Aborto:

- El aborto representa la quinta causa de mortalidad materna en México. Datos de la ENADID 2009 muestran que 8.6% de los embarazos terminaron en un aborto.
- El porcentaje de embarazos adolescentes entre 15 y 19 años que terminó en aborto es 9.2%; 5.6% de los embarazos de mujeres de 20 a 24 años, edad en la que se presenta el mínimo, y 26.2% entre las mujeres de 45 a 49 años, edad en la que se presenta el máximo.

En relación al rubro de salud reproductiva es importante analizar dos factores:

a) Contamos con un sistema de salud que otorga más y mejores servicios a las mujeres en relación a salud reproductiva.

b) En la mayoría de los casos la utilización de los métodos anticonceptivos, de la protección durante la primera relación sexual, de la decisión de embarazarse se encuentra en las mujeres, desafortunadamente las mujeres no se encuentran empoderadas cuando tienen que tomar decisiones en la intimidad con su pareja, ya que sus emociones, estereotipos en relación a las parejas y al amor subsisten sin permitir el empoderamiento.

Es necesario considerar también las estadísticas con las que contamos en el Estado de Tabasco y analizar la información que otorgan con el fin de poder visualizar los estereotipos, mitos y tabúes que impiden el empoderamiento de las mujeres en referencia a su sexualidad.

Estadísticas Estatales sobre aspectos relacionados con la Sexualidad de las Mujeres

En el caso de Tabasco, aún no contamos con estudios estadísticos que puedan describir ampliamente todos los aspectos relacionados con la sexualidad de las mujeres, sin embargo, tenemos material abundante en lo referente a Salud Reproductiva, por lo que a continuación enlistaremos los principales resultados:

1. Servicios de Salud:

La mayor parte de la población accede al servicio de salud mediante su afiliación a instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o algún otro servicio institucional otorgado por su lugar de trabajo. Otra parte de la población accede a través de los servicios que proporciona la Secretaría de Salud y el programa IMSS-Oportunidades y la menor parte de la población accede a través de los servicios de atención médica privados.

En el ámbito nacional el 49.8% de la población no es derechohabiente y el porcentaje aumenta en el caso de la población rural, en el caso de Tabasco es el único estado del sureste del país con más de 60% de población derechohabiente.[1].

Estas diferencias van a incidir directamente en la calidad de vida de la población, por ejemplo de 1990 a 1996 se encontró que en los municipios con 5% de población indígena la esperanza de vida para los hombres era de 65 años y para las mujeres 70; mientras que en los municipios con 75% de población indígena era de 62 y 67 respectivamente. En 2006 el CONAPO estimó la esperanza de vida en 74.8 años como promedio, siendo de 72.4 para los hombres y 77.2 para las mujeres. A diferencia de éste estimado nacional, en el caso de la población indígena podemos ver un decremento siendo para los hombres de 71 y 76.6 años para las mujeres. Estas últimas cifras nos permitirían visualizar un aumento en la longevidad de la población, que no necesariamente representa una mejor calidad de vida.[2]

En las estadísticas estatales de la Secretaría de Salud correspondientes al año 2005, se especifica que el 52% de los derechohabientes del Sector Salud son mujeres y el 49% de la población no derechohabiente son mujeres, cómo podemos observar la población de mujeres presenta serias desventajas para acceder a los servicios de salud.

[1] Encuesta de salud y derechos de las Mujeres indígenas, ENSADEMI 2008, Instituto Nacional de Salud Pública.
[2] Torres, José Luis en La salud de la población indígena en México.

2. Mortalidad materna

Cuando hablamos de mortalidad materna, existe un fuerte debate que suscribe que la mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud. La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

En la muerte materna se puede visualizar la negligencia en las acciones que permitan atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que vive un sector de las mujeres mexicanas por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Y sin duda nos permite visualizar la discriminación por género, ya que se coloca a la mujer en una situación de desventaja en comparación con los hombres.

La muerte materna trae como consecuencia el incremento del índice de mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. En este sentido, la propia Secretaría de Salud reconoce en sus diagnósticos que, la mortalidad materna e infantil afecta primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.[3]

La mortalidad materna está relacionada también con una serie de derechos, por ejemplo, derechos económicos, sociales y culturales, y derechos sexuales y reproductivos. Lo que nos permite inferir que en el caso de las mujeres el acceso a sus derechos es todavía un área en la que se requieren acciones.

Por lo tanto, los fallecimientos de muerte materna que acontecen en la población femenina las ubican en situación de vulnerabilidad y en un contexto de riesgo vinculado a la exclusión en salud.

En términos absolutos, en el sexenio 2000-2006 cada día murieron entre tres y cuatro mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

[3] Secretaría de Salud, Informe 2007.

Tabla 2

Número y razón de mortalidad materna en México 2000-2005

Año	Número de defunciones	Razón de mortalidad materna*
2000	1,543	72.6
2001	1,476	70.8
2002	1,309	63.9
2003	1,313	65.2
2004	1,239	62.4
2005	1,242	63.4

Fuente: SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI, de la solicitud No. 0001200088006. * Razón por 100,000 nacimientos estimados por el CONAPO. Para el cálculo de la mortalidad materna se tomaron los siguientes códigos de la CIE10: O00-099, A34 y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías (O96 y O97). Datos corregidos aplicando la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), haciendo una búsqueda intencionada para determinar el número de muertes maternas y sus causas. Disponible en http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos/ibs_morta2000-2004.xls

Como podemos observar a nivel nacional las muertes maternas han presentado un decremento que puede aludir a la mejora de los servicios que se le otorgan a las embarazadas, no obstante, una mirada más profunda nos permite observar que del año 2000 al año 2001 las muertes disminuyeron en 4.34%, del año 2001 al 2002 disminuyeron en 11.31% y del año 2004 al año 2005 disminuyeron en un 5.64%, no presentándose datos de decremento en los años 2003 y 2005 en referencia al año que les antecedía. Por lo que podemos observar que los avances en relación a la disminución de muertes maternas durante el período mencionado no son significativos y no se observa un plan específico que disminuya el número de muertes maternas y su impacto.

En Tabasco en el año 2001 realizaron un estudio sobre las causas de atención gineco-obstétricas, dónde se documentan las muertes en el área de gineco-obstetricia[4]. En dicho estudio de 107 pacientes recibidas en el periodo del 1 de julio al 31 de julio de 2000, de éstas pacientes solo 7 que representan el 7.49% del total de la población estudiada fallecieron durante su estancia en el Hospital.

Las causas de muerte fueron: 42.86% por Eclampsia, 14.29% por choque anafiláctico, 14.29% operada por histerectomía obstétrica, 14.29% por Síndrome de HELLP y 14.29% por edema agudo pulmonar.

[4] Hernández Falcón, Gilberto en Causas de ingresos de pacientes obstétricas a la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Dr. Juan Graham Casasús; Salud en Tabasco, Febrero, Año/Vol. 7, número 001, Secretaría de Salud de Tabasco.

Una comparación entre las causas de muerte reportadas en el Estudio del Hospital Juan Graham Casasús y las causas de muerte materna nacionales nos permitirían visualizar, que difieren en gran medida, dado que una es referente a la atención de las mujeres que ingresan al área de gineco-obstetricia y las nacionales son en referencia a la mortalidad materna, ambas son el reflejo de la falta de un seguimiento preciso y continuo durante el embarazo y las enfermedad reproductivas de las mujeres. Como podemos observar en el caso Tabasco, algunas de las causas de muerte representan una complicación del motivo de ingreso de la mujer que asiste al servicio.

A continuación se mencionan las principales causas de muerte materna a nivel nacional:

Tabla 3

Principales morbilidades que provocan la muerte materna en México, 2004 y 2005 (porcentaje)

Causas	**2004** %	**2005** %
Enfermedad hipertensiva del embarazo	29.46	25.93
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	25.50	24.48
Aborto	7.10	7.49
Sepsis y otras infecciones puerperales	3.47	2.42

Fuente: Elaboración propia con datos de Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, oficio No. 3819, 5 de junio 2006. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI, de la solicitud No. 000120060906, con fecha 08 junio 2006.

Es necesario que consideremos que la muerte materna es un problema grave que afecta a las poblaciones urbanas y rurales. No obstante existen diferencias importantes en el caso de la población rural, por ejemplo entre 1990 y 1996 las cifras oficiales indicaron una disminución de 5.4 a 4.8 por 10 mil nacimientos de la tasa nacional de mortalidad materna, entre 1990 y 1996, se ha reconocido que entre 1994 y 1995 hubo un aumento en los decesos, los cuáles ocurrieron en las comunidades rurales con población menor de 15 mil habitantes y en éste caso los estados más afectados fueron los de la zona centro, sur y sureste.

En Tabasco, en los municipios marginados el riesgo de muerte por causa materna es tres veces mayor y en los municipios con mayor densidad indígena fue 4.6 veces más alta que en los municipios con menor población indígena. [5]

Por otra parte, las mujeres que viven en áreas marginadas presentan una mayor probabilidad de morir por problemas relacionados con la maternidad. En 2006, "la razón por mortalidad materna en los 100 municipios más pobres del país fue de 188 por 100 000 nacidos vivos, cinco veces más alta que en los 50 municipios con menor índice de desarrollo humano". Poco más de 13% de las muertes maternas ocurridas en 2006 fueron de jóvenes menores de 20 años. Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias, la hipertensión asociada con el embarazo y otras complicaciones del parto. La muerte materna es más alta en regiones indígenas del país, y tiene una estrecha relación con los altos índices de desnutrición que existen allí.

3. Morbilidad materna

En el estudio realizado en Tabasco en el Hospital Juan Graham Casasús[6], mencionado en el apartado anterior, se reportaron como principales causas de atención dentro del área de gineco-obstetricia las siguientes:

- Eclampsia 54.2%
- Post-operadas de histerectomía obstétrica 5.6%
- Síndrome de HELLP 10.2%
- Preclampsia severa 9.3%
- Perforación uterina 1.86%
- Choque séptico 1.86%
- Crisis convulsivas 1.86%
- Hipertensión arterial pulmonar primaria .93%
- Choque hipovolemico .93%
- Tromboembolia pulmonar .93%
- Choque anafiláctico .93%
- Edema pulmonar agudo .93%
- Anemia .93%
- Cardiopatía descompensada .93%
- Intoxicación por organofosforados .93%

[5] José Luis Torres y Renata Villoro en La salud de la población indígena en México, Caleidoscopio de la Salud.
[6] Hernández Falcón, Gilberto en Causas de ingresos de pacientes obstétricas a la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Dr. Juan Graham Casasús; Salud en Tabasco, Febrero, Año/Vol. 7, número 001, Secretaría de Salud de Tabasco.

Algunas de ellas reflejan la falta de información, falta de atención, negligencia médica y la pobreza de la población atendida.

4. Conocimiento, acceso y uso de anticonceptivos

En el estado de Tabasco el índice de hijos nacidos vivos es cada vez menor en la población urbana, no obstante en la población rural las mujeres tienen más de 3 hijos. En la población indígena de Tamulté de las Sábanas hemos encontrado frecuentemente que en los grupos de mujeres la multiparidad es una forma de ser reconocida socialmente, ya que la maternidad es altamente valorada en las mujeres.

Las estadísticas de la Secretaría de Salud del Estado informan que dentro de los servicios otorgados está la entrega de Métodos de planificación familiar.

Secretaría de Salud del Estado
Coordinación de Planeación Estratégica eInformática
Servicios proporcionados
Enero - Marzo 2007

Jurisdiccion	Métodos de Planificación Familiar Entregados							
	oral	Inyectable		subdermico	DIU	Preservativos	Otros	TOTAL
		Mensual	Bimestral					
BALANCÁN	1174	2617	98	5	20	6536	23	10473
CÁRDENAS	1212	3469	145	5	78	4061	33	9003
CENTLA	753	4181	239	1	336	2216	5	7731
CENTRO	2006	4827	263	12	263	10125	8	17504
COMALCALCO	1743	5358	321	7	43	2779	0	10249
CUNDUACÁN	1595	5165	198	2	279	4066	24	11329
EMILIANO ZAPATA	119	223	40	2	15	1925	5	2329
HUIMANGUILLO	681	3018	115	1	56	5343	73	9279
JALAPA	113	296	78	156	5	4272	132	5052
JALPA DE MÉNDEZ	382	1205	40	11	38	2730	72	4478
JONUTA	473	1719	57	22	6	1447	67	3791
MACUSPANA	1260	4105	113	0	32	6755	72	12337
NACAJUCA	491	2074	261	15	48	3037	0	5926
PARAÍSO	598	838	182	3	30	1005	0	2656
TACOTALPA	230	937	1	4	23	2499	0	3694
TEAPA	240	866	78	2	28	1989	1	3224
TENOSIQUE	450	1504	68	0	44	2243	4	4313
TOTAL	13520	42412	2297	248	1344	63028	519	123368

Como podemos observar en la tabla, en el municipio de Centro se entregaron en el primer trimestre de 2007:

- 2006 anticonceptivos orales
- 4827 anticonceptivos inyectable mensuales
- 263 anticonceptivos inyectables bimestrales
- 12 anticonceptivos subdérmicos
- 183 DIU

- 10125 preservativos
- 8 anticonceptivos de otro tipo

Cifras pequeñas para la cantidad de mujeres que son atendidas por los servicios de salud del Gobierno.

En cuánto a las pláticas de planificación familiar, en el primer trimestre la secretaría de Salud informa:

Secretaría de Salud del Estado
Coordinación de Planeación Estratégica e Informática
Servicios proporcionados
Enero - Marzo 2007

Jurisdicción	Pláticas impartidas			
	Planificación Familiar	VIH	ITS	TOTAL
BALANCÁN	147	101	79	327
CÁRDENAS	583	349	323	1255
CENTLA	642	311	297	1250
CENTRO	1313	649	930	2892
COMALCALCO	352	195	181	728
CUNDUACÁN	263	261	251	775
EMILIANO ZAPATA	37	20	17	74
HUIMANGUILLO	574	414	437	1425
JALAPA	85	60	68	213
JALPA DE MÉNDEZ	597	78	179	854
JONUTA	80	50	43	173
MACUSPANA	876	668	603	2147
NACAJUCA	266	179	329	774
PARAÍSO	176	48	49	273
TACOTALPA	112	73	164	349
TEAPA	78	15	19	112
TENOSIQUE	308	215	203	726
TOTAL	6489	3686	4172	14347

En el municipio de Centro se impartieron 1313 pláticas de planificación familiar, que son pocas considerando el número de comunidades y poblados del municipio.

Así mismo, hay que considerar la existencia de Centros de Salud o Casas de Salud en la zona de vivienda de las comunidades rurales, así como el acceso a ellas, que como hemos dicho anteriormente es escasa, lo cual explica que la multiparidad puede tener sus causas no solo en la cultura, sino en la falta de conocimiento sobre sus derechos reproductivos y el acceso a los métodos anticonceptivos. Un dato relevante es el de 1997 donde la Comisión Nacional de Población (CONAPO) informa que en Tabasco el 98.7% de las mujeres conocían al menos un

método anticonceptivo, por lo que podemos concluir que el conocimiento de los anticonceptivos no determina su uso y acceso a ellos.

Otra cifra significativa es la otorgada por el Instituto Nacional de Salud Pública dónde se pregunto a las mujeres cuáles métodos anticonceptivos usan o han usado, es importante revisar que en el rubro relacionado con el uso del ritmo y el retiro que son métodos no confiables, las mujeres con grado de escolaridad de secundaria y más lo usan o han usado, en el 74.93% el primero y en 70.3 el segundo.

Entidad Federativa	Secundaria y más									
	Total	Pastillas	Inyecciones	DIU	OTB	Norplant	Vasectomía	Preservativos	Espermicidas	Ritmo
República Mexicar	18,377,844	97.8	93.8	92.8	86.0	49.1	81.4	97.4	61.1	76.4
Aguascalientes	203,459	99.6	93.0	94.3	95.5	53.8	77.1	99.2	58.5	84.9
Baja California	561,332	99.2	97.5	93.2	92.0	61.7	84.7	98.9	59.8	84.4
Baja California Sur	106,135	98.6	96.5	94.3	79.2	65.8	77.4	97.2	60.6	82.3
Campeche	135,200	98.5	93.9	91.5	89.4	42.3	82.8	99.4	50.1	79.4
Coahuila	497,557	97.7	93.1	92.9	87.5	46.3	82.0	96.3	46.3	75.8
Colima	124,758	98.0	93.8	95.9	92.8	60.2	89.5	98.2	57.0	80.9
Chiapas	471,454	95.6	94.2	85.6	80.1	50.4	75.5	92.2	51.3	62.8
Chihuahua	565,522	98.9	95.8	96.3	88.5	58.9	85.0	99.1	65.4	81.0
Distrito Federal	1,985,372	98.2	93.7	96.4	91.7	48.6	92.9	98.8	77.1	82.2
Durango	273,509	98.6	95.0	92.8	83.2	60.3	79.9	98.2	59.4	77.7
Guanajuato	720,180	97.7	91.6	90.0	86.7	42.9	80.3	97.5	52.6	73.4
Guerrero	448,978	96.7	95.1	88.8	76.6	46.3	74.7	96.2	53.9	61.0
Hidalgo	419,479	98.1	93.6	92.3	89.0	39.9	85.0	97.2	62.3	74.5
Jalisco	1,189,934	98.4	93.4	91.4	86.9	49.6	82.0	98.4	61.2	79.9
México	2,904,801	97.7	93.5	94.4	89.7	46.1	89.0	97.8	67.5	79.0
Michoacán	607,262	96.7	92.0	89.1	80.5	52.9	74.3	97.0	51.3	73.0
Morelos	321,759	98.6	94.7	97.2	94.0	45.6	89.9	98.1	60.6	78.6
Nayarit	190,130	99.7	97.8	95.9	88.5	55.7	81.0	99.6	59.0	79.9
Nuevo León	860,366	97.6	88.7	91.0	78.9	56.7	69.2	96.2	59.6	72.2
Oaxaca	465,467	94.1	93.2	88.5	87.0	40.6	83.4	95.0	56.7	76.6
Puebla	786,149	94.5	89.0	86.1	71.0	34.9	60.6	92.6	53.1	66.6
Querétaro	269,984	98.2	89.3	90.4	89.8	38.3	87.1	96.3	55.1	70.6
Quintana Roo	213,132	97.9	95.8	92.9	89.3	56.7	84.9	96.7	60.1	80.9
San Luis Potosí	372,551	98.0	92.2	94.7	86.4	57.3	79.1	97.0	52.6	72.5
Sinaloa	480,774	99.2	97.0	96.4	62.8	67.6	48.0	98.4	57.7	73.2
Sonora	503,715	99.6	96.2	93.9	84.4	53.2	79.4	98.9	66.6	76.1
Tabasco	374,769	97.8	96.7	90.3	90.3	43.6	80.8	96.6	47.5	74.9
Tamaulipas	572,275	99.0	96.7	92.6	84.6	37.8	80.2	97.8	51.5	75.5
Tlaxcala	182,438	95.4	93.7	92.8	85.3	33.0	82.7	94.9	48.1	64.6
Veracruz	1,050,618	98.6	97.3	95.3	91.4	55.6	86.2	97.6	69.4	79.4
Yucatán	290,848	99.3	93.4	91.4	77.6	47.9	68.5	98.6	55.2	76.7
Zacatecas	227,937	97.5	91.8	92.6	82.8	47.5	76.3	97.1	52.1	70.5

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006

Lo que consideramos un dato importante en cuanto a la planificación familiar y las concepciones que las mujeres tienen sobre la prevención del embarazo, ya que nos permitirían visualizar que las mujeres no toman medidas eficaces de prevención del embarazo y planificación familiar y que pueden estar expuestas al contagio de ITS.

En otro rubro de la investigación se pregunto a las mujeres casadas o que alguna vez han estado y respondieron que el método anticonceptivo usado en el 68.1% de las entrevistadas fue un método definitivo. Como podemos visualizar en el caso de las mujeres casadas existen acciones determinantes que permiten la planificación familiar.

5. Edad de unión

En cuanto a la edad en que se unen las mujeres en Tabasco en la zona Rural, se estima que el 27.9% de la población se une antes de los 16 años, el 30.9% se une entre los 16 y 19 años, el 29% se une entre los 20 y 24 años y solo el 24.3% se reporta sin unión a los 25 años. Podríamos concluir que casi el 50% de la población rural se encuentra unida a los 19 años.

Lo que nos permite concluir que en las zonas rurales de nuestro Estado, la población tiene como parte de su idiosincrasia la unión conyugal a tempranas edades que impiden el desarrollo educativo, laboral y social de las mujeres principalmente, ya que los roles que se juegan dentro del matrimonio ubican a las mujeres en los espacios domésticos.

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	38.4	36.8	16.0	8.8
Primaria completa	28.7	40.1	18.6	12.6
Secundaria y más	8.4	31.2	30.8	29.7
Rural	27.9	36.7	18.9	16.5
Urbano	15.8	30.9	29.0	24.3
Total	**20.9**	**33.3**	**24.8**	**21.0**

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 97.

Un ejemplo de ello es el narrado en el diagnóstico realizado por la Dirección de Atención a las Mujeres del Municipio de Centro[7] con la población femenina indígena de Tamulté de las sabanas mencionan que "las mujeres anteriormente se casaban muy jóvenes a partir de los 13 años se unían y/o huían con sus parejas, actualmente siguen prevaleciendo algunos casos". Dentro de la encuesta se les cuestiona la razón o razones por las que se unen o unían a esta edad ellas mencionan: "No había otra cosa que hacer, no habían escuelas cercanas como ahora, no había recursos para que nos siguieran manteniendo nuestros padres y pues uno tiene que buscar fuera", así también las situaciones de violencia familiar resultan una de los factores que mencionan como detonante de la unión.

[7] Dirección de Atención a las Mujeres, H. Ayuntamiento de Centro, Diagnostico de violencia familiar en la población Indígena del Municipio de Centro.

6. Tasa de fecundidad

En relación a la cantidad de hijos que las mujeres tienen en las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Pública, podemos observar que en las mujeres entrevistadas y que tienen entre 45 y 49 años, el promedio de hijos es de 4.5, seguido de las mujeres entre 40 y 44 años que tuvieron 4.3 hijos; considerando estos hijos como los nacidos vivos sin considerar los que fallecieron a causa de alguna enfermedad durante el embarazo o por aborto.

Estos grupos presentan una gran cantidad de hijos, en comparación con los grupos de menos de 35 dónde el número mayor de hijos es de 3, por lo que debemos considerar que son los grupos de mayor edad y que su inicio de vida sexual debió haber sido a temprana edad y que no se visualiza en ésta situación el uso de anticonceptivos, ni el conocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres.

Entidad Federativa	1 a 2499 habitantes Edad en años						
	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
República Mexicana	0.1	1.0	1.9	2.8	3.6	4.4	5.1
Aguascalientes	0.1	0.9	1.7	2.7	3.4	5.0	5.7
Baja California	0.1	1.1	1.9	3.0	2.8	3.6	4.0
Baja California Sur	0.3	0.7	1.8	2.4	2.6	3.4	3.9
Campeche	0.1	1.0	1.9	2.9	3.6	4.3	4.5
Coahuila	0.3	1.0	1.9	2.2	3.1	3.0	4.6
Colima	0.2	0.5	1.3	2.4	3.6	3.2	3.5
Chiapas	0.1	1.3	2.5	2.9	3.5	5.0	5.9
Chihuahua	0.2	1.4	1.8	3.0	3.3	3.4	4.4
Distrito Federal	0.3	0.9	1.8	2.6	3.5	3.7	3.0
Durango	0.2	0.7	1.8	2.5	3.2	4.2	4.5
Guanajuato	0.1	0.6	1.7	2.8	3.1	4.5	5.6
Guerrero	0.1	1.2	2.0	3.9	5.3	5.8	6.8
Hidalgo	0.2	0.9	2.3	2.7	3.8	4.3	4.6
Jalisco	0.1	0.8	1.5	2.4	3.0	3.9	5.2
México	0.1	1.0	1.8	2.4	3.3	4.7	4.6
Michoacán	0.1	1.1	2.1	2.8	3.5	5.1	6.5
Morelos	0.2	0.9	1.7	2.7	3.0	3.8	4.5
Nayarit	0.3	0.7	2.1	2.5	3.3	4.7	4.7
Nuevo León	0.4	1.1	1.8	2.4	2.5	3.1	3.7
Oaxaca	0.1	1.0	1.5	3.1	4.2	4.9	5.8
Puebla	0.1	0.7	2.0	2.8	3.9	4.5	5.0
Querétaro	0.1	0.7	1.7	2.5	3.6	4.8	5.0
Quintana Roo	0.1	0.9	2.1	3.0	3.9	5.0	6.5
San Luis Potosí	0.2	1.0	2.7	3.0	3.6	5.3	5.3
Sinaloa	0.1	0.9	2.0	2.5	3.6	4.1	4.2
Sonora	0.1	1.4	1.9	2.6	3.0	3.3	3.6
Tabasco	0.2	0.7	1.9	3.0	3.6	4.3	4.5
Tamaulipas	0.2	1.3	1.7	2.3	3.3	3.1	4.7
Tlaxcala	0.2	0.9	1.9	2.5	2.9	3.9	4.1
Veracruz	0.2	1.2	1.8	2.9	3.6	3.9	4.5
Yucatán	0.1	1.0	1.9	2.4	4.5	3.7	4.2
Zacatecas	0.1	0.7	1.4	2.8	3.4	4.0	5.7

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006

7. Existencia de ITS

Un análisis de género de la salud de las mujeres examina los roles sociales diferenciados de hombres y mujeres, el balance del poder entre ellos, y cómo estos afectan sus perfiles de salud física y mental, incluyendo: los determinantes de la salud; los resultados de salud; y el acceso a la atención de salud y a otros recursos. El análisis también destaca las influencias de la cultura dominante en la configuración de las causas culturales, económicas, sociales y políticas de los perfiles de salud sistemáticamente deficientes de las mujeres indígenas. El marco de necesidades prácticas e intereses estratégicos permite analizar el estado de salud de las mujeres indígenas, así como les permite a ellas expresar sus propias necesidades de salud.

Las mujeres no suelen tener opciones con respecto a sus parejas o las circunstancias en las que tienen relaciones sexuales. Las inequidades por razón de género en la distribución del poder y los recursos económicos y sociales desempeñan una función importante. Frecuentemente, las mujeres y las niñas tienen que recurrir a la prostitución para mantener a sus familias porque no tienen otras oportunidades de percibir ingresos. Las mujeres y las niñas también se vuelven más vulnerables a prostituirse cuando los hombres que mantienen sus hogares están demasiado enfermos para trabajar.

El riesgo de las mujeres se intensifica porque fisiológicamente son de dos a cuatro veces más susceptibles a las ITS. Las mujeres tienen más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles a las infecciones por el VIH y de transmisión sexual. El riesgo de infección por el VIH en las mujeres con ITS no tratadas aumenta. En muchas culturas, el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia. Las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas están más expuestas a infectarse.

En el caso de Tabasco se ubicaron las estadísticas del Consejo Nacional de Población correspondientes a los años comprendidos entre 1990 y 1998, dónde podemos observar que las Enfermedades de Transmisión sexual más frecuentes son: la candidiasis y la tricomoniasis, en menor escala la sífilis adquirida, el herpes genital y la infección gonocócica.

Tabasco: tasa de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990 - 1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	20.1	4.2	4.0	289.2	273.9
1991	20.9	3.5	4.8	284.9	251.6
1992	19.7	13.4	1.8	304.7	76.2
1993	39.7	4.1	2.1	361.3	259.7
1994	54.4	3.5	2.0	369.7	221.8
1995	29.3	5.0	5.3	360.7	264.6
1996	36.8	4.3	3.6	406.9	261.8
1997	34.6	10.2	6.4	502.1	294.1
1998	37.3	15.1	3.8	598.1	311.7

Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Poblacion con base en:
SSA/DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

Un dato que sería relevante conocer es la cantidad de mujeres que padecieron alguna enfermedad de Transmisión Sexual, es decir una estadística por sexo que nos permitiera realizar un análisis por brecha de género que pudiera dejar al descubierto que las mujeres se infectan a consecuencia de la falta de protección, los patrones culturales que sustentan en sus comunidades, así como la falta de conocimiento sobre sus derechos y la apropiación de su propio cuerpo.

La formación que socialmente reciben las mujeres las prepara para vivir para otros y para que otros sean dueños de su cuerpo, por lo que desde el noviazgo hasta el matrimonio las mujeres se asumen posesión de la otra persona y permiten que decidan por ella lo relacionado con el cuidado de sus propios cuerpos.

8. VIH-Sida

El sida es considerado una enfermedad de transmisión sexual, aunque por ser una enfermedad degenerativa incurable y que produce la muerte se han realizado estudios que permitan visualizar la forma en que la enfermedad ha sido transmitida y se ha incrementado.

El género influye en el pronóstico del tratamiento de la infección por el VIH/SIDA en mujeres y hombres. Las diferencias en el acceso de las mujeres a la atención sanitaria y médica, la orientación y la información significan que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de recibir un pronóstico exacto y tratamiento para la infección por el VIH. Por lo tanto, las mujeres infectadas por el VIH/SIDA tienen una esperanza de vida más corta que los hombres.

En los hogares donde hombres y mujeres están infectados, es más probable que los recursos familiares se gasten en el tratamiento del jefe de familia masculino de un hogar.

Generalmente, las necesidades nutricionales de los hombres y los niños se tienen en cuenta antes que las de las mujeres, lo cual debilita el sistema inmunitario de las mujeres VIH positivas.

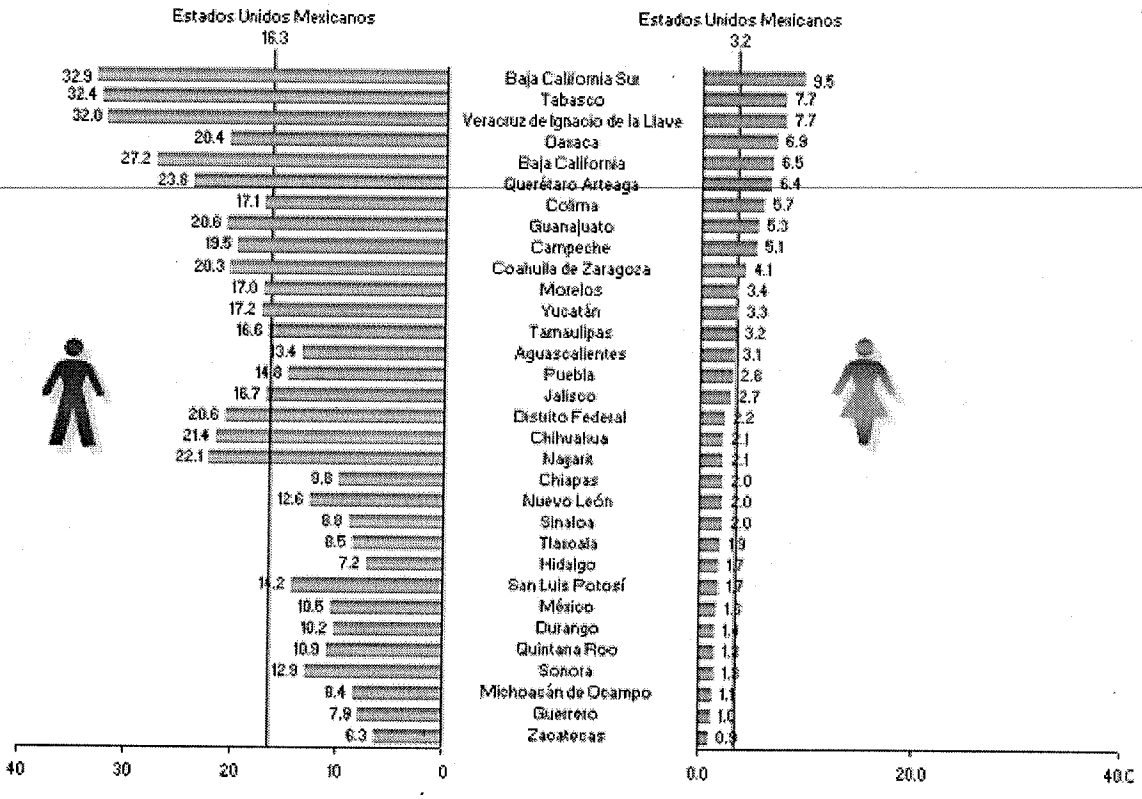
Las mujeres suelen seguir atendiendo a la familia y las necesidades domésticas, aun cuando estén enfermas. Las mujeres, infectadas y no infectadas, casi siempre son las principales proveedoras de asistencia sanitaria en gran parte de los hogares y llevan la carga psicosocial y física más pesada de la atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA. Las mujeres realizan un volumen inapreciable de trabajo sanitario no remunerado, atendiendo a los familiares, amigos y miembros de la comunidad. Con frecuencia, las mujeres y las niñas se ven obligadas a dejar sus trabajos asalariados y la escuela a fin de proporcionar cuidados.

El estigma contra las personas infectadas el VIH es frecuente y conduce a la pérdida de la vivienda y el empleo, a la denegación de la atención de salud y el seguro, y al rechazo de la familia y la comunidad. El estigma de la infección por el VIH/SIDA es la causa de que muchas personas decidan no someterse a las pruebas, aunque estén en el grupo de alto riesgo. Los hombres y las mujeres que saben que son VIH positivos pueden no estar dispuestos a revelar su estado por miedo al estigma y al rechazo.

Las mujeres VIH-positivas se enfrentan con desafíos y decisiones particularmente difíciles, como por ejemplo si amamantar a sus hijos o no. La lactancia materna ofrece la mejor nutrición para el recién nacido, pero también aumenta el riesgo de la transmisión de madre a hijo (TMAH) en 10-15%. Si una mujer elige no amamantar a su hijo para reducir el riesgo de transmisión, es fácil que su familia y la comunidad sepan que es VIH-positiva y que la estigmaticen.

En la siguiente gráfica se muestran los datos a nivel nacional de las tasas de mortalidad por SIDA, como podemos observar en el año 2006, Tabasco ocupaba el segundo lugar en incidencia de muertes a causa del Virus de Inmunodeficiencia Humana y la relación entre el número de hombres y mujeres es de 4 a 1. De igual manera en cuanto al número de mujeres muertas por SIDA ocupamos el 2º. Lugar en igualdad con Ignacio de la Llave, Veracruz y superados solamente por Baja California Sur.

Tasa observada de mortalidad por SIDA por entidad federativa según sexo 2006



NOTA: La tasa se refiere al número de muertes por cada 100 000 habitantes de entre 25 a 44 años.
FUENTE: SSA. *Salud México 2006. Información para la rendición de cuentas.*

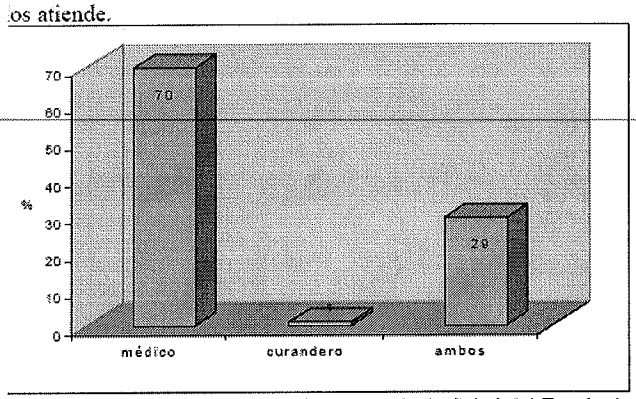
En los datos proporcionados por el INEGI[8], el 60% de la población fallecida se encontraba entre las edades de 30 y 49 años y el 55.8% se encontraba soltera; por lo que podemos suponer que las mujeres que se infectan son generalmente mujeres en edades productivas, probablemente con hijos, solteras y que no utilizan ninguna medida de prevención contra las enfermedades de transmisión sexual, podríamos considerar nuevamente la posibilidad que la formación tradicional del ser mujer en nuestra sociedad es responsable de que las mujeres no tomen medidas de prevención, de la misma manera la formación tradicional del ser hombre los expone con más frecuencia a ser infectados dada la libertad sexual que socialmente se les concede.

[8] Instituto Nacional de Geografía e Informática en Estadística a propósito del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA", Datos Nacionales, 2006.

9. Acceso a instituciones y servicios de salud

En cuanto al acceso a las instituciones y a los servicios de salud, la investigación realizada en el 2005 en la revista salud en Tabasco donde se menciona:"Que en Tabasco existen dependencias, instituciones y organismos que tienen relación con la salud y la seguridad social."[9] Contando con diecisiete jurisdicciones sanitarias que conforman los sistemas locales de salud, brindando atención primaria.

Gráfica 1. Confianza que dicen tener los entrevistados en quien los atiende.

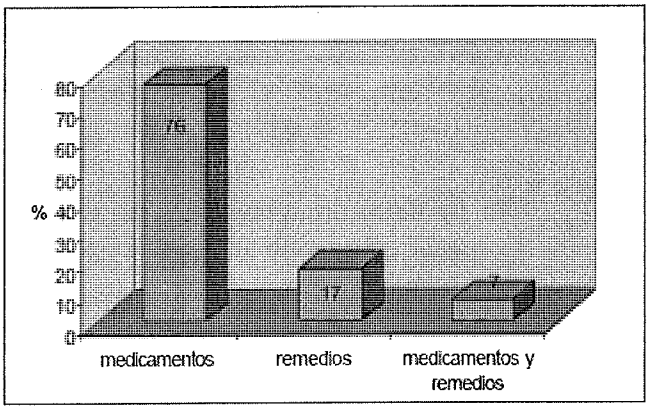


Fuente: Encuesta realizada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Departamento de Proyectos Estratégicos. Noviembre de

En el mismo artículo se realiza una medición de la variable de confianza de atención medica o de la medicina tradicional en la zona rural, obteniéndose como resultado que el 70% de la población tienen confianza en el médico, el 1% en el Curandero y el 29% en ambos, tal como se muestra en la figura.

Así mismo, muestra que el 76% prefiere tomar medicamentos, mientras un 17% consume remedios y el 7% medicamentos y remedios caseros.

Gráfica 2. Utilización de medicamentos y remedios por los entrevistados.



Fuente: Encuesta realizada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Departamento de Proyectos Estratégicos. Noviembre de

Es importante considerar que éstos datos nos permiten inferir que el sistema de salud en nuestro estado es percibido por la población como confiable en el 89% de la población y que el 85% de ésta población consume los medicamentos que le son recetados, lo que nos permite considerar que la población en nuestro Estado recibe atención oportuna, eficaz y que ha creado un alto nivel de confianza y aceptación en las zonas rurales.

En relación a la atención de las Mujeres dentro del estado de Tabasco, se cuenta con unidades de atención dirigidas específicamente a las mujeres, ubicadas en la ciudad de Villahermosa y que son de difícil acceso a las poblaciones rurales.

Los espacios con los que actualmente la población de Mujeres cuenta son los siguientes:

- Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer

9 Salud en Tabasco Vol. 11, No. 1 y 2, Enero – Abril, Mayo – Agosto 2005

- Instituto Estatal de las Mujeres
- Direcciones de Atención a las Mujeres (en las 17 cabeceras municipales)
- Organizaciones civiles de las mujeres afiliadas al Instituto de Desarrollo Social (INDESOL)
- Procuraduría de la defensa de la mujer

10. Cáncer de mama

El cáncer de mama es uno de los más recurrentes en las mujeres, atribuyéndose la causa a factores biológicos, factores socioeconómicos y hereditarios, presentándose en mujeres entre los 25 años en adelante, de acuerdo a una investigación realizada por la secretaria de salud del estado de Tabasco, menciona " que dentro del estado el Cáncer de mama ha presentado un incremento y registra el segundo lugar de mortalidad con una tasa del 10.26 en 1997 y 12.17 por cada 100,000 habitantes en el 2001, datos recabados del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática[10]" dentro de esta misma investigación se destacan datos relevantes como la edad de los sujetos de estudios siendo estas Mujeres entre las edades de 25 a 65 años de edad, de ambas poblaciones urbanas y rurales (indígenas); el estudio fue integrado con la población de mujeres que acudió al Hospital de la Mujer de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, mientras que la población indígena se constituyó por mujeres de lengua hablante chontal de dos comunidades del municipio de Tacotalpa, Tabasco, en dicha investigación llegaron a la conclusión siguiente: el análisis de las características socio demográficas de la población urbana mostró que el 43% mencionaron ser empleadas y profesionales y el 35% no tenia pareja; mientras el 0.5% del área indígena eran empleadas sin profesión y solo el 0.5% no tenían parejas; así mismo el primer grupo mostró un 1% de población con antecedentes del diagnostico y un 7.5% tiene antecedentes de biopsia de

Tabla . Factores de riesgo para CM de las mujeres de 25 a 65 años de edad entre población urbana y rural/indígena.

Riesgo	Presencia	Residencia				Total	
		Urbana n=200		Rural n=200			
		f	%	f	%	f	%
Edad después de los 40 años.	Si	82	41	92	46	174	44
	No	118	59	108	54	226	56
Obesidad.	Si	58	29	72	36	130	33
	No	142	71	128	64	270	67
Antecedentes personales de CM	Si	2	1	0	0	2	1
	No	198	99	200	100	398	99
Método de diagnóstico de biopsia de mama.	Si	15	8	0	0	15	4
	No	185	92	200	100	385	96
Edad de la menstruación antes de los 12 años.	Si	50	25	8	4	58	15
	No	150	75	192	96	342	85
Edad del primer embarazo después de los 30 años.	Si	8	4	2	1	10	3
	No	192	96	198	99	390	97
Nuligesta.	Si	62	31	7	3	69	17
	No	138	69	193	97	331	83
Edad de la menopausia después de los 50 años.	Si	9	5	14	7	23	6
	No	191	95	186	93	377	94
Antecedentes familiar con cáncer de mama y ovario.	Si	13	7	0	0	13	4
	No	187	93	200	100	387	96
Alimentación al seno materno.	Si	122	61	191	95	313	78
	No	78	39	9	5	87	22
Tratamiento hormonales sustitutivos.	Si	19	9.5	0	0	19	5
	No	181	90.5	200	100	381	95
Consumo de alcohol.	Si	75	37.5	20	10	85	21
	No	125	62.5	180	90	315	79
Consumo de cigarro.	Si	59	29.5	5	2.5	64	16
	No	141	70.5	195	98.5	336	84

n = 400

10 Revista salud en Tabasco, 2006, Volumen 12, Mayo – Agosto .- http: //redalyc.uaemex.mx

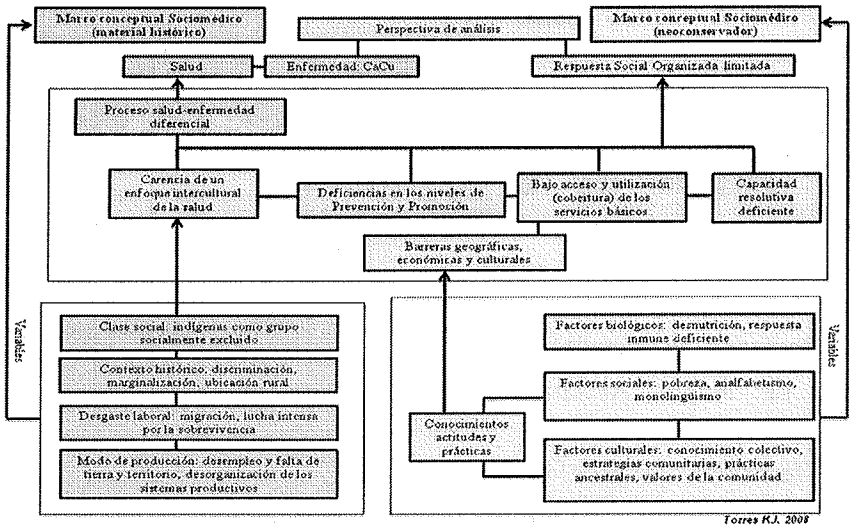
mama; en la población rural / indígena no se reportó ninguna de estas dos variables, la menarca en ambas poblaciones ocurrió mayormente entre los 12 y 14 años, cerca del 70% de la población rural reportó haberse embarazado entre los 20 años de edad y la población urbana el 27.5%; llegando a la conclusión esta investigación que las mujeres del sector urbano corren más riesgos para el cáncer de mama, que las mujeres del sector rural. (Tabla)

Como podemos observar la población rural presenta menor incidencia de datos que aludan a la presencia de cáncer de mama, esto es resultado de la idiosincrasia de dicha población, que en su mayoría se casan a tempranas edades, no trabajan fuera de sus hogares y la práctica común de la lactancia que es vista como una forma eficaz y económica de alimentar a sus hijos, lo que promueve menores riesgos de desarrollar cáncer de mama.

11. Cáncer cérvico-uterino

El cáncer cervicouterino es otra enfermedad que afecta solamente a las mujeres por estar relacionada con sus órganos reproductivos, se estima que un promedio de 12 mujeres fallecen diariamente por dicha causa[11] y representa una de las principales causas de mortalidad en la población de mujeres, este cáncer es una enfermedad que tiene su punto de origen en el Virus del Papiloma Humano que se contagia de forma sexual, es una enfermedad que le da a mujeres y hombres, pero con más frecuencia a las primeras.

FIGURA 2. Análisis del cáncer cervicouterino en población indígena femenina desde los modelos conceptuales sociomédicos



[11] Palacio L. Rangel G. Hernández M y cols. Cervical cancer a disease of poverty. Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. Salud Pública Mex. 2003; 45

En el caso de la población indígena en Tabasco, podemos considerar el ensayo sobre "La mujer indígena, vulnerable a cáncer cervicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública", destaca que las mujeres *desde la perspectiva de análisis del modelo sanitarista, que la transmisión de la infección por el VPH y el potencial desarrollo de Cáncer Cérvicouterino en la población indígena femenina se ven favorecidos por las condiciones sanitarias notablemente más precarias que tiene esta población respecto al resto de los mexicanos. Las deficiencias en saneamiento y la no disponibilidad de agua potable repercuten directamente en la calidad de vida de la población indígena femenina, en especial la ubicada en casi 500 municipios de alta y muy alta marginación, en donde se asientan poblaciones compactas de aproximadamente 70% de hablantes de lengua indígena. Si bien algunos investigadores han postulado que las malas condiciones higiénicas pueden aumentar el riesgo de infección por el VPH o de Cáncer Cervicouterino, no existen pruebas uniformes que sustenten esta aseveración en población no marginal.* [12] (Fig.2)

12. Conocimiento de derechos sexuales y reproductivos

En cuanto a Talleres de promoción de derechos sexuales y reproductivos, no existen datos estadísticos que mencionen haberse realizado acciones en la zona, el programa Oportunidades realiza pláticas sobre salud reproductiva de las mujeres sin incidir en sus derechos, así mismo la Secretaría de Salud implementa pláticas de planificación familiar y vida sexual de las mujeres sin abordar el tema de Derechos Sexuales y Reproductivos.

13. Programas de prevención y atención (Oportunidades, IMSS)

En Tabasco existen programas de prevención, atención a la salud, desarrollo económico de las mujeres, a través de instancias municipales, estatales y federales, estas tres órdenes de gobierno han creado una diversidad de programas, los referentes a la atención de la salud son los siguientes:

- El programa oportunidades, programa que apoya a las familias que más lo necesitan para fortalecimiento de la educación de niños, adolescentes y jóvenes que tienen deseos de continuar sus estudios, otorga a las mujeres recursos económicos así como implementa una serie de pláticas que apoyan el desarrollo integral de las mujeres y sus hijos, incluido lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, así como la atención médica de las mujeres y sus hijos.

- Cada hospital y área del Sector Salud y los hospitales que afilian a trabajadores de organismos públicos y de las empresas poseen un programa de atención a las mujeres embarazadas, así como un área de atención a la salud reproductiva de las mujeres.

[12] Revista salud en Tabasco, Volumen 14, Septiembre – Diciembre 2008

Existen otra serie de programas que apoyan específicamente a las mujeres como:

- Las Direcciones de Atención a las Mujeres de los Municipios (DAM) que tienen como objeto brindar servicios a las mujeres y atención de primera mano en relación a la violencia y género.
- La creación de programas alternos como son las Líneas de emergencias, de manera que las mujeres accedan a una vida libre de violencia, de equidad y respeto a sí misma.
- La implementación de unidades móviles que abarquen la mayor población de mujeres que requieren atención en relación a revisiones médicas: odontológicas, ginecológicas, psicológicas de orientación jurídica.

14. Infraestructura hospitalaria

Dentro del estado de Tabasco se brindan los servicios médicos hospitalarios y quirúrgicos que la mujer necesita, servicios que son brindados en el Hospital Regional de alta Especialidad de la Mujer, en la que se pueden encontrar:

- Medicina Interna
- Enfermería
- Laboratorio de Análisis Clínico
- Salud Reproductiva
- Prenatal
- Clínica de Mama
- Clínica de Displasia
- Clínica de Climaterio
- Planificación Familiar
- Nutrición
- Psicología
- Ultrasonido

Estos servicios se brindan de acuerdo a las necesidades de las mujeres tabasqueñas para lo cual en el año 2006 se realizo la infraestructura adecuada para los servicios que brinda, atendiendo

21,616 mujeres en al año 2007 de la población total de mujeres tabasqueñas[13] (Tabla) las cuales son remitidas por el seguro popular.

Secretaría de Salud del Estado
Urgencias Atendidas Según Hospital y Sexo del Paciente
2007

CLUES	Unidad Hospitalaria	Masculino	Femenino	No especificado	Ignorado	Total
Total general		**138,234**	**248,554**	**161**	**11**	**386,960**
TCSSA000014	Balancan	5,040	7,650			12,690
TCSSA000306	Cárdenas	6,916	18,709	18	2	25,644
TCSSA001040	Dr. Rodolfo Nieto Padrón	22,979	17,448			40,427
TCSSA001052	Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	11,813	19,879	1	1	31,694
TCSSA001064	Dr. Juan Graham Casasus	11,307	13,534	19	2	24,862
TCSSA001076	De la Mujer	1	21,563	52		21,616
TCSSA006203	Urgencias Obstetricas*		5,139	3		5,142
TCSSA001665	Comalcalco	6,095	11,998			18,093
TCSSA001982	Tecolutilla	8,551	12,822			21,373
TCSSA002003	Cunduacan	7,282	15,705	3	1	22,991
TCSSA002353	E. Zapata	4,533	7,592	3		12,128
TCSSA002423	Huimanguillo	7,814	13,756			21,570
TCSSA016756	La Venta	5,135	9,263	1	0	14,399
TCSSA002971	Jalapa	29	70			99
TCSSA003135	Jalpa de M	5,557	8,608	1		14,166
TCSSA003614	Macuspana	6,472	13,163	14		19,649
TCSSA003922	Benito Juárez	6,140	12,086	9	1	18,245
TCSSA004296	Paraíso	3,873	8,324	31		12,228
TCSSA004301	Tacotalpa	2,357	3,944	2		6,303
TCSSA004564	Teapa	8,897	16,039	4	4	24,944
TCSSA004716	Tenosique	7,435	11,262			18,697

*** a partir del mes de octubre se cerró la Unidad.**

Tabla 2 - Fuente: Bases de datos del SAEH 207 (componente de Urgencias Atendidas Según Hospital y Sexo del

Los motivos por los cuales asistió la población de las mujeres anteriormente mencionadas a la atención médica[14] (Tabla siguiente) fueron los siguientes:

- Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación
- Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación
- Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
- Amenaza de aborto
- Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación
- Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa
- Infección genital en el embarazo
- Atención materna por otros problemas fetales especificados
- Aborto no especificado incompleto, sin complicación
- Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa
- Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada
- Oligohidramnios
- Atención materna por presentación de nalgas

[13] Fuente: Bases de datos del SAEH 207 (componente de Urgencias Atendidas Según Hospital y Sexo del Paciente 2007

[14] Fuente: Bases de datos del SAEH 207 (Motivos de atención) 2007

- Leiomioma del útero, sin otra especificación
- Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas
- Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio
- Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas
- Aborto retenido
- Amenorrea, sin otra especificación
- Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico
- Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal

Secretaria de Salud del Estado
Principales Motivos de Atención en Urgencias
2007
Hospital Regional de Alta Especialidad " De la Mujer"

Afección	Descripción	Total	% en relación al total
Total general		21,616	100
O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	8,743	40.46
O470	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	2,140	9.90
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	1,179	5.45
O200	Amenaza de aborto	1,087	5.03
O429	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	706	3.26
O13X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	633	2.93
O235	Infección genital en el embarazo	590	2.73
O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados	490	2.27
O064	Aborto no especificado incompleto, sin complicación	443	2.05
O342	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	412	1.91
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	394	1.82
O410	Oligohidramnios	328	1.52
O321	Atención materna por presentación de nalgas	216	1.00
D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	201	0.93
N938	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas	189	0.87
O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	166	0.77
O429	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	163	0.75
O021	Aborto retenido	153	0.71
N912	Amenorrea, sin otra especificación	129	0.60
O366	Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico	116	0.54
O680	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal	113	0.52
Las Demas		3,026	14.00

Tabla 3.- Fuente: Bases de datos del SAEH 207 (Motivos de atención) 2007

15. Aborto

Dentro del estado de Tabasco al igual que en otros estados de nuestro país, se infiere que existen casos de mujeres que deciden no tener a sus hijos y se practican un aborto, dado que el aborto no es legal en nuestro Estado no existen datos referentes a este rubro.

Otros casos, que se encuentran en las estadísticas son los de los hospitales de Salud dónde se reporta el aborto como una causa de atención, sin embargo no se ha realizado un análisis profundo en las instituciones y fuera de las instituciones sobre la razón por la cual se practica el Aborto.

Por ejemplo la Secretaria de Salud reporta solo Amenazas de Aborto en una población de 1,087 mujeres, 443 casos de Aborto no especificado incompleto, sin complicaciones y 153 casos de

abortos retenidos esto en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, mientras que el hospital General de Comalcalco reporta 133 casos de Aborto no especificado incompleto, sin complicación, de la misma manera el Hospital General Urgencias Obstétricas reporta 467 casos de Amenaza de Aborto, aborto no especificado incompleto sin complicaciones 295 casos y 41 casos de aborto retenido[15].

Los casos anteriormente mencionados son los de mujeres que están embarazadas y que han tomado la decisión de tener a sus hijos o hijas y que presentan alguna complicación durante el embarazo que culmina en una amenaza de aborto o en un aborto.

Lo cierto es que en el estado no se ha realizado un estudio profundo sobre los casos, causas y consecuencias de los casos de mujeres que han sido atendidas en los hospitales por estas causas.

De las misma forma no existen datos específicos sobre las mujeres tabasqueñas indígenas, aunque en éste caso habría que considerar los factores como la religión, tabú y mitos de la sociedad tabasqueña, como factores que impiden el aborto o crean sentimientos de culpa en las mujeres que lo realizan.

TABASCO

Secretaria de Salud del Estado
Principales Motivos de Atención en Urgencias
2007
Hospital Regional de Alta Especialidad "De la Mujer"

Afección	Descripción	Total	% en relación al total
Total general		21,616	100
O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	8,743	40.45
O470	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	2,140	9.90
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	1,178	5.45
O200	Amenaza de aborto	1,087	5.03
O429	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	705	3.26
O13X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	633	2.93
O235	Infección genital en el embarazo	590	2.73
O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados	490	2.27
O084	Aborto no especificado incompleto, sin complicación	443	2.05
O342	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	412	1.91
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	394	1.82
O410	Oligohidramnios	328	1.52
O321	Atención materna por presentación de nalgas	216	1.00
D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	201	0.93
N938	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas	159	0.87
O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	166	0.77
O420	Ruptura prematura de las membranas, o inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	162	0.75
O021	Aborto retenido	153	0.71
N912	Amenorrea, sin otra especificación	129	0.60
O366	Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico	116	0.54
O680	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal	113	0.52
Las Demas		3,028	14.00

[15] Bases de datos del SAEH 207 (Motivos de atención) 2007

16. Aspectos legislativos sobre el aborto

En México y en la mayoría de los Estados el aborto es legal en determinadas circunstancias, en Tabasco es permitido si el embarazo es producido por una violación, por peligro de muerte o por una inseminación artificial no consentida, en relación al aborto imprudencial o culposo a partir de una interpretación integral de los artículos 14 (excluyentes de responsabilidad de los delitos) y 61 (mención del aborto culposo) del Código Penal de Tabasco, se concluye que el aborto causado sin la intervención de la voluntad de la mujer o del médico, no es sancionable.

A continuación se citan los artículos del código penal que establecen que el aborto es un delito y describen sus debidas sanciones:

Articulo 130. Aborto es la muerte del producto de la concepción causada por actos ejecutados en cualquier momento del embarazo.

Articulo 131. Se aplicara prisión de tres a seis años, al que haga abortar a una mujer sin el consentimiento de esta. Si se emplea violencia física o moral, la prisión será de seis a ocho años.

Articulo 132. Se aplicara prisión de uno a tres años al que haga abortar a una mujer con el consentimiento de esta. La misma pena se impondrá a la mujer que consienta en que otro la haga abortar.

Articulo 133. Se aplicara prisión de seis meses a tres años a la mujer que procure a sí misma el aborto.

Articulo 134. Si el aborto lo causare un medico, cirujano, comadrona o partero se le aplicara, además de las penas que le correspondan, conforme a los artículos anteriores, suspensión de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión u oficio.

Articulo 135. El delito de aborto solamente se sancionara cuando se haya consumado.

Articulo 136. No es punible el aborto:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación indebida. En estos casos, no se requerirá sentencia ejecutoria sobre la violación o inseminación indebida, bastará la comprobación de los hechos; o

II. Cuando de no practicarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Lo cierto es que aunque no existen datos de mujeres que decidan abortar, se puede inferir que es un acontecimiento frecuente en la zona urbana y con algunas incidencias en la zona rural. Durante el año 2000 según datos del Tutelar de Menores Infractores de Niñas[16], se presentó un solo caso de una adolescente de 17 años proveniente del poblado C20 de Cárdenas, que se había autorealizado 3 abortos utilizando remedios caseros y que fue descubierta por sus vecinos dado que en su último aborto el bebé tenía 8 meses y lloró al ser expulsado, siendo abandonado por la menor y murió.

[16] Tutelar de Menores Infractores de Niñas. Archivo de Psicología 2001

Proyecto "Equidad en la Salud: Mujeres empoderándose de su Sexualidad"

La Dirección de Atención a las Mujeres del Municipio de Centro, como parte de las acciones asertivas que incidan en promover la equidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres del municipio, creo el proyecto "Equidad en la Salud: Mujeres empoderándose de su Sexualidad".

Seguidamente a la realización de un análisis exhaustivo de las estadísticas en relación a la situación que prevalece en la vida de las mujeres en el Municipio de Centro, entrevistas realizadas a mujeres con participación política y a las necesidades detectadas en las escuelas durante la impartición de Talleres de Violencia de Género, se visualizaron las siguientes necesidades:

1. Escasa o nula información en relación a la Sexualidad en los padres de familia.

2. En las escuelas no existe un programa específico que apoye a los padres a adquirir elementos básicos en relación a la Sexualidad, lo que les permita incidir asertivamente en la información que tienen sus hijos sobre la misma.

3. Las y los estudiantes tienen un cúmulo de información sobre la Sexualidad que no ha sido incorporada a su estilo de vida, ya que los docentes no promueven la aplicación de conocimientos científicos a la forma en que las y los estudiantes viven su sexualidad; en cuanto a los aspectos afectivos procuran no considerarlos dentro de los conocimientos que imparten.

4. Los docentes tienen conocimientos científicos relacionados con la anatomía y funcionalidad de los órganos reproductores, sin embargo se perciben con dificultades para considerar elementos afectivos y sociales relacionados con la sexualidad.

5. La información que reciben las y los estudiantes carece de la perspectiva de género.

6. Escasa relación entre el sector salud y las instancias de Educación que permita realizar un enrosque de información fundamental para la vida relacionada con la presencia de ITS, SIDA, Embarazo a edades tempranas, Planificación Familiar, Papanicolaou, Mastografía, Estudios de la Próstata; lo cual promovería el autocuidado y la responsabilidad sobre su propio cuerpo en los adolescentes.

Estos elementos permitieron crear un proyecto que considerará los siguientes aspectos:

1. Capacitación sobre la sexualidad con perspectiva de género, incidiendo en las y los estudiantes, padres de familia, docentes, personal de salud. La capacitación tiene dos vertientes: otorgar información significativa para aplicación en la vida personal de hombres y mujeres, así como ser un espacio en dónde se expongan inquietudes,

dudas, necesidades personales con el fin de conciliar la información que se posee con la nueva información recibida.

2. Se consideró de vital importancia obtener datos de primera mano que permitieran visualizar la situación que viven hombres y mujeres en referencia al ejercicio de la Sexualidad.

3. Por último, se consideró como un punto medular la creación de un espacio de propuestas de solución relacionadas con la situación que se percibe en relación a la Sexualidad y la Equidad de Género, considerando de vital importancia el empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad.

4. Creación de una propuesta que se presentará ante el Cabildo del H. Ayuntamiento de Centro, con el fin de crear un programa permanente que promueva cambios en la forma en que hombres y mujeres vivimos la sexualidad.

El proyecto que se tituló: **Equidad en la Salud "Mujeres empoderándose de su Sexualidad",** siendo el Objetivo: Crear una propuesta de Política Pública que considere el empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad, como una medida que promueva la equidad de género en la salud, así como la apropiación y ejercicio de los Derechos a la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

Las actividades principales del proyecto se centraron en los siguientes rubros:

1. Planeación de la Estrategia de Intervención
2. Ejecución del Modelo de Intervención

Dentro de la Planeación de la Estrategia de Intervención se obtuvieron los antecedentes sobre el tema que permiten visualizar la situación actual y futura en relación a la Sexualidad y la Equidad de Género, la situación actual de la problemática y la percepción que se tienen sobre el tema, así como los principales estereotipos y mitos que se sostienen y que afectan las políticas dirigidas a la equidad de las mujeres.

La ejecución del Modelo de Intervención consideró las siguientes actividades:

a) *Capacitación sobre Sexualidad con perspectiva de género*.

El objetivo fue la sensibilización a la población sobre la importancia de promover un cambio cultural que permita el empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad desde edades tempranas, lo que permitirá el ejercicio de los Derechos a la salud y de los Derechos sexuales y reproductivos.

En éste marco se realizaron talleres dirigidos a los siguientes grupos poblacionales:

- Personal de Salud que atiende a las mujeres
- Docentes ejercitándose en los diversos subsistemas de educación en el Estado.
- Padres de familia
- Estudiantes del 3er. Grado de Preescolar
- Estudiantes de Escuelas Primarias
- Estudiantes de Escuelas Secundarias
- Estudiantes de Escuelas Preparatorias

b) *Levantamiento de encuestas sobre Sexualidad*:

La obtención de resultados de la encuesta tuvo como objetivo recopilar información que permita visualizar la conceptualización, mitos y tabúes que se tienen sobre equidad en la salud, sobre el ejercicio de los derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos, así como la forma en que las mujeres perciben su sexualidad y el empoderamiento.

En éste marco se realizaron las siguientes actividades:

- 300 Encuestas a población adulta que participe en los talleres que se realicen en unidades de salud de atención primaria y escuelas
- 30 Encuestas a estudiantes de 3er. Grado de preescolar
- 30 Encuestas a estudiantes de Escuelas Primarias
- 30 Encuestas a estudiantes de Escuelas Secundarias
- 30 Encuestas a estudiantes de Escuelas Preparatorias

c) *Realización de Foro sobre propuestas para promover la equidad en la salud, el ejercicio de los Derechos a la Salud y el ejercicio de los Derechos Sexuales y reproductivos, así como el empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad*

La realización del foro considero dos actividades:

- Convocatoria para el foro a Instituciones de Educación Superior, Organismos públicos y privados, Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Realización de Foro dónde se expondrán resultados y se presentarán propuestas.

d) *Campaña de Difusión sobre Equidad en la Salud, Derechos a la Salud, Derechos Sexuales y reproductivos y empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad.*

La campaña considero como principal objetivo la promoción de cambios culturales en la percepción del empoderamiento de las mujeres y de la necesidad de formar una plataforma permanente que permita el acceso de las mujeres a la Equidad en la salud.

Equidad en la Salud "Mujeres empoderándose de su Sexualidad"

En este rubro se realizaron las siguientes acciones:

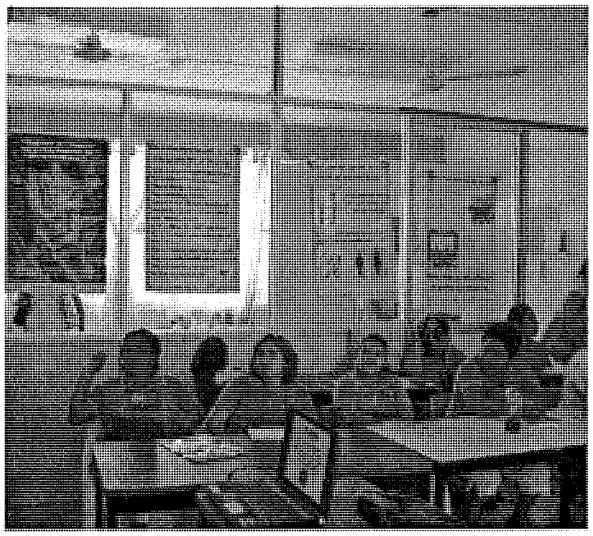
- Entrevistas en radio, prensa y televisión
- Elaboración de 1000 Trípticos
- Elaboración de 150 Pósters
- Elaboración de 3 Lonas publicitarias

Resultados del Proyecto

Los resultados del proyecto pueden enfocarse dentro de las cuatro vertientes que los conforman:

1) Capacitación sobre Sexualidad con perspectiva de género.

Para realizar el programa de capacitación sobre Sexualidad con perspectiva de género se consideraron las siguientes variables que permitirían seleccionar los espacios en los que se realizarían las acciones, éstos fueron:



1. Las escuelas deberían estar situadas en el área de acción de un Centro de Salud.

2. Se consideraron como eje fundamental capacitar a padres de familia de las escuelas seleccionadas, lo que se realizó con apoyo de los Directores y Directoras de las escuelas.

3. Se capacitaron a los y las docentes de las escuelas seleccionadas.

4. Se capacitó al Personal de Salud de los Centros cercanos a las escuelas y que suponemos atienden a la población que asiste a las mismas.

5. En relación a los estudiantes a capacitar se consideraron 4 niveles escolares:
   a) Preescolares: Se seleccionaron los niños y niñas que cursan el 3er. Año de Preescolar
   b) Primaria: Se capacitaron primordialmente a los y las estudiantes de 5º. y 6º. Año de primaria.
   c) Secundaria: Se capacitaron a los estudiantes del 1er, 2º. y 3er. Año de secundaria.
   d) Preparatoria: Se eligieron principalmente los estudiantes de los 5º y 6º. Semestres de preparatoria.

Se realizó una planeación de las actividades en relación a los tiempos de capacitación, con el fin de considerar los objetivos del proyecto.

a) Plan de capacitación

El plan de Capacitación fue diseñado considerando el diagnóstico emitido en el año 2010 por la Dirección de Atención a las Mujeres del H. Ayuntamiento de Centro. Se ha considerado principalmente los siguientes ejes:

1. Necesidad de formular políticas municipales que refuercen acciones de sensibilización y prevención de situaciones que afectan a las mujeres en materia de Salud Reproductiva.

2. Situaciones como el desconocimiento de medidas preventivas contra enfermedades reproductivas

3. Aumento del número de casos de mujeres con padecimientos como el cáncer de mamá y el cáncer cervicouterino.

4. Existencia de mitos y tabúes en cuanto a la información que se transmite en las escuelas hacia las y los estudiantes.

5. Existencia de mitos y tabúes expresados a través de los comportamientos del personal de salud que atiende a las mujeres en Centros de Salud u Hospitales.

6. Existencia de mitos y tabúes en la educación que los padres otorgan a los hijos e hijas.

Dado lo anterior se especificaron los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Crear una propuesta de Política Pública que considere el empoderamiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos, como una medida que promueva la equidad de género en la salud, así como la apropiación y ejercicio de los Derechos a la Salud y los Derechos Sexuales Reproductivos de las mujeres.

Objetivos Específicos:

1. Sensibilización a la población sobre la importancia de promover un cambio cultural que permita el empoderamiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos desde edades tempranas, lo que permitirá el ejercicio de los Derechos a la salud y de los Derechos sexuales y reproductivos.

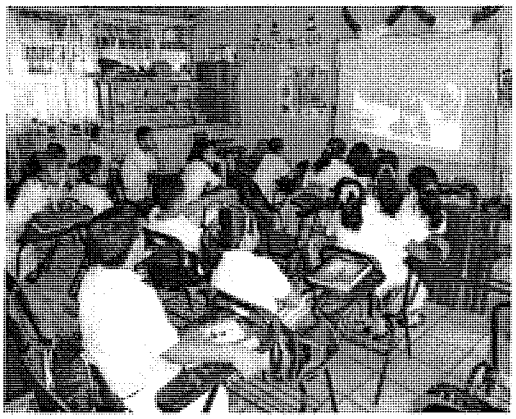
2. Sensibilizar a la población sobre la equidad de género a través del empoderamiento de nuestros propios cuerpos, lo que permitirá el ejercicio de nuestros Derechos a la salud y de los Derechos Sexuales y reproductivos.

Población Objetivo:

La población objetivo está compuesta de 4 grupos con las siguientes características:

1. Mujeres y hombres que trabajan como personal de salud en los Centros de Salud o Centros de atención Primaria a la Salud, de edades indistintas, pueden pertenecer a alguna etnia, la mitad de ellos debe pertenecer al área rural y la mitad al área urbana, poseen formación especializada en atención a la salud.

2. Mujeres y hombres que trabajan como Docentes en escuelas preescolares, primarias, secundarias y preparatorias dónde existe una unidad de salud de atención primaria, pueden pertenecer a alguna etnia, la mitad de ellos debe pertenecer al área rural y la mitad al área urbana, poseen formación docente.



3. Mujeres y hombres que conforman los grupos de Padres y madres de familia en escuelas preescolares, primarias, secundarias y preparatorias dónde existe una unidad de salud de atención primaria, pueden pertenecer a alguna etnia, la mitad de ellos debe pertenecer al área rural y la mitad al área urbana, sin importar el grado de estudio.

4. Estudiantes pertenecientes a los subsistemas educativos de preescolar, primaria, secundaria y preparatoria dónde existe una unidad de salud de atención primaria, pueden pertenecer a alguna etnia, la mitad de ellos debe pertenecer al área rural y la mitad al área urbana.

Estrategias:

1. Reuniones con líderes comunitarios que apoyen a la convocatoria de Capacitación.

2. Reuniones con Directores de Centros de Salud para informar sobre los objetivos y la oferta de capacitación en sus instituciones.

3. Reuniones con Directores de escuelas para informar sobre los objetivos y la oferta de capacitación en sus instituciones.

H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO
DIRECCION DE ATENCION A LAS MUJERES
PROYECTO FODEIMM

PLAN DE CAPACITACION Equidad en la Salud "Mujeres empoderándose de su Sexualidad"

			PERSONAL DE SALUD				PERSONAL DOCENTE				PADRES DE FAMILIA								ESTUDIANTES									PRESUPUESTO				CALENDARIZACIÓN						
	NOMBRE DE CURSO	No. TALLERES	PERSONAL DE ATENCION DIRECTA		PERSONAL ADMINISTRATIVO		DOCENTE FRENTE A GRUPO		DOCENTES EN AREAS ADMINISTRATIVAS		TUTORES DE ESCUELAS PREESCOLARES		TUTORES DE ESCUELAS PRIMARIAS		TUTORES DE ESCUELAS SECUNDARIA		TUTORES DE ESCUELAS PREPARATORIAS		ESTUDIANTES DE ESCUELAS PREESCOLARES		ESTUDIANTES DE ESCUELAS PRIMARIAS		ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS		ESTUDIANTES DE ESCUELAS PREPARATORIAS		TOTAL PART.	REC. INMUEBLES	REC. AYUNT. CENTRO	SIN COSTO	TOTAL PRES.	1	2	3	4	5	6	7
ADOLESCENTES	GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA	15	200		80																						280	$12,180.00			$12,180.00		X	X	X			
	GENERO Y DESARROLLO SEXUAL (COMO PONERLO EN PRACTICA EN EL SISTEMA EDUCATIVO)	15					150		80																		230	$12,180.00			$12,180.00		X	X	X			
	GENERO Y DESARROLLO SEXUAL (EDUCANDO EN CASA)	15									70		70		70		70										280	$12,180.00			$12,180.00		X	X	X			
	TOTAL	45	200	$ -	80	$ -	150	$ -	80	$ -	70	$ -	70	$ -	70	$ -	70	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	790	$36,540.00			$36,540.00							
ADOLESCENTES	SEXUALIDAD CON PERSPECTIVA DE GENERO PARA PREESCOLARES	15																	150								150	$12,180.00			$12,180.00				X	X		
	SEXUALIDAD CON PERSPECTIVA DE GENERO PARA ESCOLARES	15																			150						150	$12,180.00			$12,180.00				X	X		
	SEXUALIDAD CON PERSPECTIVA DE GENERO PARA ADOLESCENTES (SECUNDARIA)	15																					150				150	$12,180.00			$12,180.00				X	X		
	SEXUALIDAD CON PERSPECTIVA DE GENERO PARA ADOLESCENTES (PREPARATORIA)	15																							150		150	$12,180.00			$12,180.00				X	X		
	TOTAL	60	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	150	$ -	150	$ -	150	$ -	150	$ -	600				$48,720.00							
	TOTAL GENERAL	105	200	0	80	0	150	0	80	0	70	0	70	0	70	0	70	0	150	0	150	0	150	0	150	0	1390				$85,260.00							

b) Diseño de los programas de Capacitación:

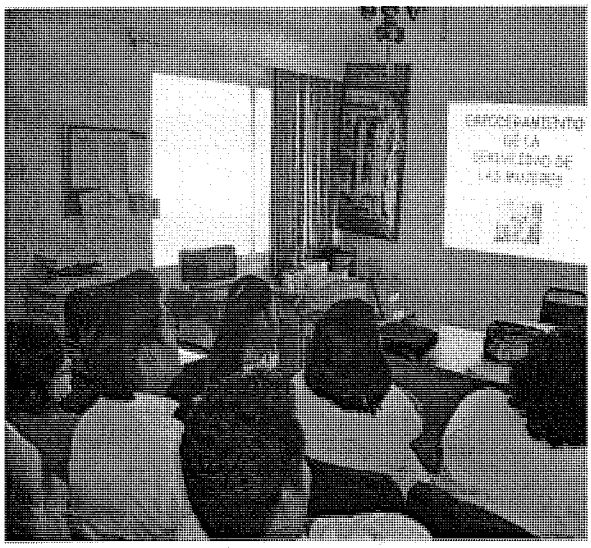
Con el fin de que la capacitación conservará los mismos objetivos independientemente del tipo de población, se realizó el diseño de un modelo que permitiría a las capacitadoras impartir los mismos contenidos modificando solamente las estrategias acorde a la edad y grado escolar de la población:

TALLER SEXUALIDAD Y GÉNERO

MI CUERPO Y MIS DESEOS

OBJETIVO:

Los participantes reflexionarán sobre cómo la cultura influye sobre la forma en que hombres y mujeres perciben su sexualidad y el ejercicio de la misma.



DIRIGIDO A:

Mujeres y hombres de diversas edades.

DURACIÓN: 2 horas

CONTENIDO TEMÁTICO:

1. GENERO Y SEXUALIDAD
   a) Diferencias entre género y sexo
   b) La perspectiva de género: diferentes tipos de hombres y mujeres

2. IDENTIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES
   a) Roles tradicionales de hombres y mujeres
   b) Conductas sexuales que se enseñan a las niñas y niños
   c) La virginidad de las mujeres y la libertad sexual de los hombres (mitos y realidades)

3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
   a) ¿Cuáles son los Derechos Sexuales y Reproductivos?
   b) El ejercicio de los Derechos una forma de empoderamiento para las mujeres
   c) Sabías que.... estadísticas sobre sexualidad

4. EMPODERAMIENTO DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES

a) Reflexión sobre la sexualidad, mandatos sociales imperantes, tabúes, culpas, vergüenzas, transgresiones sociales como una forma de empoderarnos personal y colectivamente.

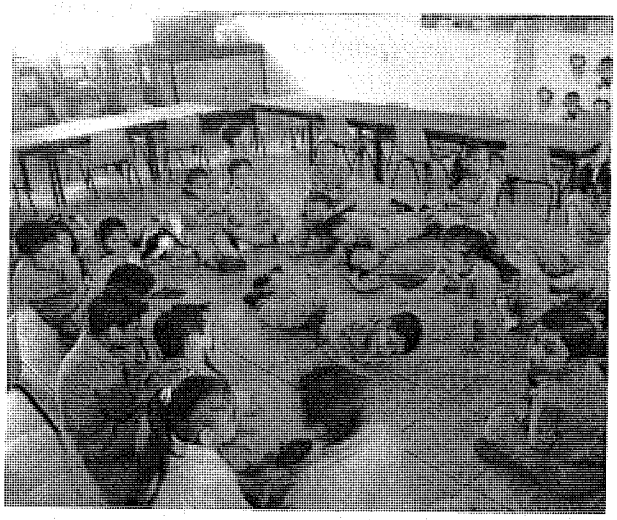
Algunas de las estrategias utilizadas fueron las siguientes:

- Niños y niñas preescolares:

DINÁMICA PARA TRABAJAR SEXUALIDAD CON PREESCOLARES

Dado que la sexualidad en los niños y niñas es parte de su desarrollo, dependiendo de los mensajes que han recibido en la familia con respecto a sus cuerpos será la actitud que tengan hacia el mismo.

Para tratar el tema de la sexualidad con los niños y niñas es importante ganar confianza, por lo que es aconsejable que se realice una dinámica que estimule la confianza de los participantes.



Ejemplos de ellas son las siguientes:

Presentación con Rap, tal como su nombre lo indica, consiste en la presentación de las personas por intermedio de un **rap**, esa música tan característica que invita a la diversión. Para comenzar, todos los niños (o a quien vaya dirigida la dinámica) deben ponerse en círculo. La persona que esté a cargo explicará lo que harán, presentarse con un rap, y deberá demostrar cómo es esta actividad. Para ello comenzará marcando un ritmo de rap, puede ser con las manos, objetos, los pies, etc., y pedirá que todos la acompañen. Acto seguido comenzará la canción: "***Este rap, que les voy a cantar, es para mi nombre poder recordar, Barbie, Barbie, me llamo Barbie***". Luego todo el resto deberá repetir "***Barbie, Barbie, se llama Barbie***". Y así seguirán todos imitando este rap con su propio nombre, con el adicional de agregar un extra al rap; puede ser un baile, un grito, una vueltita, etc.

La tercera **dinámica** que se utilizó fue la de la "***Risa contagiosa***". Es muy simple pero efectiva para pequeños. Aquí todos los participantes se deberán acostar en el piso, apoyando la cabeza en la panza del compañero anterior. Quien este primero deberá gritar ¡Ja!, luego el segundo ¡Jaja!, el tercero ¡Jajaja! Y así sucesivamente.

Después de la actividad de inicio, nos disponemos a trabajar con los niños lo referente a la sexualidad para lo cual proponemos las siguientes dinámicas:

1. En equipos los niños dibujan el cuerpo de una compañera y un compañero, dibujando su silueta en un papel bond (cada equipo tendrá dos papel bond), seguidamente se le pedirá a los niños que coloquen las partes del cuerpo en cada uno de sus dibujos y que con crayolas coloreen de amarillo las partes de nuestro cuerpo que ellos consideran que son "privadas" es decir que los demás no pueden ver ni tocar, de naranja las partes del cuerpo que todos pueden ver y tocar y de azul las partes del cuerpo que solo pueden ver, pero no tocar.
2. Los equipos presentan sus dibujos y se les realizan algunas preguntas sobre el porqué eligieron cada parte del cuerpo en los bloques de colores.
3. El instructor puede hablar sobre los siguientes temas:

    a) Femenino y Masculino: como construcción social, puntualizando que solo los órganos sexuales son los que nos diferencian.
    b) Explicar la razón por la cual no se pueden tocar ciertas partes de nuestro cuerpo, puntualizando los sentimientos hacia ella, así como los derechos sexuales y reproductivos.
    c) El término sexualidad como todas las manifestaciones de nuestro cuerpo.

- Estrategia diseñada para niños escolares:

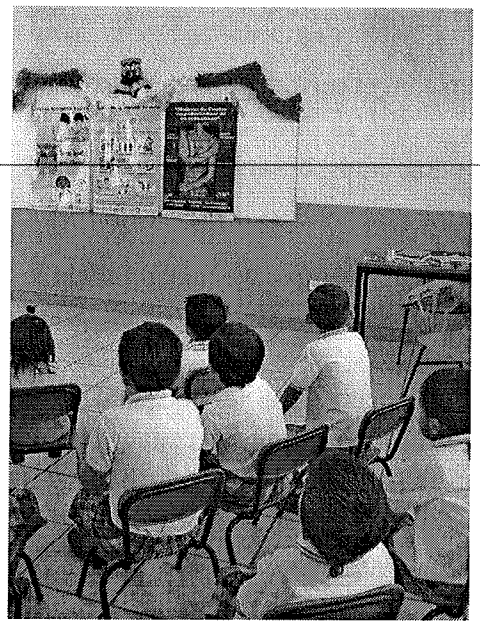
DINÁMICA PARA TRABAJAR SEXUALIDAD CON ESCOLARES

Con los escolares se consideró la necesidad de que conozcan sobre sus Derechos sexuales y reproductivos, por lo que se diseñó una cartilla sobre los mismos, con la cual se realizó la exposición del tema.

Como Dinámica de inicio se realizó un juego que se llama "cambiando de roles" mediante los cuales cada quién eligió a un compañero o compañera que imitaría a través de las características más sobresalientes de su persona, con ésta actividad se promovió también la autoestima y la valoración social del grupo.

Después de la dinámica se procedió a jugar la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos y los niños y niñas tuvieron espacio para reflexionar sobre los mismos.

El instructor considero los siguientes temas para reflexión.



d) Femenino y Masculino: como construcción social, puntualizando que solo los órganos sexuales son los que nos diferencian.

e) Derechos sexuales y reproductivos: comprensión y entendimiento de los mismos, así como formas de ejercerlos.

f) El término sexualidad como todas las manifestaciones de nuestro cuerpo.

- Para los estudiantes de Secundaria y preparatoria se abordaron los temas, permitiendo que los chicos y chicas contaran sus propias experiencias, por lo que generalmente se trabajó en mesa redonda.

- En el caso de la población adulta se impartió el taller en relación a la guía general.

c) Resultados del proceso de capacitación:

Se logró capacitar un total de 2831 personas distribuidas de la siguiente manera:

1. Del personal de los Centros de Salud y Hospitales se capacitó a un total de 300 profesionales.

2. De Docentes en ejercicio dentro de las escuelas en las cuales se capacitó a alumnos se incidió sobre un total de 240 maestros y maestras.

3. De padres y madres de familia se capacitaron un total de 396 personas.

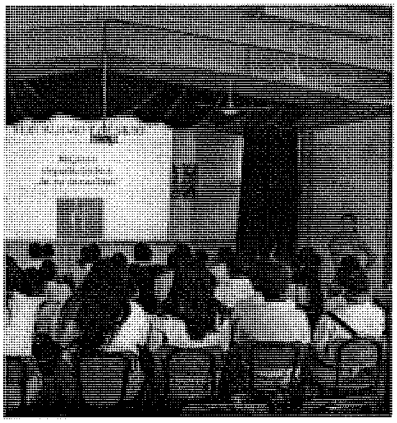
4. De los estudiantes preescolares se capacitaron 343 niños y niñas.

5. De los estudiantes de Primaria se capacitaron 465 niños y niñas.

6. De los estudiantes de Secundaria se capacitaron 498 adolescentes.

7. De los estudiantes de Preparatoria se capacitaron 589 jóvenes.

Aunque los resultados de la capacitación no pueden medirse en el corto tiempo posible, dado que los cambios actitudinales constituyen una serie de procesos que se pueden percibir a través de los años y dichos cambios son graduales, no obstantes logramos observar en los grupos capacitados:



1. El personal de salud cuenta con pocos elementos de la aplicación de la perspectiva de género en la atención de mujeres.

2. El personal docente conoce sobre la perspectiva de género, pero no existe una incorporación de los conocimientos en su vida propia, es decir no se han dado cambios actitudinales en relación a los estereotipos, tabúes y supuestos sobre la forma en que deben comportarse hombres y mujeres.

3. Los padres y madres de familia constituyen el grupo con menos elementos que les permitan incidir en una educación con equidad para sus hijos e hijas, presentan dificultades para hablar sobre la sexualidad, su sexualidad y prefieren desconocer la sexualidad de sus hijos.

4. En los niños y niñas preescolares existen conocimientos básicos sobre el sexo, no obstante a su corta edad reproducen estereotipos culturales de género en referencia a los roles de hombres y mujeres.

5. En los niños y niñas de primaria logramos observar una gran cantidad de información sobre el tema, la cual considera estereotipos tradicionales como los de "novia", "novio", "amigas", "amigos", "la willa" (llaman así a las niñas a las que consideran atrevidas, que han tenido muchos novios y que no son valoradas por los niños). Es de particular importancia como las series televisivas influyen para consolidar éstos estereotipos tradicionales.

6. En los y las adolescentes de secundaria se observan confusiones entre los términos de sexo, sexualidad y relaciones sexuales, se repiten una gran cantidad de estereotipos tradicionales de hombres y mujeres, lo cual aunado a la serie de cambios físicos que se encuentran gestando en sus cuerpos crean confusiones sobre los comportamientos que deben tomar y la forma de relacionarse con las adolescentes, se pueden observar algunos actos de violencia en el noviazgo.

7. En los chicos y chicas de preparatoria se perciben cambios en la forma en que las mujeres visualizan su posición como mujeres, como novias, como esposas, éstos cambios consideran la toma de decisiones y la resistencia a repetir las historias familiares vividas; sin embargo existe una controversia con la información relacionada con la maternidad y la forma en que demuestran el amor. En el caso de los hombres existen cambios relacionados con la forma en que perciben a las mujeres, dentro de los que se considera a las chicas con capacidades sobresalientes, no necesariamente dedicadas al trabajo doméstico, visualizan una relación de pareja de colaboración, no obstante se pueden observar confusiones relacionadas con la fidelidad de las mujeres, ser madres y padres y la durabilidad de las relaciones matrimoniales.

2. Encuesta sobre Sexualidad

Se realizó el levantamiento de encuestas relacionadas con la percepción de las mujeres sobre la forma en que se otorga la equidad en la salud, el acceso al ejercicio de sus derechos a la salud, ejercicio de los Derechos sexuales y reproductivos y los mitos que existen sobre la percepción de su sexualidad y cómo afectan el empoderamiento de las mujeres.

El objetivo de ésta acción fue recopilar información que permita visualizar la conceptualización, mitos y tabúes que se tienen sobre la equidad en la salud, sobre el ejercicio de los derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos, así como la forma en que las mujeres perciben su sexualidad y el empoderamiento.

Se realizó un total de 420 encuestas divididas de la siguiente manera:

- 300 Encuestas a población adulta que participe en los talleres que se realicen en unidades de salud de atención primaria y escuelas.
- 30 Encuestas a estudiantes de 3er. Grado de preescolar
- 30 Encuestas a estudiantes de Escuelas primarias
- 30 Encuestas a estudiantes de Escuelas Secundarias
- 30 Encuestas a estudiantes de Escuelas Preparatorias.

a) Diseño de la encuesta

Dentro del diseño de la encuesta se consideraron los siguientes elementos:

1. La población encuestada era diversa

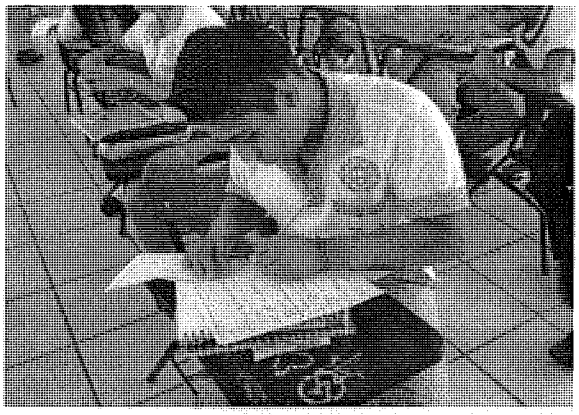
2. Se requerían preguntas sobre el mismo tema, formuladas acorde a la edad del encuestado.

3. Se consideraron 5 tipos de encuestas sobre el mismo tema:

- Encuestas dirigidas a padres y madres de familias
- Encuestas dirigidas a docentes
- Encuestas dirigidas al personal de salud
- Encuestas dirigidas a preescolares y escolares
- Encuestas dirigidas a estudiantes de Secundaria y Preparatoria

Todas las encuestas consideraron como ejes principales los siguientes rubros:

1. Datos generales del individuo:
   Nombre
   Edad
   Dirección
   Grado escolar
   Religión
   Estado civil
   Estructura familiar
   Datos de la vivienda
   Datos de la escuela a la que asiste
   Datos de la colonia donde vive



2. Educación sexual en casa
   Conceptos sobre sexualidad
   Conceptos sobre equidad de género
   Percepciones sobre las mujeres
   Percepciones sobre los hombres

3. Educación sexual en escuelas
   Temas que la escuela imparte (los puede considerar con su experiencia)
   Actitudes de las y los docentes
   Cursos e información al respecto

4. Vida sexual y atención a la salud
   Primera relación sexual
   Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual
   Conocimiento sobre estudios rutinarios que se tiene que realizar
   Atención medica
   Calidad de la atención medica
   Conceptualización y apropiación del propio cuerpo

Algunos de los rubros de la encuesta se adecuaron con el fin de conocer si la educación recibida en los primeros años de vida seguía predominando independientemente de la capacitación o de los conocimientos adquiridos con posterioridad, así mismo en el caso del personal docente y de salud era importante conocer si los estereotipos que predominaban condicionaban la forma en la que realizaban actividades de atención al público.

b) Capacitación de encuestadores

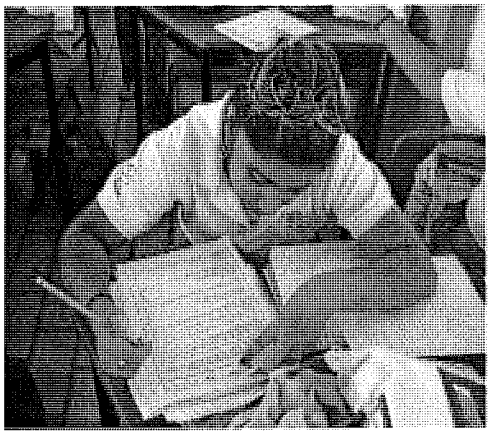
Con el fin de que el encuestador conociera los conceptos básicos sobre género y sexualidad, así como obtuviera la visión para la aplicación de las encuestas, aclaración de dudas de los encuestados y lograr la meta de aplicación, se consideraron dos requisitos para la contratación de encuestadores:

1. Experiencia en actividades de capacitación, de levantamiento de encuestas o de docencia.

2. Conocimientos sobre sexualidad y perspectiva de género.

Seguidamente se procedió a capacitarlos sobre tres aspectos: Género, Sexualidad y aplicación de la encuesta.

c) Estrategias para el levantamiento de encuestas



En las estrategias de aplicación se consideraron las siguientes acciones:

- Realización de encuestas al terminar los procesos de capacitación en el caso de estudiantes.
- Realizar encuestas con los padres de forma grupal
- Realizar encuestas con el personal de salud de forma grupal o en su defecto aplicarlos de forma individual en un horario distinto.

d) Tratamiento de los datos

Para el tratamiento de las encuestas, se consideraron los siguientes ejes:

- Estructura de los hogares
- Estatus económicos de los hogares a partir de los servicios con que cuentan las viviendas
- Condición física y de capacidades con las que cuentan las escuelas
- Condición física y de capacidades con las que cuentan las instancias de salud.
- Estereotipos de género
- Mitos y tabúes sobre la sexualidad
- Conocimientos sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
- Educación sobre sexualidad y género que otorgan los padres
- Conocimientos que otorgan los docentes en relación a sexualidad y género
- Atención que recibe la población en los Centro de Salud.

e) Resultados de las encuestas

La encuesta sobre Sexualidad es un instrumento de consulta que nos permitirá visualizar la situación que hombres y mujeres de diferentes edades viven, en relación a la sexualidad.

Se logro encuestar en cada uno de los casos 50% de mujeres y 50% de hombres, excepto en el rubro de padres de familia donde el 80% de la población son mujeres.

Por lo que con el objeto de centrar el análisis en los puntos estratégicos del proyecto, consideramos los siguientes rubros:

1. **Estructura de los hogares:**

Los hogares se clasifican en familiares y no familiares, los primeros son todos aquellos cuyos integrantes se encuentran unidos por lazos sanguíneos, mientras los no familiares son aquellos en los que los integrantes no se encuentran unidos por lazos sanguíneos.

En nuestro estudio el 100% de los hogares son familiares, es decir la población encuestada conserva aún la estructura tradicional familiar.

Estructura de los Hogares	
Familiares	100%
No Familiares	0%

Estos hogares familiares tienen la siguiente estructura:

a) El 76% de ellos son nucleares, es decir están formados por papá, mamá e hijos (as).

b) El 16% está formado por el padre, madre, abuelos (as) y los hijos (as).

c) En el 4% de los casos el hogar se encuentra formado por la madre, la abuela y los hijos (as).

d) Otro 4% se encuentra constituido solo por la madre y los hijos (as).

Estructura de los Hogares Familiares	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Nucleares: Padre, madre e hijos (as)	24%	52%	76%
Madre, abuelita e hijos (as)	4%		4%
Padre, Madre, abuelo (a), hijos (as)	16%		16%
Madre, hijos (as)		4%	4%

Como podemos observar las jefaturas femeninas se visualizan en la población siendo el 8% del total de los hogares encuestados los que son dirigidos por una mujer, el 4% de éstos hogares también están formados por la abuela.

Jefatura de los Hogares	Hogares
Jefe de familia es un hombre	92.00%
Jefe de familia es una mujer	8.00%

2. Estatus económicos de los hogares a partir de los servicios con los que cuentan las viviendas;

Los hogares de la muestra cuentan en su gran mayoría con dos servicios básicos: luz eléctrica (100%) y agua potables (100%) y el 56% de ellos cuentan con algún sistema de cable, sky u otro y teléfono, por lo que estatus económico puede considerarse en dos vertientes: pobres y de clase media; es decir no sólo es la población con menos recursos, sino también tenemos población que cuenta con trabajos mejor remunerados que impactan en el ingreso económico al hogar.

Servicios con los que cuenta la vivienda	Hogares
Luz eléctrica	100%
Agua Potable	100%
Sistema de cable, sky u otro	56%
Teléfono	56%

Las comunidades o colonias donde habitan cuentan con los siguientes servicios:

a) Sistema de agua potable el 100% de ellas.

b) Sistema de energía eléctrica el 100% de ellas

c) El 96% cuenta con algún servicio de salud cercano.

d) El 92% cuenta con escuelas alrededor.

e) El 64% tiene servicio de transporte accesible a sus habitantes

f) El 40% cuenta con alguna institución gubernamental ubicada en su circunscripción.

Servicios de la comunidad	Hogares
Sistema de Agua potable	100%
Sistema de Energía Eléctrica	100%
Servicio de Transporte Accesible	64%
Hospitales o Centros de Salud	96%
Escuelas	92%
Institución Gubernamental	40%

3. Condición física y de capacidades con las que cuentan las escuelas

Las escuelas donde se realizaron talleres y levantamiento de encuestas se encuentran equipadas con los servicios básicos:

a) Tienen activos todos los grados escolares (100%)

b) Cuentan con un docente por grado escolar (100%)

c) Hay un Docente de Deporte asignado a la escuela (96%)

d) La escuela cuenta con espacios recreativos (88%)

La mitad de ellas cuenta adicionalmente con los siguientes servicios:

a) Cancha deportiva el 48% de ellas.

b) Un Docente de música el 40%.

Y una de cada diez escuelas encuestadas cuenta con:

a) Área de computo el 12%.

b) Una biblioteca el 10%

Servicios de las Escuelas	Hogares
Todos los grados escolares	100%
Un docente por grado escolar	100%
Cancha Deportiva	48%
Espacios recreativos	88%
Biblioteca	10%
Área de Computo	12%
Docente de Deporte	96%
Docente de Música	40%

4. Condición física y de capacidades con las que cuentan las instancias de salud.

Las instancias de salud con las que se trabajaron cuentan con los servicios necesarios para atender las demandas de la comunidad donde se encuentran ubicados:

a) Servicios médico preventivo

b) Médico (a) familiar

c) Trabajador social

d) Enfermera (o)

e) Área de vacunas

f) Se otorga en el caso de la atención de las mujeres, la cartilla de la mujer

g) Realizan estudios preventivos como el Papanicolaou, la mamografía y el estudio de la próstata.

h) Cuentan con un área de planificación familiar y de prevención de enfermedades de Transmisión sexual.

Solo 1 de cada 10 de las instancias encuestadas cuentan dentro de su personal con un médico (a) con especialidad en ginecología.

Y el 5% de ellos cuenta con el servicio de un psicólogo (a).

Servicios con los que cuentan las Instancias de Salud	Instancias
Servicio médico de prevención	100%
Servicio médico de atención secundaria	0%
Médico (a) familiar	100%
Médico (a) con especialidad en ginecología	10%
Médico (a) con especialidad en urología	0%
Médico(a) pediatra	0%
Psicólogo (a)	5%
Trabajador (a) social	100%
Enfermera (os)	100%
Área de vacunas	100%
Otorgan la cartilla de la mujer	100%
Realizan estudios de Papanicolaou, mamografía y estudios de la próstata	100%
Área de planificación familiar y prevención de enfermedades de Transmisión Sexual	100%

Las instancias de salud cuentan con los siguientes programas de atención a la población:

a) Programas de atención a adolescentes

b) Programas de planificación familiar

c) Programa de prevención de enfermedades de Transmisión sexual

d) Programas de atención a la salud de las mujeres

e) Programa de medicina preventiva

f) Programa de Sexualidad

g) Programa de atención a mujeres embarazadas

Sin embargo, considerando que las Normas de Salud implican que la perspectiva de género de forma transversal se encuentre inserta en cada uno de los programas, las instancias reportan que no cuentan con programas específicos de Equidad de Género en la Salud, Programa de promoción de los Derechos sexuales y reproductivos y no existe un Programa de atención a la salud de los hombres.

Programas de atención con los que cuentan las instancias de salud	Instancias
Programas de atención a adolescentes	100%
Programas de planificación familiar	100%
Programa de prevención de enfermedades de Transmisión sexual	100%
Programas de atención a la salud de la mujeres	100%
Programa de Medicina Preventiva	100%
Programa de Equidad de Género en la salud	0%
Programa de Sexualidad	100%
Programa de promoción de los Derechos sexuales y reproductivos	0%
Programa de atención a mujeres embarazadas	100%
Programa de atención a la salud de los hombre	0%

5. Estereotipos de género

Para realizar el análisis de los estereotipos de género, consideremos cada parte de la población encuestada por separado, dado que cada una de ellas tiene características diferentes en relación a edad, nivel de procesamiento de conocimientos y educación.

a) Preescolares

En la población preescolar se considero realizar entrevistas dirigidas a la identificación de ideas que sirven de base a las actitudes referentes al género, dado que los preescolares pueden o no recibir información que incida las diversas esferas de la sexualidad.

Cuando se pregunta a los preescolares sobre la diferencia entre hombres y mujeres que determina el sexo, se puede observar que la mitad de la población identifica la vagina o el pene como la respuesta (24% de la población que es hombre y 32% de la población que es mujer), no obstante, siendo que permitimos que eligieran más de una respuesta, la población considera que existen otras variables que determinan el sexo:

a) El 30% de la población considera que otra determinante es la ropa (24% son hombres y 8% son mujeres)

b) El 44% considera que el corte de cabello y el peinado determinan también el sexo (28% son hombres y 16% son mujeres)

c) El 60% considera que las actividades de juego como las muñecas o los carritos determinan el sexo (40% son hombres y 20% son mujeres)

d) Por último el 8% considera que las actividades domésticas o de trabajo determinan el sexo (el 8% son hombres)

Como podemos visualizar aún cuando la población encuestada pertenece al 3er. Grado de preescolar, existen estereotipos sobre el sexo tales como la división de las tareas, actividades de juego, la forma en que se visten, el corte y el peinado que usan los hombres y las mujeres; los cuales se visualizan mayoritariamente en la población de hombres.

Es importante considerar que ésta población es la más pequeña en edad y que los hombres son los únicos que expresaron que la división de actividades domésticas y de trabajo determinan el sexo.

Diferencia que determina el sexo	Hombres	Mujeres
Ropa	24%	8%
Corte y peinado	28%	16%
Actividades domesticas o de trabajo	8%	0%
Jugar con muñecas o carritos	40%	20%
Vagina o pene	24%	32%
No contesto	0%	8%

Lo anterior también podemos visualizarlo en los estereotipos que la población preescolar tiene sobre las mujeres, para lo cual mencionaremos los de mayor frecuencia:

a) El 80% de la población mencionaron que las mujeres trabajan (44% hombres y 36% mujeres)

b) El 76% mencionó que realizan labores domésticas (40% hombres y 36% mujeres)

c) El 76% las identifica como las que juegan a las muñecas (44% hombres y 32% mujeres)

Es decir que en la mayor parte de la población se considera que las mujeres pueden trabajar, sin embargo siguen siendo identificadas como las que realizan las labores domésticas.

Es importante mencionar algunos cambios en los estereotipos tales como que las mujeres juegan futbol presente en el 64% de la población y del lado contrario el hecho que solamente el 52% de la población opina que las mujeres son inteligentes y en éste último rubro que solo el 20% de esa población son mujeres.

Es decir, la conceptualización que las niñas tienen de su sexo se encuentra llena de estereotipos tradicionales y siendo que la inteligencia está relacionada con el desempeño de actividades laborares, realización de objetivos o metas y empoderamiento, es importante visualizar como desde muy pequeñas comenzamos a considerarnos con escasas capacidades para emprender proyectos, realizar actividades con mayor grado de dificultad y tomar decisiones.

Estereotipos sobre las Mujeres	Hombres	Mujeres
Sensibles y frágiles	28%	16%
Realizan labores domésticas	40%	36%
Trabajan	44%	36%
Son Inteligentes	32%	20%
Son Torpes	0%	0%
Pueden jugar futbol	36%	28%
Juegan a las muñecas	44%	32%
No contesto	0%	8%

En los estereotipos de hombres se puede visualizar que las características más frecuentes son:

a) El 80% de la población (44%son hombres y 36% son mujeres) dicen que los hombres trabajan.

b) El 76% dice que los hombres juegan futbol (40% son hombres y 36% son mujeres)

c) El 56% piensa que son inteligentes (32% son hombres y 24% son mujeres)

En el caso de los hombres es de gran importancia mencionar que aunque con menor frecuencia, aparecen identificaciones con que realizan labores domesticas, pueden llorar, son débiles y sensibles.

Estereotipos sobre los Hombres	Hombres	Mujeres
Fuertes	32%	16%
No lloran	20%	8%
Débiles	12%	8%
Sensibles	16%	12%
Hacen labores domesticas	20%	8%
Trabajan	44%	36%
Juegan futbol	40%	36%
Juegan a las muñecas	0%	4%
Son inteligentes	32%	24%
Son torpes	12%	4%
Son valientes	4%	0%
No contesto	0%	12%

b) Escolares:

En el caso de los escolares mencionaremos los principales rubros en relación a la identificación del sexo y a los estereotipos de género:

a) El 67% de la población considera que es la vagina o el pene

b) El 55% de la población considera que es la ropa

c) El 50% de la población considera que es el corte y el peinado

Como podemos visualizar en los escolares se observan cambios en la identificación del sexo, sin embargo aún prevalecen algunos estereotipos relacionados con la forma de vestir y el arreglo personal.

Diferencia que determina el sexo	Hombres	Mujeres
Ropa	22%	33%
Corte y peinado	28%	22%
Actividades domesticas o de trabajo	22%	11%
Jugar con muñecas o carritos	11%	22%
Vagina o pene	39%	28%
No contesto	6%	0%

En relación a los estereotipos sobre las mujeres 6 de cada 10 encuestados siguen visualizándolas como:

a) Realizan labores domésticas

b) Juegan a las Muñecas

c) Son inteligentes

Es importante visualizar que a ésta edad los niños y niñas identifican a las mujeres como inteligentes.

Estereotipos sobre las Mujeres	Hombres	Mujeres
Sensibles y frágiles	33%	17%
Realizan labores domésticas	33%	28%
Trabajan	33%	22%
Son Inteligentes	33%	28%
Son Torpes	6%	0%
Pueden jugar futbol	17%	17%
Juegan a las muñecas	33%	28%
No contesto	6%	0%

En el caso de los hombres visualicemos que se añaden otras características que empiezan a encajar con el estereotipo tradicional que tenemos de hombre:

a) Son fuertes, lo considera así el 84% de la población

b) Trabajan en el 73% de la población

c) Son inteligentes en el 66% de la población.

Estereotipos sobre los Hombres	Hombres	Mujeres
Fuertes	56%	28%
No lloran	28%	11%
Débiles	28%	11%
Sensibles	22%	6%
Hacen labores domesticas	28%	11%
Trabajan	61%	22%
Juegan futbol	11%	56%
Juegan a las muñecas	6%	0%
Son inteligentes	44%	22%
Son torpes	0%	17%
Son valientes	1%	0%
No contesto	0%	0%

3. Estudiantes de Secundaria y Preparatoria:

En los estudiantes de Secundaria y Preparatoria las preguntas fueron enfocadas hacia su experiencia de vida, en relación a lo que observan que mujeres y hombres realizan en casa, en la escuela y lo que piensan sobre ello, es importante mencionar que las formas de pensamiento en relación a aspectos como el género y la sexualidad son muy constantes en ambos grupo.

En casa, 8 de cada 10 encuestados observan que las mujeres realizan labores del hogar y van a la escuela.

Actividades de las mujeres en casa	Hombres	Mujeres	Total
Realizan labores del hogar	44%	36%	80%
Van a la escuela	36%	44%	80%
Las golpean cuando no obedecen	1%	0%	1%
No deben salir de casa de noche	15%	12%	27%
Necesitan permiso para salir	25%	24%	49%
No deben tener relaciones sexuales hasta que se casen	35%	34%	69%

En la escuela, 7 de cada 10 consideran que las mujeres deben tener un solo novio y las consideran inteligentes, esto último es un factor importante que apoyará al empoderamiento de las mujeres.

En la escuela las mujeres	Hombres	Mujeres	Total
Son inteligentes	35%	32%	67%
Son torpes	32%	21%	53%
Tienen muchos novios	25%	22%	47%
No tienen novios	13%	10%	23%
Tienen un solo novio	35%	32%	67%
Son desinhibidas	5%	15%	20%

En relación a los hombres, se consideran aspectos como que trabajan, estudian y que no realizan labores del hogar (89%) que como podemos visualizar son parte de los estereotipos tradicionales de género.

Actividades de los hombres en casa	Hombres	Mujeres	Total
No realizan labores del hogar	44%	45%	89%
Trabajan	50%	50%	100%
Estudian	50%	50%	100%
Tienen muchas novitas	32%	34%	66%
Solo tienen una novia	21%	14%	35%
No piden permiso para salir	33%	35%	68%
Van a fiestas nocturnas o salen a la calle de noche	**33%**	**36%**	69%
Mandan	14%	25%	39%
Pueden golpear o gritar	1%	5%	6%

En la escuela, son considerados como Inteligentes (84%), tienen muchas novias (82%) y tienen relaciones sexuales con muchas mujeres (76%), éstos dos últimos aspectos están íntimamente relacionados con las relaciones sexuales, como podemos observar los hombres siguen siendo autorizados para tener relaciones sexuales abiertamente, no así las mujeres.

En mi escuela los hombres	Hombres	Mujeres	Total
Tienen relaciones sexuales con muchas mujeres	36%	40%	76%
Tienen muchas novias	40%	42%	82%
Solo tienen una novia	12%	10%	22%
No tienen relaciones sexuales	0%	0%	0%
Son brutos	0%	1%	1%
Son feos	0%	2%	2%
Son guapos	**15%**	**27%**	42%
Son inteligentes	46%	38%	84%
Son agresivos	34%	40%	74%

6. Mitos y tabúes sobre la sexualidad

En relación a los mitos y tabúes, dentro del análisis de las encuestas se priorizaron los siguientes temas relacionados, dado que presentan información que debe considerarse al diseñar estrategias de apoyo para los padres, madres, hijos e hijas.

a) En relación a la sexualidad 8 de cada 10 encuestados de cada grupo social piensan que su significado es relaciones sexuales y sexo.

b) En los tres grupos 9 de cada 10 piensan que hablar de sexualidad en casa no es una prohibición, sin embargo nadie lo hace.

c) La población de los tres grupos considera que los padres no hablan sobre sexualidad a sus hijos, es importante mencionar que no lo consideran una prohibición, sino que es parte de una práctica social.

d) Por último 9 de cada 10 en los tres grupos siguen considerando que la vida sexual está relacionada con las relaciones sexuales.

Estos datos son de gran importancia en el ejercicio de la Sexualidad y determina los roles que padres e hijos tienen en consideración a la sexualidad y la apertura hacia ella. Lo que seguramente es un obstáculo a considerar para lograr el establecimiento de conocimientos y vivencias diferentes en todos los grupos de edad.

Principales Mitos y Tabúes sobre la sexualidad	Adolescentes	Jóvenes	Padres y madres
La sexualidad son relaciones sexuales y sexo	80%	75%	87%
En casa no se prohíbe hablar de sexualidad, pero nadie lo hace	92%	95%	87%
Los padres no hablan sobre sexualidad a sus hijos	100%	100%	95%
La vida sexual está+¿ relacionada con las relaciones sexuales	87%	92%	87%

7. Conocimientos sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

En relación a los conocimientos sobre sexualidad y derechos reproductivos en los tres grupos poblacionales encontramos que 2 de cada 10 jóvenes o adolescentes tienen conocimientos sobre sexualidad y sólo 1 de cada 10 tutores.

El 50% de la población de adolescentes conoce sus derechos sexuales y reproductivos, pero solo el 22% los ejerce. En la población de jóvenes el 75% dice conocerlos, pero solo el 35% los ejerce y del grupo de padres de familia solo el 32% los conoce y el 13% los ejerce.

El conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es el punto inicial que permitirá ejercerlos, no obstante podemos visualizar que el conocerlos no es una pauta para ejercerlos, dado que como hemos visto en los anteriores puntos, la educación en casa sobre los estereotipos, los mitos sobre sexualidad pueden ser un obstáculo para el ejercicio de los mismos.

Conocimientos sobre sexualidad y Derechos Reproductivos	Adolescentes	Jóvenes	Padres y madres
Definición del concepto de sexualidad	20%	25%	13%
Definición del término vida sexual	13%	18%	13%
Conozco mis derechos sexuales y reproductivos	47%	75%	32%
Ejerzo mis Derechos Sexuales y Reproductivos	22%	35%	13%

En el caso de los docentes los conocimientos que poseen son básicamente anatómicos en referencia a la sexualidad y tienen conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto al personal de salud, es importante enfatizar que en la encuesta que se les aplico, al final se incluyo un listado de términos relacionados con sexualidad y derechos sexuales y reproductivos y solo el 52% de ellos contesto, de éste último porcentaje solo el 28% de ellos expresaron conocimientos específicos y congruentes con el tema.

8. Educación sobre sexualidad y género que otorgan los padres

En referencia a la educación que los padres otorgan en relación al género y a la sexualidad, en el caso de los adolescentes y jóvenes se encuentra relacionada con los estereotipos de género y en relación a la sexualidad según reportan en los mitos sobre sexualidad, los padres no hablan sobre sexualidad con sus hijos.

En el caso de los preescolares y escolares observamos que el 64% y el 60% correspondientemente de los niños y niñas dice que su padre y madre no hablan de sexualidad.

Así mismo, en las actitudes que los padres promueven la violencia como una forma de defensa es enseñada por los padres (44%) y la prohibición sobre la exploración de los genitales (28%). Es decir que si visualizamos que los niños crecen aprendiendo estos preceptos, la sexualidad será imposible visualizarla, si desde pequeños ni siquiera estamos autorizados a explorar nuestro propio cuerpo.

Hablan los padres sobre sexo, relaciones sexuales				
	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca	No contesto
Padre	4%	24%	64%	8%
Madre	8%	24%	60%	8%

Actitudes e información que los padres y madres otorgan	**Hombres**	**Mujeres**
No toques tu vagina o pene	12%	16%
No corras	8%	8%
Siéntate correctamente	8%	4%
Te preguntas sobre novios (as)	0%	4%
Te prohíben jugar con niños	4%	4%
Te prohíben jugar con niñas	12%	4%
Te instan a defenderte de otros niños (as)	28%	16%
No contesto	16%	8%

9. Conocimientos que otorgan los docentes en relación a sexualidad y género

En relación a los conocimientos que otorgan los docentes sobre sexualidad y género, consideremos primeramente a los grupos de niños escolares y preescolares, dónde la situación es repetitiva.

Los docentes enseñan como contenidos todo lo relacionado con el cuerpo anatómicamente (68%), así mismo con actitudes en relación al reconocimientos y apropiación del mismo (44%) y aunque en menos porcentaje realizan prohibiciones relacionadas con los genitales como "no tocar la vagina o el pene" (16%) y de particular importancia "las niñas no corran"(24%).

Información que reciben del área escolar			
Conocimientos		**Actitudes**	
Diferencias entre hombre y mujer	20%	No tocar vagina o pene	16%
Sexo	4%	Niñas que se siente correctamente	12%
Relaciones sexuales	4%	Niñas no corran	24%
Sexualidad	0%	Enseñanzas sobre el cuerpo	44%
Sobre tu cuerpo	68%	Responde a preguntas sobre sexualidad	0%
Género	4%		
Equidad de Género	28%		
No contesto	28%	No contesto	28%

En los adolescentes y jóvenes podemos observar algunos cambios como: la información que les imparten es innovadora (57% y 68%), ha resuelto dudas en la población (45% y 62%), se muestran abiertos a las dudas (45% y 56%) y les permiten expresar sus inquietudes (47% y 58%).

El cambio de actitudes de los docentes puede visualizarse durante la etapa de la secundaria y preparatoria, lo cual es significativo ya que se encuentran en la etapa de maduración, no obstante si los niños y niñas contaran con los conocimientos y actitudes sobre la sexualidad basados en la perspectiva de género, evitaríamos el choque de conocimientos que sufren los adolescentes y los jóvenes.

Información y actitudes que los docentes transmiten	Adolescentes	Jóvenes
La información es actualizada e innovadora	57%	68%
Ha resuelto dudas al respecto	45%	62%
Los docentes se muestran abiertos nuestras dudas	45%	56%
Los docentes nos dejan expresar nuestras inquietudes	47%	58%

10. Atención que recibe la población en los Centro de Salud.

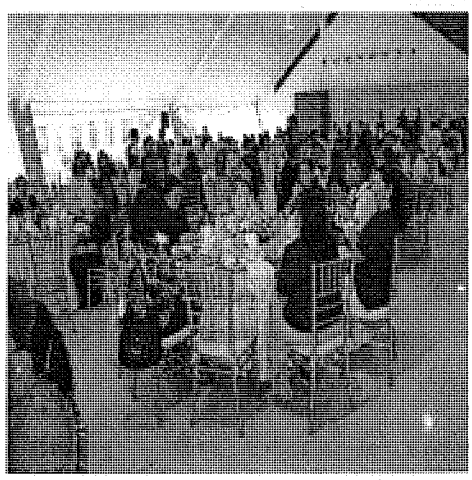
En los centros de salud en los que se realizaron actividades como podemos observar en el rubro de capacidades y servicios de los mismos, se cuenta con los servicios necesarios para realizar la atención de los usuarios, así mismo cuenta con programas que apoyan a mujeres y hombres respectivamente.

No obstante es de particular importancia observar que el personal cuenta con escasos elementos sobre género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

3. Realización de Foro sobre propuestas para promover la equidad en la salud, el ejercicio de los Derechos a la Salud y el ejercicio de los Derechos Sexuales y reproductivos, así como el empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad

La tercera acción dentro de la estrategia de intervención fue la realización de un Foro, para lo cual se convoco a diversas instituciones participantes que aportaran con propuestas relacionadas sobre estrategias para lograr el empoderamiento de las mujeres en referencia a su Sexualidad.

a) Diseño del Foro



Se diseño el foro considerando los siguientes aspectos:

- Participación de las universidades con propuestas que emitieran las y los docentes, así como las y los estudiantes
- Participación de las instituciones de Salud en el Municipio
- Participación de las Instituciones del Sistema Educativo Estatal
- Participación de las Instituciones que tienen programas dirigidos a Mujeres
- Participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil

Los ejes del foro fueron:

- Análisis de la situación de las mujeres con respecto a su sexualidad.
- Análisis de la situación de las mujeres en materia de salud reproductiva
- Análisis de los estereotipos, mitos y tabúes en relación a la sexualidad.
- Empoderamiento de las mujeres
- Estrategias para lograr el empoderamiento de las mujeres en la sexualidad.
- Establecimientos de políticas públicas para lograr la equidad y el empoderamiento de las mujeres en la sexualidad.

b) Convocatoria y Participación de diversas instancias

Se realizó una convocatoria dirigida a las instancias educativas, de salud, estudiantes y población en general.

Se logro una gran respuesta y se presentaron 40 propuestas, de las cuales se escogieron 5 que se presentaron en el foro.

1. Estereotipos, mitos y tabúes de la sexualidad en las poblaciones indígenas del Municipio de Centro.

2. Cambios culturales en la población de adolescentes del Municipio de Centro y su impacto en la Sexualidad.

3. Propuestas de políticas públicas para la equidad de las mujeres en la Sexualidad.

4. Programa de Sexualidad con perspectiva de género

5. Retos para alcanzar el empoderamiento de las mujeres.

El foro se concluyó con la celebración de una "Conferencia Mujeres empoderándose de su Sexualidad" en la cual se retomaron diversos aspectos relacionados con las ponencias del Foro.

d) Resultados del Foro

Los principales resultados del foro fueron: la asistencia de 238 participantes en las ponencias, así como 256 asistentes en la "Conferencia Mujeres empoderándose de su Sexualidad", así como las propuestas que se realizaron, las cuales permitieron el diseño de la propuesta de "Políticas Públicas para el Empoderamiento de las Mujeres en la Sexualidad".

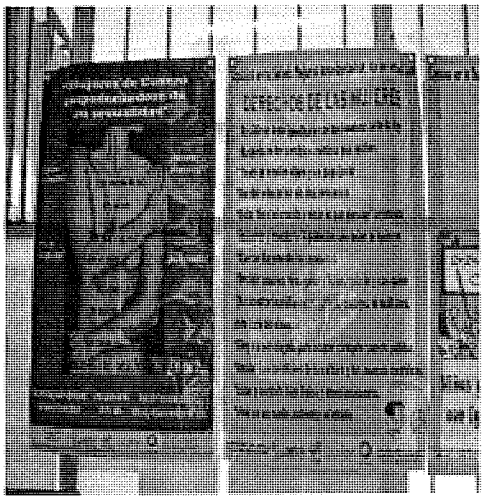
4. Campaña de Difusión sobre Equidad en la Salud, Derechos a la Salud, Derechos Sexuales y reproductivos y empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad.

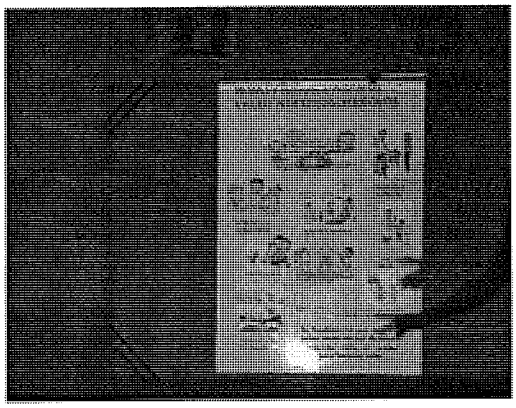
Durante todas las actividades del proyecto se realizaron diversas acciones de Difusión, tales como la elaboración de trípticos, de lonas, entrevistas de radio y prensa, que permitieron la difusión de las acciones, así como el impacto del Proyecto.

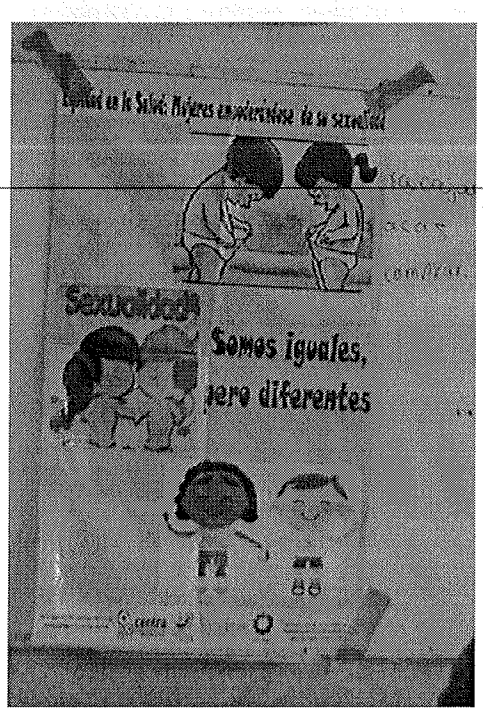
Entrevistas en radio y prensa

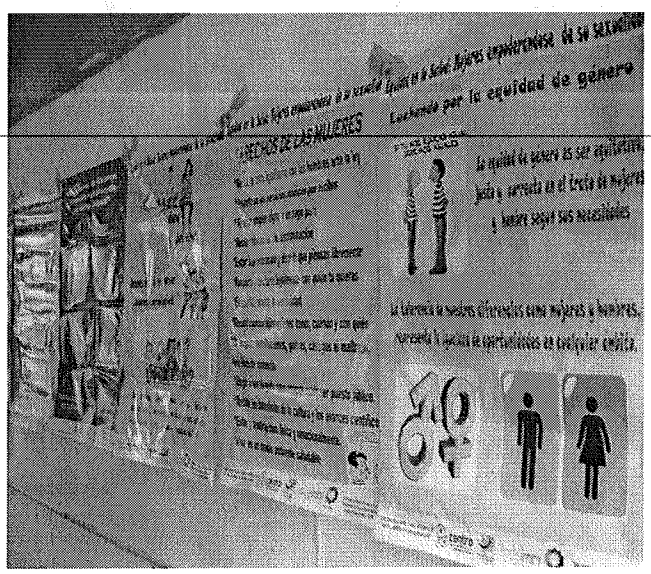
Publicidad en lonas impresas

Material diseñado para capacitación

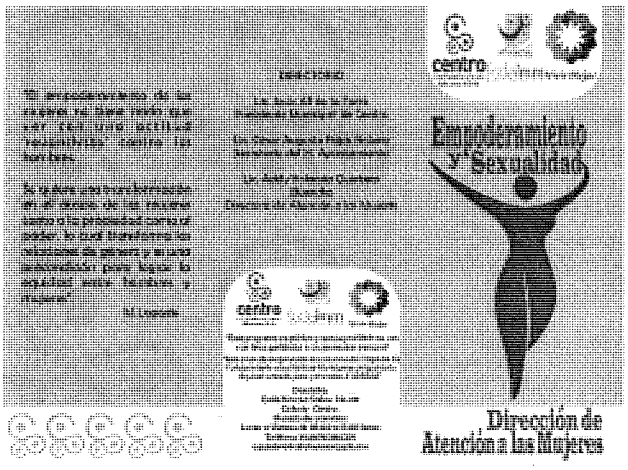





Sexualidad
Somos iguales,
pero diferentes



Trípticos


centro
Empoderamiento y Sexualidad
Dirección de Atención a las Mujeres


derecho a decidir

Derechos de las Mujeres

Es necesario y fundamental que toda mujer conozca sus derechos, conocerlos será siempre el primer paso para hacerlos valer.

- Derecho a la educación
- Derecho a la salud
- Derecho a vivir sin violencia
- Derecho al trabajo
- Derecho al desarrollo
- Derecho a la información
- Derecho a la participación política
- Derecho a ejercer la sexualidad
- Derecho a decidir por propia elección la maternidad
- Derecho a vivir en un ambiente sano

DIRECTORIO

Lic. Javier Ali de la Torre
Presidente Municipal de Centro

Lic. César Augusto Rojas Rebolo
Secretario del H. Ayuntamiento

Lic. Addy Yolanda Quintero Bucaldo
Directora de Atención a las Mujeres

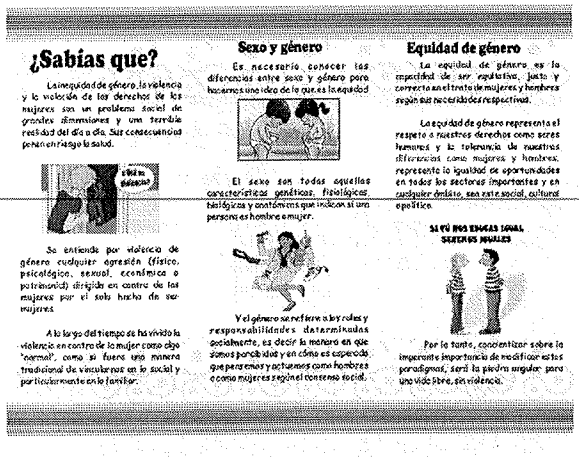
Este programa es público y queda prohibido su uso con fines políticos o de promoción personal

Este producto es promovido con recursos del Programa de Fortalecimiento a las Políticas Municipales de Igualdad y Equidad entre Mujeres y Hombres. PFOCAM

Domicilio:
Calle Narciso Sabeja No.215
Colonia Centro,
Horario de atención,
Lunes a Viernes de 08:00 a 17:00 horas
Teléfono: 316 6278/316 6285
adquitucio@hotmail.com

Violencia, equidad de género y derechos de las Mujeres

Dirección de Atención a las Mujeres



¿Sabías que?

La inequidad de género, la violencia y la violación de los derechos de las mujeres son un problema social de grandes dimensiones y una terrible realidad del día a día. Sus consecuencias ponen en riesgo la salud.

Se entiende por violencia de género cualquier agresión (física, psicológica, sexual, económica o patrimonial) dirigida en contra de las mujeres por el solo hecho de ser mujeres.

A lo largo del tiempo se ha vivido la violencia en contra de la mujer como algo "normal", como si fuera una manera tradicional de vincularnos en lo social y particularmente en la familia.

Sexo y género

Es necesario conocer las diferencias entre sexo y género para hacernos una idea de lo que es la equidad

El sexo son todas aquellas características genéticas, fisiológicas, biológicas y anatómicas que indican si una persona es hombre o mujer.

Y el género se refiere a los roles y responsabilidades determinadas socialmente, es decir la manera en que somos percibidas y en cómo es esperado que pensemos y actuemos como hombres o como mujeres según el consenso social.

Equidad de género

La equidad de género es la capacidad de ser equitativo, justo y correcto en el trato de mujeres y hombres según sus necesidades respectivas.

La equidad de género representa el respeto a nuestros derechos como seres humanos y la tolerancia de nuestras diferencias como mujeres y hombres; representa la igualdad de oportunidades en todos los sectores importantes y en cualquier ámbito, sea este social, cultural o político.

SE TÚ NOS ENGAÑAS IGUAL SEREMOS MORALES

Por lo tanto, concientizar sobre la imperante importancia de modificar estos paradigmas, será la piedra angular para una vida libre, sin violencia.

3. Gestión de Políticas Públicas

El presente documento es la base que nos permitirá presentar una propuesta de política pública ante el Cabildo del H. Ayuntamiento está propuesta considerará los siguientes elementos:

1) Los docentes de las escuelas preescolares, primarias, secundarias y preparatorias cuentan con escasos elementos para promover actitudes equitativas en referencia a la sexualidad, lo cual es una limitante para el empoderamiento de las mujeres, es indispensable que se cuente con un programa permanente de capacitación a los docentes.

2) El personal de salud que atiende a mujeres y hombres carece de conocimientos sobre la sexualidad y el género, por lo que es importante realizar un programa que considere su capacitación.

3) Las instancias de salud carecen de programas relacionados con la equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos, programas de atención a la salud de los hombres, por lo que se considera prioritario la creación de un proyecto que promueva la creación de dichos programas con la asesoría de las instancias de Mujeres.

4) Los padres carecen de elementos para educar a sus hijos entorno a una sexualidad con equidad, por lo que es necesario que en las Escuelas de Padres se considere la impartición de dichos tema.

5) Los programas de educación sexual en las escuelas no consideran la perspectiva de género, por lo que debe crearse un programa de capacitación alterna que permita promover la equidad de género y por consecuencia el empoderamiento de las mujeres, no obstante debe realizarse una revisión exhaustiva de los contenidos de los programas y las actitudes con los que los docentes los imparten.

INMUJERES

Lic. María del Rocío García Gaytán

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

H. Ayuntamiento Constitucional de Centro, Tabasco 2010- 2012

Lic. Jesús Alí de la Torre

Presidente Municipal

Lic. Addy Yolanda Quintero Buendía

Directora de Atención a las Mujeres del H. Ayuntamiento Constitucional de Centro

Lic. Yoseline del Carmen Torres Maldonado

Subdirectora Administrativa de la Dirección de Atención a las Mujeres del H. Ayuntamiento Constitucional de Centro

MCE Sonia Landero Olán

Consultora y Capacitadora

Centro, Tabasco 2011