

## ANEXOS

Anexo uno . . . . .	123
Anexo dos . . . . .	131

# ANEXOS

## ANEXO UNO

### HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

El 25 por ciento de los ingresos hospitalarios diarios obedecen a complicaciones por aborto. Entre 1985 y 1990, 18 por ciento de los 4 mil 500 ingresos fueron pacientes por aborto, y de ese porcentaje, 65 a 75 por ciento tuvieron complicaciones.

Una encuesta realizada con cien de las pacientes que ingresaron por aborto dejó ver los siguientes datos:

#### *Edades de las abortantes:*

10 a 15 años: 2 por ciento  
15 a 20: 26 por ciento  
21 a 25: 30 por ciento  
26 a 30: 25 por ciento  
31 a 35: 14 por ciento  
36 a 40: 2 por ciento  
40 a 45: 1 por ciento

#### *Número de embarazos anteriores:*

Nulíparas (sin embarazo previo): 36 por ciento  
Grandes multíparas: menos del 15 por ciento

#### *Número de hijos:*

De 1 a 4 hijos vivos: 50 por ciento  
Sin hijos: 26 por ciento  
Con más de 5 hijos: 19 por ciento

*Condiciones de vivienda:*

Malas condiciones: 90 por ciento  
Hacinamiento: 88 por ciento

*Nivel de instrucción:*

Analfabetas: 16 por ciento  
No terminaron la primaria: 44 por ciento  
Primaria completa: 28 por ciento  
Cursos postprimaria (belleza, corte y confección: 12 por ciento  
Profesionistas: 3 por ciento  
Estudios de secundaria: 6 por ciento

*Ocupación:*

Amas de casa y domésticas: 80 por ciento  
Asalariadas: 20 por ciento

*Estado civil:*

Solteras: 47 por ciento  
Casadas: 24 por ciento

*Religión:*

Católica: 88 por ciento

*Abortos provocados previos:*

Nunca antes habían recurrido a él: 46 por ciento  
De uno a seis: 53 por ciento  
Siete: 1 por ciento

*Métodos anticonceptivos empleados:*

Remedios populares inefectivos: 28 por ciento  
No los utilizaban o no los conocían: 17 por ciento  
Anticonceptivos orales usados con irregularidad: 6 por ciento

Métodos mecánicos (lavados vaginales, DIU o preservativos): 33 por ciento

Métodos combinados: 16 por ciento.

*Tipos de abortivos:*

Ingestión de té: 36 por ciento

Ocitócicos o inyectables: 14 por ciento

Sonda: 12 por ciento

Legrados antisépticos o complicados con perforación o desgarros: 8 por ciento

Uso de cáusticos: 8 por ciento

*Practicantes del aborto:*

Automaniobra: 4 por ciento

Enfermera o partera: 22 por ciento

Empíricas: 38 por ciento

Médicos en consultorios privados: 6 por ciento (20 por ciento no confesó quién se lo practicó)

*Complicaciones más frecuentes, leves y complicadas:*

Fiebre: 96 por ciento

Hemorragia: 28 por ciento

Perforación uterina: 6 por ciento

Desgarros cervicales o vaginales: 3 y 4 por ciento

Quemaduras por cáustico: 18 por ciento

Deciduomiotritis: 13 por ciento

Absceso pélvico: 6 por ciento

Pelviperitonitis: 8 por ciento

Shock séptico o hipovolémico: 5 y 4 por ciento

Aborto molar: 1 por ciento

Síndrome de coagulación intravascular: 1 por ciento

Esterilidad: 3 por ciento

Muerte: 3 por ciento

*Motivos que las llevaron al aborto:*

Razones económicas: 34 por ciento

Mejor educación y futuro para sus hijos: 16 por ciento

Problemas conyugales: 12 por ciento

Problemas familiares: 9 por ciento

Problemas de salud: 5 por ciento

No han pensado ello: 24 por ciento

FUENTE: Estudio realizado por el doctor Armando Valle Gay, presidente de la Sociedad Médica del Hospital General, en la Unidad de Gineco-obstetricia del Hospital General de México de SSA con la población cautiva. En algunos casos se trató de pacientes que procedían de dos servicios privados y uno asistencial. El estudio se basó además en encuestas realizadas en su mayoría por internas de pregrado de los ciclos IX y X de la UNAM.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

ASISTENCIA MATERNA MAYO A AGOSTO DE 1990

A B O R T O S

---

<i>Entidad</i>	<i>Total</i>	<i>% en relación a partos</i>
01 AGUASCALIENTES	291	7.89
02 BAJA CALIFORNIA	835	9.76
03 BAJA CALIFORNIA	130	11.05
04 CAMPECHE	52	4.79
05 COAHUILA	971	7.83
06 COLIMA	159	7.46
07 CHIAPAS	183	6.99
08 CHIHUAHUA	923	8.04
10 DURANGO	337	8.92
11 GUANAJUATO	1.009	8.17
12 GUERRERO	248	8.18
13 HIDALGO	234	8.63
14 JALISCO	1.569	7.73
15 EDO. DE MEX. Z. ORIENTE	2.192	11.17
16 MÉXICO-TOLUCA	371	9.22
17 MICHOACÁN	516	8.03
18 MORELOS	285	8.93
19 NAYARIT	174	7.21
20 NUEVO LEÓN	1.260	8.18
21 OAXACA	135	6.12

<i>Entidad</i>	<i>Total</i>	<i>% en relación a partos</i>
22 PUEBLA	603	8.99
23 QUERÉTARO	386	8.66
24 QUINTANA ROO	148	8.33
25 SAN LUIS POTOSÍ	343	8.15
26 SINALOA	708	7.87
27 SONORA	609	8.07
28 TABASCO	117	6.10
29 TAMAULIPAS	650	7.98
30 TLAXCALA	145	18.33
31 VERACRUZ ZONA NORTE	410	6.03
32 VERACRUZ ZONA SUR	517	5.40
33 YUCATÁN	262	6.87
34 ZACATECAS	187	11.22
35 D. F. DELEGACIÓN NOROESTE	527	11.47
36 D. F. DELEGACIÓN NORESTE	667	9.17
37 D. F. DELEGACIÓN SUROESTE	1.118	13.42
38 D. F. DELEGACIÓN SURESTE	2.141	16.44
SISTEMA FORÁNEO	16.959	8.39
VALLE DE MÉXICO	4.453	13.40
TODO EL SISTEMA	21.412	9.10



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

UNIDAD TÉCNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA

ABORTOS

ÍNDICES POR CADA CIENTO

TOTAL VALLE DE MÉXICO

---

<i>Años</i>	<i>Población adcs. unidad</i>	<i>Mujeres en edad fertil</i>	<i>Partos</i>	<i>Nacidos vivos</i>
1968	0.48	2.00	14.14	14.25
1969	0.53	2.20	14.20	14.32
1970	0.51	2.09	14.11	14.23
1971	0.52	2.16	14.27	14.38
1972	0.52	2.13	14.55	14.63
1973	0.51	2.11	15.19	15.26
1974	0.48	1.98	14.75	14.83
1975	0.46	1.89	15.63	15.74
1976	0.41	1.70	15.83	15.93
1977	0.38	1.55	15.47	15.57
1978	0.37	1.54	15.88	15.99
1979	0.38	1.55	14.59	14.69
1980	0.34	1.42	13.80	13.88
1981	0.30	1.24	12.78	12.86
1982	0.27	1.11	11.83	11.92

---

<i>Años</i>	<i>Población adcs. unidad</i>	<i>Mujeres en edad fertil</i>	<i>Partos</i>	<i>Nacidos vivos</i>
1983	0.31	1.27	12.93	13.02
1984	0.35	1.46	13.82	13.93
1985	0.32	1.32	13.38	13.48
1986	0.30	1.27	14.10	14.19

FUENTE: Serie Estadística de Indicadores Anuales de Población y Servicios Médicos Otorgados 1968-1986.

## ANEXO DOS

### DECLARACIÓN DE MÉXICO PARA UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS

Cocoyoc, Morelos, 8-11 de febrero de 1993

#### Recomendaciones

Estas recomendaciones son congruentes con las resoluciones de la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (1979) y con la Cumbre Mundial de la Infancia (1990).

Para contribuir a resolver los problemas de información se recomienda:

- \* Que los certificados de defunción incluyan un párrafo que indique si la mujer fallecida en edad fértil estaba embarazada en el momento del fallecimiento o durante los 42 días previos.
- \* Que se capacite a los responsables del llenado de los certificados de defunción para mejorar la codificación de los mismos.
- \* Incluir en los currícula de las facultades y escuelas de medicina capacitación sobre la clasificación internacional de enfermedades y el correcto llenado de los certificados de defunción.
- \* Identificar la información necesaria y no disponible para un mejor diagnóstico de la morbilidad materna a nivel estatal y nacional.
- \* Establecer bancos de datos sobre salud de la mujer a nivel nacional, regional y estatal.
- \* Consolidar la información sobre la mortalidad materna ocurrida en instituciones públicas y privadas en un concentrado mensual.

- Crear un sistema único de registro sobre morbilidad que involucre tanto a instituciones públicas como privadas.
- Realizar una encuesta nacional sobre salud de la mujer.

*Para contribuir a mejorar la cobertura y calidad de los servicios de atención a la salud de la mujer se recomienda:*

- Fortalecer los programas para la salud de la mujer actualmente en funcionamiento, gubernamentales o no, y medir su impacto.
- Incrementar los comités de mortalidad materna en los hospitales públicos y privados y establecerlos en todas las Jurisdicciones Sanitarias.
- Fortalecer el establecimiento de reuniones técnicas de los comités estatales de mortalidad materna.
- Consolidar a nivel regional los programas de atención materno infantil actualmente existentes.
- Realizar una campaña intensiva y permanente de detección de cáncer cérvico uterino y mamario.
- Rediseñar las estrategias del programa nacional de detección de cáncer cérvico uterino con la participación de organismos no gubernamentales y de la población en general.
- Hacer más accesibles los servicios para detectar en las mujeres enfermedades sexualmente transmisibles.
- Establecer estímulos para el personal de salud que proporcione buena atención.
- Establecer estímulos para el personal de salud que atiende a la población rural.
- Promover que se incremente el % del PIB dedicado a la salud y a la educación.
- Crear el  *carnet* de salud integral de la mujer y de la madre como requisito oficial.
- Reforzar la capacitación a parteras tradicionales enfatizando el respeto a sus conocimientos y patrones culturales.

- Promover el uso de una forma única de atención prenatal en todas las instituciones del sector salud y fomentar la asistencia oportuna y con la frecuencia necesaria.
- Canalizar recursos para establecer centros de apoyo a las mujeres víctimas de violencia y abuso sexual en todas las entidades federativas y ciudades más importantes, además de reforzar los ya existentes.
- Poner en práctica mecanismos de capacitación y evaluación de los responsables de los programas de educación familiar y planificación familiar desde la perspectiva de sus propios usuarios potenciales o reales.
- Fortalecer el plan gradual de capacitación al personal colaborando en todos los niveles de atención de las instituciones de salud involucrando la experiencia de organismos no gubernamentales.
- Instrumentar un programa nacional de detección temprana de la toxemia del embarazo.
- Fomentar la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- Fomentar la investigación sea utilizada para la capacitación y la asignación de recursos, así como para el mejoramiento de la calidad de la atención que ofrecen los servicios.
- Promover el uso de métodos anticonceptivos a la mujer en el período inmediato a la ocurrencia del embarazo interrumpido voluntariamente, ya que, de este modo, se evita que este episodio se repita con el pleno respeto a su decisión.
- Que todas las tecnologías que adopten los servicios de salud, se evalúen en términos de su necesidad, y los organismos privados se validen sus resultados, se pruebe su accesibilidad y se mida su costo.

*Para promover la difusión de la información sobre salud reproductiva se recomienda:*

- Elaborar un programa para fomentar la difusión a toda la población de la situación de la morbilidad materna y sus medidas de prevención.
- Difundir los resultados de los bancos de datos, a través de boletines periódicos, y todas las instancias posibles.

*Para promover la educación comunitaria en salud reproductiva se recomienda:*

- Incluir en los libros de texto gratuitos contenidos de educación sexual elaborados a nivel regional que tomen en cuenta la cultura y costumbres locales.
- Fomentar la educación sexual formal en todos los niveles de instrucción y su inclusión en los programas de formación de maestros.
- Fortalecer la capacitación a la población y dirigir mensajes especiales a la población femenina en mayor riesgo reproductivo.
- Insistir y mejorar la educación prenupcial.
- Involucrar a la prensa en todos los esfuerzos que se hagan hacia una "maternidad sin riesgos" y fomentar el diálogo y la comunicación entre los "generadores" de información y los responsables de difundirla a la población, al igual que con otros actores sociales.

*Para contribuir a la legislación acorde a las necesidades de salud reproductiva de las mujeres se recomienda:*

- Promover cambios legislativos que eliminen obstáculos que en la práctica niegan el empleo a la mujer embarazada.
- Implantar los cambios legislativos necesarios para garantizar a las mujeres su derecho a lactar a sus hijos.
- Revisar y actualizar, vía foros y comisiones, el derecho familiar, penal y laboral, de radio y televisión y todas aquellas normas que se vinculen con el artículo 4º constitucional en lo relativo a la igualdad entre los sexos, el derecho a la procreación libre e informada y a la salud.
- Revisar la legislación actual para identificar los aspectos que no coadyuvan al mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres y promover su actualización.
- Promover la aplicación de las leyes referentes a la publicidad para que las mujeres no sigan siendo utilizadas como objeto de consumo.
- Crear agencias del ministerio público especializadas en delitos sexuales, fortalecer las ya existentes y difundir sus resultados.

- \* Capacitar a los jueces y agentes del ministerio público en derechos humanos, sexualidad y perspectiva de género.
- \* Promover entre los legisladores la aplicación de las recomendaciones surgidas de esta Conferencia.
- \* Promover la revisión del Código Penal del Distrito Federal para considerar la incorporación de la causal de aborto por daños a la salud de la mujer.

*Para promover la participación comunitaria se recomienda:*

- \* Ampliar la cobertura de los programas de educación para la salud incorporando a la comunidad en su diseño e instrumentación.
- \* Abrir espacios donde se puedan canalizar denuncias y quejas relacionadas con la metodología anticonceptiva así como de las negligencias ocurridas en los servicios de salud públicos y privados.
- \* Elaborar y difundir un manual de derechos de los pacientes y reglamentar en este aspecto el derecho a la salud inscrito en el artículo 4º constitucional.
- \* Elaborar en lenguaje comprensible y difundir ampliamente folletos que informen sobre los derechos de las mujeres consignados en las leyes.
- \* Promover la participación de las mujeres en los comités de salud, a todos los niveles de atención.
- \* Crear comités de apoyo civiles para la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- \* Fortalecer programas de salud que orienten a la mujer sobre los riesgos a su salud y cómo evitarlos.

*Para promover la investigación en salud reproductiva se recomienda:*

- \* Fomentar la realización de investigaciones para profundizar en los factores socioculturales presentes en la morbilidad materna.
- \* Desarrollar una línea de investigación en "salud positiva", que permita comprender los factores involucrados en una buena salud.

- Impulsar la investigación de métodos no definitivos para varones.
- Promover y profundizar las investigaciones sobre los métodos naturales y los tradicionales de planificación familiar.
- Promover la realización de investigaciones sociales enfocadas a grupos especiales de población incluyendo a la masculina, así como también evaluar la calidad de los servicios de salud desde una perspectiva social. Para incrementar la validez de los resultados se recomienda promover la participación de la mujer, involucrar a responsables en la toma de decisiones y a organismos comunitarios, así como difundir ampliamente los resultados obtenidos.
- Promover las investigaciones sobre violencia doméstica (intrafamiliar).
- Promover investigaciones sobre el papel de los varones en la morbilidad materna.
- Investigación e incorporación de los recursos y conocimientos de la medicina tradicional a la atención institucional.
- Promover investigaciones sobre la influencia de los aspectos religiosos en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva.
- Realizar investigaciones interdisciplinarias regionales acerca de costumbres, valores, conductas e idiosincrasia de los habitantes en áreas interculturales.
- Realizar investigaciones para conocer el estado de salud de las mujeres indígenas.

*Para promover la colaboración interinstitucional y el establecimiento de redes, se recomienda:*

- Promover talleres de reflexión sobre género en las parejas y padres de familia con la participación conjunta de instituciones y organismos no gubernamentales.
- Realizar talleres sobre perspectiva de género entre los prestadores de servicios de atención materno infantil y de planificación familiar.



- \* Crear grupos multidisciplinarios de apoyo a víctimas de delitos sexuales, en zonas suburbanas y rurales.
- \* Fomentar la coordinación de los programas de salud institucionales con instancias académicas y organismos laborando en la prevención de la morbilidad materna.
- \* Establecer canales permanentes de comunicación a nivel estatal y federal entre los organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en pro de la salud de la mujer, y el congreso correspondiente.
- \* Continuar y fortalecer las relaciones entre las instituciones del sector salud, los legisladores y los grupos de mujeres iniciadas en esta Conferencia, realizando actividades en conjunto. Entre ellas talleres diversos y diseñen las normas técnicas para la capacitación a parteras.

*Como recomendaciones finales se sugiere:*

- \* Reproducir, a nivel regional o estatal, reuniones o conferencias sobre maternidad sin riesgos aprovechando la experiencia de ésta.
- \* Constituir un Comité de seguimiento de la Conferencia que incluya representantes de organismos gubernamentales y no gubernamentales que se encargue de diseñar y promover la puesta en marcha de las recomendaciones, con calendarios de evaluación.

*Conclusión*

Por todo lo tratado en esta Conferencia consideramos que son inaceptables las condiciones en las que aún viven muchas mujeres en nuestro país. Hacemos un llamado a toda la sociedad para que asuma un compromiso firme para dignificar la vida y la salud de las mujeres. Hacemos nuestro el reto de que para 1995, México tenga una tasa inferior a 5 muertes x 10,000 NVR. Reconocemos que alcanzar esa meta requerirá de muchos esfuerzos, energías y recursos. Tenemos la mejor disposición para perseverar en la lucha porque la mujer mexicana viva y ejerza plenamente sus derechos, en particular, el derecho a un embarazo y parto sin riesgos.