

Mujer, Derechos Humanos y Salud

- La invisibilidad de las mujeres con adicciones
- Violencia, salud y mujeres
- Derechos sexuales y reproductivos



Derechos Humanos



encuentro bioético

Conversación con Teresita Corona Vázquez
Presidenta de la Academia Nacional de Medicina de México



Videoconferencias



270 Videos
2,207 Suscriptores

- Bioética y atención primaria a la salud
- Dilemas bioéticos al inicio de la vida
- Cuidados paliativos
- Consentimiento informado
- Salud mental
- Bioética, laicidad y derechos humanos
- Ética de la investigación
- Integridad científica
- Protección de datos
- Derecho y bioética
- Migración
- Cambio climático



El consentimiento informado en la atención médica
Rodrigo Montes de Oca Arboleya



Dilemas Bioéticos en el personal de Enfermería
Claudia Leija Hernández



Implicaciones jurídicas y bioéticas en torno a la objeción de conciencia
Patricio Santillán Doherty



Aspectos jurídicos del consentimiento informado en la investigación clínica
Christian Alejandro López Silva



Retos actuales de los CEI y CHB
Edith Valdez Martínez



Migración, salud y dilemas éticos
María Cecilia Acuña

www.youtube.com/conbioetica



Secretaría de Salud

Secretario de Salud
Jorge Alcocer Varela

Comisión Nacional de Bioética

Comisionado Nacional
y Editor en Jefe
Manuel H Ruiz de Chávez

Consejeros

Mariana Dobernig Gago
Jorge Enrique Linares Salgado
María de Jesús Medina Arellano
Patricio Santillán Doherty
Rafaella Schiavon Ermani
Martha Tarasco Michel

Editor ejecutivo de este número
Raúl Jiménez Piña

Coeditora ejecutiva de este número
Karla Gabriela Sánchez Villanueva

Comité editorial

Arelí Cerón Sánchez
Raúl Jiménez Piña
Edén González Roldán

**Revisión e integración
de contenidos**

Alma Rosa Macedo de la Concha

Diseño gráfico

Mario Silva Schütte
Alfonso Heredia Arriaga

Producción Digital

Comisión Nacional de Bioética
Centro del Conocimiento Bioético

2 Editorial

3 A fondo

- *Relevancia de hablar de derechos humanos y salud en el Día Internacional de la Mujer.*
 - *¿Por qué hablar de derechos humanos y salud el Día Internacional de la Mujer?*
Manuel H Ruiz de Chávez
- *La “mordaza global”: una política injusta.*
 - *Principios éticos claves*
 - *Derechos reproductivos como derechos humanos*
 - *Barreras a la salud reproductiva de las mujeres*
 - *¿Por qué una mordaza global?*
Ruth Macklin
- *La invisibilidad de las mujeres con adicciones.*
 - *¿Por qué les hace más daño el consumo a las mujeres?*
 - *¿Cómo se compara el problema en hombres y mujeres y cuáles han sido las tendencias?*
 - *¿Por qué es necesario un enfoque de género?*
María Elena Medina-Mora Icaza
- *Violencia, salud y mujeres.*
 - *¿Cuál es el rol que debe tener la bioética en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres?*
 - *¿Por qué es importante para salud el tema de la violencia contra las mujeres?*
 - *La violencia contra las mujeres en los servicios de salud*
 - *¿Qué sabemos de la relación mujeres, violencia y salud en México?*
 - *¿Qué es lo que no sabemos?*
Martha Híjar Medina
- *Derechos sexuales y reproductivos en la prevención del embarazo en adolescentes en México.*
Raffaella Schiavon Ermani
- *Migración y equidad de género.*
María Cecilia Acuña
- *La bioética ante la muerte materna.*
 - *Recomendaciones de CEDAW a México*
 - *Conclusiones*
Gerardo Barroso Villa

36 Encuentro Bioético

- *Conversación con Teresita Corona Vázquez*

38 Escenario México

- *Bioética ¿existe en el marco jurídico la reproducción asistida?*
Manuel H Ruiz de Chávez

41 Colaboradores de este número

El 8 de marzo la Comisión Nacional de Bioética –conjuntando esfuerzos con la Academia Nacional de Medicina de México– celebró el Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética, en el marco del día internacional de la mujer. En 2010 la Academia publicó en la Gaceta Médica un pronunciamiento que al día de hoy sigue vigente sobre la salud reproductiva y los derechos de la mujer, y cabe mencionar que con motivo de su 150 aniversario publicó el libro *La mujer y la salud en México*.

Este número de la Gaceta CONBIOÉTICA – conformada a partir del Seminario– es un mosaico temático que busca estimular la reflexión conjunta bajo la óptica de la bioética en torno a las problemáticas que experimentan las mujeres en diferentes contextos sociales y geográficos, y que son de relevancia nacional. En la sección A fondo contamos con profesionales de diversos campos que nos muestran un panorama actual del acceso a la salud sexual y reproductiva, el fenómeno complejo y multifactorial del embarazo en adolescentes –problema que amplía las brechas sociales y de género por lo que urgen mecanismos específicos para su prevención–, la muerte materna como uno de los desafíos más importantes en materia de salud pública en México –que exige un gran compromiso social y ético–, el reconocimiento de los derechos humanos de mujeres, niñas y niños, la atención a las mujeres con adicciones –especialmente si consideramos la ausencia de un enfoque integral como uno de los motivos que en muchas ocasiones silencia la experiencia de las mujeres consumidoras, además del estigma social

que padecen–, la violencia y sus repercusiones en la salud pública la cual se traduce en muertes, enfermedad y disminución de la calidad de vida de mujeres y niñas, así como la migración –hecho que ha significado un aumento en el riesgo para mujeres y niñas debido a la condición de vulnerabilidad en la que se sitúan al moverse entre territorios–, en definitiva un tema de urgencia, ya que en la actualidad se ha identificado una feminización importante del fenómeno migratorio a escala mundial.

Asimismo, en nuestro Encuentro bioético, charlamos con la doctora Teresita Corona Vázquez, Presidenta de la Academia Nacional de Medicina de México quien nos platicó de la trascendencia y el gran compromiso que representa ser la primera mujer en presidir una institución de tal prestigio y responsabilidad.

En la sección Escenario México, el trabajo del doctor Manuel Ruiz de Chávez nos ubica en la complejidad de abordar las diversas aristas (éticas, sociales, sanitarias, legales) de la reproducción humana asistida. Muestra la relevancia de considerar el aporte de la bioética como un saber teórico y práctico que ofrece marcos de análisis interdisciplinario, a fin de orientar la aplicación del desarrollo científico y tecnológico a la luz de valores y principios éticos, con un enfoque laico y plural.

A FONDO

Los textos que integran esta sección fueron retomados de las participaciones en el Seminario “Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética”, que se llevó a cabo de manera conjunta y en el auditorio de la Academia Nacional de Medicina de México, el 8 de marzo, a propósito de la conmemoración del Día Internacional de la Mujer, 2019.

Relevancia de hablar de derechos humanos y salud en el Día Internacional de la Mujer

Manuel H Ruiz de Chávez

En el marco del Día Internacional de la Mujer, celebramos el seminario “Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética”. Agradezco mucho a la doctora Teresita Corona Vázquez que, me parece muy importante resaltarlo, es nuestra primera presidenta de la Academia Nacional de Medicina, quien nos alentó a llevar a cabo este evento. En el año 2010, cuando tuve la honra de presidir la Academia Nacional de Medicina de México, se emitió un pronunciamiento que hasta hoy sigue vigente y que tiene un significado muy importante; se encuentra publicado en la *Gaceta Médica*¹ con el título “La Academia Nacional de Medicina de México ante la salud reproductiva y los derechos de la mujer”, y en el marco del 150 aniversario de nuestra Academia se publicó un libro titulado *La mujer y la salud en México*, en el que participan Teresita Corona, María Elena Medina Mora, Patricia Ostrosky, Elsa Sarti Gutiérrez y Patricia Uribe Zúñiga. Con esto, lo que quiero destacar es que la Academia siempre ha participado en el tema que hoy nos ocupa.

¿Por qué hablar de derechos humanos y salud el Día Internacional de la Mujer?

La salud de las mujeres es un factor clave para el progreso social, económico y político de un país, por ello la Comisión Nacional de Bioética reconoce la importancia de la perspectiva de género en los esquemas de prevención, atención y protección de la salud, así como su abordaje desde una perspectiva bioética para generar estrategias que permitan combatir las barreras que las mujeres enfrentan en el acceso a la salud y que en muchas ocasiones conllevan la violación de sus derechos humanos como aquellos que refieren a la integridad personal, la protección de la esfera privada y familiar o sufrir de violencia y discriminación.

El seminario “Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética” fue concebido como un mosaico temático para estimular una reflexión conjunta bajo la óptica de la bioética en torno a las problemáticas que experimentan las mujeres en diferentes contextos sociales y geográficos, y que son



Manuel H Ruiz de Chávez durante su ponencia en el Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética

de relevancia nacional. En este foro somos afortunados de contar con profesionales de diversos campos que nos motivan a seguir avanzando en el conocimiento del panorama actual del acceso a la salud sexual y reproductiva, el fenómeno complejo y multifactorial del embarazo en adolescentes –problema que amplía las brechas sociales y de género–, la muerte materna –uno de los desafíos más importantes en materia de

“La salud de las mujeres es un factor clave para el progreso social, económico y político de un país, por ello la Comisión Nacional de Bioética reconoce la importancia de la perspectiva de género en los esquemas de prevención, atención y protección de la salud...”

¹ *Gaceta Médica de México*, marzo-abril, 2010, vol. 146, núm. 2: 124-125. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm102h.pdf>

salud pública en México–, la atención a las mujeres con adicciones –especialmente si consideramos la ausencia de un enfoque integral como uno de los motivos, y que en muchas ocasiones lleva a silenciar la experiencia de las mujeres consumidoras además del estigma social que padecen–, la violencia y sus repercusiones en la salud pública –la cual se traduce en muertes, enfermedad y disminución de la calidad de vida de mujeres y niñas– y, finalmente, la migración –hecho que ha significado un aumento en el riesgo para muchas mujeres y niñas debido a la condición de vulnerabilidad en la que se sitúa al movilizarse entre países, un tema de urgencia pues en la actualidad se ha identificado una feminización importante del fenómeno migratorio a escala mundial–.

En el marco del Día Internacional de la Mujer renovamos nuestro compromiso para construir una cultura de la bioética que promueva el respeto y la inclusión de las mujeres, pues sus necesidades y problemas en salud

“El seminario ‘Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética’ fue concebido como un mosaico temático para estimular una reflexión conjunta bajo la óptica de la bioética en torno a las problemáticas que experimentan las mujeres en diferentes contextos sociales y geográficos, y que son de relevancia nacional.”



Durante la sesión del Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética

son complejas y requieren una respuesta integral por parte del sector; será el trabajo conjunto con diversas dependencias y organizaciones de la sociedad civil lo que nos lleve a consolidar el compromiso permanente de promover el desarrollo humano y las oportunidades de las mujeres y las niñas, a fin de reconocer el goce pleno de sus derechos en condiciones de igualdad y libres de todas las formas de discriminación y violencia en un entorno que favorezca la toma de decisiones con plena autonomía sobre su proyecto de vida. Bajo este concepto, estamos convencidos que no existe mejor medio para conmemorar una fecha tan relevante, que a través del intercambio de ideas y el avance del conocimiento como fuente fecunda de la equidad y el diálogo plural que mucho anima la Comisión Nacional de Bioética y, desde luego, a la Academia Nacional de Medicina de México.

La “mordaza global”: una política injusta

Ruth Macklin

Empezaré con una definición de Mahmoud Fathalla:² “salud reproductiva significa que las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad; que las mujeres puedan tener embarazos y partos seguros, y que la reproducción se realice con un resultado exitoso a través de las etapas de sobrevivencia del infante y niño y de su bienestar”. Asimismo, se debe agregar que las personas puedan disfrutar su sexualidad y sentirse seguras teniendo relaciones sexuales.

Principios éticos claves

Derechos reproductivos: cada persona o pareja tiene derecho a decidir responsablemente sobre el número de hijos y la diferencia de años entre uno y otro, y contar con la información y con la manera de lograrlo. Esto fue firmado en el Congreso Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD, por sus siglas en inglés) en 1994, y en el Cuarto Congreso Mundial sobre Mujeres en 1995 en Beijing.

Derechos reproductivos como derechos humanos

Por medio de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), los derechos humanos de las mujeres son establecidos de forma internacional; México lo firmó en 1980 y lo ratificó en 1981. Sorprendentemente, Estados Unidos no lo ratificó; el Congreso lo firmó, pero el Ejecutivo no lo ratificó.

¿Cuáles son las obligaciones de los derechos humanos dentro de este Tratado? Que las mujeres estén libres de todo tipo de discriminación, reciban el derecho, la seguridad y la libertad de tener acceso a la atención de su salud y a los beneficios de los avances científicos. Sin embargo, muchos gobiernos en África y en Medio Oriente que han firmado y ratificado esta Convención, no cumplen su obligación de respetar, proteger y fomentar los derechos humanos. En contraste, a pesar de que Estados Unidos no llevó a cabo la ratificación, es un país que en general respeta y protege los derechos de las mujeres.

Las mujeres tienen iguales derechos que los hombres, los cuales deben ser garantizados por la ley, sin importar las costumbres o tradiciones que puedan sancionar las desigualdades. Esto combina el principio de justicia con el principio de respeto a las personas (hombres o mujeres).

Barreras a la salud reproductiva de las mujeres

En muchos países algunos problemas en la salud reproductiva de las mujeres tienen su origen en leyes que restringen estos derechos o en costumbres y tradiciones que persisten a pesar de las leyes que prohíben ciertas prácticas. Dos ejemplos de ello son: 1) el casamiento de niñas, que incluso se da en algunos grupos indígenas de México, y 2) la mutilación femenina, que se da principalmente en países de África y de Medio Oriente.

Otros problemas son causados por la influencia de líderes religiosos sobre países con recursos escasos y por el resultado de una infraestructura de salud pobre con recursos económicos y humanos insuficientes, y por falta de acceso a anticonceptivos, debido a algunas políticas de salud o de los centros de planificación familiar que niegan el acceso a los servicios de anticoncepción a mujeres que no están casadas y a adolescentes sexualmente activas, lo que constituye una forma de discriminación. Asimismo, la creencia equivocada de que el DIU es abortivo conlleva a que algunos programas de salud rechacen este método. En el caso de la anticoncepción de emergencia, conocida como “píldora del día siguiente”, también hay una fuerte influencia de rechazo por parte de la religión.

En todos los países existen leyes que no se respetan; aun en los casos en que las leyes sobre el aborto permiten excepciones – como violación e incesto–, es frecuente que ciertos hospitales o algunos médicos no lleven a cabo los procedimientos. Un estudio

² Mahmoud Fathalla fue Presidente del Comité Consultivo Mundial de Investigaciones Sanitarias de la OMS.

de la organización Human Rights Watch reveló que también hay impedimentos burocráticos que evitan que las mujeres lleguen a los servicios de interrupción del embarazo.

Hay métodos para evitar abortos inseguros: poniendo métodos nuevos o mejorados de planificación familiar para uso regular o de emergencia, ampliando la selección de métodos y mejorando la calidad de la atención en los servicios, promoviendo un manejo adecuado de complicaciones de abortos inseguros y desarrollando enfoques de alternativas seguras para la finalización del embarazo.

¿Por qué una mordaza global?

La actual administración de Estados Unidos reestableció una política denominada “Ciudad de México”, también conocida como “la regla de la mordaza global” (como la nombran los oponentes del actual presidente estadounidense). Ésta fue establecida por el expresidente Ronald Reagan en 1984 en un Congreso en México, D.F. El 22 de enero de 1993, siendo presidente Bill Clinton, dicha política fue anulada. Posteriormente, George W. Bush la restableció en enero de 2001 y el presidente Obama la anuló otra vez el 22 de enero de 2009. Con esto queda muy claro que según sea el presidente, sus políticas y sus valores, será el tipo de políticas que involucran los derechos de las mujeres.

Pero, ¿a qué se refiere esta regla? Prohíbe que cualquier ONG en todo el mundo reciba asistencia financiera de parte del gobierno de Estados Unidos si aconsejan a mujeres sobre opciones de planificación familiar y accesos a abortos seguros. Se aplica incluso en los países donde el aborto es legal. Expertos dicen que la actuación del presidente en turno es en realidad una expansión de la regla previa de los otros presidentes conservadores. Como resultado, la cantidad de ayuda estadounidense se ha reducido por más de

tres mil millones de dólares, amenaza programas de más de sesenta países y no afecta sólo a programas de salud reproductiva sino también a sectores más amplios de grupos vulnerables: incluyendo a personas con VIH, paludismo y salud infantil.

En más especificidades de esta política, los resultados en el pasado han sido contrarios a su meta, por ejemplo, no ha habido menos abortos, pero sí más abortos inseguros. Las organizaciones que dan apoyo en planificación familiar carecieron de dinero para brindar otros servicios a mujeres y adolescentes (no sólo anticonceptivos o aborto), por ejemplo, educación sexual y pruebas de VIH.

La regla viola principios éticos claves como:

- Respeto a las personas. Porque las mujeres necesitan toda la información relevante para proteger su salud.
- Beneficencia. Porque los médicos y otros profesionales de la salud tienen la obligación de proteger y promover la salud de sus pacientes.
- Justicia. Porque es una negación de los servicios para mujeres.

La regla también viola principios de derechos humanos como:

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU). Artículo 19, párrafo 2: toda persona tiene libertad de expresión, este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole, sin consideraciones de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier procedimiento de su elección.
- El Pacto de Derechos Humanos de la ONU-CEDAW, que dice que los gobiernos deben asegurar que las mujeres estén libres de todo tipo de discriminación y reciban el derecho a la libertad y la seguridad, que tengan acceso a la atención de su salud y a los beneficios de los avances científicos.

La invisibilidad de las mujeres con adicciones

María Elena Medina-Mora Icaza

Con frecuencia se ha hablado de la invisibilidad de las mujeres frente a las adicciones, este concepto se deriva de la poca atención que se ha puesto a las necesidades especiales de las mujeres que desarrollan problemas y necesitan tratamiento. Hasta hace poco los modelos que se ofrecían se basaban solo en lo aprendido de los hombres consumidores, hoy sabemos más de la biología de la mujer, de la forma en que las mujeres asimilan las sustancias psicoactivas, de sus efectos y desenlaces. Estos conocimientos han sido la base para el desarrollo de intervenciones con enfoque de género, sin embargo, la brecha de implementación de mejores modelos es aún grande.

La posición de la mujer ante esta problemática no se limita a la esfera del consumo ya que ella desempeña también la función de cuidadora, pareja, hermana, madre o hija de personas con dependencia a sustancias, condición que con frecuencia se acompaña de dificultades económicas y violencia, entre otros impactos negativos para ellas.

A lo largo de los años, con la globalización, los roles de género se han modificado y las mujeres han pasado de ser productoras de bebidas fermentadas o participes de la cosecha de drogas ilegales y cuidadoras de sus esposos con problemas por el uso de sustancias a consumidoras. Actualmente las mujeres pueden entrar a los bares y las más jóvenes tienen patrones de consumo de alcohol y drogas similares a sus pares del sexo opuesto.³

Sin embargo, las mujeres de ciertos grupos sociales mantienen roles tradicionales⁴ que se reflejan en una nupcialidad temprana, bajo uso de anticonceptivos, menor acceso a empleos y cuando acceden siguen percibiendo una menor remuneración que los hombres.⁵ El trabajo femenino en el hogar y de cuidado de los hijos, de los enfermos y de personas con discapacidad no es remunerado.⁶ Son con más frecuencia pobres, víctimas de acoso y violencia sexual que se hace más visible en las zonas con alto nivel

de violencia conflictiva.^{7,8} Los roles tradicionales se reflejan en una disparidad entre lo que es aprobado para uno y otro sexo, hablamos de un campo que los hombres hicieron propio, la norma social aprueba que los hombres beban y se embriaguen mientras que se considera que las mujeres no deben consumir, cuando se encuentran bajo los efectos de las sustancias son más rechazadas y con frecuencia victimizadas. Las actitudes machistas no se han eliminado, esto hace que las consecuencias para las mujeres con conductas similares a los hombres sean más complicadas para ellas.^{9,10,11}

³ Villatoro et al., *Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INSP, CONADIC Disponible en www.inprfm.gob.mx

⁴ Seedat S, Scott KM, Angermeyer M, Berglund P, Bromet E, Brugha TS, Demyttenaere K, Girolamo G de, Haro JM, Jin R, Karam E, Kovess V, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson N, Williams D, & Kessler R 2009. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7): 785-795.

⁵ Zabudowski, KG La Mujer, Acceso a Recursos y Oportunidades, pag 29-43. En Corona T, Medina-Mora ME, Ostrosky P, Sarti J, Uribe P. "La Mujer y la Salud Mental en México". Editorial: Intersistemas, S.A. de C.V. ISBN: 978-607-443-438-7, págs. 1-311, 2014.

⁶ Guemes GA., Empoderamiento de las mujeres e igualdad de género, pp 15-28, en Corona T, Medina-Mora ME, Ostrosky P, Sarti J, Uribe P. "La Mujer y la Salud Mental en México". Editorial: Intersistemas, S.A. de C.V. ISBN: 978-607-443-438-7, págs. 1-311, 2014.

⁷ Lund C, Brooke-Summer C, Baingana F, Baron ECBreuer E, Chandra P, Haushofer J, Herrman H, Jordans M, Kieling C, Medina-Mora ME, Morgan E, Omigbodun O, Tol W, Patel V, & Saxena S 2018. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4): 357-369.

⁸ Patel, V., Minas, H., Cohen, A, Prince, M. *Global Mental Health, Principles and Practice*. Oxford University Press, New York., págs. 3-498, 2014.

⁹ Natera, G.; Juárez, F.; Medina-Mora, M.E.; Tiburcio, M.: "La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas". *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2):165-173, 2007. 2007.

¹⁰ Room R, Jernigan D, Carlini B, Gmel G, Gureje O, Mäkelä K, Marshall M, Medina Mora ME, Monteiro ME, Natera G, Parri Ch, Partanen J, Real T, Rehm J, Riley L, Saxena S, Shiel K.: "El Alcohol y los países en desarrollo. Una perspectiva de salud pública". 2da. Edición revisada y traducida al español del Libro Internacional Editorial: Fondo de Cultura. ISBN: 978-60-7161-40-80, págs. 1-415, 2013.

¹¹ Medina-Mora, ME, Bustos MC., Villatoro J., Real, T, Fleiz, C., La mujer y las adicciones en: en Corona, T., Medina-Mora, ME., Ostroski, P., Sarti, EJ., Uribe, P., *La mujer y la Salud en México*, Colección de Aniversario, Academia Nacional de Medicina ISBN 978-607-443-437-8, Ciudad de México, pp 59-76, 2014.

Muchas mantienen un lugar en la producción de sustancias usadas con frecuencia como transportadoras lo que las lleva a la cárcel acusadas por delitos contra la salud¹² y se ha documentado que sus cuerpos sirven a distribuidores de drogas para probar los efectos y peligrosidad de las mezclas que distribuirán en los mercados clandestinos.¹³ El cultivo ilícito se da en contextos de poca seguridad, sin acceso a servicios, hay más violencia doméstica, más inseguridad por grupos armados y más carga de trabajo en el campo, situaciones que se suman a las tareas tradicionales.¹⁴

Estos antecedentes señalan la necesidad de hacer visible la condición de ser mujer y de políticas con enfoque de género. Agradezco la iniciativa de la Comisión Nacional de Bioética el que haya incluido este tema en el seminario “Mujer, derechos humanos y salud: una aproximación bioética” en ocasión de la celebración del día internacional de la mujer.

En este capítulo haremos un recorrido por los factores biopsicosociales que definen conductas e impactos en las mujeres, intentamos contestar preguntas ¿Por qué le hace más daño el consumo a las mujeres?, ¿cómo se compara el uso y sus consecuencias en hombres y mujeres y cuáles han sido las tendencias?, ¿por qué necesitamos un enfoque de género?

¿Por qué les hace más daño el consumo a las mujeres?

Las drogas afectan de forma diferente a hombres y mujeres, Las mujeres asimilan el alcohol menos que los hombres, por lo que a menor índice de consumo hay mayores consecuencias, enferman más rápido y mueren antes.¹⁵ Beber a largo plazo para ellas es más dañino, aunque beban menos y por un periodo menor, también las lleva a mayor riesgo de prácticas sexuales sin protección; beber tan solo una bebida por día se asocia con un mayor riesgo de cáncer de seno (postmenopáusicas o con antecedentes familiares de cáncer de seno), por lo que la tasa de mortalidad es de 50 a 100% más elevada.¹⁶

Respecto al consumo del cannabis, en los hombres está asociado con más frecuencia trastornos antisociales de la personalidad, mientras que en las mujeres está asociado con ataques de pánico, trastornos de la ansiedad que se desarrollan más rápidamente. Sin embargo, ambos corren el mismo riesgo de depresión.

Los estudios en animales muestran que las ratas hembras son más sensibles a los efectos gratificantes que alivian el dolor y que alteran la actividad del ingrediente activo principal de la marihuana, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Muchas de estas diferencias se han atribuido a los efectos de las hormonas sexuales. La investigación con roedores también apunta a la posibilidad de que existan diferencias sexuales en el funcionamiento del sistema endocannabinoides-sistema de señalización cerebral donde el THC y otros cannabinoides ejercen sus acciones.

En los trastornos por uso de estimulantes (cocaína y metanfetaminas) los hombres son más susceptibles a anomalías en la circulación sanguínea en las regiones frontales y en el caso de las mujeres son más vulnerables a los efectos reforzadores (efectos sobre

¹² Pérez Correa, C y Azaola Elena y otros, Resultados de la Primera Encuesta realizada en los Centros Federales de Readaptación social. Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012.

¹³ Fleiz-Bautista C, Domínguez-García M, Villatoro-Velázquez JA, Vázquez-Quiroz F, Zafra-Mora E, Sánchez-Ramos R, Resendiz-Escobar E, Bustos-Garmiño M, Medina-Mora ME. (2019) *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México*, Ciudad de México, México, INPR-FM, 2019, p.187.

¹⁴ WDR 2018 UNODC Women and drugs, drug use, drug supply and consequences, vol. 5 [www. https://www.unodc.org/wdr2018/en/women-and-drugs.html](https://www.unodc.org/wdr2018/en/women-and-drugs.html)

¹⁵ Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México DF, México: INPR-FM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

¹⁶ Medina-Mora et al, 2014, op cit.

el estrógeno-factor probable). Ambos –hombres y mujeres– tienen efectos similares en el aprendizaje, concentración, éxito escolar, aun cuando las mujeres los hayan usado por más tiempo, sin embargo, se tiene igual riesgo de depresión.

En el uso de metanfetaminas, las mujeres reportan que las usan porque creen que aumentan la energía, disminuyen el agotamiento causado por el trabajo, la atención domiciliaria, el cuidado infantil y las responsabilidades familiares, las ayudará a perder peso. Ellas manifiestan mayor dependencia, tienen altas tasas de depresión concurrente, cambian con menos frecuencia a otra droga cuando no tienen acceso.

De acuerdo con datos sobre México de la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica de la OMS, hombres y mujeres enferman en la misma proporción, 30% de ellos y 27% de ellas han padecido algún trastorno mental en algún momento de su vida.¹⁷ Sin embargo, los trastornos por abuso de sustancias son más frecuentes en hombres, 8.8 hombres por cada mujer en la población adulta y 1.7 a uno en la población adolescente.¹⁸

Los problemas de internalización la depresión y la ansiedad son mucho más comunes entre las mujeres que entre los hombres. Los hombres son más propensos que las mujeres a sufrir problemas de comportamiento de externalización tales como trastorno de conducta.¹⁹

Las mujeres con trastornos por uso de sustancias tienen altas tasas de trastorno de estrés postraumático y pueden también experimentar adversidades infantiles como negligencia física, abuso o abuso sexual. El trastorno de estrés postraumático entre las mujeres es más comúnmente considerado como derivado de una historia de la infancia repetitiva de abuso físico y sexual. La adversidad infantil parece tener una diferencia de impacto en hombres y mujeres. La investigación ha mostrado que los niños que han experimentado la adversidad infantil usar drogas como un medio de desafío social. Las mujeres que han experimentado adversidades con frecuencia lo internalizan en

ansiedad, depresión y retraimiento social y es más probable que consuman sustancias para automedicación.²⁰

Las mujeres que usan drogas también pueden tener responsabilidades como cuidadores, y su consumo de drogas afecta negativamente a sus familias, en particular niños. Las experiencias infantiles adversas pueden ser transgeneracional e impartir los riesgos del uso de sustancias a los hijos de mujeres con drogas trastornos de uso.²¹

¿Cómo se compara el problema en hombres y mujeres y cuáles han sido las tendencias?

En cuanto a la tendencia del uso excesivo de alcohol, podemos decir que, en una población de 12 a 65 años encuestada en hogares, el crecimiento dinámico es mayor en la mujer que en el hombre. Asimismo, el patrón de consumo de pre-coqueo se da más en la población de 12 a 17 años, y comparando los índices de dependencia en mujeres de 18 a 29 años, se ve un crecimiento acelerado para el alcohol y las drogas.²²

¹⁷ Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimés J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, & Aguilar-Gaxiola S 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4): 1-16.

¹⁸ Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México DF, México: INPR-FM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

¹⁹ Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimés J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, & Aguilar-Gaxiola S 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4): 1-16.

²⁰ WDR UNODC, World Drug Report 2018, "Women and Drugs. Drug use, drug supply and their consequences", https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf

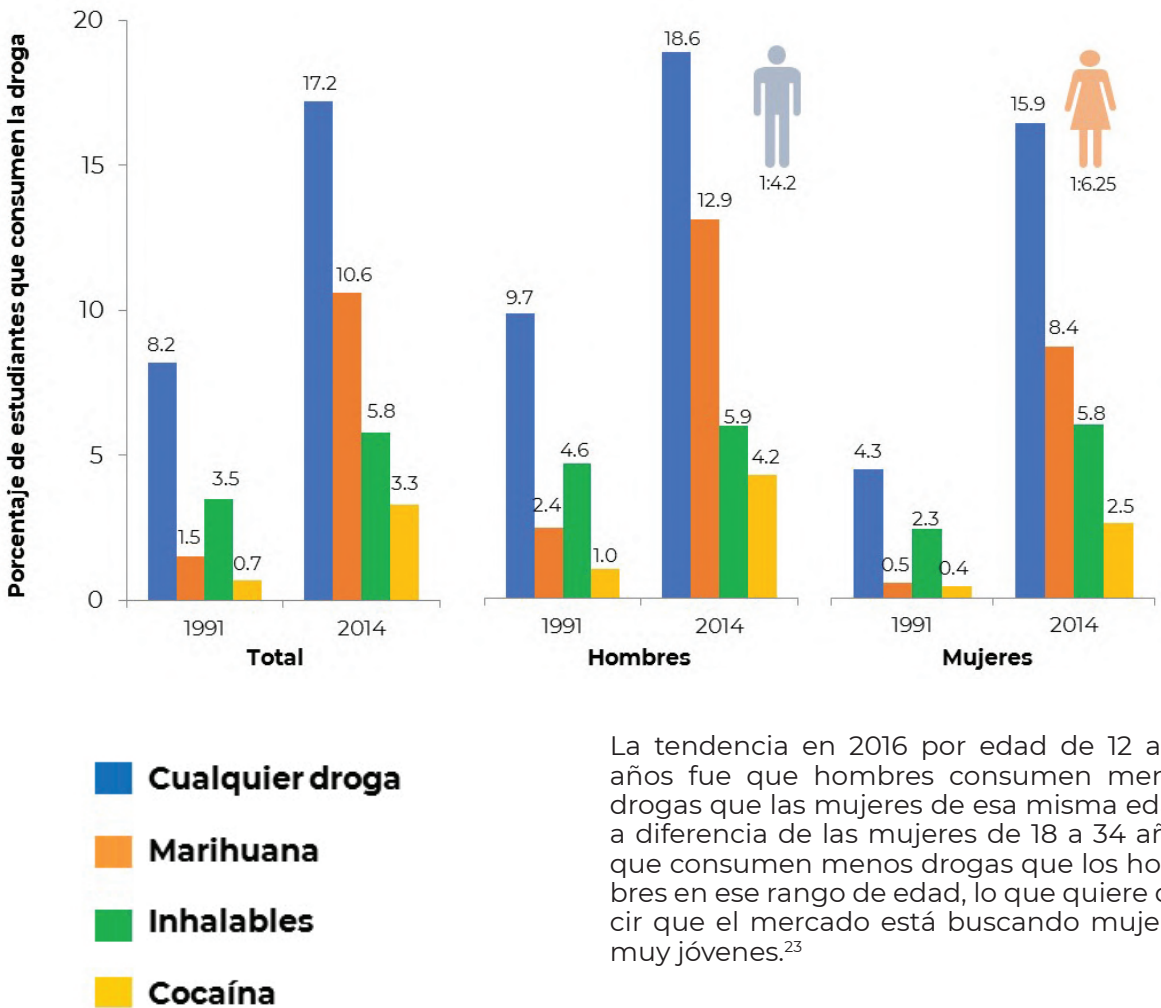
²¹ WDR UNODC, World Drug Report 2018, "Women and Drugs. Drug use, drug supply and their consequences", https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf

²² Villatoro et al., Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INSP, CONADIC Disponible en www.inprfm.gob.mx

La tendencia en 23 años de consumo de drogas en estudiantes –en un corte a 2014– es mayor en 2014 con cualquier tipo de droga en hombres a diferencia que en 1991 es de 9.7, en cambio en la mujer es de 4.3 en 1991 y

sube a 15.9 en 2014. Es decir, en los hombres el crecimiento es de 1.4 y en la mujer es de 1.6 y lo más relevante es que esto se da en las mujeres jóvenes.

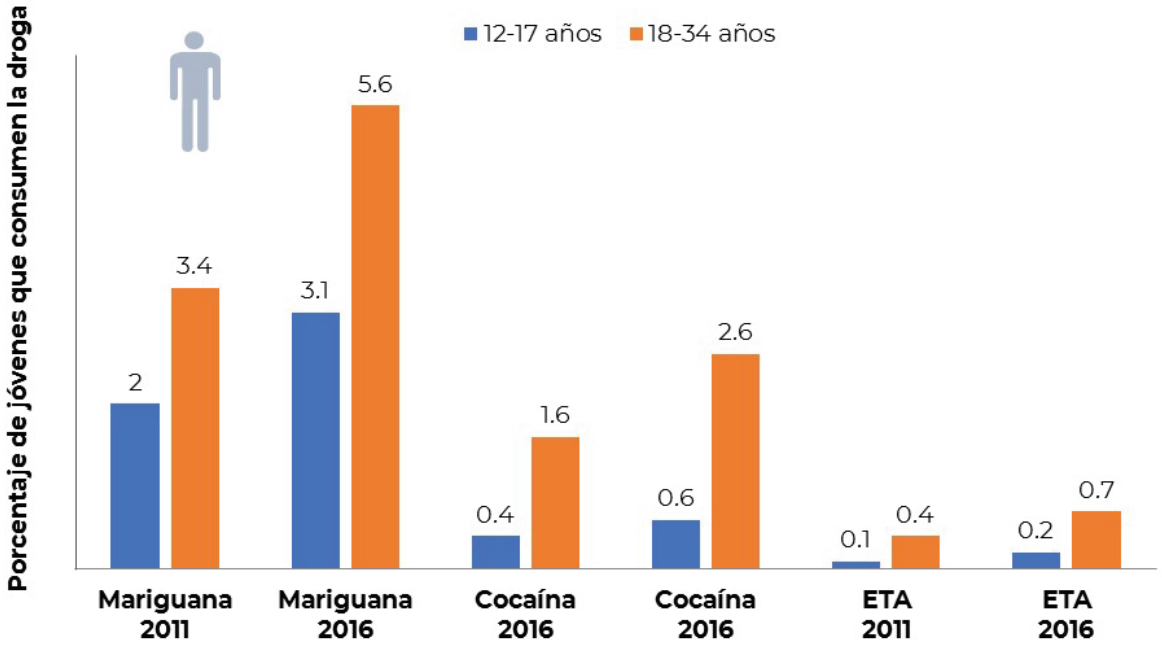
Tendencias en 23 años de Consumo de Drogas en Estudiantes



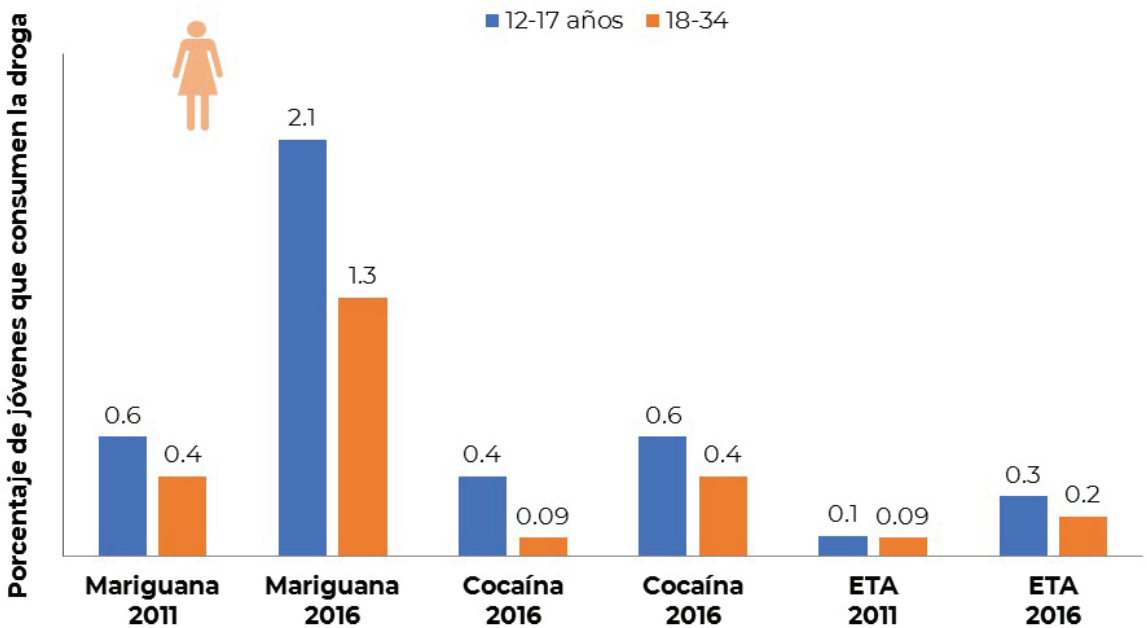
La tendencia en 2016 por edad de 12 a 17 años fue que hombres consumen menos drogas que las mujeres de esa misma edad, a diferencia de las mujeres de 18 a 34 años que consumen menos drogas que los hombres en ese rango de edad, lo que quiere decir que el mercado está buscando mujeres muy jóvenes.²³

²³ Berenson S, Tiburcio M, Barragán V, Fleiz C, Medina-Mora ME, & Villatoro J 2016. Social factors associated with drug use in the Mexican school-age population: A comparison of two national surveys. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(2), 170-178.

Tendencias en 2016 por edad masculina



Tendencias en 2016 por edad femenina



En el aspecto social las mujeres consumen menos, sin embargo, hay más mujeres que hombres en cárceles por delitos relacionados con drogas, aunque ambos suelen pertenecer a poblaciones marginadas. Procesados por delitos contra la salud: 57.6% de los hombres sentenciados y 80% de las mujeres. A nivel mundial, de los 9.6 millones de hombres presos 19% son por delitos relacionados con drogas, mientras que de las 714 mil mujeres 35% está ahí por la misma causa. De este porcentaje, el 41% por transportar drogas, 38% por posesión, 15% por venta al menudeo, 8.9% por tráfico, 4.9% por venta al mayoreo, 3.2% por fomento al narcotráfico y 3% por suministro.²⁴

Los hombres tienen más acceso a tratamiento que las mujeres, probablemente porque las mujeres podrían estar viviendo en condiciones controladas. Por razones socioculturales, el acceso a tratamientos para los trastornos por abuso de sustancias es menor para ellas ya que hay 2.2 hombres con abuso/dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición, respecto al consumo de alcohol 5.2 hombres por una mujer, y al consumo de drogas 2.5 hombres por una mujer.²⁵

Es importante señalar que los programas de mantenimiento que están disponibles no son efectivos por el costo y ante este gran problema tenemos sólo dos centros de mantenimiento en la región norte, esto no está siendo efectivo, además, al no tener acceso a los servicios la problemática se agrava. Es por ello necesario un abordaje integral que realmente permita cambiar no nada más en la salud, sino la manera de pensar.

Otra problemática importante relacionada con las adicciones en mujeres tiene que ver con la etapa del embarazo. Por ejemplo, el consumo de alcohol durante la gestación tiene riesgos especiales ya que éste afecta al producto durante todo el embarazo; puede dar lugar al espectro del trastorno alcohólico fetal (FASD). El síndrome alcohólico fetal es el más grave y el más reconocible ya que se asocia con: Daño cerebral permanente, Anomalías congénitas y restricción en el

crecimiento prenatal o postnatal, característicos rasgos faciales dismórficos (43%), deficiencias en el funcionamiento cognitivo, conductual y emocional, problemas de lenguaje, visuales, auditivos, desarrollo, problemas cognitivos, problemas mentales y de la conducta (50 a 91%), trastornos mentales y del comportamiento (18%), discapacidades secundarias (desarrollo escolar, empleo, autonomía). Asimismo, la exposición prenatal, perinatal y neonatal al cannabis muestra evidencia sustancial de menor peso al nacer. Frente a este problema me sumo al llamado de Svetlana (2017) quien llama a que nuestros esfuerzos por atender este problema de salud no deben llevar a "estigmatizar más a las madres sino ayudar a priorizar el financiamiento y el apoyo para estas familias".²⁶

¿Por qué es necesario un enfoque de género?

Por las diferencias que hay en los niveles de consumo, en la mayor vulnerabilidad en los efectos, en la situación social en contra de ellas. La mujer tarda cuatro años menos en desarrollar dependencia, hay mayor brecha de atención (2.2 hombres con dependencia por cada mujer), hay diferencias biológicas (metabolización de alcohol y efecto de cocaína por factores hormonales), hay mayor rechazo hacia la mujer con adicciones, puede caer en situaciones de prostitución, involucrarse en el tráfico y/o terminar en la cárcel. También hay una condición especial de vulnerabilidad cuando está embarazada, con mayor frecuencia sufre de violencia de género, acoso desde la infancia temprana, estrés, depresión y ansiedad, por todo esto les lleva menor tiempo morir. Nuestra tarea pendiente es asegurarles tratamientos y cuidar sus derechos humanos, para que tengan una vida digna que les permita enfrentar su enfermedad.

²⁴ UNODC, World Drug Report 2018, "Women and Drugs. Drug use, drug supply and their consequences", https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf

²⁵ Encuesta Nacional de Adicciones 2011, <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/encuesta-nacional-de-adicciones-ena-2011>.

²⁶ Svetlana Popova, Bull World Health Organ 2017; 95:320–321.

Violencia, salud y mujeres

Martha C Híjar Medina*

*Dedicado a la memoria de Nellys Palomo
Fundadora de Kinal Anzetik A.C.*



Martha Híjar Medina durante su ponencia en el Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética

¿Cuál es el rol que debe tener la bioética en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres?

Tenemos la obligación de atender a toda mujer que llega a los servicios de salud. Por lo tanto, en el tema que nos ocupa, tendríamos que recordar los principios de la bioética ya que cada uno de ellos puede aplicarse para el caso de las mujeres que acuden a los servicios de salud y que viven violencia de cualquier tipo:

- Autonomía: capacidad que tienen las personas para su autodeterminación y la protección de los individuos con deficiencias o disminución de su autonomía, por tanto, vulnerables o dependientes, contra cualquier intención de daño o abuso.
- Beneficencia: consiste en la obligación ética de incrementar, tanto como sea posible, los beneficios y reducir al mínimo los daños y prejuicios que el individuo pueda recibir.
- Justicia: equidad en la distribución de cargas y beneficios. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo.

¿Por qué es importante para salud el tema de la violencia contra las mujeres?

Se ha trabajado mucho en México y hay mucha evidencia sobre la violencia física y sexual. De acuerdo con la OMS, las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. Esta definición se encuentra integrada en el manual operativo del Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual del Centro Nacional de Equidad de Género, de la Secretaría de Salud Federal, el cual es importante tenerlo en cuenta ya que muchos de los casos que llegan a los servicios de salud son de mujeres que sufren violencia física o sexual; también se detectan algunos casos de mujeres que sufren violencia psicológica. En la clasificación internacional de enfermedades, la mortalidad por Homicidios, junto con Suicidios, se encuentra dentro del rubro de lesiones (en donde también se incluyen el suicidio, los accidentes de tránsito y las lesiones no intencionales).

En el caso del suicidio y homicidio, en términos de porcentaje, está afectando mucho más a las mujeres y en el caso de los años vividos con discapacidad el porcentaje de mujeres se hace más chico porque muchos de los casos de suicidio y homicidio son letales, sin embargo, esto no quiere decir que no sea un tema a estudiar en el impacto de la violencia hacia las mujeres.

*Investigadora Honoraria del INSP, Profesora de El Colegio de Morelos

Cambio porcentual de las 10 primeras causas de años perdidos por muerte prematura según grupos de edad en mujeres en México (2000-2015)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
< 5 años	-46.8	-46.8	-50.1	-30.7	-38.5	-35.1	-55.6	-49.5	3.8	67.1
5-14 años	-50.9	-26.1	-50.0	32.0	-26.3	-38.9	-6.1	-47.5	-31.8	-54.0
15-49 años	43.4	-2.6	51.8	-17.9	11.9	39.6	-1.4	-13.0	-30.2	-1.6
50-69 años	-28.4	-5.9	-28.3	-0.6	18.5	9.9	-23.0	-23.5	2.9	-29.4
70 y más	26.6	0.2	43.6	21.0	11.2	26.9	26.0	43.4	44.4	45.3
	-67.1	-38.9	-26.1	-0.6						
	-46.8	-26.3	-1.4	26.0						

■ Aspiración pulmonar	■ Homicidio por arma de fuego
■ Atropellados	■ Envenenamiento por contacto animal
■ Ahogamiento	■ Suicidio
■ AT-ocup VM	■ AT-motocicleta
■ Homicidio por otros medios	■ Homicidio por arma blanca
■ Efecto adverso a tx médico	■ Cuerpo ext
■ Quemaduras	■ Accidente con arma de fuego
■ Caídas	

De 2000 a 2015, las diez primeras causas de muerte de mujeres han cambiado porcentualmente.

Como se ve, desde el grupo de cinco años tenemos el homicidio con arma de fuego como una de las causas que no ha disminuido. En el grupo de cinco a catorce años hay un problema serio con el suicidio de las mujeres, ha aumentado 32% en este periodo. En el grupo de quince a cuarenta y nueve años tenemos como primera causa el suicidio. Las otras causas han ido disminuyendo en este grupo etario, sin embargo, las causas violentas en cualquier grupo de edad en mujeres se han incrementado. En

el grupo de cincuenta a cincuenta y nueve años tenemos el suicidio nuevamente y el homicidio por arma de fuego. Y en el grupo de setenta años y más tenemos el homicidio con arma de fuego como la causa número nueve de fallecimiento. En este grupo etario no hay ningún signo negativo, lo que significa que todas las causas han tenido un incremento importante.

Uno de los componentes que se han estudiado en el tema de la violencia ha sido el costo social que se construye a partir de categorías como: el costo médico o no médico, si es directo o indirecto, si es costo intangible y cuál es el sector afectado. Una de las

áreas que demanda más servicios por estas causas es el sector salud, pero también se afecta el sector productivo debido a la discapacidad y al número de horas que se deja de trabajar.

Haciendo mención de los costos intangibles, estos son:

- Dolor y sufrimiento, ansiedad, depresión, miedo.
- Pérdida de oportunidades: más abandono escolar de huérfanos.
- Baja autoestima.
- Transmisión intergeneracional de la violencia.

Un tema muy importante es la transmisión intergeneracional de la violencia ya que en la mayor parte de los hogares donde se vive violencia familiar constituye el “comportamiento adecuado” para la resolución de conflictos no sólo en las relaciones familiares sino a nivel social: es en este punto en el que hay que trabajar.

La violencia contra las mujeres en los servicios de salud

Otra de las formas de violencia en salud que viven las mujeres es la violencia obstétrica. La OMS la define como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. Es el trato jerárquico y deshumanizado contra las mujeres que requieren atención obstétrica dentro de las instalaciones de los servicios de salud.

En México está documentándose este tema; varios académicos coinciden en que, desgraciadamente, los servicios de salud es uno de los espacios donde las mujeres son más vulneradas.

Los diferentes tipos de abuso documentados son: *Abuso físico*: brusquedad y frecuencia con la que se realizan procedimientos rutinarios: tacto, episiotomía y episiorrafia sin anestesia, canalización de vías vasculares y anestesia epidural, y aventones de piernas, golpes con la mano o utilización de alguna parte del cuerpo para causar daño físico a la mujer al momento de realizar algunas maniobras.

Abuso verbal: expresiones y manifestaciones de burla, sometimiento y amenazas, comentarios denigrantes y sexistas, que hacen alusión a aspectos de la vida erótica de la mujer.

Abandono durante el proceso de parto y la ausencia de información y del consentimiento informado.²⁷ De acuerdo con el doctor Karchmer,²⁸ las consecuencias de la violencia en la salud reproductiva derivan en:

- Embarazos no deseados.
- Aborto realizado en malas condiciones.
- Mortalidad derivada de la maternidad.
- Aborto espontáneo.
- Nacimiento de niños muertos.
- Demora en la atención prenatal, trabajo de parto y parto prematuro.
- Lesión fetal y bajo peso al nacer.
- Infecciones de transmisión sexual.

Sin duda, es en esta área donde la bioética tiene mucho por hacer.

Otro tema relevante que apenas se ha empezado a trabajar es el de la violencia que viven las mujeres indígenas en nuestro país. El 99.7% de la población indígena de México ha migrado, ya sea de manera interna o externa²⁹ de sus estados de nacimiento. Las principales causas son intolerancia religiosa, conflictos comunales (tenencia de la tierra

²⁷ R. Valdez Santiago, Y. Salazar, A. Rojas, L. Arenas Monreal. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *Rev Conamed*, vol. 21 (1), 2016:43-47.

²⁸ Samuel Karchmer. Violencia por motivos de género: un precio demasiado alto. *Ginecol Obstet Mex*, 2013; 81: 284-290.

²⁹ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2015.

y recursos naturales) y violencia por la presencia del crimen organizado. Hay estados que tienen a las mujeres indígenas en espacios confinados –en zonas urbanas–; mujeres indígenas que han migrado y que ya no pueden regresar a sus lugares de origen. La violencia por razones de género contra mujeres y niñas suele agravarse en crisis como el desplazamiento y también por vivir en esos espacios confinados. Entonces, las mujeres indígenas enfrentan una triple discriminación: étnica, de género y por su clase social. Un tema más que tiene que ver con la violencia es el intento suicida. El suicidio es una violencia auto infligida; como lo vimos anteriormente, es uno de los factores de riesgo más asociados con la muerte de mujeres; las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres, por lo que se presenta un área de oportunidad de trabajar para evitar que ocurra. Se presenta principalmente a las menores de 19 años y en casi todos los casos hay un antecedente de violencia en sus hogares. En un estudio reciente que se hizo en México, se destacó que 20% requirió atención médica o psiquiátrica.³⁰

¿Qué sabemos de la relación mujeres, violencia y salud en México?

- Hay un incremento de la tasa de mortalidad por homicidios, se duplicó de 2.03/100,000 en 2007 a 4.37/100,000 en 2010.
 - Las mujeres jóvenes –menores de 19 años– y las adultas mayores de 60 mueren más que los hombres.
 - Un factor relevante de la muerte materna es la violencia en el embarazo.
 - Tienen un efecto intergeneracional e intercontextual.
 - La violencia sexual en la infancia es un factor de riesgo (de niñas y niños)
 - Es común la resolución de conflictos en la familia a través de la violencia y esto es precedente de la violencia severa.
 - La violencia física y la violencia sexual son precursoras del feminicidio.
 - Existen barreras para solicitar y recibir ayuda.
- La violencia contra mujeres en espacios institucionales (escuela, trabajo, servicios de salud, espacios públicos, transporte) ha dado origen a un programa de la ONU Mujeres llamado “Ciudades Seguras”.

¿Qué es lo que no sabemos?

No existe una definición conceptual, metodológica y operativa para medir el feminicidio, ya que para que la muerte de una mujer entre en esta categoría –de acuerdo con el Código Penal–, debe tener ciertas características: determinadas señales en el cuerpo, cierto tipo de daños. Sin embargo, para que una mujer que fallece por homicidio pueda ser enterrada necesita un certificado de defunción y el certificado no tiene ninguno de los datos que establece el Código Penal, entonces, ¿cómo se está midiendo el feminicidio? Por ejemplo, hay un estado de la república en el que todas las muertes de mujeres se registran como feminicidio y después se averigua (se abre un expediente para investigar si lo fue): habría que tener cuidado con esto. Desconocemos la dimensión de la violencia sexual en niñas y niños, qué pasa con las mujeres indígenas, con los grupos LGBTI, con mujeres con discapacidad, con estudiantes... Las principales propuestas en investigación que se hicieron recientemente en el tema son:

- La violencia sexual y la violencia social analizadas a partir del modelo ecológico, marcadores biológicos, construcción de violencia en niñas (y niños).
- Estudio de proxys para la ocurrencia de suicidio - Patrones demográficos y geográficos.
- Barreras de acceso a los servicios de salud en casos de violencia sexual y de pareja.
- Evaluación de intervenciones en los casos de violencia sexual y de pareja.
- Impacto de las nuevas tecnologías y redes sociales en el ejercicio de la violencia y la concepción de la muerte en menores de edad.
- Impacto en el cambio de políticas para la prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres y las niñas en México.

Profundizando en el último punto, cuál será el impacto ante lo que estamos observando en el presente cambio de gobierno, de una disminución del apoyo a las organizaciones de la sociedad civil enfocadas a los temas de violencia contra las mujeres y al cambio de la atención de los refugios. Es importante recordar que no sólo lo que se cuenta.

³⁰ R. Valdez Santiago, E. Solórzano, M. Íñiguez, et al. *Attempted suicide among adolescents in México. Prevalence and associated factors at National level. Injury Prevention*, 2018 24: 256-261.

Derechos sexuales y reproductivos en la prevención del embarazo en adolescentes en México

Raffaella Schiavon Ermani

Para discutir el tema de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos, recordemos que México, como la mayoría de países de esta región, presenta profundas desigualdades e inequidades, profundas brechas y retos específicos; por mencionar dos: por un lado, la concentración urbana –61% de la población mexicana vive en grandes ciudades– y, por el otro, la elevada dispersión rural, pero sin olvidar las desigualdades basadas en el género, en las vulnerabilidades socio-económicas, en el diverso acceso a las oportunidades educativas y laborales y en la pertenencia étnica y racial, entre otras.

Una fuente interesante de información se encuentra en un Informe sobre la salud de las personas adolescentes y jóvenes en la región que ha presentado recientemente la Organización Mundial de la Salud, el cual reporta datos desagregados por cada país de Latino-América y del Caribe (LAC).³¹ Otras fuentes útiles son los informes oficiales de las instancias nacionales encargadas de medir y reportar los indicadores socio-demográficos del país (i.e. Consejo Nacional de Población - CONAPO, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía- INEGI). Como breve panorama demográfico, resaltamos que en México hay 26 millones 600 mil 609 niñas y niños en México, de los cuales 15 millones 589 mil 427 son adolescentes de 12 a 19 años; de todas las mujeres en edad fértil, 16.4% son adolescentes.³²

¿Cómo impacta el embarazo no planeado y el embarazo en general en las muertes por causas maternas en adolescentes? De todas las muertes maternas registradas en México entre 1990 y 2016 (32,284), una de cada ocho (13%) fueron en adolescentes, incluyendo 193 niñas de 9 a 14 años.³³ Pero la muerte es solo la punta del iceberg, la consecuencia más extrema de la mala salud sexual, reproductiva y materna. Más información puede derivarse del análisis de la morbilidad materna: ¿cómo impactan el embarazo, parto y puerperio de madres adolescentes en las atenciones hospitalarias en este grupo etario?

De todas las atenciones hospitalarias, por todas las causas en adolescentes de 15 a 19 años, 8 de cada 10 son por causas maternas, y de todas las atenciones en niñas hospitalizadas de 10 a 14 años, tres de cada 10 son por causas maternas.³⁴

Por otro lado, es esencial entender cómo los determinantes sociales - entre ellos, el estatus socioeconómico, los diferentes niveles de escolaridad, la etnicidad (ser o no indígena) y la residencia rural/urbana - regulan algunas de las “grandes” transiciones sexuales y reproductivas de las adolescentes: la edad de inicio de la Vida Sexual Activa (IVSA), la edad de la primera unión y la edad al primer Hijo/a Nacido Vivo (HNV), a partir de datos oficiales de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014).³⁵

En la Figura 1, se presenta el impacto de la escolaridad, el lugar de residencia y la etnicidad en la edad de inicio de VSA. En particular, nos vamos a enfocar en la escolaridad, que es un determinante social que puede ser modificado por intervenciones de políticas públicas.

³¹ La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018) Organización Panamericana de la Salud, en www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/index.html

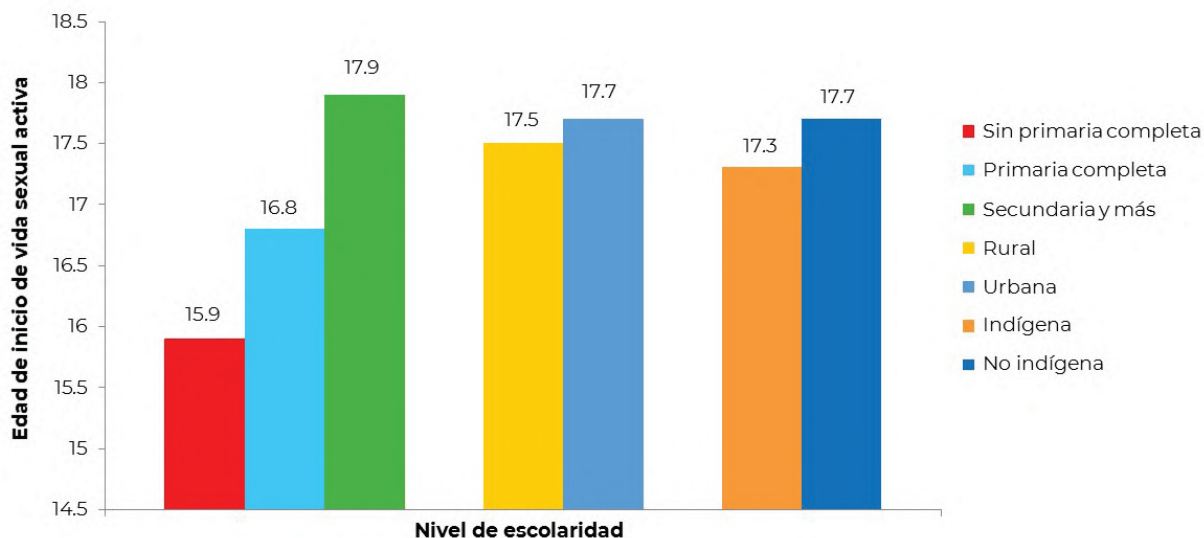
³² Informe Nacional de Avance en la implementación del Consenso de Montevideo. México 2018. SEGOB, CONAPO, UNFPA, en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/358837/InformeNacionalAvanceConsensoMontevideo.pdf>

³³ R. Schiavon, E. Troncoso, G. Polo. “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico in the last two decades (1990-2008)”, *Int J Obst Gynecol* 2012, Suppl. 2: s78-s86, con actualizaciones posteriores.

³⁴ Análisis propio de R. Schiavon, G. Polo, a partir de fuentes de información oficiales (Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Cubos Dinámicos, Egresos Hospitalarios SAEH, 2015), en http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

³⁵ Adaptado de Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. CONAPO, INEGI 2016. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana?idiom=es>

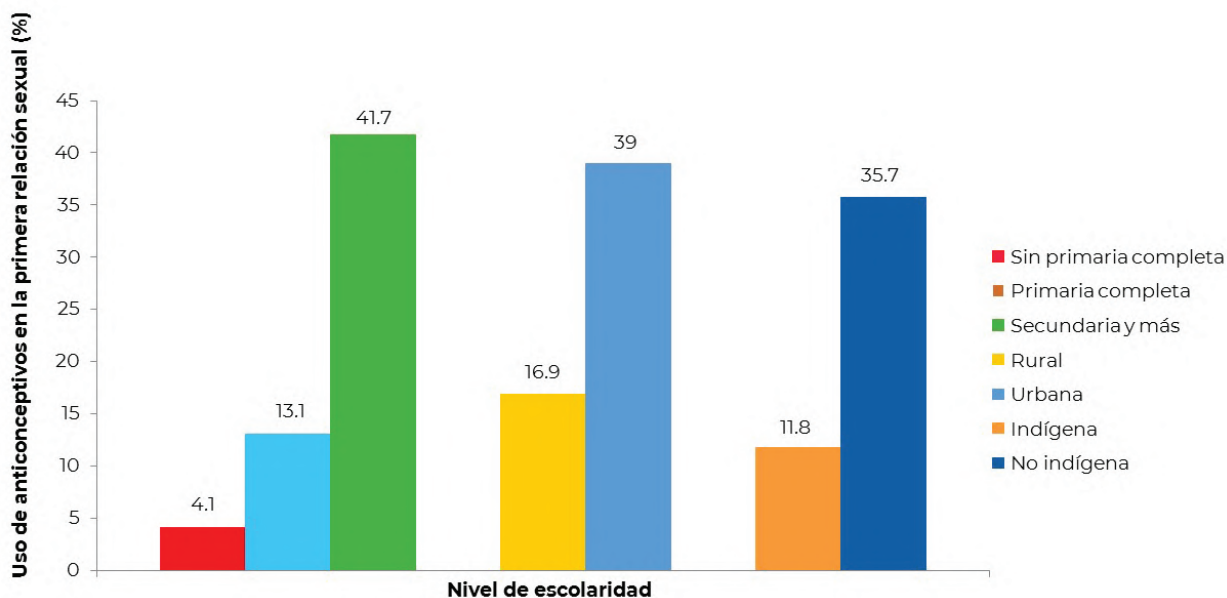
Transiciones en la adolescencia Edad IVSA, ENADID 2014



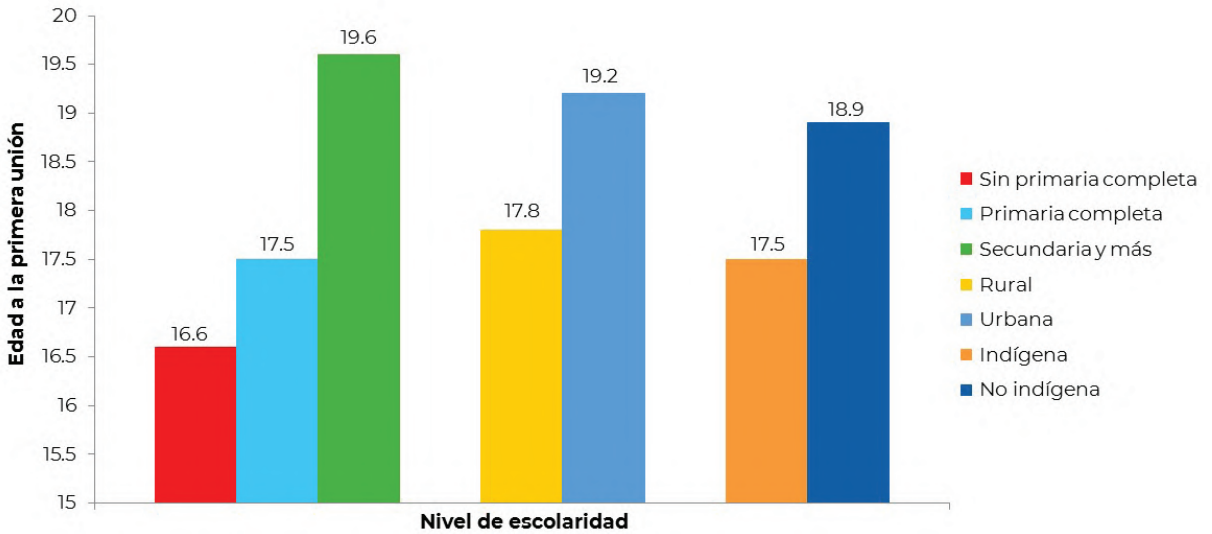
El haber llegado a un nivel de escolaridad de secundaria y más posterga dos años el inicio de la VSA en comparación con adolescentes que no cuentan con primaria concluida; implica adicionalmente que se usen 10 ve-

ces más los Métodos Anticonceptivos (MAC), otorga un retraso de 3 años en la edad del matrimonio o la primera unión y, finalmente, retrasa 2 años y medio la edad de nacimiento del primer hijo.

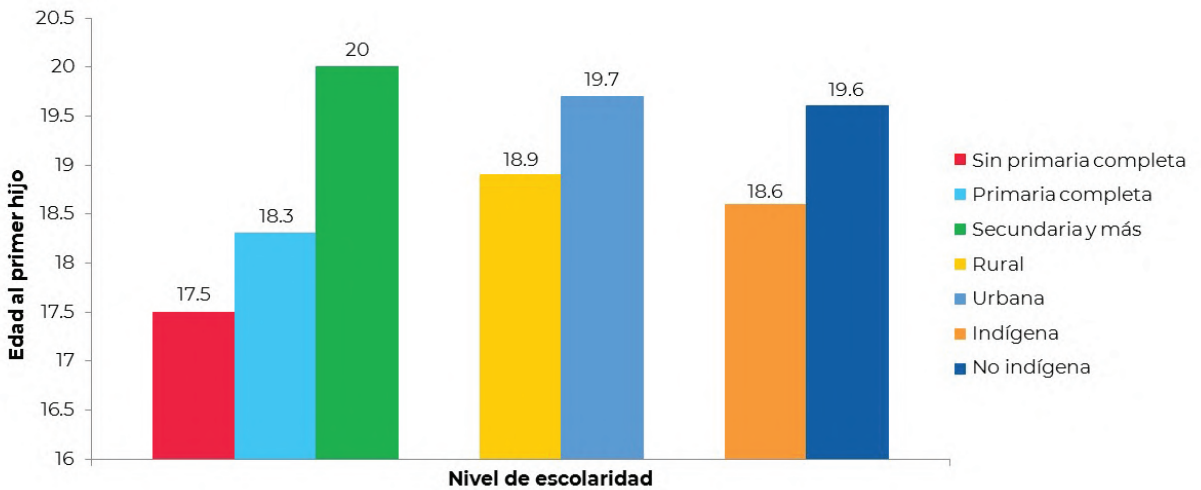
Transiciones en la adolescencia Uso de AC en IVSA, ENADID 2014



Transiciones en la adolescencia Edad al 1º Matrimonio/Unión, ENADID 2014



Transiciones en la adolescencia Edad al 1º HNV, ENADID 2014



A partir del estudio de más de ocho millones de certificados de nacimiento del sistema de registro de nacimientos (SINAC) en México, se puede adicionalmente analizar como el embarazo en adolescentes se asocia con diferentes condiciones de vulnerabilidad social y biológica, confirmando hallazgos previos de la literatura internacional. El embara-

zo temprano se asocia con menores niveles educativos, mayor disfuncionalidad en los arreglos familiares de la madre adolescente, y en general a un mayor grado de marginalidad y vulnerabilidad social. Asimismo, se asocia con ausencia o retraso en la atención prenatal, con nacimientos pretérminos y bajo peso al nacer; y tanto menor es la edad

de la madre, tanto mayor es la probabilidad que el parto sea pretérmino o muy pretérmino y el producto presente bajo/muy peso al nacer. Otros estudios de registros y encuestas nacionales han encontrado mayor asociación con aumento de complicaciones, tales como aborto, anemia, eclampsia y preclamsia; y, en consecuencia, un aumento en la Razón de Muerte Materna (RMM) en particular en madres menores de 15 años.³⁶ Todo esto se relaciona finalmente con una mayor vulnerabilidad biológica.³⁷

¿Cuáles son las tendencias más recientes en la fecundidad adolescente en el país? De acuerdo con estimaciones de INEGI/CONAPO, después de haber alcanzado en 2013 una tasa de 77 HNV x 1,000 adolescentes de 15-19 años, el promedio nacional ha presentado una disminución, hasta 70.6 en 2018; sin embargo, la tendencia aumentó en 12 de las 32 Entidades Federativas. Por otro lado, ha aumentado en este periodo la tasa de embarazo entre niñas de 12 a 14 años, ya sea como promedio nacional, así como en 31 de los 32 estados.

En la sección inicial de esta reflexión, hemos visto como los determinantes sociales “clásicos” –en especial la escolaridad, la residencia, la etnicidad– “regulan” las transiciones sexuales y reproductivas de las adolescentes. Pero ¿qué otras causalidades se nos están escapando?, ¿qué estamos viendo y no estamos midiendo? Identificaré en particular dos factores.

1. La edad del padre. La situación de una pareja de madre y padre adolescentes no se compara, en muchos sentidos, con la maternidad de una niña unida/casada y embarazada por un hombre adulto. Poco se sabía sobre el diferencial de edad entre la madre niña/adolescente y el “progenitor”, ya que no se medía sistemáticamente en las encuestas nacionales, ni se registraba en el SINAC.³⁸ Finalmente, en 2018, CONAPO elaboró el análisis de esta variable específica a partir de otra fuente de información (el Registro Civil), presentando un informe detallado de las ca-

racterísticas sociodemográficas (edad, nivel educativo, residencia rural/urbana, nivel de escolaridad y de ocupación) de las madres de 10 a 14 años así como de las parejas/padres de ese producto.³⁹ Entre niñas que fueron madres antes de los 15 años, sólo 0.8% de los padres tenían su misma edad, 40% eran adolescentes “mayores” de entre 15 y 19 años, 23% eran adultos de 20 a 29 años, 4% mayores de 30 años y 28% se reportaron de edad desconocida, lo que puede sugerir que fueran familiares o adultos cercanos al núcleo familiar - como también sugieren los hallazgos sobre Abuso Sexual Infantil de otra encuesta nacional.⁴⁰

2. La violencia familiar, sexual y de género es la segunda variable que estamos obligados a tomar en cuenta cuando hablamos de embarazo en adolescentes, particularmente en menores de 15 años. El marco legal nacional establece de hecho que una persona menor de 15 años (con variaciones dependientes de los Códigos Penales estatales) no puede dar un consentimiento informado a una relación sexual, misma que se considera automáticamente como “violación equiparada”. Informes internacionales reportan por otro lado que una de cada tres mujeres ha vivido violencia por parte de su pareja.

³⁶ DGE Semana

³⁷ Manuel Urbina Fuentes, Luis Jasso Gutiérrez, Raffaella Schiavon Ermani, Rafael Lozano y Jacobo Finkelman, La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud, *Gaceta Médica de México*, disponible en https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n6/GMM_153_2017_6_697-730.pdf

³⁸ Muy recientemente, después de muchos esfuerzos de advocación, el campo de registro de la edad del padre se ha incluido en el nuevo Certificado de Nacimiento

³⁹ Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. Secretaría General del Consejo Nacional de Población 2018. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/308970/Fecundidad_Menores_de_15_Final.pdf

⁴⁰ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016). Presentación Ejecutiva INEGI 2017. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016) se reporta que, entre las mujeres mexicanas mayores de 15 años, 4 de cada 10 han vivido violencia sexual alguna vez en la vida. Por primera vez, esa encuesta midió la prevalencia de violencia sexual en la infancia, respondiendo a los compromisos y obligaciones asumidos por el Estado mexicano a reportar, y por ende a medir este dato ante instancias internacionales. De acuerdo con la ENDIREH, casi una de cada 10 (9.4%) mujeres encuestadas reportaron haber vivido diferentes tipos de abuso sexual durante su infancia; un 6.0% adicional de mujeres reportaron “no recordar”, lo que podría sugerir algún tipo de síndrome post-traumático. En tal caso, el porcentaje podría subir a 15% de toda la población femenina. En números absolutos, el porcentaje de prevalencia reportado equivale al menos a 4.4 millones de mujeres mexicanas que reportaron haber sufrido abuso sexual en la infancia.⁴¹ La encuesta también pone la pregunta: ¿Quiénes fueron los agresores en esos eventos en la infancia? La enorme mayoría señaló que fueron parientes cercanos, vecinos, conocidos, miembros del núcleo familiar extendido; sólo uno de cada diez (11.5%) fueron desconocidos.

Información adicional que cruza diferentes bases de datos y encuestas sobre atención salud y procuración de justicia, permite profundizar sobre la compleja relación entre la violencia sexual y el embarazo en niñas en nuestro país.⁴²

¿Podemos hablar de “salud reproductiva y salud materna de las adolescentes” cuando muchas de ellas se embarazan como resultado de relaciones desiguales en donde predomina el abuso, el control y en varios casos la violencia? Es evidente que el embarazo en adolescentes en general, y entre menores de 15 años en particular, es un problema de salud por ser de alto riesgo biomédico y psicosocial, pero sobre todo es una violación a sus derechos humanos porque altera su proyecto de vida, su derecho a la educación,

al desarrollo, al trabajo digno, a la igualdad de género, a la no discriminación a decidir y también es una violación a sus derechos sexuales y reproductivos ya que es con elevada frecuencia el resultado de la violencia y coerción sexual.

Ante este panorama epidemiológico socio-demográfico, hay que resaltar que existe un marco legal y normativo que afirma en el país la primacía de los derechos. Los principios rectores en el marco nacional e internacional que rigen la atención a menores de edad –niñas, niños y adolescentes– son el interés superior del menor, el concepto de las capacidades evolutivas y el principio básico de la confidencialidad, privacidad y autonomía. Un instrumento interesante que ha sido elaborado y publicado en 2018 por un conjunto de instancias gubernamentales y no gubernamentales, es la Cartilla de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, donde se presentan los diversos derechos enmarcados en las leyes y normas de México.⁴³

El marco legal y normativo del país está sujeto a la legislación internacional, a tratados y declaraciones que se incorporan de manera directa a nuestra Constitución, gracias a la reforma constitucional en derechos humanos de 2011. Este marco constitucional ha derivado en leyes y reglamentos, entre

⁴¹ A 6.4% les tocaron sus partes íntimas o las obligaron a tocar las partes íntimas de otra persona; 3.9% intentaron forzarlas a tener relaciones sexuales; 3.0% las obligaron a mostrar sus partes íntimas o a mirar las partes íntimas de otra persona; 2.5 las obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenazas o usando la fuerza; 0.8% las obligaron a realizar actos sexuales a cambio de regalos o dinero; 0.8% las obligaron a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos (fotos, revistas, videos, películas) ENDIREH-INEGI, 2016, en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

⁴² Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos, Ipas México, 2018. <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf>

⁴³ Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016, en <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/Cartilla-Derechos-Sexuales-Adolescentes-Jovenes.pdf>

las cuales enumeramos algunas de las más relevantes para la atención de la salud reproductiva y la prevención del embarazo en niñas, niños y adolescentes:

- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley General de Educación.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley General de Víctimas.

México también posee instrumentos normativos que regulan la atención en salud en este grupo etario; las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs) más relevantes para este tema son:

- NOM-005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar. Aquí se establece de manera contundente que la edad adolescente y la nuliparidad NO constituyen contraindicaciones para el uso de métodos anticonceptivos, en línea con los criterios y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de otras instancias internacionales en salud reproductiva.
- NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Esta Norma, alineándose con la Ley General de Víctimas, reitera la validez legal del consentimiento informado en menores, la garantía de acceso a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, sin que medie autorización judicial, removiendo así una importante barrera previa para las mujeres víctimas de violencia.
- NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Esta NOM también confirma la validez del consentimiento informado en menores de edad para información, consejería y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo acceso a todos los anticonceptivos (con la excepción de los métodos quirúrgicos e irreversibles).

Este marco constitucional y legal se traduce finalmente en acciones propias del Ejecutivo, a partir de su propio Plan Nacional de Desarrollo y de los consecuentes planes y programas sectoriales que cada administración federal elabora.⁴⁴ Existe sin embargo una estrategia nacional conocida como ENAPEA (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2015), la cual es una política pública intersectorial aprobada en 2015 pero que se mantiene de manera transexenal: ésta tiene como objetivo reducir a la mitad los nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años, y erradicarlos en niñas menores de 15 para el año 2030.⁴⁵ Estas metas se antojan complejas de lograr, de acuerdo a las tendencias en la fecundidad adolescente que acabamos de revisar; pero resaltan la absoluta necesidad de aumentar los esfuerzos de todos los sectores y la voluntad política necesaria para alcanzarlas. La ENAPEA incluye un excelente análisis de la situación epidemiológica, la distribución geográfica, las causas y las consecuencias de un embarazo en edades tempranas, y por ende de los tipos y niveles de intervención donde deben de intervenir todos los sectores y las instancias involucrados (encargadas de salud, educación, desarrollo y protección social, justicia, igualdad de género, niñez y adolescencia etc.). Se recomienda trabajar en las causas inmediatas, donde se tienen que implementar intervenciones a nivel esencialmente individual y familiar, como la prestación de servicios de salud; en las causas subyacentes, que implica intervenir en un nivel comunitario y escolar, a través de estrategias educativas y de cambio de normas sociales; y finalmente en las causas estructurales, es decir a través de leyes, políticas y programas a nivel nacional y estatal.

⁴⁴ En el momento en que se publica esta revisión, todavía se están elaborando tales planes y programas para el sexenio 2019-2024.

⁴⁵ Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, 2015, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

Destaco aquí en especial la importancia de las intervenciones a nivel escolar, porque estamos convencidos de que la solución más efectiva a corto, mediano y largo plazo a estos problemas radica en la educación sexual integral (ESI). A finales de 2018, se publicaron las últimas recomendaciones en temas de guías técnicas para la ESI, basada en las evidencias y los resultados a nivel internacional. Las evidencias internacionales demuestran de manera incontrovertible que la ESI no promueve conductas sexuales precoces o irresponsables, por el contrario, resulta en comportamientos sexuales más protegidos y responsables.⁴⁶

A nivel nacional, también se han generado investigación y evidencia reciente en la misma dirección. Una encuesta diseñada y dirigida por CENSIDA (por su entonces directora, la doctora Patricia Uribe) y llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) analiza la prevalencia de los programas de ESI en México, e identifica cómo el haber recibido educación sexual integral se traduce en mejores comportamientos sexuales y reproductivos de las adolescentes y las jóvenes.⁴⁷ A partir del análisis de

otra Encuesta Nacional (ENFADEA) llevada a cabo por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma (UNAM), se evidencia también como la educación sexual recibida en la escuela aumenta la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, en comparación con quienes no recibieron ninguna educación sexual a lo largo de su educación formal.⁴⁸

La ENAPEA, a partir del análisis intersectorial y estructural de las causalidades, propone además mecanismos intersectoriales de intervención, particularmente para la población adolescente menor de 15 años, ya embarazadas o en riesgo de serlo, para la protección, mitigación del daño y restitución integral de sus derechos.

Para las estrategias de intervención, es importante hacer referencia a las mejores prácticas basadas en evidencias, en específico mencionamos aquí aquel conjunto de Prácticas de Alto Impacto en Planificación Familiar (PAI, o HIPs - High Impact Practices, por sus siglas en inglés) que buscan reducir los embarazos no intencionados en varios grupos de la población, con énfasis en adolescentes.⁴⁹

Prácticas de Alto Impacto (HIP) basadas en evidencia para reducir el embarazo no intencionado

Entorno propicio	Prestación de servicios	Cambios sociales y de comportamiento
Las PAI de entorno propicio abordan barreras sistemáticas que afectan la capacidad de individuos acceder a servicios e información de la planificación familiar.	Las PAI de prestación de servicios mejoran la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de planificación familiar.	Las PAI de cambios sociales y de comportamiento influyen en el conocimiento, las creencias, los comportamientos y normas sociales relacionados con la planificación familiar.

Adicionalmente, se identifican **PAI potenciadoras:**

- 1) **Servicios AC amigables para Adolescentes**
- 2) **Salud Digital**, es decir tecnologías digitales de soporte para la prestación de servicios

⁴⁶ UNESCO. International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach. Geneva, 2018, en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITG-SE_en.pdf

⁴⁷ F. De Castro, R. Rojas Martínez, A. Villalobos Hernández, B. Allen Leigh, A. Breverman Bronstein, D.L. Billings, P. Uribe Zúñiga. Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. 2018. Mar 19;

13(3): e0193780, en <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0193780&type=printable>

⁴⁸ A.R. Hersh, B. Saavedra-Avenida, R. Schiavon, G. Blair, B.G. Darney. "Sexuality Education During Adolescence and Use of Modern Contraception at First Sexual Intercourse Among Mexican Women". *J Adolesc Health* 2019, Nov; 65(5): 667-673, en [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(19\)30335-0/pdf](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(19)30335-0/pdf)

⁴⁹ En <https://www.fphighimpactpractices.org/es/lista-de-las-practicas-de-alto-impacto-en-planificacion-familiar/>

No podemos diseñar ni implementar ninguna estrategia que reduzca el embarazo no planeado en niñas y adolescentes sin reconocer a todas las mujeres, incluyendo las menores de edad, como sujetos de derechos, con autonomía, confidencialidad y privacidad en la toma de decisiones, promoviendo su participación plena en el diseño y evaluación de los programas, incorporando la perspectiva de género, la interculturalidad y reconociendo la diversidad de niñas y adolescentes. Por otro lado, los hombres (las parejas, los padres y otros familiares) pueden ser un serio obstáculo para los derechos y la salud de las mujeres, especialmente de las adolescentes y niñas. Resulta fundamental diseñar además estrategias específicas para promover que los hombres, jóvenes y adultos, se involucren en un marco de igualdad y derechos para que sean aliados en el mejoramiento de la salud materna y la salud sexual y reproductiva en general.

Para lograr el objetivo de reducción de los nacimientos en adolescentes y de la erradicación de los nacimientos antes de los 15 años, tenemos que trabajar esencialmente en la prevención primaria, promoviendo intervenciones específicas en el ámbito educativo para mantener a niñas y adolescentes en la escuela –recordemos que previniendo la deserción escolar impactamos las variables de la conducta sexual y reproductiva, pero también implementando programas de educación sexual integral desde etapas tempranas y con los contenidos adaptados a la edad. En paralelo, tenemos que garantizar el acceso irrestricto a todos los métodos anticonceptivos, con énfasis en los anticonceptivos reversibles y de acción prolongada (ARAP o Long Acting Reversible Contraceptives- LARC, por sus siglas en inglés). Sin embargo, estas acciones no serán suficientes si no las combinamos con estrategias de prevención secundaria y terciaria: intervenciones para prevenir, detectar y atender la violencia sexual, especialmente entre niñas y adolescentes. Estas deben de incluir la garantía sistemática del acceso al aborto legal en todas las causas legales existentes –y la



Raffaella Schiavoni Ermani durante su ponencia en el Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética

violación, incluyendo la violación equiparada, es una excepción legal común a todas las entidades federativas. Asimismo, recordemos que la reforma legal de 2007 ha permitido a las mujeres acceder a abortos legales, seguros y gratuitos en los servicios públicos de la Ciudad de México, incluyendo para las mujeres no residentes en la Ciudad, a simple demanda de la mujer, sin invocar causales legales.

El tema de la prevención del embarazo no intencionado en niñas y adolescentes cruza por todas las agendas mundiales y regionales y, por supuesto, por la nueva agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el 3. Salud y Bienestar, 4. Educación de Calidad y 5. Igualdad de Género. México tiene la obligación de responder a estos compromisos internacionales implementando todas estas estrategias integrales, intersectoriales, basadas en las mejores prácticas y evidencias científicas, para garantizar a nuestras niñas y adolescentes un mejor presente y un futuro donde puedan ejercer sus derechos.

Migración y equidad de género

María Cecilia Acuña

Es muy importante plantear la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en un tema de gran relevancia en la actualidad: la perspectiva de género en el fenómeno migratorio.

La migración voluntaria o forzada de personas no es un fenómeno nuevo en la especie humana –tampoco lo es en las otras especies que pueblan este planeta–, en realidad la migración de personas ha sido un proceso histórico en el mundo, tan antiguo como la especie misma; múltiples factores han impulsado a lo largo de la historia los flujos migratorios y generalmente estos flujos han sido empujados por: factores climáticos, hambrunas, problemas en la producción de los bienes de consumo que asegura la supervivencia de las personas, y también por contextos de violencia, guerras, razones laborales y económicas, violencia doméstica, problemas de género, conflictos armados, crisis políticas-económicas, y, tanto en la actualidad como en el pasado, por un componente creciente de eventos climáticos y desastres naturales.

Lo que podemos ver desde el punto de vista de los flujos migratorios en el mundo a lo largo de la historia, es que hubo una gran trayectoria migratoria desde el hemisferio norte hacia el hemisferio sur –particularmente a raíz de las grandes guerras mundiales y antes de eso incluso al interior de los continentes donde grandes grupos de personas se movían buscando establecerse en algún lugar–, después de la Segunda Guerra Mundial se produjo una relativa reducción de la migración para ser retomada con fuerza a raíz de los cambios económicos y de la modificación de los modelos de producción que surgieron a partir de las décadas de los años 60 y sobre todo de los 70. Las crisis económicas producidas por los nuevos modelos de desarrollo que adoptó el mundo a partir del Consenso de Washington, generaron que grandes flujos de personas quedaran excluidos de los bienes y beneficios de esos modelos y por tanto intentaran migrar



María Cecilia Acuña durante su ponencia en el Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética

hacia aquellos países que presentaran mejores oportunidades, es así que a partir de la década de los años 70 y a través de los 80 y 90 vemos un resurgimiento migratorio por razones económicas.

En la guerra de Centroamérica de nuevo se produjo un fuerte proceso migratorio provocado por el conflicto armado, sin embargo, no resultó en grandes volúmenes de personas migrando debido –probablemente– a que la migración se contuvo en la región de Centroamérica. Los regímenes autoritarios de la región del cono sur en las décadas de los años 70 y 80 generaron también flujos migratorios importantes, esta vez de científicos y artistas que huyeron de Argentina, Chile y Uruguay hacia países como México, Estados Unidos, Suecia, Alemania, Inglaterra, entre otros, de manera tal que el éxodo del cono sur hacia los países del norte tuvo como característica no la búsqueda de un mejor estatus económico o el hecho de salir de un conflicto armado para salvar la vida, sino la fuga de cerebros, la salida de grandes personalidades que huyeron de los regímenes opresores buscando la libertad.

En la región de las américas la mayoría de los países han sido, en algún momento, territorios de origen, tránsito, destino y retorno. Sin embargo, lo que es nuevo en la historia de los fenómenos migratorios de la región es la migración masiva repentina que irrumpe

el funcionamiento de los sistemas de salud y de los otros sistemas de acogida que de manera abrupta ponen en tensión la infraestructura disponible en las comunidades receptoras; esta realidad nueva y creciente ha sido identificada como una prioridad urgente en las agendas nacionales. A partir de 2018 este nuevo fenómeno migratorio regional moviliza grandes volúmenes de personas que –al migrar en grupos masivos– se sienten más seguras, menos expuestas a riesgos y consideran que es más probable llegar al destino que se han trazado, sin embargo, la realidad demuestra que persisten los riesgos y la incertidumbre.

En la región se ha observado la intensificación de dos fenómenos migratorios masivos concomitantes: 1) la migración de personas desde Mesoamérica hacia México empujados por la violencia en el triángulo norte de Centroamérica –El Salvador, Honduras y Guatemala– cuyo destino inicial es Estados Unidos o Canadá, y que no obstante, en el trayecto migratorio van cambiando la perspectiva y finalmente eligen México como destino, por tanto, México está visto crecientemente no sólo como un país de tránsito si no como un país de llegada; 2) el otro fenómeno está relacionado con personas de origen venezolano que migran hacia los países vecinos de América –particularmente América del Sur y el Caribe–. La migración hacia el norte desde el triángulo norte de Centroamérica continúa como una tendencia predominante que ya se venía viendo desde hace varias décadas pero que ha sido empujada por la exacerbación de la violencia. En los países del sur de la región, sin embargo, este en un fenómeno totalmente nuevo. Venezuela antes era un país de destino, no de origen de flujos migratorios; por ejemplo, al 31 de octubre de 2018 tres millones de venezolanos vivían fuera de su país (la cifra más grande e importante de personas venezolanas viviendo fuera de su territorio) y 2.4 millones de ellos residían en países de Latinoamérica y el Caribe: Colombia, Perú y Ecuador recibieron 70% de estos migrantes. En todos estos casos las mujeres y los hom-

bres enfrentan de manera diferente sus riesgos, sus vulnerabilidades y sus necesidades específicas en el ciclo migratorio; en el caso específico de las mujeres y las niñas las vulnerabilidades basadas en el género que ya existen en su comunidad de origen se incrementan poniendo en riesgo su salud y muchísimas veces su integridad física y su vida.

Estas vulnerabilidades son potenciadas por desigualdades de base ya existentes que limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones respecto a dónde ir, con quién, cómo hacerse acompañar, cómo y cuándo solicitar ayuda, y para ejercer su autonomía en la toma de decisiones más cotidiana del ciclo migratorio, como, por ejemplo: dónde y cómo obtener alimento, agua, refugio, dónde y con quién dormir, y dónde obtener servicios de salud. Esta desigualdad de base que se exagera en el periodo de migración conduce de manera sistemática a la violación de los derechos de las niñas y las mujeres, una violación que se observa con una intensificación mayor que la violación de los derechos de los niños y los varones. La CEPAL hizo un estudio en 2018 respecto a protección social y migración y es interesante observar cuáles son aquellos fenómenos y principales riesgos relacionados con las mujeres migrantes centroamericanas; en su ruta hacia el norte –tanto en el origen como en el tránsito, en el destino y en el retorno– hay una constante de violencia, a pesar de que existen algunas variables que se dan más en una parte del ciclo migratorio que en otras, como las dificultades para obtener permisos oficiales y autorización familiar, porque curiosamente cuando un hombre decide emigrar no le pide permiso a nadie, mientras que cuando una mujer decide emigrar tiene que pedirle permiso a sus hijos, a su pareja, a sus padres, a sus hermanos, a sus suegros, al jefe de la comunidad y a las autoridades migratorias, que en general tienen un sesgo de género respecto de la decisión de migrar.⁵⁰

⁵⁰ También debe señalarse que en todas las fases del ciclo migratorio también las personas LGBTI sufren violencia social y sexual con reiterados abusos a su integridad física y a sus derechos a la privacidad y a tener un espacio donde decidan qué hacer respecto de sí mismas y su sexualidad.

Ciclo migratorio y principales riesgos asociados en las mujeres migrantes centroamericanas

Origen	Tránsito	Destino	Retorno
Desinformación	Condición irregular	Desinformación	Exclusión social
Dificultades para obtener permisos oficiales y a nivel familiar	Escaso acceso a protección social	Estigmatización	Persistencia de riesgos y carencias en el lugar de origen
Limitado acceso a documentos de viaje	Limitado acceso a servicios de salud	Obstáculos para la regulación migratoria	Discriminación
Violencia doméstica	Desinformación	Acecho de redes de trata, tráfico, explotación y secuestro	Estigmatización
Violencia social	Acecho de redes de trata, tráfico, explotación y secuestro	Inserción laboral precaria y en condiciones indecentes	Falta de redes sociales y oportunidades laborales productivas
Violencia sexual	Transporte en condiciones inhumanas Violencia social Violencia sexual	Transporte en condiciones inhumanas Violencia social Violencia sexual	Dificultades y obstáculos de regularización Dificultades para acceder a servicios básicos y protección social Persistencia de violencias social y sexual

Lo anterior se observó en las mujeres hondureñas de la caravana que atravesó la frontera con México en noviembre de 2018, muchas de ellas referían haber sido violadas durante el camino y cuando se les ofrecía anticoncepción de emergencia ellas decían que tenían que pedir permiso; resulta difícil comprender cómo una mujer de 18, 17, 15 o 13 años que ha sufrido abuso sexual todavía piense que tiene que pedir permiso a otro para poder tener atención de salud respecto de su salud sexual y reproductiva, pero eso es lo que ocurre. Se necesitan más datos de las mujeres migrantes, todos los estudios migratorios que tenemos refieren fundamentalmente a hombres; tenemos clarísimo el perfil del hombre que migra: edad, si van o no en búsqueda de trabajo, cómo se movilizan, si pertenecen o no a grupos organizados, quiénes son sus líderes y qué es lo que buscan; sin embargo, no tenemos la misma información respecto de las mujeres, aún en esta situación la mujer es invisibilizada, forma parte de un grupo más grande donde el liderazgo lo tienen las personas del sexo masculino.

Por tanto, los países de la región de las Américas frente a esta problemática han decidido colaborar y a través del secretariado de la OPS emitir dos resoluciones que son fundamentales en los temas de salud y migración y de derechos de las mujeres migrantes:

- Resolución CDR14 de salud universal del año 2014.
- Resolución CD55R13 de salud y migración del año 2016.

Las recomendaciones a las cuales la OPS y los países han arribado para la formulación de políticas que puedan visibilizar en primer lugar las desigualdades de género y también abordar dichas desigualdades son las siguientes:

1. Generar políticas y programas de salud destinados a abordar las inequidades en salud que afectan a las mujeres y los hombres migrantes de manera diferenciada y para desarrollar intervenciones dirigidas a reducir los riesgos para su salud, mediante el fortalecimiento de programas y ser-

- vicios que sean sensibles a sus diferentes condiciones y necesidades.
2. Liderar iniciativas para modificar o mejorar los marcos normativos y jurídicos destinados a abordar las necesidades específicas de salud de las personas, las familias y los grupos migrantes, con especial atención a las mujeres, niñas y adolescentes.
 3. Promover el acceso a servicios de salud integrales, de calidad y ampliados progresivamente para todas las personas que viven en un mismo territorio, independientemente de su condición migratoria, brindando protección financiera.
 4. Impulsar a nivel multilateral, bilateral, nacional y local, la coordinación y articulación de programas y políticas de salud desde una perspectiva de igualdad de género, en especial para los temas de salud de interés común en las zonas fronterizas.

Específicamente para aquellas mujeres que van de tránsito y para aquellas mujeres que estableciéndose en un lugar han sufrido los traumas del ciclo migratorio. Es fundamental dejar de concebir a la mujer como un apéndice del panorama migratorio y empezar a visibilizarla como individuos que tienen necesidades específicas en su salud física y mental y no sólo desde el punto de vista reproductivo. Otro sesgo con el que nos hayamos en el análisis del tema migratorio y las desigualdades de género es que –en general– cuando se habla de la mujer migrante se piensa únicamente en el embarazo, sin embargo, la mujer migrante requiere atención en muchos aspectos de su salud, también debemos ser capaces de facilitarle la fortaleza emocional que requiere para construir un nuevo proyecto de vida en la comunidad donde se establezca sea o no el lugar de destino. Cabe mencionar que por diversas circunstancias 80% de las mujeres que inician el viaje desde Centroamérica hacia Estados Unidos –pasando por México– nunca llega al lugar planeado inicialmente y permanece por largos meses o por años en diversas comunidades intentando cruzar la frontera una y otra vez. Nosotros somos los agentes que tenemos que ayudar a es-

“La migración voluntaria o forzada de personas no es un fenómeno nuevo en la especie humana –tampoco lo es en las otras especies que pueblan este planeta–”

tas personas a construir un proyecto de vida ahí donde están. Para eso tienen que ser capaces de estudiar, trabajar, visualizarse a sí mismas como agentes activos y productivos en su comunidad y, por tanto, en algún momento esas personas tendrán que tomar una decisión ayudadas por todos nosotros –muchos de los cuales también somos migrantes, incluida yo– por ejemplo, de decir “aquí me quedo, en esta comunidad contribuyo con mi creatividad, con mi trabajo, con todo lo que tengo”.

El llamado es a considerar que diversos países a lo largo de la historia han sido afortunados de contar con mujeres migrantes que llegaron para hacer enormes aportes en la ciencia, las matemáticas, la filosofía, las artes, las tecnologías... estas mujeres tuvieron la fortuna y la fortaleza de concluir su ciclo migratorio en una comunidad donde pudieron aportar; el llamado –entonces– es que todas las comunidades que las reciban tengan la oportunidad de beneficiarse de la creatividad, el genio y la capacidad innovadora de estas mujeres.

La bioética ante la muerte materna

Gerardo Barroso Villa



Gerardo Barroso Villa durante su ponencia en el Seminario Mujer, derechos humanos y salud. Una aproximación bioética

A propósito del día internacional de la mujer, hay muchas cosas por celebrar, pero al mismo tiempo tantas por demandar, una de ellas es hablar de la muerte materna, gran problema no sólo en este milenio sino también en el que nos precede y que evidentemente tenemos que vislumbrar. ¿Cuál es el posicionamiento actual de lo que está sucediendo en el marco operativo de los sistemas de salud? ¿Cuál el planteamiento global de hacia dónde vamos?, ¿hacia dónde queremos llegar? y ¿cómo pretendemos lograr estos objetivos?

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, el parto, el puerperio y su manejo, pero no por causas accidentales”. Cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y la atención especializada antes, durante y después del parto podría salvarles la vida a estas mujeres embarazadas y a los recién nacidos; lo que es un hecho, es que la mayor mortalidad materna se encuentra en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, en aquellos países que están en vías de desarrollo, y que en comparación con otras mujeres las jóvenes y adolescentes corren un riesgo mayor de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

La meta de los objetivos de desarrollo sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. ¿Cómo podemos interpretar o definir por qué se da esta distribución de la mortalidad materna?

1. Hay que hablar de temas relacionados con la inequidad, en los cuales el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja el desigual acceso de los servicios de salud y subraya las diferencias entre los que más tienen y los que menos tienen.

2. Tenemos crisis humanitarias en donde la casi totalidad de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio al Asia meridional.

3. La disparidad entre países a razón de la mortalidad materna, en los países en desarrollo en 2015 fue de 239 por 100,000 nacidos, mientras que en los países desarrollados es tan sólo de 12 por 100 000.

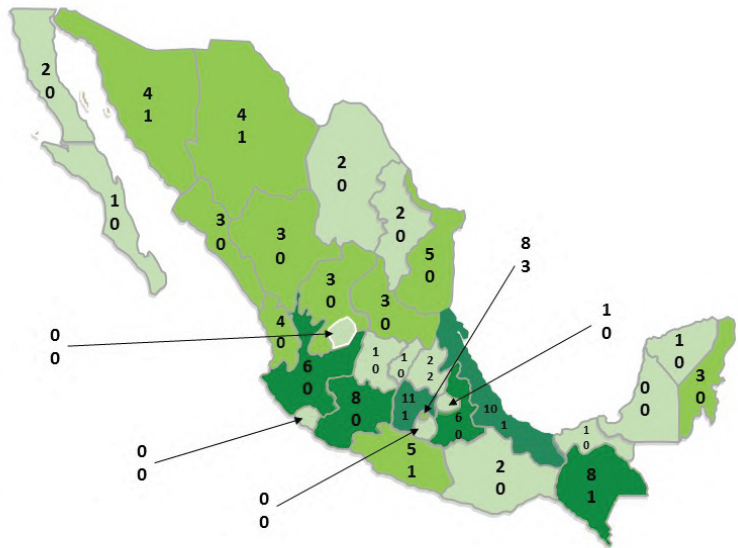
4. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

5. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4,900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo.

Si evaluáramos por entidad federativa –incluyendo la Ciudad de México– las muertes maternas acumuladas a la semana nueve y ocurridas en esa semana, son de las primeras que generan este tipo de causales. Llama la atención que la Ciudad de México, que no había tenido un número significativamente mayor, se vuelve de los primeros cinco lugares con presencia de muertes fetales, pensando que es una entidad federativa que pudiera contar con los recursos necesarios para la atención de las mujeres.

Muertes maternas acumuladas a la semana 9, y ocurridas en la semana 9, México 2019

Entidad	Semana 1-9	Semana 9
Nacional	110	12
Edo. De México	11	1
Veracruz	10	1
Chiapas	8	1
Cd. De México	8	3
Jalisco	6	0
Puebla	6	1
Guerrero	5	1
Tamaulipas	5	0
Chihuahua	4	1
Nayarit	4	0
Sonora	4	1
Durango	3	0
Quintana Roo	3	0
San Luis Potosí	3	0
Sinaloa	3	0
Zacatecas	3	0
Baja California	2	0
Coahuila	2	0
Hidalgo	2	2
Nuevo León	2	0
Oaxaca	2	0
Baja California S	1	0
Guanajuato	1	0
Querétaro	1	0
Tabasco	1	0
Tlaxcala	1	0
Yucatán	1	0
Aguascalientes	0	0
Campeche	0	0
Colima	0	0
Morelos	0	0



Nadie debería morir en el curso del proceso normal de la reproducción, sin embargo, esto sucede. La OMS explica que esta situación se relaciona con la marginación, la pobreza, las deficiencias en salud sexual y reproductiva; inclusive en México, cuando hablamos de aborto, la atención de este procedimiento no es igual en unas entidades federativas que en otras, de tal manera que sí es importante hablar sobre el desarrollo de los derechos reproductivos que ya se han tocado a lo largo de las diferentes conferencias internacionales y que tenemos que encontrar esa forma de lograr la equidad y el respeto alrededor del proceso reproductivo.

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas 2015 –celebrada en Nueva York– el secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, presentó la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos.

- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas.
- Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas.
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

En México contamos con el artículo 4 constitucional en el que se establece que “toda persona puede decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Además, la igualdad de varones y mujeres, y se reconoce la obligación del Estado de proveer lo necesario para el ejercicio pleno de este derecho; la Ley General de Salud y la Ley General de Población que establecen los derechos relativos a la información y a los servicios sobre planificación familiar de toda la probación, así

como, la gratuidad en los servicios públicos de salud, incluidos los de salud reproductiva; la ley de protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que determina el derecho de los menores a recibir asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud, a la vez asigna a las autoridades gubernamentales la tarea de impulsar programas de información de las ETS y del embarazo a edades tempranas; y la despenalización del aborto, del 24 de abril de 2007, en la que la Asamblea legislativa del Distrito Federal, despenalizó el aborto en las primeras 12 semanas de gestación, lo que permitió a las mujeres acceder en la Ciudad de México a la interrupción voluntaria del embarazo no deseado.

El embarazo en las adolescentes se relaciona con altos índices de violencia sexual y falta de acceso a los servicios como el aborto y acceso a anticonceptivos, esto es muy importante porque el embarazo en adolescentes y la violencia hacia ellos inicia en el hogar con la familia; existe 50% más riesgo de perder un embarazo o enfrentar muerte en recién nacidos en este grupo de edad y es la segunda causa de muerte en los adolescentes. Se ha observado que 73.6/1,000 mujeres tuvieron un hijo entre los 15 y 19 años –es la tasa de fecundidad adolescente más alta entre los miembros de la OCDE–. 10.9% de las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia fueron víctimas de violencia sexual. Entonces, no sólo tenemos que integrar programas que nos permitan hacer una detección y prevención tempranas, también tenemos que modificar los patrones que existen dentro de las familias y la atención que se genera para ellos. Existen en promedio dos nacimientos de madres de 10 a 11 años por día, esta cifra escandaliza, debemos evaluar cómo se va dando la violencia en casa y cuáles son los tipos de agresores: el tío, el vecino, la gente cercana a niñas y adolescentes.⁵¹ Asimismo, hay necesidades insatisfechas en el uso de métodos anticonceptivos.⁵²

Caso Marimar (Morelos, 2015). Marimar tenía 17 años cuando quedó embarazada producto de una violación. En revisión médica prenatal le informaron que el producto tenía una malformación congénita por lo que solicitó la interrupción del embarazo. A efecto de dar trámite a la petición, el hospital convocó al comité de bioética, lo que evidencia el desconocimiento de la normatividad –es claro que en los casos de violación se debe garantizar el acceso al aborto–, sin embargo, como resulta en algunos estados, la resolución del comité evaluador del este caso concluye que se trata de una paciente con un embarazo normo evolutivo, que si bien tiene una malformación congénita, no pone en riesgo la vida de la madre por lo que no hay sustento ni orden legal para la terminación del embarazo.

Este es uno de los tantos casos que vemos cotidianamente en los que no solamente hay violencia, violación y además una malformación, a pesar de esto se criminalizó a Marimar por que no existían las estructuras suficientes para garantizar el cuidado de esta menor; respecto a la penalización del aborto, hoy sabemos que a nivel mundial se generan 99 millones de embarazos no planeados cada año, 56% terminan en aborto, en el mundo las mujeres viven en países en donde 6% tienen una prohibición absoluta, 21% se permite el aborto para salvar la vida de la mujer y en 11% se permite el aborto para salvaguardar la salud de la mujer.

En México el aborto inseguro es la cuarta causa de muerte materna y la mujer que aborta puede recibir una condena de hasta tener seis años de prisión, entonces, estamos frente a situaciones de desigualdad en la prestación de servicios en este rubro.

⁵¹ De acuerdo con la ENDIREH 2016, 10.09% de las mujeres que reportaron haber tenido un embarazo adolescente sufrieron algún tipo de violencia sexual. La misma encuesta revela que 80.31% de las mujeres que fueron víctimas de violación en su infancia y reportaron un embarazo adolescente fueron atacadas por familiares; mientras 50.23% lo fueron por vecinos o conocidos.

⁵² El Comité CEDAW en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud estableció que los Estados deben emprender acciones para abordar todos los aspectos de la atención a la salud para mujeres y niñas, incluido el acceso a anticoncepción y recursos de planificación familiar.

¿Cuáles son las causales de aborto? Desde violación –mayoritariamente aceptado por los estados– y de ahí brincamos aleatoriamente al cómo puede variar la legislación local en cada una de las entidades federativas, si nosotros pudiéramos tener un espectro del delito del aborto generado desde la muy flexibles o no flexibles, si, observen estos son los estados que son recalcitrantes en el manejo del aborto y podemos irlo colocan-

do por colores, si, hasta llegar a Ciudad de México, pero pasar de aquí acá, sí, es todo un trabajo que al día de hoy no ha sido concluyente, y

Hoy sabemos que los abortos por violación, reportados por instituciones de salud es muy variable, porque mayoritariamente en la totalidad de ellos –que es alrededor de 202,380–, el manejo que se le da jurídica y medicamente es muy variable.

El delito de aborto en México



Sonora	22.8	Campeche	48.5
Querétaro	27.1	Quintana Roo	48.5
Baja california	30	Coahuila	50
Guanajuato	35.7	Hidalgo	50
Oaxaca	35.7	Jalisco	51.4
Puebla	35.7	Zacatecas	51.4
Sinaloa	35.7	Nuevo León	52.8
Tabasco	35.7	Colima	54.2
Morelos	38.5	Chiapas	54.2
Tamaulipas	38.5	Guerrero	55.7
Aguascalientes	41.4	Veracruz	60
Durango	41.4	Yucatán	64.2
México	44.2	Baja California Sur	68.5
San Luis Potosí	44.2	Tlaxcala	76.4
Chihuahua	47.1	Michoacán	77.1
Nayarit	47.1	Ciudad de México	80.7

Causales de aborto

	● Violación (33)	● Imprudencial o culposo (30)	● Peligro de muerte (24)	● Alteraciones genéticas no congénitas graves en el producto (16)	● Salud (15)	● Causas económicas (2)	● Inseminación artificial no consentida (15)	● Voluntad de la mujer (hasta las 12 SDG) (1)
■ Aguascalientes	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Baja California	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Baja California S	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Campeche	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Chiapas	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Chihuahua	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Cd. De México	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Coahuila	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Colima	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Durango	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Guanajuato	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Guerrero	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Hidalgo	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Jalisco	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Edo. De México	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Michoacán	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Morelos	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Nayarit	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Nuevo León	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Oaxaca	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Puebla	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Querétaro	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Quintana Roo	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ San Luis Potosí	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Sinaloa	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Sonora	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Tabasco	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Tamaulipas	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
■ Tlaxcala	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Veracruz	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Yucatán	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Zacatecas	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X
▲ Federal	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X	● X X ● X X ● X

■ Excluyente de responsabilidad
▲ No punibilidad

Caso Maritza (Ciudad de México, 2018). Maritza cursaba un embarazo de 15 semanas de gestación y tuvo una hemorragia, acudió al hospital y le dijeron que podía continuar con el embarazo; dos semanas más tarde volvió a tener otra hemorragia. Acudió a la institución de salud –dentro de la Ciudad de México– argumentando que quería interrumpir su embarazo debido al mal estado de salud que le provocaron los sangrados ya que acababa de pasar por una cirugía de tiroides y estaba próxima a recibir tratamiento por posible cáncer. Más tarde, se reúnen con ella para decirle que el comité de bioética de la institución había concluido que era criminal matar a un bebe de 15 semanas. Posteriormente Maritza sufrió una tercera hemorragia, para ese momento ella ya te-

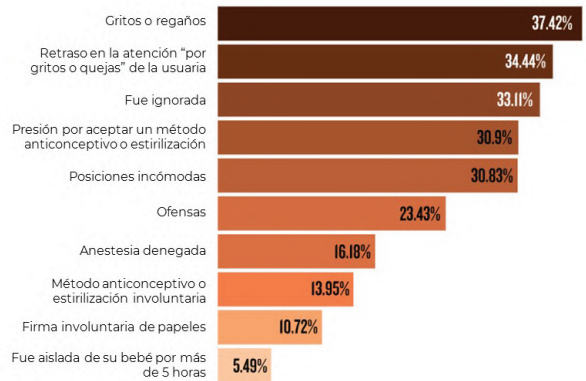
mía seriamente por su vida; tras una cuarta hemorragia, finalmente le practicaron un legrado de urgencia. Maritza refiere que al preguntar al doctor si consideraba que el embarazo hubiera afectado su salud, éste le respondió “aquí lo importante habría sido salvar la vida del bebé”.

En este caso se evidencia que no se observó la salud global de la madre, tuvieron que esperar una urgencia para tomar una decisión y generar la terminación del embarazo. Esto se conoce como violencia obstétrica; hoy nos enfrentamos a estos eventos frecuentes y que se han vivido durante décadas pero que hasta el día de hoy es que les hemos puesto nombre. Son formas específicas de violencia institucional que pueden sufrir las mujeres durante la atención del parto y el postparto, esto es cotidiano: partos en sillas de ruedas, en camillas, en el suelo, ¿por qué? Parece que no tenemos forma de sustentar la atención adecuada de estos embarazos que en términos generales debe realizarse sin complicaciones.

Existe la violencia obstétrica psicológica que se manifiesta por medio de trato deshumanizado, discriminación, humillaciones, y violencia obstétrica física a través de prácticas invasivas, suministro injustificado de medicamentos, retraso en la atención de urgencia, falta de respeto a los tiempos de un parto. Un 33.4% sufre violencia obstétrica de parte de quienes las atienden y 13.1% reportaron anticoncepción o esterilización forzada.⁵³ Asimismo, 8, 700,000 mujeres tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016, de estas 3.7 millones fueron por cesárea, lo que representa 42.5%. México es probablemente uno de los países con mayor índice de cesáreas a nivel mundial, 37.8% de las mujeres atendidas en el sector público (de éstas 10.3% no fue informada de cuál fue la causa) y 79% de las mujeres atendidas en el sector privado (9% de ellas no lo autorizó).⁵⁴

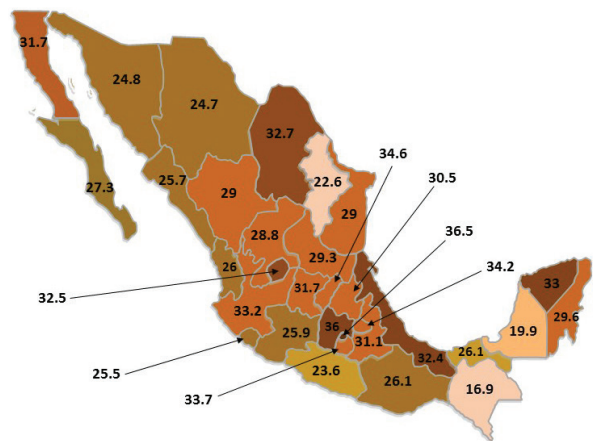
Manifestaciones de violencia obstétrica en México

2016/Mujeres que reportaron sufrir al menos un tipo de violencia obstétrica



Mujeres que sufrieron al menos un tipo de violencia obstétrica

2011-2016/porcentajes de mujeres que reportaron al menos un embarazo en los últimos años



De acuerdo con cifras del número de quejas por violencia obstétrica presentadas ante órganos internos de control de instituciones de salud federal en el periodo comprendido de diciembre 2012 a septiembre 2017, en el IMSS fueron 427 y en el ISSSTE 239 pero los casos probablemente lo pudiéramos multiplicar.

⁵³ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)-INEGI, 2016.

⁵⁴ Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2011-2016.

Caso Sandra (Jalisco, 2017). Sandra, de 31 años, estaba embarazada y llevaba su control prenatal. A partir del séptimo mes ocasionalmente presentó presión alta y a las 38 semanas de gestación empezó a sentir contracciones por lo que ingresó al servicio de urgencias y permaneció ahí toda la noche. Al día siguiente le dijeron que el embarazo iba bien y aún no estaba a término. Días después la doctora del turno matutino se percató que ya no había líquido amniótico, pero fue hasta el turno vespertino que la ingresó a quirófano. La doctora le informó que le realizaría una cesárea y la cuestionó si ya había hablado con su esposo sobre no tener más hijos, al responderle que aún no hablaban de eso la tachó de irresponsable y salió a hablar con su esposo amenazándola diciéndole que esperaba no fuera un macho que no entiende, de lo contrario la dejaría así y a ver a qué hora se aliviaba. Posteriormente la doctora informó a los familiares de Sandra que por motivos de salud no era conveniente que tuviera otro embarazo y les aseguró que ella estaba de acuerdo y había firmado el consentimiento para una oclusión tubaria bilateral (procedimiento anticonceptivo permanente), por lo que el esposo también firmó una autorización que Sandra no pudo revisar con detenimiento porque se encontraba cansada y con contracciones desde cuatro días antes.

Caso Anita (Puebla, 2018). Anita, de 16 años, estaba embarazada y vivía a orillas de la carretera. Cerca de las 37 semanas de gestación empezó a sentir contracciones y acudió al hospital comunitario. Cuando llegó le dijeron que aún no era tiempo y la mandaron a caminar. A las 10 de la noche fue ingresada y la doctora de turno le dijo que todo iba bien, sin embargo, una hora más tarde pidió hablar con su mamá para decirle que se sentía muy mal y que pedía que la trasladaran a un hospital de zona para que le realizaran una cesárea –como le habían recomendado en atención prenatal, debido a su corta edad–. La madre pidió el traslado y la doctora molesta le dijo que Anita no había estudiado medicina y que no podía decidir; que el parto sería vaginal. Más tarde la mamá fue

llamada para que entrara a ver a su hija pues ésta se encontraba inconsciente y muy mal. Después de muchas horas de no dar información sobre la salud de Anita, le comunicaron a la madre que su hija había fallecido debido a que no puso voluntad para que el parto evolucionara satisfactoriamente.

El fallecimiento de una mujer por una causa prevenible durante el embarazo y parto, es algo que tenemos que atender, 830 mujeres mueren preveniblemente al día en el mundo, desafortunadamente un gran porcentaje de ellas –por arriba de 10%–, son mujeres indígenas en nuestro país. México no está cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo para disminuir los riesgos de muerte materna y se hace prioritario que podamos evaluar mediante qué formas, cómo podemos lograr la filiación entre las instituciones de salud para tratar de disminuir estos números que son brutalmente altos, las quejas por muerte materna ante órganos internos de control ante las instituciones son excesivas.

Recomendaciones de CEDAW a México

En julio de 2018 el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) examinó al Estado mexicano respecto al cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos de las mujeres. Entre los motivos de preocupación señaló el Comité, se encuentran las altas tasas de muertes maternas que afectan a las mujeres de comunidades indígenas del país.

En concordancia con el contenido y significado del derecho de las mujeres a la salud el Comité CEDAW recomendó que “se reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración de las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en zonas rurales, velando porque todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado, de conformidad con las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”.

Conclusiones

Se requiere una realidad consensuada, no nada más un documento o directriz normativa, que nos pueda decir cómo reducirla, cómo modificamos nuestra percepción y nuestro actuar en una sociedad en la que todavía nos hacen falta muchos cambios. También hay que hablar del embarazo en adolescentes ya que esto es una cuestión de justicia reproductiva que refleja un conjunto de acciones y omisiones por parte del Estado y que está relacionado a los derechos humanos. México ocupa el primer lugar de embarazo adolescente entre los países de la OCDE, razón por la que el Estado debe buscar prevenirlo y atenderlo con una perspectiva de género, interculturalidad, respondiendo a sus obligaciones en materia de derechos humanos. Tenemos que hablar de violencia sexual y de la falta de acceso a los servicios de víctimas porque el panorama en México muestra que el embarazo en niñas y adolescentes se relaciona con diferentes factores, incluyendo los altos índices de violencia sexual y la falta de acceso a servicios para víctimas, así como la brecha entre el conocimiento general y funcional de métodos anticonceptivos entre las personas jóvenes.

Es necesario que el Estado prevea acciones específicas para prevenir y atender el embarazo en niñas y adolescentes, garantizando no sólo el acceso a educación sexual integral, métodos anticonceptivos y servicios especializados de atención obstétrica, sino también a servicios de emergencia en casos de violencia sexual, en particular la interrupción legal del embarazo, sin interponer requisitos y obstáculos no previstos en la normatividad vigente.

Yo soy obstetra y cuando uno se enfrenta al momento del trabajo de parto y del nacimiento de un recién nacido se encuentra en una zona de choque, nunca sabemos qué es lo que pueda pasar o con qué nos podemos encontrar, precisamente por eso tenemos que estar preparados más allá de lo eventual o de lo que normalmente pudiera suceder y con esto podamos atender a nuestras mujeres embarazadas y darles la calidad de atención y la dignidad que se requiere.

Asimismo, es importante hablar de la despenalización del aborto y también aumentar la seguridad de los abortos inducidos; el objetivo no es promocionar el aborto, lo necesario es resolver un problema de salud pública, tenemos que encontrar la mejor forma de resolverlo para que todas las mujeres tengan todas las garantías y las mejores condiciones, para que el día de mañana y los siguientes años este sea un escenario diferente. En definitiva, mientras que el aborto se siga considerando un delito en lugar de un servicio de salud, las mujeres seguirán enfrentando violaciones a sus derechos reproductivos, incluso cuando busquen acceder a interrupciones bajo circunstancias contempladas en la ley. La despenalización del aborto es una deuda que el Estado tiene con las mujeres en México, en particular aquellas que enfrentan mayores condiciones de marginalidad, quienes también enfrentan de manera más frecuente las consecuencias de un Estado que las persigue o las deja morir.

Hay que priorizar la atención del parto de bajo riesgo en el primer nivel de atención. Mejorar el equipamiento e infraestructura hospitalaria, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social e institucionalizar la formación del personal de salud que interviene en la atención de las mujeres durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios. Es necesario que el Estado garantice el acceso universal a servicios de salud obstétrica de calidad para las mujeres sin importar su derechohabiencia, sobre todo durante el parto o cualquier emergencia obstétrica. Asegurar que el personal médico respete el marco normativo vigente en materia de atención del embarazo, parto y posparto y se fortalezcan los mecanismos para la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos que se ven comprometidos en los casos de muerte materna. Mientras esto no ocurra, el continuum de violencias que enfrentan las mujeres, que en ocasiones deriva en muertes prevenibles, seguirá siendo una realidad en el país.

Conversación con Teresita Corona Vázquez

La Gaceta CONBIOÉTICA presenta una interesante entrevista a Teresita Corona Vázquez, Presidenta de la Academia Nacional de Medicina de México. Esta charla refleja su amplio conocimiento sobre los problemas de salud en México y la relevancia de la perspectiva de género en la calidad de atención a los pacientes, entre otros importantes temas.

¿Cuál es la importancia de la ciencia en la salud, la tecnología y la innovación, para ayudar a resolver los problemas de salud de nuestra población?

La ciencia, la tecnología y la innovación, en todas las áreas del conocimiento, son indispensables para el desarrollo de cualquier país.

En el caso de la Salud, puede ayudar a resolver los problemas de la población mexicana, tomando en cuenta que estamos pasando por una transición demográfica y otra epidemiológica. Tenemos, por un lado, padecimientos materno-infantiles, pero también enfermedades de adultos mayores. Así como un crecimiento de la violencia y las adiciones, que afectan la salud mental. Es indispensable enfocarnos a resolver los problemas de salud con mayor prevalencia, sin olvidar que, como país y seres humanos, debemos aportar a la ciencia y a la cultura, para todo el mundo.

En el contexto del Sistema Nacional de Salud, ¿por qué considera que es necesario fortalecer el primer nivel de atención y las acciones de prevención orientadas a los grupos más vulnerables?

Los problemas de Salud se pueden y deberían resolverse en su mayoría desde el primer nivel de atención, la prevención de las enfermedades y la educación para la salud. Evitaríamos una saturación de los servicios de segundo y tercer niveles, en donde por supuesto la atención de la salud requiere de mayores recursos económicos, humanos, así como infraestructura. Los grupos más vulnerables deben atenderse con programas muy claros y dirigidos específicamente a estos, por ejemplo, a las poblaciones rurales más alejadas, a las comunidades indígenas, pero también a los adultos mayores y otros más.

Desde su experiencia, ¿cómo puede la perspectiva de género fomentar espacios más equitativos en los ámbitos académico, médico y científico?

Fomentar espacios equitativos de género en los ámbitos, académico, científico y médico es absolutamente necesario, se sabe, por



Dra. Teresita Corona Vázquez

ejemplo, que la calidad de atención a los pacientes difiere de acuerdo con el género del médico; las mujeres ponen mayor atención a los efectos secundarios de los medicamentos, la latencia entre consultas es menor que la de los médicos varones. También las causas de consulta por género tienen diferencias, como ejemplo, los varones acuden más por accidentes de tráfico y para atención de enfermedades de transmisión sexual, las mujeres acuden menos a estas últimas por temor al estigma, pero acuden más por problemas de imagen corporal. En cuanto a los estudios científicos, frecuentemente se encuentran sesgos de género.

Más allá de eso, en lo personal, no estoy de acuerdo con las cuotas de género, pero sí, con programas que impulsen a las mujeres a iniciar y continuar su desarrollo profesional, con programas que les otorguen mayor tiempo en evaluaciones académicas y científicas, durante el periodo reproductivo. En medicina, la matrícula universitaria a nivel licenciatura es predominantemente femenina, sin embargo, en tanto más avanza el grado de especialización, al igual que en el caso de la ciencia, se va invirtiendo, por mencionar algunos, las especialidades que llevan muchos años, como los quirúrgicos o los programas de maestría y doctorado. En el

Sistema Nacional de Investigadores las gráficas son muy claras, en los niveles mayores el predominio es de los varones.

En el caso de la Academia Nacional de Medicina el porcentaje actual de mujeres académicas, es de 19.73 por ciento.

Por otro lado, existen estudios de economía en donde se refleja que la participación de la mujer ayudaría a aumentar el PIB. La equidad de género se puede analizar desde varias aristas, como se puede observar.

Durante su gestión como directora general del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, hubo un aumento en el número de investigaciones realizadas, ¿cuál es la importancia de incorporar la dimensión ética en la investigación científica?

Durante mi dirección hubo aumento de indicadores en las tres áreas sustantivas: Médica, Enseñanza e Investigación; asimismo, se produjo un cambio generacional muy importante, de jóvenes especialistas que además realizaron estudios en el extranjero, así como, maestrías y doctorados. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, desde su fundación, ha realizado grandes aportaciones a la ciencia y a la salud.

La incorporación de la ética en la investigación científica es primordial, no puede haber investigación sin responsabilidad ética, es un concepto fundamental. Los comités de ética deben funcionar independientemente de los comités de evaluación de proyectos científicos. La evaluación de ambos comités le da mayor certeza a una investigación.

Como primera presidenta de la Academia Nacional de Medicina de México, usted se ha vuelto un referente para las médicas y científicas, ¿qué recomienda a otras mujeres vinculadas con las ciencias de la salud que quieran seguir su ejemplo?

Yo siempre resalto que la vida profesional, su desarrollo, no es diferente del desarrollo personal; es decir, se puede tener una vida familiar y social muy satisfactoria, y al mismo tiempo tener un desarrollo profesional creciente. No se tiene que elegir entre ambos. Es relevante trazar las expectativas de vida personal y profesional desde edades tempranas, en la juventud.

¿Qué significado le merece haber sido galardonada con el Reconocimiento al Mérito Médico 2019?

El Galardón al Mérito Médico 2019, significa un reconocimiento a mi labor profesional, de ya muchos años, en la asistencia, en la docencia e investigación, así como, en la gestión administrativa. Resulta muy estimulante y por supuesto, es un honor recibirla.



Bioética ¿existe en el marco jurídico la reproducción asistida?

Manuel H Ruiz de Chávez

En cuanto a la complejidad de abordar el problema de la reproducción asistida, cabe precisar que a lo largo de los últimos diez años la Comisión Nacional de Bioética, con el apoyo de su Consejo Consultivo, ha participado en numerosos foros académicos y reuniones de trabajo con diversas áreas de la Secretaría de Salud, como también organismos internacionales, además de emitir más de una veintena de opiniones técnicas sobre propuestas legislativas en la materia; sin embargo, al día de hoy no ha podido conformarse un marco normativo que responda a la demanda de nuestra sociedad, con base en principios de derechos humanos y salud pública.⁵⁵

Al respecto, debemos considerar el aporte de la bioética como un saber teórico y práctico que ofrece marcos de análisis interdisciplinario, a fin de orientar el desarrollo científico y tecnológico a luz de valores y principios éticos, con un enfoque plural y secular.

Esta multidisciplinaria aporta una visión integral de la salud y no se limita al ámbito de la práctica clínica en sí, sino que nos exige considerar los diversos factores que inciden sobre el bienestar de las personas. Adicionalmente, es importante referir la dimensión prospectiva que introduce la bioética en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud, al exigir que se evalúe el impacto de nuestras acciones sobre las generaciones futuras en el proceso de desarrollo tecnológico, a fin de prevenir riesgos irreversibles.⁵⁶

El funcionamiento de una sociedad presupone el establecimiento de acuerdos básicos e institucionales, lo cual representa un gran desafío si consideramos que nuestro país constituye un rico mosaico de culturas y pueblos, en el que conviven puntos de vista disímiles, así como marcos conceptuales y éticos distintos. Al respecto, la bioética promueve la formulación de políticas públicas con base en el respeto y la construcción de la relación con el otro, como portador de valores complementarios, en un marco de derechos humanos y pluralismo ético –que reconoce la diversidad de posiciones, como también el valor de cada una para contribuir al desarrollo social–.

Asimismo, con el propósito de dar cauce a la deliberación en torno a desafíos comunes, la bioética adopta el enfoque del laicismo como principio vertebrador, que –entre otras cuestiones– nos exige contar con el apoyo de evidencia científica al sustentar un argumento como parte de un proceso sistemático de toma de decisiones colectivas.⁵⁷

En un contexto de incertidumbre y riesgo, como la práctica de la biomedicina, es fundamental contar con directrices éticas, con el propósito de reducir el riesgo al mínimo y proteger a los sujetos de estudio, a lo largo de todo el proceso –esto comprende desde el diseño del protocolo, hasta la protección de la información de carácter personal de los sujetos de estudio y la publicación de los resultados.

Los últimos desarrollos en materia de reproducción asistida abren la puerta a nuevas posibilidades para el ejercicio de las libertades personales; no obstante, es importante considerar los riesgos y beneficios, para establecer medidas preventivas adecuadas para nuestra sociedad.

Debemos considerar la regulación de estas tecnologías en el marco del llamado ethics dumping, una práctica que se propicia por el contexto de inequidad económica y social que impera en el orden global, pero que encubre un contexto de violaciones de derechos humanos y explotación de personas en condiciones de vulnerabilidad.⁵⁸

Es por lo anterior que se precisan mecanismos para prevenir la explotación de personas en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud, un elemento clave para establecer el desarrollo y la innovación en biomedicina como prácticas socialmente responsables en nuestro país.

⁵⁵ Manuel H Ruiz de Chávez. "Retos Bioéticos sobre la reproducción humana asistida". En Manuel H Ruiz de Chávez et al. *Bioética y nuevas fronteras de la genética*. México: Secretaría de Salud/Conbioética-Fontamara, 2018.

⁵⁶ Hans Jonas. *El principio de responsabilidad*, Barcelona: Herder, 1995.

⁵⁷ Lizbeth Sagols. 2010. "Trazos de la bioética en México: el alcance de las perspectivas filosóficas laicas" en *Theoría: Revista del Colegio de Filosofía*, 20-21: 35-62.

⁵⁸ Cfr. No dumping, please. 2019. *Economist*, 430 (9128): 66-68.

Los avances en las ciencias de la vida han desatado un cambio de paradigma cultural e ideológico, al mostrar nuestra condición humana bajo una nueva luz y replantear la concepción de la vida, la muerte y nuestra propia naturaleza. La regulación de esta práctica constituye, entonces, una problemática compleja, especialmente considerando los costos económicos y sociales, los riesgos que implica, así como el contexto poblacional de nuestro país, en el que se estiman alrededor de 1.6 millones de niños en condición de orfandad, una cifra que no se debe perder de vista en este diálogo.⁵⁹

Causó gran revuelo en el contexto internacional el caso de las hermanas Hernández, quienes en 2016 acudieron a los medios de comunicación con la exigencia de que no se estableciera en Tabasco la prohibición de la subrogación con fines de lucro, argumentando que representaba una importante oportunidad de crecimiento económico para la familia.⁶⁰ La complejidad de este tipo de prácticas, no obstante, consiste en que se induce a mujeres en condiciones de vulnerabilidad –como la pobreza, enfermedad o falta de acceso a educación– a asumir un riesgo considerable a su salud con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida, para apoyar a una pareja también en condiciones de vulnerabilidad –al no poder ejercer su derecho a la reproducción–, mientras que las ganancias se quedan en manos de terceros, propiciando un turismo reproductivo. Resulta indispensable establecer candados adicionales para prevenir la explotación de la mujer gestante, desde la publicidad de las técnicas, hasta la compensación económica por la labor.

También en 2016, México fue el centro de la atención mundial cuando se realizó por primera ocasión un procedimiento de transferencia de huso nuclear para la prevención de una enfermedad mitocondrial. En razón de lo anterior, la Comisión Nacional emitió un pronunciamiento⁶¹ advirtiendo sobre la omisión del investigador principal –en la realización de este procedimiento– de los principios internacionales en materia de ética de la investigación e integridad científica que rigen la conducción de la investigación bio-

médica –principios que estaban plenamente vigentes en el ordenamiento jurídico de nuestro país en aquel momento–, exhibiendo a nuestro país como destino para la realización de procedimientos éticamente inaceptables.⁶²

Recientemente se dio un caso en Grecia como técnica de reproducción humana asistida –y no con una finalidad terapéutica– ante las dificultades de obtener un embrión viable por medio de fertilización in vitro. Al respecto, debemos advertir nuevamente sobre los riesgos de emplear una técnica, cuya seguridad terapéutica no ha sido establecida, pues introduce una modificación genética hereditaria. El potencial de la medicina genómica para mejorar la salud de la población a nivel global es incuestionable; sin embargo, plantea riesgos importantes, ya que el impacto de estas técnicas rebasa el ámbito de la salud del individuo, al introducir modificaciones genéticas a la línea germinal.

En cuanto al reciente caso de He Jiankui, a quien se le atribuye el nacimiento de los primeros niños con un genoma editado, son todavía muchas las incógnitas que permanecen en torno a los aspectos técnicos como también la motivación detrás de este procedimiento;⁶³ no obstante, no puede soslayarse la importancia de asegurar el cumplimiento de los estándares éticos para el desarrollo de investigación con sujetos humanos, como el beneficio científico y social de un proto-

⁵⁹ Según cifras publicadas en *La Jornada*, disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2017/07/14/sociedad/032n2soc> (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶⁰ Cfr. Armando Guzmán. "Podrán parejas gay en Tabasco tener hijos vía maternidad asistida o subrogada". En *Proceso*. 1 febrero, 2017. Disponible en: <https://www.proceso.com.mx/472792/podran-parejas-gay-en-tabasco-tener-hijos-via-maternidad-asistida-subrogada> (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶¹ Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/470848/1_Edicion_linea_germinal_2018.pdf

⁶² Al respecto, puede consultarse el pronunciamiento de la Comisión Nacional de Bioética, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/470839/9_RHA_reemplazo_mitocondrial_2017.pdf (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶³ Cfr. Rob Schmitz. "Gene-Editing Scientist's 'Actions Are a Product of Modern China'". En *NPR*. February 5, 2019. Disponible en: <https://www.npr.org/2019/02/05/690828991/gene-editing-scientists-actions-are-a-product-of-modern-china> (consultado el 1 de mayo de 2019).

colo, o el consentimiento informado y la reducción del riesgo. Es en este orden de ideas que, ante la polémica, se emitió este año por parte de un grupo internacional de investigadores una moratoria de la investigación genómica con sujetos humanos, a fin de evaluar los aspectos éticos, sociales y legales de esta práctica por un periodo de cinco años para establecer los criterios normativos específicos.⁶⁴ De manera general en las propuestas de regulación de TRHA que se han presentado en el Congreso de la Unión, hemos encontrado importantes omisiones –cuando no imposiciones injustificables–, como el requisito de que los solicitantes sean una pareja heterosexual unida en matrimonio o concubinato, a fin de acceder a estas técnicas, o bien limitarlo a la condición de esterilidad/infertilidad, lo que genera una suerte de discriminación, especialmente a la luz de la tesis jurisprudencial de la Suprema Corte de 2017.

Otra problemática que no puede obviarse es el de la producción de embriones y los criterios para su uso, conservación y destino final. En este sentido, tendrá que definirse el máximo número de embriones que deberán producirse y ser implantados, en qué casos se justifica una selección del sexo, entre otras cuestiones referentes a la donación de gametos y el límite en el número máximo de donaciones por persona, así como la creación de un registro de donadores y las medidas que deberán tomarse en cuenta para proteger sus datos personales.

Estos son algunos de los criterios que deben recogerse en el marco regulatorio, tomando como base los estándares técnicos y metodológicos avalados por la Secretaría de Salud y la comunidad científica, los cuales deberán estar referidos en normas de jerarquía secundaria a la LGS, considerando el vigoroso ritmo de la innovación en este campo. Frente a este desafío resulta fundamental retomar la experiencia de diversos países y organismos internacionales en materia de desarrollo científico, especialmente en biomedicina –un escenario en el que México ha tenido una incidencia constante, como ha dado muestra el desempeño del doctor

Juan Ramón de la Fuente en distintos foros de la Organización de las Naciones Unidas.

Las declaraciones de UNESCO en materia de Genoma Humano⁶⁵ y Bioética⁶⁶ constituyen un marco fundamental, al establecer la obligación de promover el bienestar de la sociedad como objetivo de la práctica de las ciencias y reconocer a nuestro linaje biológico como patrimonio de la humanidad. En cuanto a la Declaración sobre la modificación genética de seres humanos, de la Red de Latinoamérica y el Caribe de Comisiones Nacionales de Bioética de UNESCO,⁶⁷ me permito compartirles que fue por instancia de esta Comisión Nacional que se menciona explícitamente la importancia del manejo de ético de la información para preservar la confianza de la sociedad en las instituciones científicas. Las resoluciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, asimismo, exigen al Estado mexicano instrumentar mecanismos para asegurar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de la población sin discriminación. Finalmente, no debe perderse de vista el Convenio sobre Biomedicina y Derechos Humanos⁶⁸ como el primer acuerdo jurídico internacional como referente para la protección del ser humano en su integridad y derechos frente a posibles usos inadecuados de la biología y la medicina.

Esta Comisión Nacional promueve el conocimiento y aplicación de la bioética bajo una perspectiva social y global, fomentando una actitud de reflexión y deliberación multidisciplinaria para lograr condiciones de justicia, equidad y respeto a los derechos humanos en todos los ámbitos de la salud.

⁶⁴ Disponible en: <https://es.unesco.org/news/grupo-expertos-unesco-pide-prohibicion-edicion-del-adn-humano-evitar-inmoral-manipulacion> (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶⁵ Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶⁶ Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶⁷ Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-ModifGenSereshumanos.pdf> (consultado el 1 de mayo de 2019).

⁶⁸ Disponible en: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf98> (consultado el 1 de mayo de 2019).

colaboradores**Cecilia Acuña**

Médico cirujano por la Universidad de Chile. Tiene diplomado en Gestión de Instituciones de Salud y master en Ciencias Médicas en la Escuela de Postgrado de la Universidad de Chile, además de master en Gobierno de Instituciones Sanitarias por la Universidad Abierta de Cataluña y actualmente coordinadora del equipo de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS en Ecuador. Durante seis años fue coordinadora de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI. Ha participado en varios estudios científicos y es coautora de diversas publicaciones internacionales. Pertenece a varios grupos de expertos como el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas; Punto Focal del Área de Sistemas de Salud basados en la APS para la cooperación técnica en Haití; Grupo de Salud del Migrante de la OMS y la Red de Expertos para la mejoría del acceso a medicamentos de la OMS, entre otros.

Gerardo Barroso Villa

Médico cirujano por la Universidad La Salle, obtuvo la especialización en ginecología y obstetricia en la UNAM. Realizó estudios de postgrado en las áreas de andrología, endocrinología reproductiva e infertilidad en el Howard and Georgeanna Jones Institute for Reproductive Medicine en Estados Unidos. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina y el Colegio de Bioética. Ha desempeñado diversos cargos en el Instituto Nacional de Perinatología entre los que se encuentran: jefe del Departamento de Reproducción Asistida, subdirector de Medicina Reproductiva, profesor adjunto del curso de especialización en Biología de la Reproducción Humana y es vocal del Comité de Investigación; su cargo actual es como investigador en salud reproductiva. Recibió el Premio Dr. Gregorio Pérez Palacios en Salud Reproductiva, en el área de infertilidad y reproducción asistida.

Teresita Corona Vázquez

Egresada de la Facultad de Medicina UNAM, especialista en neurología. Maestría en ciencias médicas también por la UNAM. Ha desarrollado actividades asistenciales en el Centro Médico Nacional, IMSS, y en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Secretaría de Salud. Investigadora en Ciencias Médicas de los Institutos Nacionales de Salud. Presidenta de la Academia Nacional de Medicina de México, 2019-2020. Titular del Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; fue Directora General del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; se desempeñó en el mismo instituto como directora y subdirectora de enseñanza. Ha recibido múltiples condecoraciones nacionales e internacionales entre los que se mencionan el Premio "Dr. Eduardo Liceaga" del Consejo de Salubridad General (2015); el Diploma y Medalla por 25 Años de Servicio Académico UNAM (2016) y Reconocimiento al Mérito Médico 2019, por su reconocida vocación de servicio y entrega a la formación de generaciones de médicos.

Martha Híjar Medina

Egresada de la Universidad de Guadalajara. Tiene maestría y doctorado en Ciencias en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Estancias académicas en Francia y en la Universidad de Sidney, Australia. Investigadora titular del INSP. Áreas de interés: accidentes, violencia, salud urbana, sistemas de salud. Directora del Centro Colaborador en Lesiones y Violencia de la OMS/OPS. Directora General adjunta del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Académica numeraria de la Academia Nacional de Medicina. Ha publicado más de 20 libros y capítulos de libro, 70 artículos en revistas indexadas. Profesora y coordinadora de los programas de maestría y doctorado en Salud Pública y del padrón de asesores de la UNAM. Fundadora de la Fundación Entornos AC. Recibió el Premio Gerardo Varela (2015).

Ruth Macklin

Estudió filosofía en la Universidad de Cornell y se doctoró en la Universidad Case Western Reserve. Es profesora emérita de bioética en el Colegio de Medicina Albert Einstein de la Universidad Yeshiva de la ciudad de Nueva York. Tiene más de 130 publicaciones académicas y libros sobre VIH/SIDA, reproducción humana, ética de los sujetos humanos en investigación, políticas de salud, etcétera. También es asesora de la Organización Mundial de la Salud, presidenta del Comité de Revisión Ética de ONUSIDA, miembro electo del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias (EUA), copresidenta de la National Advisory Board on Ethics in Reproduction, así como miembro de la Asociación Americana de Bioética, vicepresidenta de la Asociación Internacional de Bioética y miembro del Centro Hastings, institución independiente de investigación en bioética.

María Elena Medina-Mora Icaza

Psicóloga egresada de la Universidad Iberoamericana, donde obtuvo también la maestría; posteriormente realizó el doctorado en psicología social en la UNAM. Especializada en los factores psicosociales relacionados con la salud mental y las adicciones. Ha publicado más de 410 artículos en revistas indexadas, 31 libros y 228 capítulos de libros. Fue directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2008- 2018). Obtuvo el Premio Nacional de Salud Pública Gerardo Varela (1986), Premio a la Excelencia 2011 (National Institute on Drug Abuse, NIDA) por su liderazgo internacional y aportaciones en el campo de las adicciones. Ingresó a El Colegio Nacional en marzo de 2006, y en 2019 la UNAM le otorgó el doctorado honoris causa. También pertenece al Panel Interinstitucional de Prevención de Adicciones de la ONU y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes del mismo organismo.

Manuel H Ruiz de Chávez

Maestro en ciencias en medicina social por la Universidad de Londres, Reino Unido, médico cirujano por la UNAM, presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Por casi cuarenta años se ha desempeñado en importantes cargos para el gobierno mexicano y en instituciones privadas de reconocido renombre, como la Fundación Mexicana para la Salud y la Academia Nacional de Medicina de México. Al cabo de una extensa labor como docente de más de treinta años, ha recibido distinciones y premios, entre ellos la Condecoración Eduardo Liceaga en Ciencias Médicas y Administración Sanitaria Asistencial, el Premio Gerardo Varela en Salud Pública y la Medalla Anáhuac en Bioética. Pertenece a las reales academias Nacional de Medicina de España y Nacional de Medicina de Cataluña, y es fellow del Colegio Real de Médicos de Londres, entre otros. Sobresalen sus notables aportaciones en el campo de la medicina, la bioética y la ética en investigación.

Raffaella Schiavon Ermani

Estudió ginecología y obstetricia en la Università degli Studi di Trieste y en la Escuela de Medicina de Padua. Es consultora en salud y derechos sexuales y reproductivos. Fue jefa de Servicio de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Pediatría y directora adjunta de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Participó en la Coordinación de Programas de Planificación Familiar y Cáncer de la Mujer. Por once años fue directora de Ipas México, organización internacional sin fines de lucro que trabaja en 17 países de cuatro continentes para expandir el acceso al aborto seguro y acabar con los procedimientos riesgosos. Tiene diversas publicaciones nacionales e internacionales en temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, salud pública, aborto y anticoncepción de emergencia. Actualmente forma parte del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética.



Bioética y Atención Primaria de Salud

A fin de fortalecer al equipo de **Atención Primaria de Salud (APS)**, la Comisión Nacional de Bioética formula un modelo enfocado a proteger la dignidad, la multiculturalidad, la calidad, seguridad y el respeto a los derechos humanos fundamentales para la población en estado de vulnerabilidad, bajo un ambiente de corresponsabilidad.



El modelo contempla:

- Bioética y gobernanza para el bienestar, bioética en la calidad de la atención e investigación en salud, desarrollo de conocimiento y capacidades en bioética, bioética para la comunidad y bioética y tecnologías de la información.
- El propósito es difundir, reflexionar y generar conciencia sobre la bioética en la atención de temas prioritarios como: Obesidad y diabetes, salud mental, cuidados paliativos, educación sexual y reproductiva, educación para la salud, atención al adulto mayor en el contexto de APS.





**GOBIERNO DE
MÉXICO**

Comisión Nacional de Bioética
Programa Universitario de Bioética UNAM
Museo Memoria y Tolerancia

**CURSO INTRODUCCIÓN A LA ÉTICA AMBIENTAL
CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD
UN ENFOQUE BIOÉTICO**

**Jueves 31 de octubre de 2019
16:00 a 18:00 horas**

**CONFERENCIA MAGISTRAL
Bioética, salud y cambio climático**
Dr. Manuel H Ruíz de Chávez
Comisionado Nacional de Bioética

**MESA DE ANÁLISIS
CAMBIO CLIMÁTICO Y RETOS ÉTICOS PARA LA SALUD HUMANA**

**Impacto del cambio climático al medio ambiente,
a la humanidad y a su existencia**

Enrique Leff Zimmerman
Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

Medio ambiente. Un determinante social de la salud

Manuel Urbina Fuentes
Academia Nacional de Medicina de México

Efectos del cambio climático en la salud

Cristian Morales Fuhrimann
OMS/OPS México

**Sesión de preguntas
Consideraciones finales**

Modera

José Clemente Rueda Abad
Programa de Investigación en Cambio Climático, UNAM

Museo Memoria y Tolerancia

Av. Juárez 8, Colonia Centro, Cuauhtémoc, Ciudad de México

Registro en: <http://bit.do/Clima-M-M-T>



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**MUSEO
MEMORIA
Y TOLERANCIA**
CENTRO EDUCATIVO TRUPER