



COMPILACIÓN

UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN
EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD



COMPILACIÓN

UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN
EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Compilación • UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

Primera edición: 2007

D.R. Secretaría de Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Homero 213, piso 7
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570
México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 500 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2007

ISBN 979-970-721-458-3

Esta publicación fue elaborada por:
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Coordinación

Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez
Directora de Género y Salud

Lic. Cecilia Robledo Vera
Subdirectora de Documentación de Inequidades

M. en C. Magda Luz Atrián Salazar
Coordinadora de Estadísticas

Citación Sugerida: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F: SS-CNEGySR; 2007.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales

Comisionado de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Jorge Camarena García

Titular del Órgano Interno de Control

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini

Director General de Comunicación Social

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud Reproductiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Prudencia Cerón Mireles

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

ÍNDICE

- pag. 7** **Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. Presentación**
- pag. 15** **Indicadores de salud con perspectiva de género.**
Laura R Mendoza Alvarado, Gustavo Olaiz Fernández, Paula Rivera Hernández
- pag. 33** **Análisis de género e investigación en salud.**
Prudencia Cerón Mireles, Cecilia Robledo Vera, Constanza I Sánchez Carrillo, Aurora del Río Zolezzi, Laura Pedrosa Islas, Hilda Reyes Zapata, Berta Cerón Mireles, Guadalupe Ordaz Hernández, Gustavo Olaiz Fernández
- pag. 47** **Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género.**
Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz
- pag. 59** **Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana.**
Ofelia Poblano Verástegui, Emanuel Orozco Núñez, Carlos Eduardo Carrillo Ordaz, Doris Verónica Ortega Altamirano, Alma Lucila Saucedo Valenzuela
- pag. 73** **Usuaría simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca.**
Luz Arenas Monreal, Isabel Hernández Tezoquipa,[†] Doris Ortega Altamirano, Beda Mota Ramírez
- pag. 89** **La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud.**
Isabel Hernández Tezoquipa,[†] Doris Ortega Altamirano, Luz Arenas Monreal
- pag. 103** **Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género.**
Gustavo Nigenda, Mariana López Ortega, Cecilia Matarazzo, Clara Juárez
- pag. 121** **Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza urbana.**
Margarita Márquez Serrano, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Sandra Treviño Siller
- pag. 137** **Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes.**
Marta Caballero, Sandra Catalina Ochoa Marín, René Leyva, Ángel Zarco, Claudia Guerrero

- pag. 149** **Mujeres y hombres bebiendo cerveza: etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec.**
Sergio Lerin Piñón, Marinella Miano Borruso
- pag. 165** **Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en México. Diseño metodológico y prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres.**
Gustavo Olaiz Fernández, Rosalba Rojas, Aurora Franco, Oswaldo Palma, Carlos Echarri y el Grupo de estudio de violencia contra la mujeres
- pag. 189** **Violencia hacia la población de 60 años y más.**
María I. Hernández Serrato, Aremis L. Villalobos Hernández
- pag. 205** **La violencia durante el noviazgo ¿Cómo la perciben las y los jóvenes en México?**
Rosario Valdez-Santiago, Juan Carlos Ramírez, Rosalba Rojas, Elisa Hidalgo, Leticia Ávila Burgos

**Una Mirada de Género
en la Investigación
en Salud Pública en México**

Presentación

En este libro se incluyen resultados de investigaciones realizadas por destacadas personalidades académicas que con rigor científico integraron las ciencias sociales y las de la salud con un enfoque poblacional.

El propósito de esta publicación es mostrar cómo la visión de género aplicada a la investigación en salud pública es un elemento indispensable para lograr un abordaje integral de la variada temática en torno a la relación salud-enfermedad y su atención.

La información que brindan las investigaciones nos da la oportunidad de conocer de manera más objetiva y amplia los problemas reales que afectan de manera diferenciada a las mujeres y a los hombres y que requieren soluciones nuevas, plasmadas en políticas públicas, líneas de acción y actividades concretas tendientes a lograr niveles de salud óptimos y garantizar calidad en la atención en condiciones de equidad entre mujeres y hombres en nuestro país.

Hace sólo algunos años que las estadísticas en salud comenzaron a desagregarse sistemáticamente por sexo, lo que de manera consistente ha venido mostrando evidencias de las desigualdades entre mujeres y hombres referentes a la frecuencia de padecimientos atendidos en los servicios de salud en relación con las causas de mortalidad. En el proceso de conocer más objetivamente la situación se añade la aportación que ha constituido el análisis de la Encuesta Continua de Salud 2005, que Laura Mendoza y colaboradores abordan en el artículo de "Indicadores de salud con perspectiva de género"; los autores aportan su contribución en la comprensión de los riesgos y daños a la salud que afectan más característicamente a cada sexo.

En el mismo sentido de profundizar en el conocimiento de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres, resultó oportuno saber qué tanto están aportando las investigaciones científicas; de acuerdo con ello, en el artículo de Prudencia Cerón y colaboradores, "Análisis de género e investigación en salud", se indagó en revistas científicas mexicanas de importantes instituciones qué tanto se desagregan y se analizan los datos por sexo, y qué tanto se aplica la perspectiva de género. Los resultados muestran la necesidad de promover la investigación en salud con perspectiva de género.

En el propósito de lograr la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el área de la salud resulta importante conocer la situación ocupacional de los recursos humanos que se encargan de proveer atención. Gustavo Nigenda y Arturo Ruiz contribuyen en ese sentido con "Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género". Su principal hallazgo es que a pesar de ser un área que concentra un mayor número de mujeres que de hombres, la constante es que ellas presenten situaciones de empleo más desfavorables que implican un gran desperdicio de capital humano.

Otro tema de particular interés en el rubro de la atención a la salud fue abordado en el artículo de Ofelia Poblano y colaboradores, "Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana", en el que en nueve hospitales de cinco estados mexicanos se analizaron las diferencias en la calidad técnica e interpersonal de la atención hospitalaria ofrecida a mujeres y a hombres para tres enfermedades. Su principal conclusión es que existen inequidades de género en la calidad de la atención, manifestadas en las relaciones que establecen los actores del proceso, por lo que es indispensable ampliar los análisis sobre ellas.

En la misma temática de la calidad de la atención, Luz Arenas y colaboradoras, en "Usuaría simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca", analizan los resultados de una investigación cualitativa en la que se recogieron percepciones sobre la calidad y calidez de la atención en los servicios, así como información por parte de los proveedores; sus conclusiones indican que se presenta una serie de fallas en los procesos de atención que requieren enormes esfuerzos para ser erradicadas en favor de un trabajo más profesional dirigido a las usuarias.

Isabel Hernández Tezoquipat y colaboradoras, en "La salud reproductiva de las mujeres en las condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan servicios de atención", analizan uno de los vínculos entre quienes prestan servicios de salud y usuarias, en particular se refieren a la visión del personal médico, de enfermería y de auxiliares respecto de las características socioculturales de la población que acude a los servicios de salud reproductiva. Las autoras afirman que el personal podrá obtener mejores resultados en la medida en que sea sensible a las condiciones socioculturales de la población que atiende.

Otra faceta de la atención es abordada por Gustavo Nigenda y colaboradores, en "Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género", trabajo en el que en una primera fase se analizaron los datos de la *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2002* sobre las horas dedicadas por los integrantes de los hogares al cuidado de personas ancianas, enfermas o discapacitadas; posteriormente, a través de un acercamiento cualitativo se indagaron las diferentes características de los cuidados que proporciona cada integrante de la familia, con especial atención en la distribución de tareas según sexo; asimismo, se analizó la forma como la estructura familiar se ajusta y redefine para cuidar de manera especial a una persona que así lo requiere; por otro lado, se pretendió conocer también algunas respuestas institucionales y comunitarias ante el incremento de la demanda de atención de la población envejecida y discapacitada. Los resultados de la investigación documentan el papel predominante de la acción de las mujeres en las tareas de cuidado, al tiempo que los autores destacan las diversas maneras como los varones contribuyen y plantean propuestas de acción en favor de las personas cuidadoras por parte de las instituciones encargadas de atender la salud.

En "Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza", Margarita Márquez y colaboradoras exponen resultados de un estudio cualitativo, basado en la técnica de grupos focales, cuyo objetivo fue identificar, describir y analizar la autopercepción del estado de salud y la calidad de vida de ancianos y ancianas sin enfermedades o discapacidades severas, que viven en condiciones de pobreza urbana en Guadalajara,

Jalisco; Chilpancingo, Guerrero; Cuernavaca, Morelos, y Culiacán, Sinaloa. En sus conclusiones resaltan la profunda dependencia de los adultos mayores respecto de otras personas, su poco poder de decisión, su estado de salud deteriorado y su limitado acceso a los servicios de salud y de asistencia social; en ese sentido, las autoras destacan la necesidad de considerar que la vivencia del envejecimiento y de la calidad de vida en esta etapa es una responsabilidad social, no individual, que requiere de la intervención intersectorial, misma que ejemplifican con propuestas de acciones específicas que corresponden a instituciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil.

Continuando con las vivencias de la población respecto a problemas específicos de salud, Marta Caballero y colaboradores presentan el trabajo "Las que se quedan: percepción del riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes" en el que analizan, basados en técnicas cualitativas, las consecuencias del proceso migratorio de los varones y su relación con la salud de las mujeres que permanecen en dos comunidades del área central del país caracterizadas por la gran migración de los varones hacia los Estados Unidos de América. También revisan los cambios que se dan en sus redes familiares y sociales, como marco para centrar su atención en la percepción de las mujeres acerca del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. De acuerdo con los autores, para las mujeres del estudio la construcción del riesgo no se alcanza a definir claramente, en tanto que estar sin su pareja les produce reacciones de temor, incertidumbre, desconfianza y angustia asociadas con todos los cambios que implican en su vida; sin embargo, la confianza en sus compañeros se constituye como un elemento clave para el manejo del riesgo al mitigar su temor ante la posibilidad de ruptura o abandono de parte de su pareja, a pesar de que perciben el riesgo de ser contagiadas con alguna infección de transmisión sexual. En esas condiciones, el uso del condón es vivido por ellas y sus parejas como una manifestación de desconfianza, por lo que al privilegiar su relación afectiva no se protegen al ejercer su sexualidad. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación es indispensable considerar estos factores socioculturales al diseñar estrategias preventivas y de atención a la salud sexual de las mujeres.

Por su parte, Sergio Lerin y Marinella Milano en su artículo "Mujeres y hombres bebiendo cerveza: etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec", enfocan los daños a la salud de mujeres y hombres, así como la función que ellas cumplen en la distribución y comercialización del alcohol; de ahí que una aportación importante de su análisis sea el considerar la relación entre los géneros y las normas culturales del consumo y alcoholización prevalecientes en esa comunidad. Se destaca el hecho de que el creciente consumo de alcohol por parte de hombres y mujeres ha generado un aumento en la violencia manifestada en diversas formas, situación que afecta particularmente a las mujeres.

Introduciéndonos en el tema de la violencia, el trabajo "Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en México. Diseño metodológico y prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres" de Gustavo Olaiz y colaboradores, parte de concebir a la violencia hacia las mujeres como un problema de salud pública que implica no sólo daños físicos, sino también de orden psicológico, físico, sexual y económico. Sobre ese punto de partida se realizó y analizó la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003* cuyo propósito fue identificar y cuantificar la prevalencia de violencia de pareja contra las usuarias del sector salud en nuestro país. Los resultados obtenidos señalan que, según el tipo de violencia, entre 25% y 42% de las mujeres reconoció haber tenido al menos una relación violenta en su

vida. En lo relativo a la violencia de pareja, fuese psicológica, física, sexual o económica, la prevalencia fue de 21.5%; estos datos evidencian un problema de salud pública con claras implicaciones personales y sociales. El diagnóstico es revelador, sobre todo porque es la primera vez que éste se obtiene a escala nacional con información desagregada para cada entidad federativa, lo que ofrece la oportunidad de promover intervenciones directas, decididas e inmediatas para enfrentar la problemática adecuándose a las características de cada región.

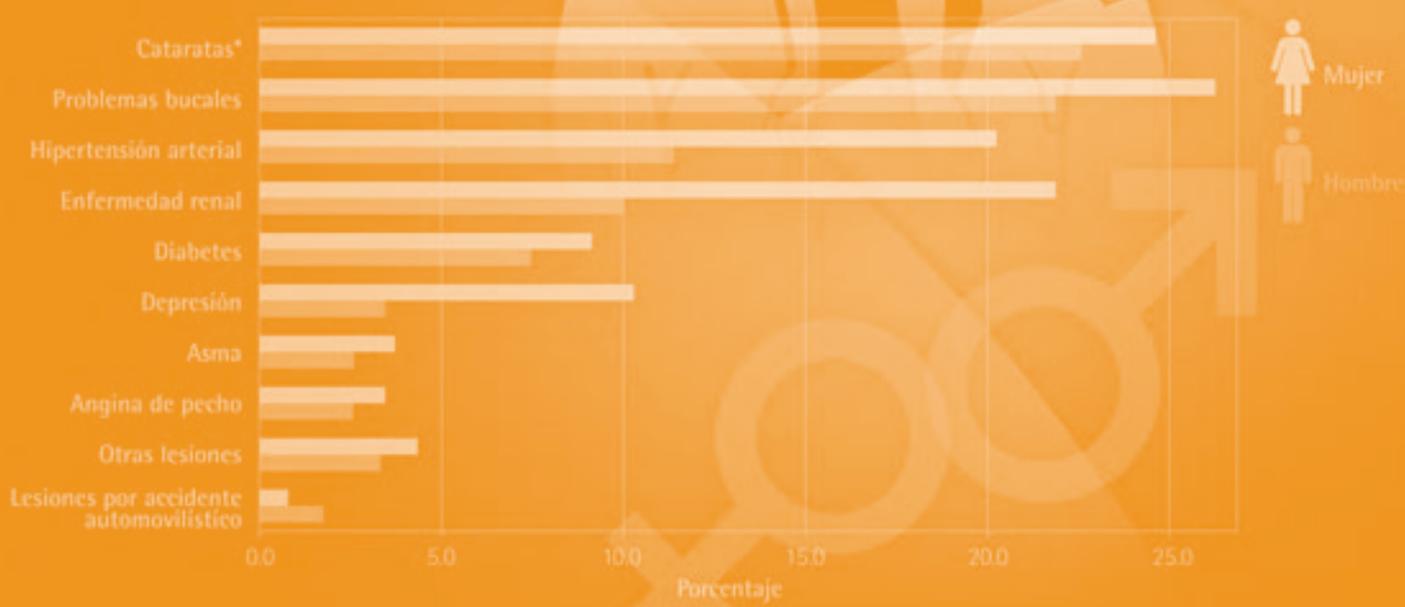
El artículo de María Hernández y Aremis Villalobos "Violencia hacia la población de 60 años de edad y más" coincide con el trabajo anterior al señalar como un problema de salud pública a otra vertiente de la violencia: la ejercida hacia las personas ancianas, manifestada a través de diversas formas de maltrato que dañan a la salud. Sus hallazgos provienen de un estudio de tipo transversal con representatividad nacional realizado a personas adultas mayores en las 32 entidades federativas de la República Mexicana. Sus resultados indican que la prevalencia de violencia reconocida en México fue de 5.5%, proporción similar a la estimada por algunos estudios en otros países, con lo que también se coincide al indicar que el abandono, el maltrato psicológico y el abuso económico afectan con mayor frecuencia a las mujeres, a las personas mayores de 80 años de edad, a quienes no saben leer o escribir, a las personas viudas, solteras o separadas y a aquéllas con problemas para moverse. Las autoras recomiendan educar y capacitar al personal de salud y a las personas encargadas del cuidado de adultas y adultos mayores para prevenir el maltrato, así como promover investigación sobre este tema y organizar campañas en favor de la prevención del maltrato. Otros aspectos a considerar son la sobrecarga de trabajo de quienes les prodigan cuidados y la necesidad de contención psicológica, sobre todo para cuidadores y cuidadoras de pacientes crónicos en fase terminal.

Finalmente, el artículo de Rosario Valdez y colaboradores "La violencia durante el noviazgo ¿cómo la perciben las y los jóvenes en México?" se enfoca en adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. En el grupo de estudio, 42.9% manifestó que habían tenido pareja alguna vez en su vida. Por otra parte, 4.1% de las mujeres y 3.5% de los varones reportó haber tenido alguna relación violenta. Un dato que llama la atención es que más mujeres (7.1%) que hombres (3.9%) reconocen haber ejercido violencia hacia su pareja, al tiempo que los hombres perciben que aquéllas ejercen violencia contra ellos más frecuentemente, contrariamente a lo que se ha evidenciado en diversos estudios. Los autores indican la necesidad de estudiar este fenómeno complejo, con el fin de captarlo de manera integral en todas sus manifestaciones con más objetividad y dilucidar qué ocurre realmente; ello plantea nuevos retos y oportunidades de investigación.

Deseamos que los profesionales de la salud, el personal técnico, el de investigación y quienes toman decisiones encuentren información de utilidad en este volumen. Creemos firmemente que es necesario realizar un trabajo conjunto y continuo para documentar y entender las relaciones de género en este sector, base para avanzar en la lucha contra las inequidades de género.

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

*Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México*



Indicadores de salud con perspectiva de género

Laura R Mendoza Alvarado, Lic en Trabajo Social,¹
Gustavo Olaiz Fernández, MSP,¹ Paula Rivera Hernández, M en Población.¹

¹ Instituto Nacional de Salud Pública.
Cuernavaca, Morelos, México.

La salud es un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, sociales, de medio ambiente y los servicios de salud. El género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante.¹ No obstante, en los ámbitos nacional e internacional, la inclusión de la perspectiva de género en los marcos conceptuales de los estudios de salud, en general, y de la mujer, en particular, cobró mayor auge a partir de mediados de los años 90 del siglo XX.

El concepto de género tiende a ser manejado de manera indistinta, como equivalente de sexo o de ser mujer. Cabe señalar que mientras el término sexo alude a la diferencia biológica entre hombre y mujer, el género se refiere al significado social atribuido a esa diferencia biológica, la cual se deriva fundamentalmente de la división del trabajo por sexo. Género es un concepto relacional, cuyo objeto de interés son las relaciones de desigualdad que se dan entre hombres y mujeres.²

Cuando se habla de "inequidad de género en salud" se contemplan una o más de las siguientes dimensiones: a) estado de salud y sus determinantes; b) acceso efectivo a servicios de salud, de acuerdo con las necesidades específicas de las personas; c) el financiamiento de la atención, según su capacidad de pago, y d) el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.²

Quienes toman decisiones en salud tienen como reto incorporar las dimensiones de la inequidad de género en las políticas del sector, así como establecer los mecanismos que favorezcan su monitoreo y evaluación. Diversas organizaciones han elaborado guías de indicadores, cuyo propósito es valorar el logro de los objetivos y metas establecidas en los compromisos internacionales respecto a la relación entre género y salud. Las guías abarcan tanto aspectos cuantitativos y cualitativos, ofreciendo una amplia gama de indicadores que permiten identificar desigualdades entre mujeres y hombres.^{3,4}

La Organización Panamericana de la Salud elaboró una Propuesta de Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud que aborda cuatro esferas: a) la dimensión socioeconómica -factores ambientales, políticos, legales y el financiamiento de la atención-; b) la situación de salud -esperanza de vida al nacer, conductas de riesgo, salud sexual, factores prevenibles en la mortalidad, morbilidad y lesiones-; c) atención de la salud -cobertura, utilización y calidad de los servicios de salud, así como el gasto en los mismos- y, finalmente, d) la gestión de la salud -participación en el trabajo, la renumeración y en el poder-. Sin embargo, debido a que no todos los indicadores presentados en la propuesta han sido validados y aceptados internacionalmente, su aplicación requiere de modificaciones y ajustes que dependen de la situación de salud de cada país y de la disponibilidad y calidad de la información.⁵

Las desigualdades más evidentes y estudiadas entre los sexos han sido las vinculadas con el área reproductiva (durante décadas la responsabilidad de la planificación familiar ha recaído principalmente en las mujeres). Sin embargo, se reconoce la existencia de otras desigualdades que no competen a dicha esfera y que se derivan de las diferentes conductas que adoptan las mujeres y los hombres. Tradicionalmente el papel asignado a los hombres se traduce en conductas de mayor riesgo físico (abuso de sustancias adictivas, exceso de velocidad al conducir, mayor participación en actos violentos y en conflictos armados.), comparados con las mujeres. Usualmente, estas conductas de riesgo producen enfermedades, accidentes o lesiones que pueden conducir a la muerte prematura. En el caso de la mujer, los papeles sociales tienen una marcada influencia en la salud, y suelen derivar en problemas físicos, mentales o crónicos, que se extienden a lo largo de la vida sin producir la muerte prematura, pero sí limitaciones de larga duración o permanentes.⁶ Por otro lado, el Reporte Mundial de Salud en 1999 señala que las condiciones sociales, como la pobreza, pueden disminuir, e incluso anular, la ventaja de supervivencia femenina.⁷

El enfoque de género en los estudios en salud ha mostrado que el hecho de que la sociedad adjudique a las mujeres el papel de "cuidadora de los otros" en el ámbito doméstico, y de que a los varones les otorgue la "independencia" de la esfera familiar influye directamente en la manera como ambos perciben los signos y síntomas de la enfermedad, y en su decisión de buscar atención médica, ya sea para ellos o para sus familiares. Según Abellán, a lo largo del tiempo y en diferentes sociedades se ha observado que las mujeres perciben como peor su estado de salud con mayor frecuencia que los varones.⁸

La naturaleza y magnitud de las diferencias por sexo en el uso de servicios de salud también son mediadas por factores de ingreso económico, edad, etnia y lugar de residencia, así como por variables ligadas al tipo de esquema de financiamiento y organización de tales servicios.⁹ Con frecuencia se argumenta que las mujeres utilizan los servicios de salud con mayor asiduidad, lo cual no necesariamente es una ventaja, puesto que las mujeres reportan una necesidad mayor de servicios de salud derivada particularmente de su papel biológico en la reproducción y de su mayor longevidad, lo que incrementa la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas asociadas a la edad.

Respecto a las barreras económicas en el acceso a la atención, según el principio de equidad distributiva de la carga financiera de la atención, el pago correspondería a la capacidad económica de las personas. En el caso de las mujeres se ve vulnerado doblemente dentro de los "sistemas de financiamiento no solidario". En primer lugar, por su mayor nivel de necesidad, las mujeres demandan más servicios y se ven forzadas a pagar más que los hombres por mantener su salud. El segundo aspecto es que esta desigualdad se agudiza al considerar la menor capacidad económica que tienen las mujeres como grupo.⁹

Finalmente, de acuerdo con algunos hallazgos reportados en México y en otros países, es importante subrayar algunas desigualdades en salud. En relación con las enfermedades cardiovasculares (ECV), se ha visto que los hombres presentan mayor riesgo de sufrir un infarto a menor edad que las mujeres.¹⁰

Entre los factores de riesgo para ECV se encuentra la hipertensión arterial, que en algunos lugares es tres veces más común en mujeres que en hombres.¹¹

Las lipoproteínas de baja densidad han sido consideradas como un factor de riesgo en los hombres, mientras que niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad podrían incrementar el riesgo en las mujeres;^{12,13} las tasas de hospitalización por enfermedad isquémica coronaria son más altas en las mujeres que en los hombres.^{10,14} Adicionalmente, un bajo nivel educativo, un bajo ingreso, más responsabilidades en la familia y el empobrecimiento predisponen a la mujer a presentar ECV en mayor medida que los hombres.¹⁵

En relación con la salud mental, se ha visto que en la edad adulta la prevalencia de depresión y ansiedad es considerablemente más alta en las mujeres, mientras que los desórdenes derivados del uso de sustancias adictivas y las conductas antisociales prevalecen más en los hombres.¹⁶ Sharp asoció el aumento en la depresión femenina con los múltiples roles que desempeñan en el trabajo y en el hogar.¹⁷ Además, el acceso a los servicios de salud y a los tratamientos de la depresión y la ansiedad difieren en ambos sexos -se ha advertido un mayor predominio de hombres en los centros psiquiátricos.¹⁸

Por otro lado, la biología y las inequidades de género se combinan para producir una mayor frecuencia de ceguera en las mujeres que en los hombres. La prevalencia de ceguera en Asia, África y en algunos países industrializados indica que la mujer soporta dos terceras partes de la carga de ceguera en el mundo.^{19,20} Se ha estimado que la ceguera por catarata podría reducirse hasta en 12% si la mujer recibiera cirugía para esa enfermedad en la misma proporción que los hombres.²¹

Por su parte, las lesiones de tráfico no-intencionales a escala global causan 1.2 millones de muertes cada año, afectando principalmente a personas en edad productiva.²² En 1990 la información de China, Colombia, Costa Rica, México y Taiwán mostró que los hombres mayores de 65 años de edad poseían una tasa de mortalidad por esta causa dos o tres veces mayor que la de las mujeres.²³

El concepto de género hace también alusión a las relaciones de poder o subordinación entre ambos sexos. Una de las manifestaciones extremas en el ámbito intrafamiliar es el ejercicio de la violencia. Mientras los varones suelen ser, en mayor proporción, victimarios y víctimas de la violencia extradoméstica, las mujeres, niños y niñas son quienes -por lo regular- sufren violencia sexual, física y psicológica en el ámbito intrafamiliar. En México, la Encuesta sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003) mostró que 1 de cada 5 mujeres ha sufrido violencia por parte de su pareja.²⁴

Justificación

Ser hombre o mujer tiene un profundo impacto sobre nuestro estado de salud, así como en el acceso y uso de servicios de salud. Es ahora irrefutable que el ingreso y la actividad económica, las prácticas para el cuidado de la salud y la carga biológica y genética influyen en nuestra salud.

El análisis basado en el género debe integrarse como una herramienta que ayude a instruir cómo éste influye en la salud a lo largo del ciclo de vida de los individuos, para identificar oportunidades que conserven y mejoren su salud, además de fundamentar el desarrollo de la investigación, políticas, programas y una legislación justa y equitativa.

El análisis de la salud desde la perspectiva de género, por tanto, es amplio y complejo y requiere de fuentes de información acordes con los propósitos que se deseen abordar. En el presente documento se muestran los resultados de algunos indicadores de salud que fueron captados a través de una encuesta poblacional, cuyo potencial de estudio deja posibilidades para la construcción y análisis de otros indicadores de salud para un estudio posterior.

Material y métodos

La información del presente estudio proviene de la Encuesta Continua de Salud en México (2005), la cual fue diseñada como una "Encuesta Panel", que tuvo como base la población seleccionada en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED, 2003). Durante finales de 2003 y principios de 2004 se visitaron 18 entidades del país (Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz). Se calculó un tamaño de muestra de 756 viviendas por estado. La selección de las viviendas se basó en un esquema de muestreo polietápico y estratificado.

En las viviendas se aplicaron dos cuestionarios. El primero captó información demográfica, económica y del gasto en salud de cada integrante del hogar, además de las características de la vivienda. El segundo se aplicó a un hombre o una mujer de 18 años de edad o más seleccionados al azar dentro de cada hogar; los tópicos incluidos en este cuestionario fueron: características demográficas, estado de salud, violencia de pareja contra la mujer, enfermedades crónicas, factores de riesgo, cánceres cérvico uterino y de mama, salud reproductiva e infantil, y uso de servicios de salud, por mencionar algunos. Se estimaron proporciones y ji cuadrada para diferencias de proporciones.

Resultados

La Encuesta Continua de Salud estudió a 11 907 personas de 18 años de edad o más, de las cuales 41.3% son hombres y 58.7%, mujeres. En el *cuadro I* se observa que más de la mitad de la población total habita en medio urbano (58.7%) y de este último, 32.8% reside en el área metropolitana. La distribución según sexo señala que la proporción de hombres que vive en una zona rural es similar a la de mujeres (41.8% vs 40.9%). La composición por edad es homogénea en hombres y mujeres, los datos muestran que alrededor de 68% en ambos sexos tienen entre 18 y 49 años de edad.

Cuadro I

Indicadores de salud con perspectiva de género. Encuesta Continua de Salud en México, 2005

Variable	Categoría	Hombre	Mujer	Total	Valor P
		%	%	%	
Residencia	Rural	41.8	40.9	41.3	0.161
	Urbano	58.2	59.1	58.7	
Edad agrupada	18 a 29	27.0	26.9	27.0	0.216
	30 a 39	23.2	25.0	24.2	
	40 a 49	18.0	17.1	17.5	
	50 a 59	13.0	12.3	12.6	
	60 a 69	9.8	10.1	10.0	
	70 a 99	8.9	8.6	8.7	
		100.0	100.0	100.0	
Ocupación laboral actual	Trabaja	80.6	31.4	51.7	0.000
	Cuidado de la casa/familia	1.3	58.3	34.8	
	Busca trabajo	3.1	0.8	1.8	
	Estudia	3.3	2.7	3.0	
	Jubilado	7.8	4.3	5.7	
	Tiene problemas de salud	2.7	1.7	2.1	
	Otra	1.2	0.8	0.9	
	100.0	100.0	100.0		
Percepción del estado de salud	18 a 39				0.000
	Muy bueno	18.0	12.8	14.9	
	Bueno	54.5	50.4	52.1	
	Regular	25.8	33.9	30.6	
	Malo o muy malo	1.7	2.9	2.4	
		100.0	100.0	100.0	
	40 a 59				0.000
	Muy bueno	12.5	7.5	9.6	
	Bueno	48.4	40.4	43.8	
	Regular	34.9	45.8	41.1	
	Malo o muy malo	4.3	6.3	5.4	
		100.0	100.0	100.0	
	60 y más				0.000
	Muy bueno	7.0	3.7	5.1	
	Bueno	35.8	30.9	32.9	
	Regular	46.0	50.2	48.5	
	Malo o muy malo	11.2	15.1	13.5	
		100.0	100.0	100.0	
	Total				0.000
	Muy bueno	14.2	9.6	11.5	
Bueno	49.1	43.7	45.9		
Regular	32.4	40.5	37.2		
Malo o muy malo	4.3	6.2	5.4		
	100.0	100.0	100.0		
Utilización de servicios preventivos en los últimos 12 meses ^a	Sí	25.5	49.1	39.3	0.000
	No	74.5	50.9	60.7	
		100.0	100.0	100.0	
Utilización de servicios curativos en los últimos 12 meses ^a	Sí, por problemas no crónicos	55.4	60.2	58.3	0.000
	Sí, por problemas crónicos*	8.1	11.7	10.3	
	No**	36.6	28.1	31.5	
		100.0	100.0	100.0	
Utilización servicios hospitalarios en los últimos 12 meses ^a	Sí	3.3	7.2	5.6	0.000
	No	96.7	92.8	94.4	
		100.0	100.0	100.0	
Utilización servicios hospitalarios sin considerar los servicios obstétricos***	Sí	3.3	5.0	4.3	0.000
	No	96.7	95.0	95.7	
		100.0	100.0	100.0	

^a Incluye diabetes, hipertensión arterial, asma y artritis reumatoide.

** Considera aquellas personas quienes no buscaron atención o bien recurrieron a algún familiar, amigo o vecino, farmacéutico o curandero.

*** Excluye servicios hospitalarios por parto, cesárea, problemas por el embarazo y puerperio.

^a Datos preliminares.

El 53.5% de la población se declaró económicamente activa y 46.5% inactiva, incluyendo en esta última categoría a los estudiantes, personas dedicadas al hogar, jubilados o pensionados, incapacitados y aquellos que no trabajan. Al estratificar por sexo se advierte que la mayoría de los hombres fueron económicamente activos (80.6%); caso contrario al de las mujeres, quienes en su mayoría fueron inactivas (67.8%). La participación de las mujeres en la actividad económica fue de sólo 31.4%, casi cincuenta puntos porcentuales menor que la de los varones.

Respecto al estado de salud se observa de manera constante que las mujeres reporten su propio estado de salud en términos de "regular" o "malo y muy malo" respecto de los hombres en todos los grupos de edad, con diferencias que oscilan entre 9 puntos porcentuales en el grupo de 18 a 39 años y 8 puntos porcentuales en el grupo de 60 y más, lo que significa que en ambos sexos la percepción del estado de salud es menos positiva conforme se incrementa la edad.

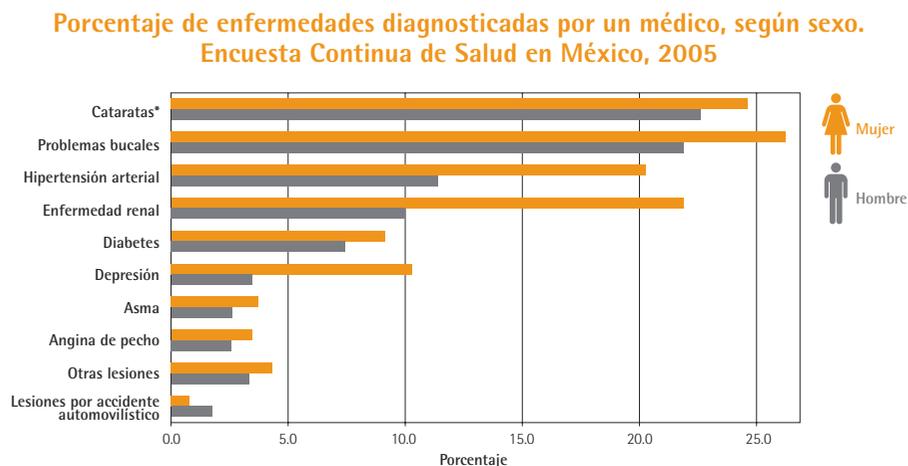
La utilización de los servicios preventivos en el año previo a la entrevista es notablemente mayor en las mujeres (49.1%), que en los varones (25.5%) -las mujeres recurren con mayor frecuencia a este tipo de servicios por motivos de vacunación, realización de la prueba de Papanicolaou, atención del embarazo y planificación familiar-. Un patrón similar se observa en la utilización de los servicios curativos, observándose que las mujeres utilizan en mayor medida los servicios de salud que los varones independientemente de que acudan por problemas crónicos o de otro tipo.

Asimismo, las mujeres utilizan más los servicios hospitalarios que los varones (7.2% y 3.3%, respectivamente). Sin embargo, esta brecha entre ambos se reduce en dos puntos porcentuales, quedando en 5% cuando se excluye de estos servicios a las hospitalizaciones por razones obstétricas.

La *figura 1* muestra la existencia de enfermedades que afectan en forma diferente a los hombres que a las mujeres. Las diferencias se acentúan en el caso de enfermedad renal e hipertensión arterial, cuya prevalencia en ambas enfermedades (21.8% y 20.2%) en las mujeres duplica a la presentada en los hombres. Por su parte, el diagnóstico de depresión fue tres veces mayor en las mujeres (10.3%) que en los varones (3.4%). Las lesiones por accidente automovilístico, por su parte, fueron reportadas por 1.7% de los varones y por 0.7% de las mujeres. Sin embargo, las mujeres presentaron un porcentaje ligeramente superior en el rubro de "otras lesiones", que incluyen: caída, intoxicación o lesión por un arma punzocortante (4.3% vs 3.3%). Al aplicar una prueba estadística para evaluar diferencias en las distribuciones entre mujeres y hombres, se obtuvo una ji cuadrada significativa para la mayoría de las enfermedades, siendo una excepción el diagnóstico de cataratas.

El gasto de bolsillo en salud es uno de los indicadores más importantes que da cuenta de la magnitud del gasto en salud respecto al ingreso total del hogar y que puede poner en riesgo la situación financiera de una familia.

Figura 1



En población sin derechohabencia el gasto de bolsillo fue significativamente diferente en hogares encabezados por mujeres y por varones (*cuadro II*). Se observa que el gasto de bolsillo es más elevado en estos últimos hogares. Mientras que 6% de los hogares dirigidos por mujeres gastaron 50% del ingreso total del hogar en gastos en salud, esta proporción se duplicó en los hogares dirigidos por los varones (12.8%). El 14.2% de estos hogares gastaron entre 30 y 49%, en tanto que este porcentaje se redujo en casi cinco puntos en el caso de los hogares con jefatura femenina (9.6%); es decir, estos últimos hogares realizaron menor gasto de bolsillo, pues 83.8% de éstos o no gastaron o gastaron menos de 30% del ingreso total, en comparación con 73% de los hogares dirigidos por los varones.

Un patrón similar al anterior se observa en el caso de los hogares derechohabientes; sin embargo, en este caso las diferencias entre los hogares comandados por mujeres y hombres son menos marcadas, sobre todo en los grupos donde el gasto de bolsillo se encuentra entre 30 y 49% y 50% o más. No se encuentran diferencias entre mujeres y hombres en el grupo que gastó menos de 30% (48.9 y 48.7, respectivamente), pero sí se aprecia que una proporción mayor de hogares -32.6%- dirigidos por mujeres no tuvieron gasto de bolsillo, comparada con 25.5% de los hogares en donde el jefe del hogar es un varón.

Cuadro II

Indicadores de salud con perspectiva de género. Encuesta Continua de Salud en México, 2005

Variable	Categoría	Hombre	Mujer	Total	Valor P
		%	%	%	
Gasto de bolsillo en hogares, según derechohabiencia y sexo del jefe del hogar					
Sin derechohabiencia	No gastó	25.1	28.4	27.0	0.000
	Menos de 30%	48.0	55.4	52.2	
	Entre 30% y 49%	14.2	9.6	11.6	
	Más de 50%	12.8	6.6	9.3	
		100.0	100.0	100.0	
Con derechohabiencia	No gastó	25.5	32.6	29.6	0.000
	Menos de 30%	48.9	48.7	48.8	
	Entre 30% y 49%	13.0	11.0	11.9	
	Más de 50%	12.6	7.6	9.8	
		100.0	100.0	100.0	
Actualmente toma	Sí	50.0	19.0	31.8	0.000
	No	50.0	81.0	68.2	
		100.0	100.0	100.0	
Actualmente fuma	Sí	27.8	8.0	16.2	0.000
	No	72.2	92.0	83.8	
		100.0	100.0	100.0	
Uso de drogas lícitas*	Sí	4.6	10.7	8.2	0.000
	No	95.4	89.3	91.8	
		100.0	100.0	100.0	
Uso de drogas ilícitas**	Sí	2.7	0.4	1.3	0.000
	No	97.3	99.6	98.7	
		100.0	100.0	100.0	
Uso de preservativo en la última relación sexual en el último año***	Sí	22.5	13.1	17.2	0.000
	No	77.5	86.9	82.8	
		100.0	100.0	100.0	
Violencia de pareja contra las mujeres en los últimos 12 meses****					
Violencia psicológica	Sí	-	56.7	-	
	No	-	43.3	-	
			100.0		
Violencia física	Sí	-	42.9	-	
	No	-	57.1	-	
			100.0		
Violencia sexual	Sí	-	19.6	-	
	No	-	80.4	-	
			100.0		
Violencia total*****	Sí	-	60.9	-	
	No	-	39.1	-	
			100.0		
Promedios		Hombre	Mujer	Total	Valor P
Gasto total en salud (en pesos) en hogares que han requerido la hospitalización por parto, cesárea o problemas relacionados con el embarazo o puerperio	Sin derechohabiencia	12004	20260	13128	0.100
	Con derechohabiencia	10145	42730	15880	0.001
Horas dedicadas por condición de ocupación	Trabaja	4.6	20.6	10.3	0.000
	Cuidado casa/fam	23.2	32.6	32.4	
	Busca trabajo	7.9	21.5	11.7	
	Estudia	6.2	11.6	9.1	
	Jubilado	9.0	17.9	12.9	
	Tiene problemas de salud	4.3	13.4	8.6	
	Otra	7.9	28.8	18.1	
Total	5.4	27.2	18.2		

* Incluye tranquilizantes para los nervios, sedantes o barbitúricos para dormir y anfetaminas para adelgazar o dar energía.

** Incluye marihuana, cocaína, heroína, alucinógenos, crack, piedras, tachas e inhalables.

*** Sólo personas de 18 a 49 años de edad.

**** Mujeres que han tenido pareja, novio o compañero en el último año.

***** Considera una o hasta tres modalidades de violencia: psicológica, física, sexual.

Por otra parte, al analizar el gasto total en salud en los hogares que utilizaron algún servicio hospitalario por razones obstétricas -parto, cesárea o problemas relacionados con el embarazo o el puerperio- se encontró que los hogares sin derechohabencia y con jefatura femenina gastan más en salud que los hogares dirigidos por los varones (\$20 260 vs \$12 004). En contraste, en los hogares con seguridad social el gasto en salud resultó más elevado que en los hogares sin seguridad social (\$42 730 y \$20 260 en mujeres).

Una de las dimensiones importantes del análisis del proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva de género corresponde a los riesgos específicos ligados a las conductas, actividades o tareas definidas como femeninas o masculinas. En este tenor, los datos reportados en el estudio señalan que el consumo actual de alcohol y tabaco fue, en ambos casos, mayor en los hombres. El primero fue reportado por 50% de los hombres y por 19% de las mujeres y el segundo, por 27.8% de los hombres y en 8% de las mujeres. En relación con el uso de drogas, en el último año, las drogas lícitas resultaron ser consumidas más frecuentemente por las mujeres, en comparación con los varones (10.7% vs 4.6%,) y las drogas ilícitas fueron más frecuentemente consumidas por los hombres (2.7% vs 0.4%).

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva se aprecia que sólo 17 de cada 100 personas de 18 a 49 años de edad usaron preservativos en la última relación sexual. El uso de preservativos fue reportado con mayor frecuencia por los hombres que por las mujeres (22.5% y 13.1%, respectivamente).

La violencia de pareja se exploró en mujeres que durante el último año mencionaron haber tenido novio, esposo o compañero. El porcentaje de mujeres que manifestaron algún tipo de violencia por parte de su pareja fue de 39.1%. Sin embargo, la proporción de violencia estimada a partir de reactivos específicos que miden varios tipos de maltrato (psicológico, físico o sexual), asciende en su conjunto a 60.9%. Las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual fueron las siguientes: psicológica 56.7%, física 42.9% y sexual 19.6%. La información desagregada de la violencia, según tipo, permite identificar que las mujeres sufren de más de un tipo de violencia.

Por otra parte, el tiempo que la población entrevistada destina a las labores domésticas es persistentemente superior en las mujeres. Así, por ejemplo, aun cuando las mujeres desempeñan un trabajo fuera del hogar, dedican en promedio 20 horas a la semana al trabajo doméstico, cuatro veces más tiempo que su contraparte masculina. En el grupo dedicado exclusivamente al cuidado de la casa y la familia, las mujeres emplean en promedio nueve horas más a las tareas domésticas que los varones. Llama la atención que los problemas de salud no limitan la participación de la mujer en el trabajo doméstico puesto que quienes presentaron algún problema de salud dedicaron en promedio 12 horas a las labores domésticas, si bien este valor se encuentra entre los más bajos, es semejante a lo reportado por las mujeres que tienen como principal actividad estudiar.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados presentados en este documento, si bien se encuentran en un nivel descriptivo, permiten mostrar algunos indicadores que dan cuenta de la situación de mujeres y hombres en el ámbito de la salud.

La mayor propensión de las mujeres a padecer enfermedades crónicas -diabetes, hipertensión arterial, enfermedades renales- que se incrementan con la edad, es un aspecto importante que debe considerarse en acciones concretas en materia de prevención y de tratamiento, cuando estas enfermedades ya han sido diagnosticadas.

Íntimamente vinculado a este proceso de enfermedad crónica se encuentra la percepción del estado de salud de la población, la cual tiende a percibir un estado de salud más negativo conforme aumenta la edad, como es lógico, debido al desgaste natural de los seres vivos con el tiempo. Sin embargo, resalta que es más común que las mujeres perciban como peor su estado de salud, respecto de la percepción de los varones.

Como en otros contextos, los datos muestran que la depresión es una afección padecida en mayor proporción por las mujeres que por los varones, y es preocupante por la pérdida de años saludables que puede implicar una enfermedad mental. Aparte de profundizar en el conocimiento de los principales determinantes de la depresión femenina es necesario crear conciencia de la enfermedad y sus implicaciones cuando no se atiende a tiempo. El mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres reflejado en una mejor equidad de género en diferentes ámbitos -laboral, doméstico, reproductivo, por mencionar algunos- contribuirá a prevenir o superar este problema de salud.

Este trabajo muestra que la participación de la mujer en la actividad económica, así como los problemas en su salud no son factores que aminoren el tiempo dedicado a las tareas domésticas en la misma magnitud que en su contraparte masculina. La promoción es a favor del cambio hacia una cultura que fomente la corresponsabilidad de todos los miembros de la familia en las tareas del hogar, que resulte en una menor carga de trabajo y en un mejor estado de salud para ellas.

Otro punto de interés es la baja utilización de preservativos en la última relación sexual reportada, la cual evidencia el riesgo al que está expuesta la población, sobre todo la femenina, de contraer una infección de transmisión sexual como el VIH/Sida. Se recomienda reforzar las campañas de información para hacer conciencia sobre la importancia de negociar el "sexo seguro" que incluya tanto a hombres como a mujeres.

La utilización de los servicios preventivos, curativos y hospitalarios fue mayor en la población femenina; sin embargo, hay que tomar en consideración que la búsqueda de la atención por parte de las mujeres estuvo determinada por su papel reproductivo, la presencia de enfermedades crónicas o por el riesgo de contraer cáncer cérvico uterino.

En los varones el consumo de alcohol y tabaco es más frecuente que en las mujeres y se sabe que son factores de riesgo que favorecen la presencia de ciertas enfermedades. Sin lugar a dudas, las campañas de prevención y de cambio en la cultura se deben incrementar con el afán de disminuir las conductas de riesgo en los varones y evitar el incremento de estas conductas en las mujeres.

En cambio, la violencia de pareja se constituye en un factor que pone en riesgo la integridad física y mental de las mujeres. Las elevadas prevalencias de violencia en sus diferentes modalidades (física, psicológica y sexual), señaladas en este trabajo, corroboran los resultados que han sido encontrados en las encuestas nacionales de violencia realizadas en México (ENVIM, 2003 y ENDIREH, 2003).²⁵ En este sentido, la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones es un problema de salud serio que debe ser atendido de manera integral dirigiendo acciones concretas no sólo hacia ellas, sino también hacia la parte agresora, ya que sin esta consideración será difícil romper el círculo vicioso de la violencia.

Por último, la exploración del gasto de bolsillo en los hogares no mostró que los hogares con jefatura femenina gasten más en salud respecto al ingreso total del hogar que los dirigidos por varones. Sin embargo, al examinar el gasto total en salud, en las familias que requirieron hospitalización por parto, cesárea y problemas relacionados con el embarazo y el puerperio, los hogares dirigidos por mujeres tuvieron un gasto total anual en salud más alto que los hogares con jefatura masculina, independientemente de su condición de derechohabiente, lo cual corrobora que su papel reproductivo incrementa el gasto en salud en este tipo de hogares.

Referencias

1. Rohlf I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V et al. La importancia de la perspectiva de género en las de salud. *Gac Sanit* 2000;14(2):146-55.
2. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica* 2002;2(5-6): 457-459.
3. Canadian Institute for Health Information. Catalogue 82-221-XIE. Health Indicators 2003;(2). Disponible en: <http://secure.cihi.ca/indicators/en/pdf/about.pdf>. [2007 abril 8].
4. Gálvez-Pérez T. Gender Indicators for follow-up and evaluation of the Regional Programme of Action for the Women of Latin America and the Caribbean, 1995-2001, and the Beijing Platform of Action (LC/L.II86). Santiago, Chile: United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC); 1999.
5. Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género. Washington, DC: OPS/PALTEX; 2004.
6. Gispert R, Gutiérrez-Fisac JL. Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro. *Rev Salud Publica* 1997;5:7-32.
7. World Health Organization. The World Health Report 1999 -Making a difference-. Ginebra: WHO; 1999.
8. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol* 2003;13(5):340-2.
9. Gómez E. La equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comp. Género, política y salud. México, DF: Grupo Fogra; 2003: 15-30.
10. Heart and Stroke Foundation of Canada. Women, heart disease and stroke in Canada: The changing face of heart disease and stroke in Canada. Ottawa: Heart and Stroke Foundation of Canada; 1999.
11. Society for Women's Health Research. Funding for Women's Health Research: Why fund research on women's health? 1999. Disponible en: http://64.233.167.104/search?q=cache:epfJ9ZLVansJ:www.womenshealthresearch.org/site/PageServer%3Fpagename%3Dpolicy_issues_funding_why+Funding+for+Women%E2%80%99s+Health+Research&hl=es&tct=clnk&cd=6&gl=mx. [2007 abril 9].
12. LaRosa JC. Lipids and cardiovascular disease: Do the findings and therapy apply equally to men and women? *Women's Health Issues* 1992;2:103-13.

13. LaRosa JC. Outcomes of lipid-lowering treatment in postmenopausal women. *Drugs Aging* 2002; 19(8):595–604.
14. Laurence L, Weinhouse B. *Outrageous practices: How gender bias threatens women's health*. Piscataway (NJ): Rutgers University Press; 1997.
15. Eaker E, Pinsky J, Castelli WP. Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology* 1992;135: 854–64.
16. World Health Organization. *Gender and mental health*. Ginebra: WHO; 2002. Disponible en: http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf. [2007 abril 8].
17. Sharp T. Depresión femenina factor laboral. En: Universal Online, mayo2006. Disponible en: <http://www.universal.com>
18. Rhodes A, Goering P. Gender differences in the use of outpatient mental health services. *J Ment Health Adm* 1994;21:338–46.
19. Abou-Gareeb L, Lewallen S, Basset K, Courtright P. Gender and blindness: A meta-analysis of populations based prevalence surveys. *Ophthalmic Epidemiol* 2001;8:39-56.
20. World Health Organization. *Gender and blindness*. Ginebra: WHO; 2002. Disponible en: http://www.who.int/gender/other_health/en/genderblind.pdf. [2007 abril 9].
21. Lewallen S, Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bull World Health Organ* 2002;80(4):300-3.
22. Pinet LM. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Pública Mex* 2005;47(1):64-71.
23. World Health Organization. *Gender and road traffic injuries*. Ginebra: WHO; 2002. Disponible en: http://www.who.int/gender/other_health/en/gendertraffic.pdf. [2007 abril 9].
24. Olaiz G, del Río A, Híjar M. *Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México: Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
25. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Instituto Nacional de las Mujeres. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México, DF: INEGI/ INMUJERES; 2003.



Análisis de género e investigación en salud

Prudencia Cerón Mireles, PhD,¹ Cecilia Robledo Vera, Lic. en Soc,²
Constanza I. Sánchez Carrillo, PhD,³ Aurora del Río Zolezzi, M en C,² Laura
Pedrosa Islas, M. en C.,² Hilda Reyes Zapata, MSP,³ Berta Cerón Mireles,
Lic en Soc,¹ Guadalupe Ordaz Hernández, Lic. en Soc,¹ Gustavo Olaiz
Fernández, MSP.¹

1 Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
2 Dirección General Adjunta de Equidad de Género. Centro Nacional de
Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.
3 Af uentes, S. C.

En las tres últimas décadas en varios países del mundo se ha impulsado el conocimiento de las diferencias en la situación de las mujeres y los hombres en áreas tales como la educación, el empleo, la participación ciudadana y la salud, con el propósito de erradicar las desigualdades, sobre todo aquellas que sea posible evitar. Nuestro país se ha sumado a tal esfuerzo. Desde distintas áreas se ha avanzado en el conocimiento de la situación de las mujeres y los hombres, y en el ejercicio de acciones en favor de la igualdad entre ellos y entre personas del mismo género.

En el área de la salud es particularmente importante tener conciencia del papel trascendental que tienen tanto el sexo como el género en las condiciones de salud-enfermedad, así como de la influencia que tiene el género sobre los diversos elementos del sistema de atención y sus resultados.

La desagregación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad, según sexo, aún está en proceso de generalización y, por lo tanto, el conocimiento de las diferencias entre mujeres y hombres; en el campo de la investigación biomédica y clínica, sobre todo en los países más desarrollados, se comienzan a considerar más fuertemente el sexo y la influencia de la situación genérica en la morbilidad y mortalidad y, en los sistemas de salud, la interrelación del sexo con su organización y eficiencia.

A partir de esas consideraciones se determinó que en nuestro país tenemos necesidad de conocer la situación actual con base en información estadística y en resultados de investigación que posibiliten identificar las diferencias, según sexo y género, en el área de la salud para luchar contra las desigualdades.

El documento que ahora se presenta resume los resultados de la investigación cuyo propósito fue aproximarse al conocimiento de la medida y las formas como se considera al género en la información e investigación en salud en México, y al conocimiento de la situación de las investigadoras y de los investigadores en salud, para brindar un panorama general útil como insumo para diseñar políticas y programas de salud encaminados a hacer más equitativa la condición de hombres y mujeres respecto a la salud.

Antecedentes

Situación de morbilidad y mortalidad en mujeres y hombres

A escala global los patrones de enfermedad muestran marcadas diferencias entre hombres y mujeres. Las tasas de mortalidad son más elevadas para los hombres que para las mujeres, no obstante, estas últimas muestran mayores tasas de morbilidad.¹ Si bien la esperanza de vida al nacimiento, especialmente en países desarrollados, se ha incrementado en las últimas décadas, los diferenciales de mortalidad muestran consistentemente mayor longevidad de las mujeres; por ejemplo, en 1920 en Estados Unidos de América (EUA) la esperanza de vida al nacimiento para las mujeres era de 56 años, solamente dos años mayor que la de los hombres, mientras que en el año 2000 alcanzó los 79.5 años de edad para las mujeres y se amplió a cinco años la brecha respecto a los hombres. En países con menor desarrollo la diferencia en esperanza de vida al nacimiento entre hombres y mujeres no es tan pronunciada. En el Sahara de África es de tres años, mientras que en el sureste de Asia hombres y mujeres tienen la misma expectativa de vida.²

Una vía para la comprensión de esas diferencias es biológica, relacionada con genes asociados al cromosoma X que contribuyen a una mayor resistencia de las mujeres a las enfermedades infecciosas, lo que explicaría la mayor mortalidad masculina en el periodo perinatal y en los primeros meses de vida.³ En la edad adulta, los estrógenos ejercen un efecto protector sobre el riesgo para que las mujeres sufran infartos, por lo menos hasta la menopausia, cuando se igualan los riesgos en hombres y mujeres.

Otra vía para la comprensión de las diferencias en salud entre mujeres y hombres es sociocultural: los roles sociales que se les asignan los exponen a riesgos diferentes que influyen en la morbilidad y en la mortalidad; por otra parte, si bien las características que definen la masculinidad varían de cultura a cultura, es frecuente que el tabaquismo, el consumo de alcohol y la violencia se asocien con características masculinas, en consecuencia, se observa en los hombres mayores tasas de mortalidad por accidentes, cirrosis y violencia donde el alcohol interviene de manera importante.² Los riesgos laborales son otro factor relacionado con la muerte de hombres; por ejemplo, su mayor exposición a carcinógenos en su ambiente laboral ha contribuido a que ellos tengan tasas más altas de cáncer de pulmón.³

Respecto a la morbilidad, paradójicamente, se observa en las mujeres mayores tasas que en los hombres. Algunos autores consideran que ello obedece a demandas diferenciales por sexo y a una pobre salud mental y física de las mujeres,⁴ pues aunque ellas viven más tiempo que los hombres, llevan una carga de enfermedad desproporcionadamente alta, por ejemplo, en Noruega y Suecia, mujeres mayores de 25 años de edad tuvieron con mayor frecuencia que los hombres enfermedades de larga duración y reportaron más síntomas como ansiedad.¹ Las diferencias en la morbilidad se observan en todas las etapas de la vida; en general, las jóvenes muestran mayor prevalencia de depresión, malestar general, cefalea y problemas digestivos que los hombres; este exceso de morbilidad se incrementa con la edad.⁵

En los países de menor desarrollo las desigualdades de género manifestadas en la morbilidad y la mortalidad se agudizan por una mayor subordinación social de las mujeres, manifestada en prácticas

médicas que atribuyen sus enfermedades a fallas en su conducta y limitando su acceso y utilización de servicios modernos de atención a la salud, incluyendo la atención materna, la planificación familiar y los servicios de aborto seguro. Adicionalmente, el énfasis en los papeles de crianza asignados a las mujeres provoca una maternidad excesiva y temprana y ciertos grados de discriminación en contra de las niñas respecto a cuidados generales. Las cargas de trabajo excesivas en las mujeres no sólo las exponen a riesgos para su salud, sino que también les dificultan tener tiempo para su autocuidado. Asimismo, su falta de autonomía las lleva a carecer de poder de decisión y de acceso a un ingreso propio.⁶

Así pues, las diferencias por género son complejas, algunas más relacionadas con factores sociales como el nivel socioeconómico, ocupación y apoyo social, otras quizás con factores biológicos o la interacción entre ambos, por lo que un primer paso en su estudio es identificar las diferencias a través de indicadores basales que permitan avanzar en el análisis de sus determinantes.

Género e investigación en salud

Como se ha mostrado, existen numerosas evidencias de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres; sin embargo, estudios realizados principalmente en países desarrollados sobre la investigación en salud, plantean que ha predominado un modelo con perspectiva masculina; por ejemplo, en la investigación biomédica se ha incursionado escasamente en la exploración de las causas, tomando en cuenta el sexo, desarrollándose con un marcado sesgo masculino en el diseño de los estudios clínicos, reflejado en la tendencia a incluir hombres como sujetos de estudio y generalizando sus hallazgos tanto a hombres como a mujeres;⁷ también se ha prestado escasa atención a problemas frecuentes en las mujeres como incontinencia urinaria y dismenorrea; ese sesgo en la selección de temas de investigación se extiende al diseño de los estudios, en los cuales a las mujeres se las excluye sistemáticamente.²

Así como se ha identificado un sesgo de género en los enfoques de investigación, particularmente la investigación sociomédica también ha documentado un desarrollo profesional desigual entre mujeres y hombres en la investigación, y ha observado que las mujeres muestran rezago salarial, menor promoción y reconocimiento profesional que sus contrapartes masculinas.⁸

Estudios sobre el tema señalan las inequidades observadas en el desarrollo profesional de las mujeres en la investigación en salud: mujeres que laboran en actividades académicas en escuelas de medicina perciben menor ingreso, comparadas con sus contrapartes masculinas, gozan de menor promoción y reconocimiento⁸ y, en algunos casos, requieren el doble de productividad para acceder a financiamiento de investigaciones u obtener un puesto de igual categoría laboral que sus colegas hombres.⁹ En nuestro medio no se ha documentado si existen estos sesgos en la investigación en salud y cuál es su magnitud.

En suma, el sexo y el género afectan diferencialmente la salud en nuestras sociedades, así como el acceso y la calidad de los servicios de salud, lo mismo que la investigación en salud.

Metodología

La investigación exploró tres dimensiones:

1. Búsqueda de evidencias nacionales e internacionales sobre las diferencias en salud, según sexo, en la población mexicana.
2. Análisis de revistas científicas nacionales editadas por tres de los Institutos Nacionales de Salud y un Hospital, para determinar si se está incorporando la perspectiva de género en la investigación en salud.
3. Situación de investigadoras e investigadores de los Institutos Nacionales de Salud para conocer si existen desigualdades entre ellos, relacionadas con su condición de género.

El protocolo fue evaluado y autorizado por la Comisión de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

En la primera dimensión se revisaron estadísticas de morbilidad y mortalidad y estudios epidemiológicos, sobre todo los realizados en México, estos últimos a través de búsquedas sistemáticas en *Medline*.

En la segunda dimensión se revisaron artículos publicados en cuatro revistas científicas nacionales pertenecientes a los Institutos Nacionales de Salud durante el periodo 2000-2003: *Salud Pública de México*, del Instituto Nacional de Salud Pública; *Salud Mental*, del Instituto Nacional de Psiquiatría; *Revista de Investigación Clínica*, del Instituto Nacional de Nutrición, y el *Boletín Médico, del Hospital Infantil de México*. Se seleccionaron todos aquellos artículos que describían la condición de salud tabulada por sexo o con perspectiva de género. Cada artículo se revisó utilizando el marco conceptual propuesto por el *Gender and Health Group*, de la Escuela de Medicina Tropical de Londres, Inglaterra,¹⁰ el cual plantea dos niveles para el análisis de la perspectiva de género y salud: el primero es descriptivo, identifica las diferencias o disparidades en salud entre mujeres y hombres, y el segundo contextualiza la información descriptiva analizando los factores sociales, culturales y económicos que afectan la salud y las decisiones que mujeres y hombres hacen sobre ella y su atención médica. Los artículos desagregados por sexo o con perspectiva de género fueron contabilizados y se calcularon porcentajes en relación con el total de artículos publicados.

En la tercera dimensión se revisaron los registros de la evaluación a investigadores de 2003 realizada por la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud de México, en donde se anotó para cada investigador la institución en la que laboraba, el sexo, la escolaridad, su pertenencia al Sistema Nacional de Investigadores, su plaza o nombramiento y su resultado de la evaluación académica. El análisis fue descriptivo con porcentajes. En este documento se hace énfasis en los resultados de la exploración de las diferencias en salud, según sexo, en nuestro país.

Resultados

Primera dimensión. Diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres en México

Mortalidad

La esperanza de vida al nacimiento para las mujeres en el año 2002 fue casi cinco años mayor que la de los hombres (*cuadro I*). La tasa de mortalidad general estandarizada por edad para las mujeres fue 1.4 veces mayor para los hombres, comparados con las mujeres. En 2002 la mortalidad perinatal fue discretamente mayor para los hombres que para las mujeres, mientras que la mortalidad por causas relacionadas con accidentes de tráfico en vehículos de motor, violencia (homicidios y suicidios) y cirrosis fueron más de tres veces más altas para los hombres.

Cuadro I

Comparativo de esperanza de vida al nacimiento y tasas de mortalidad ajustadas por edad, para mujeres y hombres en México, 2002

Variable	Tasa* Mujeres	Tasa* Hombres	Razón H/M
Esperanza de vida al nacimiento ¹¹	77.09	72.15	0.93
Mortalidad general estandarizada por edad ¹²	5.3	7.5	1.4
Ciertas afecciones perinatales** ¹²	790.5	1037.6	1.3
Malformaciones congénitas ¹²	7.5	8.4	1.1
Enfermedades infecciosas intestinales ¹²	5.2	5.6	1.1
Infecciones respiratorias agudas ¹²	15.7	20.5	1.3
Tuberculosis pulmonar ¹²	2.3	5.4	2.3
Sida ¹²	1.4	8.1	5.8
Deficiencias de la nutrición ¹²	11.5	13.1	1.1
Anemia ¹²	1.6	1.9	1.2
Enfermedad isquémica del corazón ¹²	60.0	90.0	1.5
Enfermedad cerebrovascular ¹²	39.1	42.1	1.1
Diabetes mellitus ¹²	85.8	84.2	0.9
Cáncer pulmonar ¹²	6.2	15.7	2.5
Cáncer estómago ¹²	6.6	9.1	1.4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ¹²	16.8	58.3	3.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ¹²	14.8	23.6	1.6
Accidentes de tráfico de vehículos de motor ¹²	7.0	24.7	3.5
Homicidios ¹²	2.6	18.6	7.1
Suicidios ¹²	1.3	6.8	5.2

*Tasa por 100 000 habitantes.

**Tasa por 100 000 habitantes menores de un año de edad.

Fuente: Conapo, México 2002. ¹¹

Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud 2002. ¹²

Los hombres también rebasan a las mujeres en la mortalidad por algunas enfermedades infecciosas. La tuberculosis pulmonar fue 2.3 veces mayor para los hombres y la mortalidad por el VIH/sida fue casi seis veces más alta para los hombres, comparados con las mujeres. No se observaron diferencias importantes entre hombres y mujeres en la mortalidad por otras enfermedades infecciosas como las intestinales y las respiratorias. La única causa donde se observa una discreta mayor mortalidad en las mujeres fue por la diabetes mellitus.

Morbilidad

Las mujeres reportan una proporción discretamente mayor de mala percepción de su salud, 5.7%, comparadas con 4.9% de los hombres (*cuadro II*).¹³ La prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 20 a 69 años de edad, 34.2%, fue mayor para los hombres que para las mujeres, 26.3%,¹³ lo cual contrasta con la incidencia de hipertensión arterial reportada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en 2003 cuando fue casi el doble para las mujeres.¹⁴

Cuadro II
Prevalencias e incidencias de algunos problemas de salud, y porcentaje de uso de servicios de salud para mujeres y hombres en México, 2000–2003

	Mujeres	Hombres	Razón H/M
Mala percepción de salud ¹³	5.7	4.9	0.86
Enfermedades crónicas			
Incidencia hipertensión arterial crónica ¹⁴	609.5	345.6	0.57
Prevalencia hipertensión arterial crónica ¹³	26.3	34.2	1.30
Incidencia diabetes mellitus ¹⁵	1.07*	0.96*	0.90
Prevalencia diabetes mellitus ¹⁶	17.9	11.9	0.66
Prevalencia retinopatía en diabéticos ¹⁸	17.0	34.4	2.0
Prevalencia obesidad ¹³	28.9	19.4	0.67
Sobrepeso y obesidad en adolescentes ¹⁹	16.1	2.2	13.6
Prevalencia dislipidemias mixtas ²⁰	9.6	17.0	1.77
Prevalencia fobias específicas ²¹	2.8	1.6	0.57
Enfermedades infecciosas			
Prevalencia VPH en estudiantes ²³	17.9	8.5	47.5
Uso de servicios			
Porcentaje uso de servicios de salud ambulatorios ¹³	53.8	37.5	0.70
Porcentaje uso de servicios de vacunación ¹³	18.6	25.0	1.34
Porcentaje revisión niño sano ¹³	1.5	2.6	1.73

*Por 100 años persona en sujetos de entre 55 a 64 años de edad.

La incidencia de diabetes mellitus es similar entre hombres y mujeres¹⁵ y la prevalencia es mayor en las mujeres, posiblemente por su mayor sobrevivencia;¹⁶ sin embargo, el registro de casos nuevos en las estadísticas de salud indica que más mujeres utilizan los servicios del sector salud; además, estudios en México refieren que las diabéticas tienen mayor conocimiento sobre la relación entre su enfermedad y la nutrición y de aspectos preventivos sobre el consumo de tabaco y alcohol que los hombres.¹⁷ Por otra parte, los hombres con diabetes tienen con mayor frecuencia complicaciones, como retinopatía (34.4%), que las diabéticas (17%).¹⁸

La prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres, 28.9% y 19.4%, respectivamente.¹³ El sobrepeso y la obesidad son 13 veces más frecuentes en mujeres que en hombres adolescentes.¹⁹ En contraste, los hombres tienen 1.77 veces más dislipidemias mixtas que las mujeres.²⁰

Los trastornos de ansiedad fóbica son más prevalentes en mujeres que en hombres adultos en la Ciudad de México.^{21,22} Ellas también presentan una mayor prevalencia en infección por el virus del papiloma humano en jóvenes.²³

En relación con los servicios de salud, una mayor proporción de mujeres, 53.8%, utilizaron los servicios de salud ambulatorios, comparadas con 37.5% de los hombres.¹³ La utilización de servicios preventivos como vacunación y revisión del niño sano, fue más frecuente en niños: 25% y 2.6%, respectivamente, que en niñas: 18.6% y 1.5%.¹³

Segunda dimensión. Aplicación de la perspectiva de género en la investigación en salud

En cuatro revistas científicas pertenecientes a los Institutos Nacionales de Salud los resultados se presentaron desagregados por sexo solamente en 29.4% de los artículos publicados. La revista *Salud Pública de México* fue la publicación con mayor porcentaje de artículos con resultados desagregados por sexo (50.9%). Solamente en 3.3% de los artículos publicados en esas revistas científicas se aplicó la perspectiva de género. Información detallada sobre los resultados de esta dimensión se encuentran en la revista *Salud Pública de México*.²⁴

Tercera dimensión. Diferencias en desarrollo profesional entre hombres y mujeres

La distribución de investigadores por sexo en los Institutos Nacionales de Salud fue paritaria; sin embargo, al observar la distribución por Instituto se identifican importantes diferencias, mayor número de investigadores en Institutos cuyas especialidades son la cardiología o las enfermedades de la nutrición, mientras que hubo mayor número de mujeres en los Institutos Nacional de Psiquiatría, Perinatología y Pediatría. En las categorías de investigación más bajas predominaron las mujeres, mientras que los hombres ocuparon los niveles más altos. Asimismo, un mayor número de hombres pertenecía al Sistema Nacional de Investigadores, comparados con las mujeres.

Conclusiones

Las diferencias en mortalidad y morbilidad muestran un patrón similar al observado en países desarrollados, los hombres presentan sensiblemente mayores tasas de mortalidad por causas ligadas con la violencia: homicidios, suicidios y accidentes; así como por causas ligadas con el consumo de alcohol, como la cirrosis, y con el consumo de tabaco, como el cáncer pulmonar. Esta realidad muestra clara influencia de patrones de conducta masculinos sobre los riesgos de los hombres para morir.

Los hallazgos sobre morbilidad presentan la aparente paradoja de una mayor morbilidad de las mujeres, tanto en el informe de percepción de mala salud, como en la incidencia de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad. Las mujeres también están haciendo mayor uso de los servicios ambulatorios que los hombres. Sin embargo, entre menores de edad, con mayor frecuencia se practica a los varones la revisión de niño sano y se usan los servicios de vacunación que con las mujeres, lo cual sugiere mayor cuidado hacia los varones por parte de la familia.

La extensión en la que se están estudiando las diferencias en salud entre hombres y mujeres -tanto biológicas como de género- en México, reflejadas en artículos publicados en cuatro revistas científicas nacionales es aún muy limitada, por cuanto se observa que solamente en una tercera parte de los artículos publicados los resultados se desagregaron por sexo, y que en una proporción muy pequeña se analizan con perspectiva de género.

Sobre el desarrollo profesional de investigadoras e investigadores en los Institutos Nacionales, los resultados muestran tendencia a la paridad en la distribución de mujeres y hombres en las diferentes áreas de investigación; no obstante, sucede algo similar a lo que ocurre con la selección de especialidades médicas: hay más hombres en áreas que representan mayor prestigio como la cardiología o la medicina interna, mientras que más mujeres se concentran en Institutos donde las áreas de especialidad podrían considerarse una extensión del rol femenino, como la pediatría; además, las mujeres se ubican en los niveles profesionales más bajos, lo que sugiere un rezago que requiere ser explorado para averiguar su relación con cuestiones de género.

De acuerdo con los hallazgos de esta exploración es indispensable continuar y dar impulso a la generación sistemática de datos desagregados por sexo en las estadísticas. En las diversas áreas de investigación en salud es necesario promover la consideración de las diferencias biológicas y de género entre los sexos, no sólo en el área sociomédica, sino también en la biomédica y en la clínica, de tal forma que sea posible explorar de qué manera esos elementos biológicos y sociales y su interacción pueden determinar de qué se enferman mujeres y hombres, sus respuestas a medicamentos, tratamientos y diversas cuestiones relacionadas con su utilización de servicios de salud; todo ello, con el fin de desarrollar mejores estrategias para el diagnóstico, control, prevención y manejo médico de los padecimientos que aquejan a nuestra población. Asimismo, es importante realizar investigación sobre las condiciones en

las que las trabajadoras y los trabajadores del sector salud se desarrollan profesionalmente, con el fin de identificar obstáculos para hacer posible la equidad de género en las áreas de servicio y de investigación del sector salud.

Referencias

1. Haavio-Manila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986;22(2):141-9.
2. World Health Organization. *Gender and Health: Technical Paper*, 1998. Disponible en: www.who.int/.../publications/WHD_98_16_.
3. Waldron I. Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. *Soc Sci Med* 1983; 17(6):321-33.
4. Nathanson CA. Illness and the feminine role: A theoretical review. *Soc Sci Med* 1975; 9:57-62.
5. Sweeting H, West P. Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Soc Sci Med* 2003; 56(1):31-9.
6. Okojie CE. Gender inequalities of health in the Third World. *Soc Sci Med* 1994; 39(9):1237-47.
7. Pinn VW. Equity in biomedical research. *Science* 1995; 269: 5225.
8. Anonymous. Sex and science. *Lancet* 2000; 355:9212.
9. Godlee F. Glass ceiling confirmed in biomedical research. *BMJ* 1997; 314:7094.
10. Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine. *Guidelines for the analysis of gender and health*, Dec 1998. Disponible en: <http://www.liv.ac.uk/lstm/hsr/GG-2.html>.
11. Partida V. Situación demográfica actual. En: *La situación demográfica en México, 2002*. Publicación en línea www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002.
12. Dirección General de Información en salud. *Cuadros de Mortalidad*. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad>.
13. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud*. Cuernavaca, Morelos, México: SSA; 2003.
14. Dirección General de Epidemiología/ Secretaría de Salud. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Anuarios de morbilidad 1984-2005*. Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx.
15. Burke JP, Williams K, Haffner SM, González-Villalpando C, Stern MP. Elevated incidence of type 2 diabetes in San Antonio, Texas, compared with that of Mexico City, Mexico. *Diabetes Care* 2001;24(9):1573-8.

16. Barceló A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(5):300-8.
17. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* 2003;45: 259-68.
18. González-Villalpando C, González-Villalpando ME, Rivera-Martínez D, Stern MP. Incidencia y progresión de la retinopatía diabética en población de nivel socioeconómico bajo de la Ciudad de México. *Rev Invest Clin* 1999;51:141-50.
19. Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Ment* 2002; 25(2):49-57.
20. Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Valles V, Franco A, Olaiz G. et al. Características de los casos con dislipidemias mixtas en un estudio de población: resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. *Salud Publica Mex* 2002;44:546-53.
21. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Ment* 2000;23(5)10-19.
22. Granados-Cosme JA, Ortiz-Hernández L. Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Ment* 2003;26(1):42-50.
23. Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas F. La infección por virus del papiloma humano, un posible marcador biológico del comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica Mex* 2002; 44(5):442-7.
24. Cerón-Mireles P, Sánchez-Carrillo CI, Robledo-Vera C, Del Río-Zolezzi A, Pedrosa-Islas L, Reyes-Zapata H et al. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003. *Salud Publica Mex* 2006; 48:332-40.



Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género

Gustavo Nigenda,¹ José Arturo Ruiz.¹

¹ Instituto Nacional de Salud Pública.
Dirección de Innovaciones en Servicios y Sistemas de Salud.
Cuernavaca, Morelos, México.

Los recursos humanos en el sector salud significan un amplio ámbito de estudio e investigación; sin embargo, los estudios realizados considerando la perspectiva de género en este campo resultan aún muy generales. Si bien existen ya estudios que abordan cuestiones de formación de recursos o de perfiles profesionales, por ejemplo, pocos se han enfocado a ampliar el conocimiento sobre las diversas categorías ocupacionales que confluyen de manera importante en el sistema de salud del país (más allá de profesionales de la medicina y de la enfermería). A lo anterior hay que sumar que existe una compleja dinámica iterativa entre la oferta, los requerimientos de las instituciones y las políticas oficiales y privadas diseñadas para los recursos humanos del sector salud.

La situación es más complicada al buscar estudios que consideren las variables de sexo y de género entre los profesionales de la salud. El problema inicia desde la búsqueda de información cuantitativa desglosada a partir de dichas variables. Un ejemplo de las enormes lagunas existentes es que las instituciones del sector salud no dan a conocer el número de empleados por categorías específicas y por sexo.

En tal contexto, el presente trabajo busca contribuir al estudio de los recursos humanos considerando su situación ocupacional por sexo. Se incluyeron tres categorías profesionales: personal de medicina, de enfermería y de odontología. Sobre esta última no fue posible obtener información detallada para el sector salud, por lo cual sólo se realizó un acercamiento inicial incluyendo todos los sectores y actividades económicas que representan una opción para dicho grupo. Más allá de la composición por sexo de los grupos ocupacionales relacionados con la salud, este trabajo presenta algunos indicadores laborales que reflejan con claridad las diferencias de género y que requieren de una respuesta institucional urgente.

Como principal fuente de información se tomó la base de datos del Censo General de Población y Vivienda 2000,¹ de donde fue posible extraer indicadores tales como sexo, edad, ocupación e ingresos.

La presencia de las mujeres

A pesar de que no existe información pública sobre el perfil de los recursos humanos dentro del sector salud (sexo, edad, puesto, ingresos por categorías ocupacionales y por tipo de plaza), es posible asegurar que éstos se encuentran altamente *feminizados*. Baste señalar, como ejemplos, que entre el personal de enfermería más de 95% son mujeres y que entre el de medicina ellas representan alrededor de 50%.ⁱ En otros grupos ocupacionales como odontología y trabajo social, el sexo femenino también es predominante.

El personal de enfermería

Una diferencia de género importante entre el personal de enfermería es que 91% de los hombres que estudiaron para técnicos de enfermería (independientemente del grupo de edad en el que se ubiquen) declararon tener una ocupación en este campo, mientras que en el grupo de mujeres el porcentaje es de 62.8%. El 27.2% se dedican al hogar, mientras que los hombres en esa actividad no alcanzan el 1% (*cuadro I*).

Cuadro I

Actividades del personal de enfermería, por sexo. México, 2000

Actividades	Técnicas	
	Hombres %	Mujeres %
Trabajan	91	62.8
Estudian	3.3	2.4
Tiene trabajo pero no trabajó	3.6	6
Hogar	0.7	27.2
Busca trabajo	1.1	0.5
No específico	0	0.0
Jubilados o pensionados	0	0.52
Incapacitados	0.2	0.52
Total	100	100

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Del total de personas que estudiaron licenciatura en enfermeríaⁱⁱ (104 825) registradas en el Censo de 2000, el 55.2% realizan actividades remuneradas en el área que estudiaron. Por su parte, 15.4% de las egresadas trabajan en actividades ajenas a su formación académica, mientras que 16.2% del

i Esto no es una situación exclusiva para el caso de México; al contrario, es algo generalizado en el ámbito internacional en la mayoría de los sistemas de salud del mundo.²

ii Debido a que en la base de datos no fue posible separar la licenciatura del posgrado, ambos niveles se incluyen en la misma cifra. Es sabido que las enfermeras con posgrado representan un bajo porcentaje del total.

mismo total se dedican al hogar. La suma de estas dos últimas actividades representa 31.6% del total de egresadas. Es decir, 33 099 personas realizan tareas que no requieren para su desempeño de la calificación académica adquirida.

La situación ocupacional de este personal de enfermería presenta algunas diferencias entre sexos en cuanto a su empleo en el área que estudiaron: del total de hombres con nivel licenciatura y posgrado, 60.9% se encuentra empleado, mientras que el porcentaje del total de mujeres en la misma condición fue de 54.9. Donde también existe un margen de diferencia es entre las personas que se encuentran estudiando: 5.9% del total son hombres, en tanto que el porcentaje de mujeres es 2.0. Respecto a las personas que se ocupan en el hogar, la disparidad es aún más marcada: 1% del total de hombres frente a 16.9 de las mujeres (*cuadro II*).

Cuadro II

Situación ocupacional del personal de enfermería con licenciatura y posgrado, por sexo. México, 2000

Situación ocupacional	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Total nacional	104 825	100	4 868	100	99 957	100
Empleados	57 834	55.2	2 964	60.9	54 870	54.9
Subempleados cualitativos *	16 128	15.4	1 206	24.8	14 922	14.9
Desempleados	7 143	6.8	249	5.1	6 894	6.9
Estudian	2 286	2.2	289	5.9	1 997	2.0
Se dedican a quehaceres del hogar	16 971	16.2	49	1.0	16 922	16.9
Inactivos no disponibles**	4 463	4.2	111	2.3	4 352	4.4

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

* Comprende a las personas que concluyeron sus estudios, pero que realizan actividades totalmente ajenas a su formación.

** Dentro de este grupo se encuentran las personas jubiladas, pensionadas e incapacitadas permanentes.

El desempleo entre el personal de enfermería afecta a 88 de cada 1 000 personas que estudiaron licenciatura, encontrándose importantes diferencias entre mujeres (89/1 000) y hombres (56/1 000). En cuanto al desperdicio laboral, la tasa estimada fue de 410/1 000, y al diferenciarla por sexo, de nuevo la más alta resultó para las mujeres, con 413/1 000, frente a la registrada para los hombres, que fue de 336/1 000.

Los ingresos de las enfermeras que laboran dentro del sistema de salud son, en promedio, inferiores a los de los hombres en las categorías de formación técnica y de licenciatura. El promedio de ingreso mensual de las enfermeras técnicas es 5% menor al de los varones, y en el nivel licenciatura, 2% inferior al de los hombres (*cuadro III*).

Cuadro III

**Promedio de ingresos mensuales,*
según nivel de instrucción y sexo. México, 2000**

Enfermería	Hombres	Mujeres
Nivel técnico	4 157.00	3 947.00
Nivel licenciatura	5 242.00	5 145.00

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

*Moneda nacional en el 2000.

El personal médico

Del total de médicos y médicas generales y especialistas en el año 2000, el 70% se encontraban trabajando en el área que estudiaron, y del total, 13% se dedicaban a laborar en actividades ajenas a su área de estudio, es decir, se encontraban en condición de subempleo cualitativo. El 4% de los médicos y de las médicas egresados se dedicaban al hogar.

Diferenciando por sexo, 13% de los hombres no ejercían labores dentro de su área de estudio, mientras que para las mujeres esta cifra alcanza 12%. Por otro lado, el porcentaje de hombres y mujeres trabajando en el área de medicina fue de 75 y 59, respectivamente. De acuerdo con estos porcentajes existía una diferencia de 16 que favorece al grupo de los hombres empleados. Dentro de la población egresada de medicina, sólo 0.5% de los hombres se dedican a quehaceres del hogar, mientras que 11% de las mujeres se encontraba en esa situación (*cuadro IV*).

Cuadro IV

Situación ocupacional del personal de medicina, por sexo. México, 2000

Situación ocupacional	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Total nacional	204 778	100	133 673	100	71 105	100
Empleados	142 923	70	100 818	75	42 105	59
Subempleados cualitativos *	26 733	13	18 289	13	8 444	12
Desempleados	10 892	5	5 385	5.5	5 507	8
Estudian	10 122	5	4 596	3	2 526	8
Se dedican a quehaceres del hogar	7 895	4	8	0.5	7 887	11
Inactivos no disponibles**	6 213	3	4 577	3	1 636	2

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

* Comprende a las personas que concluyeron sus estudios, pero que realizan actividades totalmente ajenas a su formación.

** Dentro de este grupo se encuentran las personas jubiladas, pensionadas e incapacitadas permanentes.

De acuerdo con la misma fuente,¹ para el año 2000 se calculó una tasa de desperdicio laboralⁱⁱⁱ de 241 por cada 1 000 egresados de medicina. Igual que en la licenciatura de enfermería, en medicina también se registraron diferencias por sexo, ya que 341/1 000 mujeres estaban dentro de esta categoría de desperdicio, mientras que los hombres fueron 190/1 000. En cuanto a la tasa de desempleo,^{iv} ésta fue de 60/1 000 profesionales de la medicina; al diferenciarla por género, la más alta se concentró en las mujeres con 98 / 1 000, frente a los hombres, que fue de 43/1 000.

En relación con los ingresos mensuales de los médicos y de las médicas generales y de los y las especialistas se encontró que en ambos grupos los hombres tuvieron ingresos mayores respecto de las mujeres, como se aprecia en el *cuadro V*.

Cuadro V

Promedio de ingresos mensuales* del personal de medicina,
según nivel de instrucción y sexo. México, 2000

Generales		Especialistas	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
9 464.00	6 890.00	13 287.00	8 502.00

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

*Moneda nacional en el 2000.

iii La fórmula utilizada para calcular la tasa de desperdicio fue la siguiente: desempleo+dedicados al hogar+trabajan en actividades no relacionadas con su área de estudio entre total de graduados-estudiantes-inactivos.

iv Para calcular la tasa de desempleo se utilizó la siguiente fórmula: desempleo entre empleados+trabajan en actividades no relacionadas con su área de estudio + desempleados.

El personal de odontología^v

La información referente a las personas con nivel técnico indica que del total de hombres que concluyeron sus estudios 91.4% trabajaba, mientras que en las mujeres la cifra sólo llegó a 45.9%. Por otra parte, es posible asegurar que entre las personas que trabajaban el mayor número de mujeres lo hacía en actividades propias de la odontología a nivel técnico (82.6%), mientras que entre los hombres 59.3% se ocupaba en actividades ajenas a la misma (*cuadro VI*).

Cuadro VI

Situación ocupacional del personal de odontología con nivel técnico, por sexo. México, 2000

Situación laboral	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Total nacional	12 957	100	3 360	100	9 597	100
Trabajan	7 476	57.7	3 071	91.4	4 405	45.9
- Trabajan odontología	2 012		1 248		764	
- Trabajan en otras actividades ajenas	5 464		1 823		3 641	
No trabajan	5 481	42.3	289	8.6	5 192	54.1

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

El panorama es un tanto diferente al observar la situación ocupacional de las personas que cursaron estudios de licenciatura en odontología. En este nivel el porcentaje de mujeres que declaró no trabajar alcanzó a 39.2, mientras que entre los hombres fue de 13.5. Respecto a la gente que concluyó sus estudios de licenciatura y que trabaja en una actividad ajena, el porcentaje entre hombres y mujeres fue similar, 31.4 y 34.3, respectivamente (*cuadro VII*).

Cuadro VII

Situación ocupacional del personal de odontología con nivel de licenciatura, por sexo. México, 2000

Situación laboral	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Total nacional	100 705	100	38 772	100	61 933	100
Trabajan	71 218	70.7	33 568	86.5	37 650	60.8
- Trabajan odontología	47 722		23 015		24 707	
- Trabajan en otras actividades ajenas	23 496		10 553		12 943	
No trabajan	29 487	29.3	5 204	13.5	24 283	39.2

Fuente: Datos generados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a partir del Censo General de Población y Vivienda, 2000.

^v La información obtenida y procesada sobre el personal de odontología en los tres niveles de formación académica contemplados se presenta de manera distinta al resto de las profesiones que abarca el presente estudio. Sólo fue posible dividirlos en dos grandes rubros (trabajan y no trabajan), el segundo de ellos no está desglosado en cuanto a especificar quiénes de todas las personas que se ubican en él estudian, o se dedican al hogar, o son pensionadas o jubiladas. Lo anterior se debió a que los resultados obtenidos en un primer ejercicio de manejo de la base de datos resultaban contradictorios y poco consistentes.

Respecto al promedio de ingresos económicos en los distintos niveles de formación académica en odontología, comparados por sexo, las diferencias son más marcadas, en comparación con los médicos y las médicas, y las enfermeras y los enfermeros. Las odontólogas con nivel técnico obtienen ingresos promedios menores que los odontólogos por \$1 010.00 pesos al mes. Las dentistas con licenciatura perciben en promedio \$3 390.00 pesos menos que los dentistas; y entre las personas con posgrado la diferencia es de \$4 740.00 al mes, a favor de los hombres.

Conclusiones

En el sector salud el desperdicio de recursos humanos es un problema importante.

En las tres categorías laborales consideradas en el estudio, la situación ocupacional y de ingresos es desfavorable para las mujeres. En términos generales la mayoría de ellas presentan tasas de empleo menores a los hombres y se ocupan más en quehaceres del hogar. Es decir, su saber acumulado durante años de formación o experiencia laboral no es aplicado en absoluto dentro de sus actividades cotidianas. Si bien los quehaceres del hogar representan al mismo tiempo un trabajo no remunerado, pero sí una importante inversión de tiempo en la reproducción familiar, la capacidad adquirida a través del entrenamiento especializado no es puesta en práctica para generar un ingreso y un beneficio social directo.

Las enfermeras con menor educación son las que se encuentran en peores condiciones, tanto frente a los hombres como respecto a sus compañeras con niveles superiores de estudio.

Algunas de las diferencias de género radican en que aun cuando las mujeres son mayoría dentro de la fuerza de trabajo del sector normalmente desempeñan cargos subordinados y el monto de los salarios que reciben es menor al de los hombres. Esto podría estar mostrando que en el sector salud se repiten las mismas inequidades entre los recursos humanos, ya documentadas para otros ámbitos de la sociedad. Lo anterior es un reflejo de la situación de trabajo no equitativa, la cual se relaciona con la estructura económica y social en México, es decir, donde los hombres tienen una situación preferencial.

Al comparar las tasas de desperdicio entre mujeres que cursaron medicina y las de licenciatura en enfermería se observa que éstas no son muy diferentes: entre las primeras fue de 341/1 000 y en las segundas, de 413/1 000. Los resultados anotados podrían implicar que, independientemente del tipo de estudios que las mujeres realicen en el campo de la salud, los espacios del mercado no están disponibles para ellas totalmente.

El desperdicio de los recursos humanos en el sector salud es una realidad, aun a pesar de la escasa evidencia que permita diagnosticar con exactitud el fenómeno. Lo anterior representa una cruda paradoja ante una situación que reclama mayores recursos humanos en las regiones más pobres y entre la población que vive en extrema pobreza. Además, ese desperdicio de fuerza de trabajo altamente calificada (principalmente femenina) tiene un significado negativo en la economía de cualquier país.

Los gobiernos y las familias han invertido enormes cantidades de recursos materiales y financieros para formar profesionales, técnicos y técnicas que no se pueden ubicar en el mercado de trabajo y, por tanto, no pueden desempeñar las funciones para las que fueron formados durante muchos años.

Como parte del problema debe considerarse la experiencia que los individuos tienen que enfrentar para incorporarse al mercado de trabajo, así como las barreras y las oportunidades para que ello suceda. Ante dicha situación, los sistemas de salud y de educación deberían coadyuvar en la reducción de este desperdicio, a través de una planificación que contribuya a equilibrar la oferta y la demanda de los recursos humanos, lo cual debe considerarse como un imperativo social.

Agradecimientos

Durante los últimos cinco años, un joven grupo de investigadores ha venido trabajando el tema de recursos humanos. Algunas de sus aportaciones han sido retomadas para hacer posible el presente trabajo. Destaca la participación de Yetzi Rosales y Rosa Bejarano. Se reconoce el trabajo de Óscar Méndez en el manejo de la base de datos del Censo de Población y Vivienda 2000.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Disponible en: www.inegi.gob.mx/est/default.aspx. [2006 junio 24].
2. Cinterfor/Organización Internacional del Trabajo. ¡Género! un pacto entre iguales. Los servicios sanitarios. Hacen falta más hombres y mejores empleos para las mujeres. Ginebra: Oficina para la Igualdad de Género, OIT; 2000.



Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana

Ofelia Poblano Verástegui,¹ Emanuel Orozco Núñez,²
Carlos Eduardo Carrillo Ordaz,² Doris Verónica Ortega Altamirano,² Alma
Lucila Saucedo Valenzuela.²

1 Dirección General de Calidad y Educación en Salud,
Secretaría de Salud. México, DF.

2 Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Investigación financiada por el Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004).

Durante los últimos años se han acumulado evidencias bibliográficas que señalan la desigualdad de los servicios que brindan diferentes unidades de salud, aunque estas desigualdades se han observado más entre unidades de atención médica que entre distintos grupos de enfermos. Trabajos realizados en Europa y América del Norte muestran que existen diferencias raciales y de género que influyen en la calidad de la atención recibida.

Por ejemplo, las personas de raza negra y las mujeres que tienen enfermedad coronaria reciben menos intervenciones adecuadas que personas de piel blanca y de sexo masculino. Esta situación es relevante –y sirve como ejemplo de los muchos prejuicios que pueden causar la atención inequitativa con base en el género, dado que en las mujeres el comienzo de la enfermedad coronaria es tardío, y después de la menopausia la incidencia aumenta de manera dramática y la tasa de mortalidad es mayor que la de los hombres.¹

Otras investigaciones multicéntricas realizadas en países industrializados han referido que las mujeres sólo recibieron entre 50 y 75% de las cateterizaciones que recibieron los hombres;^{2,3} incluso se ha visto consistentemente que las mujeres tuvieron menos probabilidades de recibir procedimientos de revascularización coronaria que los hombres.^{4,5} Información mexicana, a su vez, señala que con frecuencia las mujeres reciben menos medicamentos estándar para la enfermedad coronaria, incluyendo trombolíticos, aspirina, heparina, beta-bloqueadores y nitroglicerina.⁶

La observación de otras enfermedades, como diabetes mellitus (DM) ha permitido identificar cómo la carga biológica de cada sexo afecta la manifestación de la enfermedad, las comorbilidades y las complicaciones. Con el establecimiento, por un lado, de diferencias en la manera como una misma enfermedad afecta a hombres y mujeres y, por el otro, la diferencia en la calidad de la atención recibida, por lo menos en determinadas unidades y ocasiones, se empieza a establecer la complejidad del análisis necesario para alcanzar la comprensión de las inequidades de atención entre géneros. Dicho análisis debe incorporar una dimensión más amplia cuando se toman en cuenta las características de género de los diferentes miembros del equipo de salud, y las cargas culturales que pesan sobre los diferentes entornos de donde provienen las enfermas.

Algunos reportes señalan diferencias concretas entre hombres y mujeres con DM. Estas diferencias se observan en el acceso a los servicios de salud y en la frecuencia de su utilización, en el control de la glicemia, y la calidad de vida, la satisfacción de pacientes por la atención recibida y en la mortalidad por esta causa.^{7,8}

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, no existe literatura específica relacionada con diferencias por género. Sin embargo, se ha observado que el uso de analgésicos posquirúrgicos puede, en ocasiones, ser diferencial según raza y etnia. No obstante, aunque se ha señalado que el género es un factor que influye, no se ha logrado deslindar de la raza y del nivel socioeconómico, los que pueden actuar como confusores del efecto.^{9,10}

Objetivos

Dado que una de las tareas prioritarias de las autoridades de salud de México en el presente siglo es asegurar la equidad en la atención, y que factores asociados al género eran señalados como una de las probables fuentes de inequidad, se realizó el presente trabajo con el objetivo principal de identificar la existencia de diferencias en la calidad técnica e interpersonal de la atención hospitalaria recibida según género, mediante la comparación de la forma como se realizan los procesos de atención que comúnmente se llevan a cabo en los servicios de urgencias, cirugía y hospitalización, para tres enfermedades, en nueve hospitales, de cinco entidades federativas de México.

Igualmente, se procuró describir el entorno social, cultural y, en algunas ocasiones, legal que pudiera estar influyendo sobre dicha falta de equidad, e identificar los diferentes aportes que este entorno proporcionaba tanto en el personal de atención para la salud, como en los y las pacientes.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, cuantitativo y cualitativo, diseñado para evaluar calidad de la atención desde las perspectivas técnica e interpersonal, así como el análisis de los factores asociados a la misma, desde una perspectiva de género.

Se efectuó en hospitales dependientes de las Secretarías de Salud de los estados de Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Yucatán, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2004 y enero de 2005. El estudio se hizo en dos hospitales generales de Guanajuato y de Yucatán, en dos hospitales generales y un hospital de especialidades en Veracruz, y en un hospital general en Nuevo León y en Querétaro.

En la fase cuantitativa del estudio se aplicaron varios instrumentos de recolección de información: tres cuestionarios para usuarios y usuarias, tres guías de cotejo de expediente, correspondientes a cada

diagnóstico seleccionado. Los cuestionarios para medir la satisfacción de los usuarios y las usuarias con la atención recibida fueron diseñados ex profeso y piloteados previamente. La aplicación de los mismos estuvo a cargo de personal de salud y de trabajo social perteneciente al mismo hospital o a la Secretaría Estatal de Salud.

Las guías de cotejo para los expedientes fueron desarrolladas con base en los indicadores de calidad técnica utilizados internacionalmente. El personal responsable del cotejo de los expedientes estuvo conformado por especialistas en medicina interna, adiestrados en el uso de las guías. Los criterios de inclusión de las personas enfermas según su diagnóstico, fueron los siguientes:

- 1) Infarto agudo del miocardio (IAM). Cualquier persona que, al ser atendida en Urgencias, fuera diagnosticada como tal, que no fuera transferida a otra unidad médica en un término de 24 horas, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.
- 2) Diabetes mellitus descompensada (DM). Cualquier persona que, al ser atendida en urgencias, fuera diagnosticada como tal, que fuera hospitalizada o mantenida en urgencias durante al menos 24 horas, que no presentara complicaciones como neuropatía o retinopatía como origen de ese ingreso hospitalario, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.
- 3) Hernioplastia. Cualquier persona programada para cirugía de hernia umbilical, inguinal o abdominal, ya fuera ambulatoria u hospitalaria, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.

El procedimiento que se siguió una vez que se identificó el caso en los servicios hospitalarios y de urgencias fue: aplicación del cuestionario durante la estancia de la persona enferma y, finalmente, revisión del expediente después de su egreso.

Para la fase de metodología cualitativa se desarrollaron guías de entrevista para responsables de enseñanza y de calidad de cada hospital, así como una guía de discusión de grupo para trabajar con el personal médico y de enfermería de los servicios donde regularmente se recibe y hospitaliza a quienes tienen los diagnósticos de las enfermedades de interés.

Sobre la base de esta guía se realizaron grupos focales y entrevistas individuales, procurando incorporar a personal de diferentes categorías laborales que tuviera contacto directo con las y los pacientes, además de una representación de niveles directivos. El análisis de los contenidos de las entrevistas y de las sesiones de discusión en grupo generó la construcción de las siguientes categorías analíticas:

1. Identificación del programa "Mujer y Salud" (PROMSA).
2. Equidad de género y atención médica.
3. Género y entorno organizacional.
4. Perspectiva de género y relaciones sociales.

Resultados

Durante el período de recolección de información de octubre y noviembre, se identificaron 408 casos, distribuidos como se muestra en el *cuadro I*.

Cuadro I

Casos identificados por diagnóstico, el hospital y el estado de origen. México, 2004-2005

Estado	Hospitales	DM	Hernioplastia	IAM
Nuevo León	H General Metropolitano, Monterrey	22	18	22
Veracruz	H Civil Luis F. Nachón, Xalapa	22	26	4
	H Regional, Veracruz	23	18	5
	Centro de Especialidades Médicas Dr Rafael Lucio (CEMEV), Xalapa	19	11	6
Yucatán	H General Agustín O'Horan, Mérida	16	18	16
	H General, Tizimin	9	4	1
Guanajuato	H General, León	36	32	7
	H General, Irapuato	28	8	3
Querétaro	H General, Querétaro	19	8	7
	Totales	194	143	71

La relación hombre/mujer en cada diagnóstico estuvo de acuerdo con lo esperado: 41/59% para la DM, 55/45% en hernioplastia, y 83/17% en IAM.

Se observó que el cumplimiento de los procesos considerados idóneos para la atención de los casos de cada uno de los padecimientos en estudio fue bajo: 50.64% en DM descompensada, 58.95% en hernioplastia y 62.02% en infarto agudo del miocardio. Los subprocesos de atención más afectados cuyas diferencias por género fueron estadísticamente significativas: en DM, el examen clínico y la orientación educativa en medidas nutricionales y de autocuidado (41.2 y 29.4%, respectivamente), en especial para las mujeres con hernioplastia; la realización y registro del acto quirúrgico y la medicación (analgésica y antibiótica) con 43.8 y 31.2% de cumplimiento, respectivamente, en detrimento de las mujeres, y para IAM, el manejo de medicación y de técnicas invasivas consideradas de alto compromiso para el pronóstico de cada paciente, con 54.5 y 21.7%, respectivamente.¹¹

En lo que se refiere a las estancias hospitalarias, en el grupo de DM descompensada fueron más largas para hombres (promedio de 7.26 días) que para mujeres (5.01 días). La profundidad de la investigación no alcanza a identificar si el factor determinante de esta diferencia fue la opinión del equipo de salud o la actitud de los o de las pacientes ante la enfermedad.

El análisis cualitativo permite detectar diferencias, no siempre atribuibles a los servicios de salud, en materia de equidad. En muchos casos, las diferencias no muestran diferencias estadísticamente significativas, pero en ciertos procedimientos sí. Por ejemplo, aproximadamente la tercera parte de pacientes con DM descompensada informaron que no podían saber si el médico que atendía era de base, residente o interno. Para 53.64% de las mujeres y 48.72% de los hombres el personal que los atendía siempre se identificó. Esta diferencia es significativa ($p=0.02$) y parecería favorecer a los hombres. Pero, respecto del personal de enfermería, la situación se revierte, y 51.7% de las mujeres y 64.5% de los hombres estimaron que el personal acudía prontamente a sus llamados, diferencia también significativa.

Se obtuvieron también datos acerca del tiempo que pasó desde cuando empezaron a sentirse mal hasta el momento cuando solicitaron atención médica; éstos mostraron una diferencia importante: 21.7 días (DE 48.3, mínimo 0.16, máximo 180) en mujeres contra 6.8 días (DE 8.85, mínimo 0.08, máximo 30) para hombres.

En cuanto a las explicaciones dadas por el personal médico ante preguntas expresas, 61.7% de hombres y sólo 53.04 de las mujeres estimaron que las respuestas fueron satisfactorias. Para pacientes con IAM las proporciones fueron más significativas: 54.5% de las mujeres y 79.5% de los hombres consideraron que habían recibido respuestas claras a sus preguntas. A su vez, 60.3% de pacientes de hernioplastia opinaron que no habían recibido algún tipo de información a su ingreso a la unidad, contra 52.5% de los hombres.

La relación médico-paciente parece verse influida por el sexo de quien presta la atención principalmente en mujeres, quienes muestran preferencias claras a ser atendidas por médicas (DM $p=0.04$; IAM $p=0.006$; hernioplastia $p=0.000$). Por el contrario, los hombres afirmaban mayoritariamente que les daba lo mismo si era médico o médica.

En los grupos focales se observó una ignorancia total respecto del PROMSA, atribuida a falta de información y difusión del mismo, ya sea por las autoridades centrales o por las hospitalarias ("que no bajan la información", al decir del personal de salud entrevistado), y una tendencia generalizada a entender equidad como igualdad.

En prácticamente todos los grupos, bajo diferentes formulaciones, se expresó la idea de que no hay diferencia en la atención para hombres y mujeres.

- "Hacemos el trabajo de la mejor manera posible, con cuidado, evitando discriminar a nadie."
- "El género no cambia un razonamiento clínico."
- "Un padecimiento no requiere diferenciarse según quien lo presente, trátese de hombre o mujer."
- "Esta temática puede ser de interés, mientras no invada lo clínico."

- "La categoría paciente se maneja de manera asexualada."
- "Los servicios de salud se otorgan a los usuarios sin distinción de ninguna índole, centrando el trabajo en la atención de patologías, no en el estudio de lo social."

A pesar de ello, y ya profundizadas las discusiones, se suele reconocer que existen diferencias clínicamente muy importantes entre hombres y mujeres. Tres aspectos señalados de manera casi unánime son:

- a) Que las mujeres tienen, por regla general, un umbral más alto para el dolor (con lo cual podría estarse explicando parcialmente la tendencia observada en la fase cuantitativa del estudio a administrar menos medicamentos a las mujeres).
- b) Posiblemente asociado con lo anterior, que las mujeres brindan información más creíble cuando experimentan síntomas graves.
- c) Que las mujeres suelen llegar a los servicios de urgencias en condiciones más graves que los hombres, y tras haber esperado a que la enfermedad avanzara más tiempo.

Este reconocimiento de que efectivamente existen diferencias de importancia suele explicarse a través de las características sociales y culturales de las personas enfermas. La relativa demora en el internamiento de mujeres se explica por las funciones de éstas al interior de la familia, mismas que los hombres no pueden o no quieren cumplir. A su vez, se citó la renuencia de hombres a quedarse a acompañar a mujeres hospitalizadas, sean esposa, madre o hija.

Muy pocas veces se atribuye esta diferencia de acceso al criterio de un miembro del equipo de salud, si bien una informante de Querétaro expresó que "cuando una mujer plantea una situación problemática, no se le atribuye a una cuestión laboral, sino que se le da una connotación de 'problema hormonal' y, por lo mismo, se le resta importancia."

Haciendo hincapié en que las relaciones entre géneros en el marco de la atención para la salud reproduce el modelo social imperante, se señala que cuando es internado un hombre hay varias mujeres de su familia dispuestas a turnarse para acompañarlo, mientras que cuando es una mujer la internada son pocos los hombres que la acompañan.

Otra conclusión que fue posible discernir en los grupos focales –si bien no parece incidir en la equidad por género de la atención– es que las mismas actitudes y situaciones que afectan a las pacientes alcanzan también a quienes forman parte del equipo de salud: la proporción de mujeres que llegan a puestos directivos es notoriamente inferior a la proporción que integra los niveles operativos. Esto se explica porque las responsabilidades de las mujeres "fuera del hospital" les impiden el grado de dedicación que un puesto directivo exige.

Sin embargo, hay también otras causas. En un grupo focal en Yucatán se comentó que "para acceder a posiciones de mando es preciso desarrollar redes extraprofesionales." Se refirió la necesidad de mantener vínculos personales con actores influyentes en la arena política, y se agregó que esta actividad demanda de la participación en eventos sociales, "en donde casi siempre se toma (alcohol)." Esto fue planteado como una barrera que enfrenta el personal femenino para verse favorecido con una posición directiva.

Por último, un aspecto que parece estar reforzando la noción de que para los miembros del equipo de salud la "equidad" es en realidad "igualdad" reside en la asimilación del concepto de equidad al cumplimiento de los preceptos de ética y a los indicadores de trato digno.

Discusión

Los resultados del estudio presentan un panorama de complejidad superior a la prevista en el objetivo, razón por la cual se sugiere la necesidad de nuevos estudios más detallados. Por otra parte, indican que, al margen de las consideraciones de género, existe en los hospitales estudiados un problema de bajo nivel de calidad general que debe ser reconocido y enfrentado.

En términos generales fue posible determinar tres grandes resultados: primero, la satisfacción de quienes solicitan los servicios de salud, los usuarios y las usuarias con la atención recibida fue alta; segundo, la calidad técnica de dicha atención fue, en promedio, insuficiente, y tercero, los resultados referidos a temas relacionados con el género presentan resultados complejos que plantean en algunos casos contradicciones aparentes que exigen análisis detallados. Al respecto, resulta de mucho interés contrastar los resultados del análisis cuantitativo con el cualitativo, ya que resultan complementarios en muchos aspectos.

El bajo nivel general de la calidad de atención surge del examen de los expedientes, y esto se observó en todos los hospitales donde se realizó el estudio, lo cual afecta por igual a hombres y a mujeres. Los resultados cuantitativos del estudio revelaron la existencia de datos complejos y en ocasiones contradictorios que pudieran dar la impresión de que existe una cierta igualdad en la atención que se brinda a cada paciente. Sin embargo, en cuanto al género, se observó una conciencia algo distorsionada del concepto entre el personal de salud. Esta igualdad (la concepción de que todas las personas enfermas son iguales y reciben la misma atención) es confundida con equidad (el reconocimiento de diferencias entre géneros que deben ser tomadas en cuenta para asegurar la igualdad de calidad en atención y resultados). El análisis cuantitativo de resultados –a pesar de la complejidad de los números recopilados– estaría reflejando dicha igualdad.

Los resultados de la encuesta de satisfacción con la atención parecerían sugerir que en determinados aspectos de la atención sí podría existir una inequidad en materia de género. Estos aspectos parecerían centrarse en torno de la información que el personal de salud proporciona a las personas enfermas.

Sin embargo, esto pareció incidir sobre la percepción de los usuarios y de las usuarias de la atención recibida, dado que los índices de satisfacción que exhibieron fueron en general altos.

Dentro de este panorama se observaron diferencias en la atención que parecían seguir determinantes de género. En este punto, sin embargo, hubo resultados contradictorios, ya que diferentes aspectos de la atención parecían favorecer a hombres o a mujeres. No había consistencia en los resultados que mostrara una atención sesgada uniformemente en perjuicio de las mujeres. Igualmente, hubo resultados que sugieren un fuerte aporte de la cultura femenina a la manera como se enfoca la enfermedad, especialmente en cuanto al dolor y a la espera para buscar atención médica, posponiendo la atención a la salud por la "importancia" del trabajo cotidiano en el hogar.

Se observó igualmente que las diferencias de género no afectaban solamente a quienes solicitan el servicio de salud, sino también al personal que presta el servicio. El personal de salud masculino no considera que la equidad de género constituya un problema prioritario para el sistema de salud, ni para la atención de las personas enfermas, ni para las relaciones laborales. En cambio, las mujeres se encuentran en una etapa de transición en la que luchan por acceder a niveles profesionales y laborales superiores, reconociendo que existen limitaciones, la mayoría en los ámbitos social y político, y aceptando que el papel de "madre y esposa", además del entorno familiar, son condicionantes para autolimitarse. Bajo la influencia de este mismo contexto sociocultural, las médicas tienen escasa participación en las especialidades consideradas "críticas" y en la atención a pacientes que requieren atención de mayor complejidad.

Conclusión

Los resultados de este estudio muestran que el análisis de las inequidades de género en la atención a la salud debe ampliarse hasta incluir la dinámica organizacional, las características socioculturales de quienes solicitan servicios de salud, de quienes lo prestan y de quienes cuidan a las personas enfermas y sus interacciones, ya que esto arroja información enriquecedora para la comprensión del proceso de la relación médico-paciente, médica-paciente las expectativas de la población usuaria, y las verdaderas posibilidades del sistema de salud para cumplir con los objetivos que se ha planteado. Uno de estos objetivos es la equidad de la atención desde la perspectiva de género. Los presentes resultados parecerían sugerir que dicho objetivo no puede ser alcanzado con medidas unilaterales del sistema de salud, sino que es preciso incluir esfuerzos por lograr una mayor interacción con las diferentes comunidades a las cuales el sistema de salud sirve, así como en la integración de estrategias con otras áreas como la educación, desarrollo social y trabajo, por mencionar las más cercanas al sector salud.

Referencias

1. Stone PH, Thompson B, Anderson HV et al. Influence of race, sex, and age on management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction: The TIMI III registry. *JAMA* 1996;275:1104-12.
2. Schulman KA, Berlin JA, Harless W et al. The effect of race and sex on physicians recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999;340:618-26.
3. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1991;325:226-30.
4. Krumholz HM, Douglas P, Lauer M, Pasternak RC. Selection of patients for coronary angiography and coronary revascularization early after myocardial infarction: Is there evidence for a gender bias? *Ann Intern Med* 1992;116:785-97.
5. Health Canada. Exploring concepts of gender and health. Ottawa, Ontario: Women's Health Bureau, Health Canada; 2003: 20-24.
6. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J, ed. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La Salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 93-101.
7. Jonhson PM, Sterky G, Gåfvvels-Bsw C, Östman J. Gender equity in health care: The case of Swedish diabetes care. *Health Care Women Int* 2000;21(5):413-31.
8. Cleeland CS, Gonin R, Baez L et al. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. *Ann Intern Med* 1997;127:813-6.
9. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA* 1993;269:1537-39.
10. Secretaría de Salud. Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2003: 38-9.
11. Poblano-Verástegui O, Carrillo-Ordaz CE, Saucedo-Valencia AL, Orozco E, Ortega-Altamirano DV, Mora G, Lavallo M. Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en entidades federativas de la República Mexicana. *Genero Salud Cifras* 2005;3(2/3):16-22.



Usuaria simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca

Luz Arenas Monreal, Dra en Antrop,¹ Isabel Hernández Tezoquipa,[†]
Dra en Soc,¹ Doris Ortega Altamirano, M en C,¹
Beda Mota Ramírez, Lic en Hist Gen.¹

¹ Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
Cuernavaca, Morelos, México.

Este estudio fue posible gracias al financiamiento otorgado por la Fundación Ford.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud incluye dentro de su definición de salud reproductiva y sexual no sólo aquellos aspectos de la reproducción misma –el embarazo, el parto y el puerperio– sino también aquellos relacionados con el ejercicio y el disfrute de la sexualidad, la prevención del embarazo no deseado, la regulación de la fecundidad y el uso de tecnologías anticonceptivas.¹ Esta definición implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, pero también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgo, escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y el derecho de tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad.²

El concepto de salud reproductiva ha evolucionado a favor del adecuado entendimiento de la salud de las mujeres. En un principio la salud femenina se concebía esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y para mejorar la salud infantil. Este nuevo concepto considera la salud de las mujeres como personas y no sólo como cuerpos.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio, cuyo objetivo fue analizar si la incorporación de la nueva propuesta de salud reproductiva en los servicios de la Secretaría de Salud ha significado una visión y práctica distintas en la atención a la población usuaria de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca. Se utilizaron diversas técnicas: cuestionarios, entrevistas en profundidad, grupos focales y la técnica de cliente o usuaria simulada.

El objetivo de la técnica de cliente simulado fue recoger información desde la perspectiva de la población usuaria de los servicios de salud reproductiva acerca de la calidad y la calidez de la atención, así como, la información proporcionada por el proveedor. Este trabajo presenta los resultados obtenidos a través de esta técnica.

La técnica de cliente simulado tiene sus antecedentes dentro de la mercadotecnia bajo el concepto de cliente misterioso (mystery shopper) o simulado. Es sencilla y barata, diseñada para entender la experiencia de los consumidores en diversos establecimientos.³

Esta técnica empezó a utilizarse dentro de los programas de planificación familiar en 1985 por Schuler, y por Huntington en 1990, y consiste en que una persona entrenada para tal fin se “disfraza” de cliente para observar el nivel de servicio que se ofrece dentro del programa o proyecto a indagar.^{4,5} Estos mismos autores publicaron un artículo en el que presentan una reflexión precisa sobre la utilización de esta técnica, así como los aspectos éticos de la misma.⁶

En América Latina diversos autores reportan la utilización de esta técnica simultáneamente con otras, tales como, entrevistas individuales, grupos focales y cuestionarios. La finalidad de usar la técnica de cliente simulado es evaluar el tipo de atención que reciben las usuarias, la percepción del servicio y encontrar las incongruencias entre los conocimientos que los médicos dicen tener y la práctica clínica cotidiana en la atención de la población.⁷⁻¹²

La técnica de cliente simulado se ha utilizado también dentro del contexto de la formación académica de estudiantes de medicina de pre y posgrado,¹³ en el análisis y evaluación de la venta de medicamentos para infecciones de transmisión sexual en farmacias de México,¹⁴ y para evaluar al personal formado para proporcionar medicamentos antipalúdicos en Kenya.¹⁵

Metodología

Este es un estudio cualitativo, el cual se realizó de agosto de 2001 a septiembre de 2002. Se acudió a siete centros de salud (CS) urbanos y a tres rurales pertenecientes a la Secretaría de Salud, ubicados en los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca.

Tres investigadoras con formación en las ciencias sociales llevaron a cabo la **técnica de cliente simulado**. Utilizaron una vestimenta semejante a la de la población usuaria de cada región y con características de un nivel socioeconómico bajo. Se diseñó un guión que contenía información clínica y sociodemográfica que la investigadora proporcionaría en el momento de la atención en el CS. Se realizaron los siguientes casos: embarazo, menopausia, detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de cáncer de mama, y planificación familiar.

Se preparó una guía de observación en la cual se registraron los datos inmediatamente después de retirarse del CS.ⁱ Esta guía se complementó con un registro etnográfico que incluyó todo el proceso que las investigadoras realizaron desde el momento cuando se acercaron a los centros de salud a solicitar atención hasta la conclusión de la consulta. Los datos registrados en la guía de observación se agruparon en cinco ejes, los que a continuación se detallan:

1. Información que el proveedor proporcionó sobre preguntas que la usuaria hizo acerca del caso clínico en salud reproductiva que estaba representando.
2. Información que proporcionó quien prestó el servicio acerca del diagnóstico, tratamiento y cuidados generales.
3. Trato recibido –respeto, privacidad, confidencialidad, confianza-, tiempos de espera y duración de la consulta.

ⁱ Si se desea tener acceso a los instrumentos usados para recoger los datos, favor de contactar a Luz María Arenas Monreal, en el correo electrónico: mareanas@insp.mx.

4. Aspectos técnicos: toma de signos vitales, interrogatorio y exploración clínica.
5. Mecanismos utilizados por la unidad de salud para el control, manejo y seguimiento de la usuaria.

Este proyecto fue autorizado por la Comisión de Investigación y Ética de la institución a la que pertenecen las investigadoras y por las autoridades de los Servicios de Salud en Guerrero, Morelos y Oaxaca.

Los registros de la guía de observación de los 10 CS se concentraron en un cuadro para su análisis y los registros etnográficos fueron transcritos en un procesador de textos y transformados al programa Ethnograph v.4. En el análisis etnográfico se identificaron cinco líneas temáticas: descripción del sitio, solicitud de ficha, tiempo de espera, atención de la enfermera y atención médica.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con el análisis del registro etnográfico, el cual se complementó con los registros de la guía de observación (*cuadro I*).

Cuadro I

Resultados de la guía de observación de “usuaria simulada” en centros de salud pertenecientes a las Secretarías de Salud de Guerrero, Morelos y Oaxaca, 2001–2002

ASPECTO El proveedor tomó en consideración:	No aplica	Sí %	No %
Las características socioculturales y demográficas		30	70
La elección del método, riesgos en salud reproductiva, historia anticonceptiva, opciones de métodos anticonceptivos y preferencias de la clienta.		10	90
Informó el diagnóstico con detalle, claramente y sin utilizar lenguaje técnico		40	60
Informó el tratamiento médico con detalle, claramente y sin utilizar lenguaje técnico		30	70
Informó de manera adecuada sobre efectos secundarios de la terapéutica	30*	10	60
Explicó con claridad los cuidados específicos y generales a seguir para la recuperación o prevención de daños		10	90
Informó de manera adecuada acerca de las contraindicaciones y complicaciones del tratamiento indicado		10	90
Trató con actitud respetuosa, responsable, sensible (escuchó, veía a los ojos, respondió a las preocupaciones de la clienta)		10	90
Se respetó la individualidad (privacidad, confidencialidad, se pidió permiso para la exploración física)	20**	30	50
El tiempo de espera fue el adecuado (máximo de 30 minutos en CS urbano y 50 min en CS rural)		20	80
La duración de la atención fue la adecuada (entre 15 a 30 minutos)		60	40
Se efectuó interrogatorio y exploración clínica		40	60
Se dio confianza para expresar preguntas/ dudas y se impulsó para participar activamente en la toma de decisiones		10	90
Se dio valor a los comentarios expresados por la clienta respecto a su salud		30	70
La clienta percibió que fue juzgada según las conductas que tomó respecto a su salud		50	50
Se dio un recordatorio para la próxima cita tipo cartilla, carnet		60	40
Se aprovechó el encuentro para dar información educativa a través de folletos u otro material acerca de la salud reproductiva (embarazo, planificación familiar, detección de cáncer de mama, de cérvix, menopausia)		10	90
Se interesó el proveedor por identificar el domicilio de la clienta para registrarla en el tarjetero o censo del centro de salud		40	60

* En los casos de embarazo no se dio ninguna terapéutica.

** Fueron casos en los que el proveedor no hizo exploración física.

Descripción de sitios

Los CS rurales se encontraban limpios, uno de ellos pequeño, pero que aun así permitía la privacidad de la atención médica. Algunos de los CS urbanos, con deficientes condiciones de higiene y con limitaciones de espacio y mobiliario en la sala de espera. No todos cuentan con un espacio específico para entrega de fichas de atención médica ni de archivo clínico. Sólo en un CS se abrió un expediente clínico y una tarjeta de registro; en otros CS se registraban los datos en hojas, sin abrir expediente.

Los CS tienen, en general, una alta demanda de atención, a excepción de un CS rural y uno urbano en donde se observó poca demanda el día cuando se acudió a solicitar la atención.

Solicitud de ficha y tiempos de espera

Las fichas son entregadas al iniciar las actividades por las mañanas y sólo en el caso de CS con horario vespertino entregan fichas dos veces al día, por la mañana y al medio día. La entrega de fichas corre a cargo de distintas personas que tienen además otras funciones; puede ser una enfermera o la responsable de farmacia, y se observó que sólo en un CS urbano la persona responsable de dar las fichas tenía esa función exclusivamente, además de estar ubicada en un módulo de información.

Al momento de entregar la ficha se cobró una cantidad por el servicio, que osciló entre 8 y 15 pesos; sólo en un CS no se fijó costo y la cooperación fue opcional. En otro CS urbano no hubo costo cuando la usuaria le refirió a la responsable de dar la ficha que el motivo por el que acudía a consulta era para que le realizaran la prueba de Papanicolaou.

Se entregan un número determinado de fichas, conforme la gente lo va solicitando. La población usuaria, después de que le han dado el número de ficha, espera la atención médica hasta el turno que le haya tocado; sólo en un CS urbano dan la ficha y le fijan la hora a la que pasará a consulta, y se observó que algunas personas se retiraban del CS y regresaban a la hora que les habían fijado para la consulta. Los tiempos de espera son de mínimo 10 minutos y máximo de 4 horas; el promedio se ubica en una hora con treinta minutos. De los 10 CS sólo en uno rural y en uno urbano los tiempos de espera se ajustaron a los lineamientos estipulados en el Programa de Calidad de la Atención.

Atención de enfermería

Después de haber solicitado la ficha, las enfermeras constituyen el servicio previo a recibir la atención médica. En esta atención participaron tanto enfermeras de base, como pasantes de enfermería.

Las enfermeras tomaron signos vitales (peso, talla, presión arterial), los registraron en la ficha y la usuaria entregó ese papel al médico. Únicamente en un CS urbano los datos se registraron en la *Cartilla de la Mujer* (la cual fue entregada a la usuaria) y en un expediente clínico que se entregó al médico.

En varios CS las enfermeras, en especial las pasantes, cometieron errores técnicos en la toma de signos vitales (por ejemplo, pesar cargando bolsas, tomar la presión arterial de manera incorrecta). En un CS rural la enfermera anotó la frecuencia cardiaca y la temperatura corporal sin haberle tomado estos signos a la paciente.

En un CS urbano la enfermera interrogó sobre antecedentes heredo-familiares y gineco-obstétricos, y aplicó un cuestionario sobre riesgos para diabetes mellitus. Registró los datos del domicilio de la usuaria en una tarjeta para el fichero del consultorio, y ella misma tomó la muestra para el Papanicolaou.

En un CS rural la enfermera registró datos para el fichero de planificación familiar, tales como el domicilio de la mujer y le proporcionó un carnet a la usuaria.

En el resto de los CS las enfermeras no hicieron otra actividad más allá de la toma de signos vitales; el trato fue en general distante e impersonal y, en el caso concreto de un CS urbano, se trató a la usuaria con regaños e infantilizándola.

Atención médica

De los 10 CS, sólo en uno la atención médica fue proporcionada por un médico pasante. En ninguno de los CS a los que se acudió en los tres estados (Guerrero, Morelos y Oaxaca) se hizo historia clínica completa, es decir, que incluyera interrogatorio sobre antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos (sociodemográficos, características de la vivienda y entorno donde se vive), personales patológicos, ginecobstétricos, padecimiento actual, y la exploración física que incluyera no sólo la región corporal que motivó la consulta, sino exploración física general. De tal manera que la atención médica se concretó a realizar interrogatorio básico sobre padecimiento actual y, a veces, no siempre, exploración física mínima y, por lo tanto, incompleta o técnicamente inadecuada, como en el caso de exploración de mamas.

Sólo tres médicos explicaron con detalle el diagnóstico y la terapéutica a seguir. Uno de ellos tuvo un trato amable y más personalizado.

Los médicos no proporcionaron atención integral, se concretaron al problema específico de salud y sólo 30% de ellos tomó en cuenta las características personales y socioculturales de la mujer usuaria.

En la mayoría de las ocasiones se perdieron oportunidades para realizar o promover con la usuaria el programa de salud reproductiva, servicios como toma de la muestra para citología cérvico vaginal con tinción de Papanicolaou, exploración de mama, y enseñarle a la paciente la autoexploración y los métodos de planificación familiar. Sólo en una ocasión un médico le planteó a la usuaria la necesidad de hablar con su pareja e integrarlo en la toma de decisión sobre la utilización de métodos de planificación familiar. En su mayoría, los médicos proporcionaron la atención médica de manera individual, es decir, centrándose únicamente en la mujer y sin considerar a la pareja.

Los resultados obtenidos con la guía y el registro etnográfico muestran semejanzas (interrogatorio y exploración clínica, duración de la atención) entre las tres entidades federativas. Las diferencias se ubican en: a) tiempos de espera; b) información proporcionada a la usuaria por el médico en relación con el diagnóstico y el tratamiento, así como la que es proporcionada por la enfermera mediante folletos u otro material educativo; c) inclusión de la usuaria en el censo del CS. En el primer aspecto,

en el estado de Morelos los tiempos de espera fueron mayores. En el segundo aspecto, en Guerrero y Oaxaca no se brindó información a las usuarias, y en el tercer inciso, en ninguno de los CS de Oaxaca se incluyó a la usuaria dentro del censo.

Discusión

Este estudio aportó elementos para el análisis del proceso de atención que se brinda en el servicio de salud reproductiva de la Secretaría de Salud de las tres entidades federativas en las que se efectuó la investigación.

La información obtenida a través de esta técnica señala que los proveedores de servicios de salud (personal médico y de enfermería) no brindan suficiente información acerca del diagnóstico y del tratamiento. En su mayoría muestran una actitud poco sensible y, en consecuencia, no toman en consideración las características socioculturales de la población usuaria. Además, los resultados de esta investigación manifiestan que el ejercicio clínico que realizan los médicos y las médicas a quienes se visitó es limitado; esto conduce a señalar que tanto el diagnóstico como la terapéutica que se desprende de situaciones de esta naturaleza son deficientes, lo cual es preocupante por las consecuencias que entraña.

La clínica médica es la piedra angular en la medicina occidental. La clínica conjuga la mirada acuciosa, paciente y detenida del personal médico con el interrogatorio acerca de los síntomas del enfermo, lo cual le permite encontrar los signos objetivos, describir el padecimiento que lo conduzca a establecer un diagnóstico y a definir el tratamiento. De acuerdo con M Foucault la clínica así estructurada posibilita la coherencia científica del saber médico.¹⁶

La clínica sintetiza la experiencia acumulada de la medicina occidental de los últimos siglos; sin embargo, para que tenga sentido, cada médico o médica -ya sea en la cabecera de la cama del enfermo dentro del hogar, en el consultorio o en el hospital- debe repetir ese acto que conjuga el ver y el preguntar con el saber.¹⁶ Cuando esto no ocurre se está perdiendo uno de los principios esenciales de la medicina occidental.

Además de la atención médica, los otros datos relacionados con la atención de enfermería y con el servicio, en general, muestran la existencia de un trato que denota poca calidad en la atención y falta de sensibilidad de parte del personal de salud, de los sitios donde se llevó a cabo el estudio, hacia la población.

La bibliografía encontrada sobre usuaria simulada, en general, se enfoca en la atención otorgada por el personal médico y, en menor grado, por el de enfermería.

Los resultados de este estudio muestran que los proveedores de servicios de salud contribuían muy poco a resolver dudas y brindaban poca confianza para exteriorizar preguntas; estos hallazgos son semejantes a lo reportado por Katz y colaboradores en un estudio realizado para indagar sobre el uso limitado del dispositivo intrauterino en El Salvador, y en el que se utilizó la técnica de cliente simulado, entre otras.⁷

En este estudio, 90% de los proveedores no brindó información sobre distintas opciones en métodos anticonceptivos, lo cual es semejante a lo reportado por Brambila y Taracema en una investigación realizada en Guatemala, en la cual 60.2% de los proveedores no proporcionó información acerca del dispositivo intrauterino.¹⁰

León y colaboradores han utilizado la técnica de cliente simulado para evaluar aspectos específicos en salud reproductiva tales como la Estrategia de Consejería Balanceada, encontrando que los proveedores capacitados que usaban los apoyos de trabajo en las interacciones con las clientas mejoraban su calidad de atención.⁸ Evaluando la misma estrategia, pero con la salvedad de que los proveedores sabían de antemano que serían visitados por una cliente simulada, León y colaboradores reportan que se incrementó de forma significativa la calidad del servicio.⁹ En ese sentido, los resultados de este estudio son diferentes a los de estos investigadores debido a que en nuestro trabajo no se evaluó dicha estrategia.

El tiempo de espera es otro aspecto esencial en el proceso de atención y que refleja la satisfacción de la población usuaria de los servicios. Los lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad en el primer nivel estipulan que en los CS rurales el tiempo de espera máximo debe ser de 50 minutos y en los CS urbanos de 30 minutos.¹ Los resultados de este estudio mostraron que sólo dos CS (uno rural y uno urbano) se ubicaron dentro de la norma. Este es otro elemento que contribuye al análisis del proceso de atención en estas unidades de salud.

Los señalamientos de nuestro estudio coinciden con lo mencionado por Maynard-Tucker G en un estudio realizado en Haití, en el que informó que la técnica de cliente simulado es un método no intrusivo, rápido y económico que recoge la percepción que la población tiene de los servicios de salud reproductiva.¹²

Cuando se necesita información sobre las prácticas realizadas en la clínica es indispensable la perspectiva de las usuarias simuladas. He ahí la importancia de los datos obtenidos a través de ellas.

Las limitaciones de esta investigación se ubican en el reducido número de entidades federativas de la República Mexicana, así como de unidades de salud en las que se efectuó la técnica de cliente simulado. Otra limitación es que en los casos clínicos no se incluyó la presencia de un usuario varón, lo cual podría haber brindado información útil e interesante.

Conclusiones

La técnica de usuaria simulada proporcionó información relevante sobre el proceso de atención que reciben las mujeres que acuden a los servicios de salud reproductiva del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca, en los CS donde se llevó a cabo el estudio. La atención médica y de enfermería es de baja calidad tanto por el trato que se prodiga, como por la nula información que se proporciona; no se integra la nueva visión de salud reproductiva (ver a las mujeres como personas y no sólo como cuerpos), y no se proporciona una atención integral. Aunado a lo anterior, se pierden oportunidades para ofrecer distintos servicios del área a las usuarias y los tiempos de espera se encuentran fuera de la norma oficial.

El diagnóstico y el tratamiento que emitieron los médicos del estudio no están fundamentados en la práctica clínica, lo cual implica una calidad deficiente en la prestación del servicio en el área de la salud reproductiva.

Con este estudio se confirma para el contexto mexicano que la técnica de cliente simulado es útil para obtener información sobre la calidad de la atención otorgada por los proveedores de los servicios de salud.

Recomendaciones

Elevar la calidad del proceso de atención del servicio de salud reproductiva en las entidades federativas en las que se efectuó el estudio, para lo cual se requieren acciones en distintos ámbitos:

1. Efectuar ajustes y acciones específicas para mejorar los tiempos de espera; asimismo, aprovechar la presencia de las usuarias para ofrecer información y promover los distintos servicios del área e incorporarlas en los registros de cada CS.
2. Fortalecer la práctica de enfermería y de medicina, para lo cual se propone que se brinde capacitación continua tanto en aspectos técnicos específicos del área, como en aspectos socioculturales y de interculturalidad a todos los integrantes de los equipos responsables del área de salud reproductiva. Lo anterior tiene la finalidad de que quienes prestan los servicios de salud adquieran mayor compromiso y sensibilidad para mejorar la atención.

En el caso de unidades de salud en cuyo manejo están integrados pasantes de medicina y enfermería se recomienda que cuenten con supervisión, capacitación y apoyo permanentes.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a quienes proveen los servicios de salud y a las autoridades sanitarias de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca, y al doctor Mario Bronfman, por la gestión realizada para obtener el financiamiento para este trabajo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva. Informe de la Secretaría. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.10 del orden del día provisional. A57/13. Ginebra: OMS; 2004.
2. Langer A. Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En: Bronfman M, Castro R, comp. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México, DF: Edamex; 1997:136-49.
3. Bertrand JT, Solís M. Evaluando proyectos de prevención de VIH/sida. Un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. Disponible en: http://www.risolidaria.org/canales/canal_sida/pascal/manual_monitoreo.pdf. [2006 marzo 28].
4. Schuler SR, McIntosh EN, Melvi CG, Badri RP. Barriers to effective family planning in Nepal. *Stud Fam Plann* 1985;16:260-70.
5. Huntington D, Cheryl L, Obeng-Quaidoo I. User's perspective of counseling training in Ghana: The 'mystery' client trial. *Stud Fam Plann* 1990;21:171-7.
6. Hungtinton D, Schuler SR. The simulated client method: Evaluating client-provider interactions in family planning clinics. *Stud Fam Plann* 1993;24 (3):187-93.
7. Katz KR, Johnson LM, Janowitz B, Carranza JM. Factores que inciden en el uso limitado del DIU en El Salvador. *Perspect Int Planif Fam* 2002;número especial:3-9.
8. León FR, Ríos A, Zumarán A, Bratt John. Perú. La Estrategia de Consejería Balanceada. Fronteras de salud reproductiva. Population Council. Perú: Editorial Sestante; 2003: 6-28.
9. León F, Brambila C, De la Cruz M, Bratt J, García Colindres J, Vásquez B, Morales C. Guatemala. La Estrategia de Consejería Balanceada en el MSPAS. En: Martín M, ed. Mejorar la salud reproductiva. Fronteras de salud reproductiva. Guatemala: Population Council; 2004: 5-20.
10. Brambila C, Taracema B. Disponibilidad y aceptación del DIU en Guatemala, Guatemala. La Estrategia de Consejería Balanceada en el MSPAS. En: Martín M, ed. Mejorar la salud reproductiva. Fronteras de salud reproductiva. Guatemala: Population Council; 2004: 37-46.
11. León FR, Quiroz G, Brazzoduro A. The reliability of simulated clients' quality-of care ratings. *Stud Fam Plann* 1994;25(3):184-90.

12. Maynard-Tucker G. Indigenous perceptions and quality of care of family planning services in Haiti. *Health Policy Plann* 1994;9(3):306-17.
13. Anderson-Juárez J, Marvel K, Brezinski KL, Glazner Ch, Towbin MM, Lawton S. Bridging the Gap: A curriculum to teach residents cultural humility. *Fam Med* 2006;38(2):97-102.
14. Leyva-Flores R, Bronfman M, Erviti-Erice J. Estrategias para el estudio de las interacciones entre proveedores y usuarios de servicios de salud: entrevistas a dependientes vs clientes ficticios en farmacias. En: Mercado-Martínez FJ, Torres-López TM, comp. *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México, DF: Plaza y Valdés Editores; 2000: 125-39.
15. Tavrow P, Shabahang J, Makama S. Vendor-to-vendor education to improve malaria treatment by drug outlets in Kenya. Operation research results. Bethesda (MD): US Agency for International Development (USAID); 2002.
16. Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 18ª edición. México, DF: Siglo Veintiuno Editores; 1999: 1-244.



La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud

Isabel Hernández Tezoquipa,[†] Dra en Soc,¹ Doris Ortega Altamirano,
M en C,¹ Luz Arenas Monreal, Dra en Antrop.¹

¹ Centro de Investigación en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Este estudio fue posible gracias al financiamiento otorgado por la Fundación Ford.

En relación con la salud de las mujeres, la agenda internacional de los años noventa, del siglo XX, hizo notable la complejidad de los factores que restringen el acceso y la utilización de los servicios de atención, prevención y cuidado de su salud.¹ De ahí que en la última década hubo un significativo progreso para proveer de servicios a la población femenina; principalmente se hizo un esfuerzo para atender sus necesidades de salud reproductiva.

Frecuentemente se reporta en la literatura del área de la salud que existen diversos factores que dificultan el acceso a los servicios y a su utilización, como son, por una parte, la distancia del domicilio de las personas al sitio donde se brinda la atención, dificultades para trasladarse, los costos del transporte, así como los de la atención y el tratamiento, la percepción que tiene la población sobre los servicios y acerca de su propia condición de salud y lo que debe hacer como usuaria;² por la otra, las características de edad, género y etnia pueden hacer variar la atención que reciben y afectar la percepción de quienes prestan los servicios de salud sobre las mujeres.³ También afectan al acceso y a la utilización de los servicios de salud reproductiva condiciones como el desconocimiento por parte de las mujeres de los servicios que se ofertan en los centros de atención y los significados sociales que les rodean.⁴

Diversos autores muestran que la utilización de servicios es un fenómeno social complejo; estudios empíricos de servicios preventivos y curativos frecuentemente relacionan el uso de los servicios de salud con el acceso, calidad y costos, así como con la estructura social, las creencias y las actitudes de las mujeres hacia a su salud.⁵⁻⁷

Por lo tanto, para el cuidado y la atención de la salud de las mujeres es importante identificar las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su vida, comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a su historia que determinan el estado de salud-enfermedad y atención, así como la interpretación que dan a sus condiciones de salud.⁸

En la literatura científica se encuentra evidenciado el hecho de que la población pobre tiene una salud considerablemente más deteriorada que la población con recursos económicos y que, paradójicamente, quienes están menos enfermos son quienes más utilizan los servicios de salud.⁹

El centrarse en los determinantes socioculturales asignados a las mujeres en su contexto familiar y comunitario caracterizados por la baja autoestima, el reducido control de su propia salud, restricciones religiosas, carencias educativas, los valores familiares, en su vida reproductiva y en su comportamiento

sexual, entre otras condiciones, tiene sentido para comprender de una forma estructural el fenómeno de la salud de las mujeres en el contexto institucional de los servicios de salud y así ejecutar acciones a este nivel.¹⁰

Las determinantes socioculturales que reporta este estudio son la continuación de una cultura con sello patriarcal, que permite que el cuerpo de la mujer (incluido el control de su sexualidad, su fecundidad y su inserción en la vida laboral) sea expresión de una política de control social ajeno a los intereses de las mismas mujeres.¹¹ Garza Caligaris¹² afirma que "Contrario a lo establecido en la sociedad patriarcal, la mujer no sólo es naturaleza, ni su sexualidad es simplemente un hecho 'natural'. Se constituye en la sociedad y en la historia. No está unívocamente determinada por la biología. La biología no determina sus contenidos, ni las formas concretas de experimentar la sexualidad, ni sus formas institucionales."

El objetivo de este capítulo es presentar lo que se identificó y analizó, desde la perspectiva de quienes prestan los servicios de salud, respecto a las circunstancias sociales y culturales bajo las que se encuentran insertas las mujeres que acuden al programa de salud reproductiva.

Material y métodos

Diseño

Se realizó un estudio cualitativo en las Secretarías de Salud de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca, en dos Jurisdicciones Sanitarias por cada entidad; inició en enero de 2002 y concluyó en diciembre de 2004. Se buscó determinar, mediante la técnica de grupos focales, la manera como los prestadores y las prestadoras de los servicios comprenden y ejecutan la agenda de acción de salud reproductiva que emergió de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de El Cairo, en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Pekín, en 1995.¹

Población

Se estudió al personal del equipo de salud (médico o médica, enfermera o enfermero y auxiliar de salud) que proporcionan el servicio de salud reproductiva, con al menos seis meses de antigüedad en el puesto. Las Jurisdicciones Sanitarias fueron seleccionadas tomando en consideración dos aspectos: que contaran con el mayor porcentaje de consulta en los componentes del programa de salud reproductiva seleccionados para el estudio y que atendieran a población de las áreas rural y urbana.

Recolección de información

La información se obtuvo a través de la técnica de grupos focales que consiste en la entrevista con un grupo de entre 6 y 12 personas, con perfiles similares, en un ambiente privado, distendido y grato.¹³ Se conformaron tres grupos por entidad y en total participaron 20 profesionales de medicina, 24 enfermeras y 30 auxiliares de salud, y se contó con el consentimiento escrito y firmado, otorgado por ellos antes de la actividad.

El guión para hacer cada grupo focal contempló los siguientes ejes temáticos: las características de la atención integral a las mujeres en las distintas etapas de su ciclo de vida, las relaciones entre el personal que presta los servicios y la población usuaria, condiciones y circunstancias en las que se lleva a cabo el programa de salud reproductiva, las fortalezas y oportunidades para realizar las actividades, conocimientos, motivos, características y modalidades de su inserción y continuidad en el programa, y estrategias para enfrentar los problemas de su práctica cotidiana.

Análisis de la información

Los grupos focales fueron grabados y transcritos en el programa computacional Word 2003 y fueron codificados y analizados en el programa Ethnograph v. 4.0. Se elaboró un libro de códigos; el análisis se enmarca dentro de la Teoría Fundamentada. Se inició con la codificación abierta; posteriormente, se trabajó con codificación axial y selectiva; en esta etapa del análisis se identificó la categoría central "poder sobre el cuerpo de las mujeres" y las circunstancias sociales de ellas.¹⁴

Resultados

En los estados donde se realizó la investigación se encontró que el personal que presta los servicios de salud básicamente señala dos vertientes que determinan el desarrollo de los programas de salud reproductiva: una de ellas se refiere a las condiciones de pobreza en las que viven las mujeres, y su efecto en el cuidado y atención que dan a su salud reproductiva; y la otra, es el poder que se ejerce sobre el cuerpo de las propias mujeres por parte de sus parejas y los familiares de éstas, particularmente el ejercido por la madre del esposo.

Las condiciones de pobreza de las mujeres y su efecto en el cuidado y atención de su salud reproductiva

Desde la perspectiva de quienes prestan servicios de salud, la población que acude a la Secretaría de Salud es de bajos recursos económicos. Las personas, como respuesta a la pobreza en la que viven, migran tanto a Estado Unidos de América, como a otros estados del país. Como consecuencia de este

fenómeno en las comunidades hay más mujeres que hombres; la mayoría son población indígena, monolingüe (hablan náhuatl), son católicas y analfabetas. Sus viviendas carecen de servicios públicos (luz, agua potable y drenaje); además, tienen problemas para transportarse de sus comunidades a las unidades o centros de salud. Médicos, médicas y enfermeras confirman esta situación:

"La gente es muy humilde, muy sencilla, se dedican a la artesanía del petate y los hombres emigran a Estados Unidos, a Sonora al corte de caña, en Michoacán." (Grupo focal médicos 2: 179-204; 240-250; 276-284; 209-218) (Grupo focal enfermeras 2: 540-557).

En este estudio se encontraron algunas evidencias de cómo la pobreza y la migración condicionan la forma como las mujeres cuidan, atienden su salud reproductiva, acceden a y utilizan los servicios públicos de salud. En uno de los estados hay un alto índice de población indígena que migra cada año por seis u ocho meses, pues las parejas se van a Nayarit, Michoacán y Sonora. Ante tal situación las enfermeras prescriben hormonales inyectables a las mujeres, sin que este método sea necesariamente el más pertinente debido a las contraindicaciones que existen para estos fármacos; sin embargo, se utilizan por ser discretos y por requerir una sola aplicación efectiva por uno o tres meses. El siguiente testimonio ejemplifica esta situación:

"Se van por ocho o siete meses, pero a la mayoría de las usuarias que se van les doy su método, la inyección." (Grupo focal enfermeras 2: 540-543).

Para cumplir con su rol social, las mujeres cuando se embarazan continúan desempeñando las tareas pesadas como son: cargar leña, acarrear agua y ayudar a sus esposos en el campo. Ellas aprovechan los recursos de la región para su alimentación; comen ejotes, rábanos, calabazas, pero en las zonas en las que no están disponibles sólo comen tortillas y frijoles. También tienen dificultad para comprar medicamentos o suplementos alimenticios -como ácido fólico o sulfato ferroso-; cuando el médico o la médica se los indica es difícil que los puedan comprar, esto se confirma con el siguiente ejemplo:

"Me han tocado pacientes que cuando envió el hierro y todo esto, el ácido fólico, por los problemas de anemia, regresan a consulta y me dicen [no lo compré]. -Cierto que no tienen dinero, pero siento que lo tienen que comprar o buscar o pedir de alguna manera y a veces no lo tenemos aquí en la farmacia." (Grupo Focal Médicas 3: 1750-1757).

Los prestadores y prestadoras de servicios de salud reproductiva consideran que la pobreza le puede causar la muerte a la población con quien trabajan. Así lo manifiestan las auxiliares de salud:

"Gente muy humilde que no tiene dinero para pagar y sí es conveniente considerar todo esto porque en ocasiones suceden problemas de que se muere la señora o el niño y precisamente porque no tenían dinero para venir a atenderse a un centro de salud o con un médico particular" (Grupo focal médicos 2: 122-130) (Grupo Focal Auxiliares de salud 2: 2286-2293).

Esta situación de precariedad en la que viven las mujeres determina si se atiende o no una displasia a pesar de que en los servicios le hayan detectado el padecimiento a tiempo. Lo mismo sucede para las mujeres en la edad de la menopausia. La relación entre pobreza y salud se ha reportado en la literatura del área en innumerables ocasiones. Pero sí es importante considerar que la pobreza se expresa en términos individuales o de grupo y que su explicación se encuentra en las deficiencias estructurales de una sociedad que genera desigualdades e inequidades sociales. Estos hallazgos ejemplifican el efecto de esta situación de pobreza en la calidad de la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

El poder que se ejerce sobre el cuerpo de la mujer por sus parejas y sus familiares, particularmente por la madre del esposo

Los médicos y médicas, enfermeras y auxiliares de salud manifestaron que en las áreas indígenas hay comunidades donde las mujeres no se han hecho la prueba de Papanicolaou ni una sola vez; aun cuando ellas lo desean, los esposos no lo permiten. Esta situación evidencia el poder que los varones ejercen sobre el cuerpo de la mujer, incluso también la suegra juega un papel muy importante en este ejercicio del poder. El siguiente testimonio lo muestra:

"Tenemos la muerte de mujeres en México por cáncer cérvico uterino y que no hemos podido cambiar eso precisamente por esa idea, del temor, de la inquietud, del hecho que les da vergüenza, les da pena, el marido no les da permiso, un montón de situaciones sociales, un poco curiosas, que nos rodean a las mujeres de México." (Grupo focal médicas 3: 1180-1193).

En cuanto al programa de planificación familiar, en general, son las mujeres las que acuden a solicitar los métodos anticonceptivos; los médicos, las médicas y las enfermeras manifiestan que:

"Normalmente el 80% de consultas es de mujeres, aunque el señor esté enfermo nunca va por más que a veces les dices vayan, tiene que ir su esposo a las pláticas, él no va, . . . y los hombres casi es muy difícil que asistan a la consulta." (Grupo focal enfermeras 2: 432-442; 563-575;) (Grupo focal médicos1: 1648-1656).

Las mujeres usan métodos anticonceptivos a escondidas de los maridos, por lo tanto recurren con mayor frecuencia a los hormonales inyectables sin importar la trascendencia que tenga esta acción para su salud reproductiva; el poder del esposo y de la suegra se manifiesta en este ámbito también. Las auxiliares de salud afirman lo siguiente:

"Yo les digo ¿qué decidiste?; a veces la suegra, el marido o por la religión, no planifican, y a veces a escondidas del marido ellas planifican, y entonces también ahí les damos inyecciones, es más fácil para ellas la inyección, porque las pastillas no, porque el marido o la suegra pueden notarlo." (Grupo focal enfermeras 2: 683-693) (Grupo focal auxiliares de salud 2: 1028-1056; 1078-1084; 1120-1134).

Las auxiliares de salud proporcionan información muy valiosa en cuanto a este componente: ellas comentan que los varones casi no desean usar métodos anticonceptivos, por ejemplo, el condón. Son las mujeres quienes van a escondidas a buscar su método. Los esposos se molestan si las mujeres usan algún anticonceptivo sin su consentimiento. Usan la inyección por ser más "discreta", ya que se aplica cada mes.

"Sí, para el método....me asesoro a que esté de acuerdo su esposo porque sí he tenido varios problemas. ...se llegan a molestar y, o sea ellas me comentan, no ve que mi esposo se enoja." (Grupo focal auxiliares de salud 1: 825-832).

Esta circunstancia, que limita a las mujeres para atender su salud evitando un embarazo no deseado, se repite también en el caso del control del embarazo y de la detección del cáncer cérvico uterino.

Aunado a este control privado del cuerpo por parte del esposo, se agrega el poder que tiene la sociedad sobre el cuerpo de la mujer. Así, las mujeres suelen ocultar su embarazo hasta la semana 36, esto es resultado de la crítica severa que reciben del resto de las mujeres de la misma comunidad; médicos, médicas y auxiliares de salud confirman lo anterior:

"Las otras señoras se burlan de ellas, aunque ya sean mamás también hablan de las señoras. Tienen esa fea costumbre de hablar mal de la que ya está embarazada, aunque esté bien casada o tenga su esposo y todo, pero es por eso, porque no quieren que la otra se entere porque se ríen de ellas." (Grupo focal 2: 1179-1188; 1179-1209; 1213-1239). (Grupo focal auxiliares de salud 2: 731-737; 759-767; 807-835).

Las mujeres solicitan su primera consulta cuando el embarazo ya está muy avanzado, lo cual hace difícil revertirles alguna situación de riesgo de muerte materna.¹²

También hay temor a la crítica de la comunidad por parte de las otras mujeres respecto a la toma de la citología vaginal; las enfermeras afirman que:

"Sí, Papanicolaou y me dicen [no, es que me da pena que fulanita me va a criticar]..." (Grupo focal enfermeras 2: 1328-1329)

Otra forma de expresión del control social del cuerpo de la mujer es que en esas comunidades, por cultura patriarcal, no se permite que otros hombres -los médicos- exploren el cuerpo de la mujer. El género del prestador de los servicios se convierte en obstáculo; ellos así lo expresan:

"Tengo el obstáculo de ser hombre, allá las señoras piensan que cómo es posible que el doctor, el médico hombre, me agarre si mi esposo no me ha visto". (Grupo focal médico 2: (985-990).

Las mujeres, ya sean enfermeras o médicas, tienen más aceptación entre esta población para explorar a las mujeres. Los médicos que comprenden esta situación se apoyan en las enfermeras para atender a las mujeres; por ejemplo, para el Papanicolaou. Pero también se encuentran médicos que confrontan a las mujeres, no comprenden que éstas no desean que un hombre les realice el estudio y se niegan a que las enfermeras los suplan; esto genera resultados adversos como la inasistencia a las subsiguientes consultas. Las enfermeras expresan esta experiencia de la siguiente forma:

"Para tomar la citología yo tengo mucho problema con mi médico para que él salga del consultorio y yo siempre con mi paciente, la paciente no quiere que el médico esté ahí cuando yo le voy a tomar la citología. El médico dice que no se va a salir, porque él es el responsable del programa." (Grupo focal enfermeras 1: (1806-1813).

Otra consecuencia adversa que se deriva de este tipo de experiencias es que las propias mujeres se comunican entre sí nociones y significados que entorpecen la acción de los prestadores de los servicios de salud; por ejemplo:

"Esas ideas en la usuaria es como una sensación de desventaja, no, el hecho de que las personas en la comunidad, la comadre, la tía, la vecina tengan más impacto sus palabras que las mías." (Grupo focal Médicas 3: 604-609). "Luego les dicen a las señoras, no vayas porque te quitan un pedazo." (Grupo focal médicos 2: 1792-1793).

Los procesos sociales y culturales subyacentes a la vida de la población estudiada determinan el estado y la atención de salud de la población, así como la interpretación que dan a la salud reproductiva.

Conclusiones y recomendaciones

Las usuarias que acuden al programa de salud reproductiva en los tres estados donde se realizó la investigación son mujeres pobres, resultado de una estructura social donde subyace un sistema de estratificación que presenta enormes desigualdades en las opciones de vida para las mujeres. Esta desigualdad social tiene efectos sobre la salud de las mujeres en cuanto a sus conductas, resultados del cuidado a la salud y del acceso a los servicios de salud. Asimismo, desde el punto de vista cultural el ser mujer y la salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de las necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente donde transcurren sus vidas; esta situación define en gran medida sus riesgos, sus malestares y la forma de atención de su salud.¹⁵ El personal que presta servicios de salud al comprender estos determinantes socioculturales comprenderá el comportamiento de sus usuarias y usuarios, mejorarán la calidad y aceptabilidad de los servicios y habrá una mejor colaboración de sus usuarias.⁸

Como recomendación general afirmamos que la atención de la salud de las mujeres no se resuelve dentro del contexto del sistema médico aislado, sin que se requieran cambios sociales profundos; pero el programa de salud reproductiva podrá ofrecer mejores resultados si considera sensibilizar cultural y socialmente al personal que presta los servicios de salud reproductiva.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las autoridades y trabajadores de las Secretarías de Salud de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca su apoyo para hacer esta investigación, y al Dr. Mario Bronfman por su gestión.

Referencias

1. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links. *Bull World Health Organ* 2000; 78(5):667-75.
2. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica Mex* 1992;34:36-49.
3. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. *Medical Care* 198 May;23(5):438-60.
4. Velásquez A, Jiménez L, Reckemer A, Planas ME, León F, Durand R, Calderón A. Incrementando la utilización de los servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima: Population Council, INOPAL III, USAID; 1998. Documentos de trabajo, Núm 4.
5. Aday LA, Andersen RA. Framework for the study of access to medical care. *Health Chicago (IL): Services Research*; 1974: 208-20.
6. Lewis DK, Robinson J, Wilkinson E. Factors involved in deciding to start preventive treatment: Qualitative study of clinicians' and lay people's attitudes. *BMJ* 2003;827:841.
7. Liamputtong P. Birth and social class: Northern Thai women's lived experiences of caesarean and vaginal birth. *Sociol Health Illness* 2005; 27:243-70.
8. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud. Principios y métodos. 2a ed. México, DF: OPS; 1992.
9. Davis K, Gold M, Makuc DM. Access to health care for the poor: Does the gap remain? *Ann Rev Public Health* 1981; 2:159-82.
10. Markham-Rrisica P, Eaton ChB, Levy Sh, Monroe A. Self esteem, race and /or ethnicity, income, education, and the use of preventive health services: The Commonwealth Fund Women's Health Survey. *Clin J Women's Health* 2001;1:3.

11. Shapiro S. Remembering the body critical pedagogy. *Educ Soc* 1994; 6(12):61-79.
12. Garza-Caligaris RI, Cárdenas-Gordillo B. Sexualidad y vida reproductiva. En: Sayavedra-Herrerías G, Flores-Hernández E, coord. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*. México, DF: Red de Mujeres, AC; 1997.
13. Morgan D, Ed. *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, California: Sage Publications; 1993.
14. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia, Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
15. Lagarde M. Presentación. En: Sayavedra Herrerías G, Flores Hernández E, coord. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*. México, DF: Red de Mujeres, AC; 1997.



Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género

Gustavo Nigenda,¹ Mariana López Ortega,²
Cecilia Matarazzo,³ Clara Juárez.¹

1 Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
Cuernavaca, Morelos, México.

2 Escuela de Higiene y Medicina Tropical.
Londres, Reino Unido de Gran Bretaña.

3 Consultora independiente.

El Programa Mujer y Salud, de la Secretaría de Salud,
otorgó el apoyo financiero para llevar a cabo la investigación
de la cual deriva la información presentada.

Este capítulo tiene como objetivo mostrar algunos de los resultados de una investigación que exploró el tema de los cuidados a la salud en el hogar. Ese estudio buscó conocer la dinámica familiar en relación con la atención a miembros con enfermedades crónicas y discapacitados para, particularmente, identificar quiénes eran los miembros de las familias que dedicaban más tiempo al cuidado de las personas enfermas y discapacitadas, así como aspectos sobre la calidad de la atención y la forma en la que la estructura familiar se ajusta y redefine funciones por el hecho de tener un miembro enfermo o discapacitado a quien hay que proporcionarle cuidados específicos.

Otro de los objetivos fue conocer algunas respuestas institucionales y comunitarias ante el incremento de la demanda de atención de la población envejecida y discapacitada que representan el porcentaje mayoritario de la población que demanda atención en el ámbito del hogar.

Nos aproximamos al problema desde una perspectiva de género al identificar las diferencias e inequidades en la distribución de las tareas entre los miembros de los hogares. Se partió de la hipótesis de que, por razones sociales y culturales de la estructura familiar y las funciones de sus individuos, son las mujeres en los hogares quienes dedican más tiempo a cuidar familiares enfermos y que en ellas recae la responsabilidad última del cuidado.

Antecedentes

Diversas fuentes señalan que existen cuatro aspectos relacionados con una potencial presión sobre las familias para aumentar el tiempo dedicado a los cuidados de las personas enfermas en el hogar. Dos de ellos están vinculados con los cambios demográficos de la población, uno con un cambio social y el último con los cambios que se han realizado recientemente en los sistemas de salud para mejorar la eficiencia de las unidades de atención a la salud.

El primer fenómeno es el envejecimiento. México, al igual que otros países de América Latina, ha logrado reducir su tasa global de fecundidad en los últimos 30 años de 6.1 a 2.1 hijos.¹ El efecto de tal disminución sobre la estructura poblacional es que ésta ha dejado de verse como una pirámide con la base ensanchada, para tomar la forma de un barril, donde las edades intermedias empiezan a representar la mayoría de la población. Es inevitable que esta tendencia continúe y en los próximos años el crecimiento proporcional de las edades mayores será muy evidente. De hecho, de acuerdo con estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, cuando 10% de la población es mayor

de 65 años de edad se considera que esta población tiene un avanzado grado de envejecimiento. En México actualmente la población mayor de 65 años de edad alcanza 7.3%, aun cuando hay una variación regional importante y se estima que en menos de 20 años este grupo representará más de 10% del total de la población.¹

El segundo fenómeno es el aumento de enfermedades crónico-degenerativas. Este es un proceso que acompaña al envejecimiento, pero no se limita a él. También este fenómeno se ha dado con una notable celeridad, ya que en el lapso de 50 años el perfil epidemiológico del país pasó de un dominio de enfermedades infecciosas a estar fuertemente caracterizado por enfermedades crónico-degenerativas.

El tercer fenómeno es la incorporación de la mujer al ámbito laboral. En los últimos 30 años la participación laboral femenina en México se ha incrementado de manera importante; en 2003 representó 39.2% de la población económicamente activa, aunque en comparación con la presencia masculina es todavía reducida. La incorporación de la mujer al trabajo remunerado ha ocurrido sobre todo en ocupaciones de baja calificación y en el mercado informal, pero su participación en ámbitos profesionales también ha aumentado. En algunos casos las mujeres han logrado sentar su presencia en actividades que eran generalmente parte del dominio masculino. En el campo de la salud, la formación de mujeres en la carrera de medicina es un ejemplo importante.^{2, 3}

El cuarto se refiere a los cambios que se han llevado a cabo en el sistema de salud durante los últimos 20 años, al igual que otros países de la región, México ha reformado su sistema de salud con el propósito de alcanzar metas de cobertura, distribuir los recursos disponibles de manera equitativa entre la población nacional, mejorar la calidad de la atención y aumentar la eficiencia de las instituciones del sistema en el ámbito local y buscar contrapartes financieras en los estados de la federación para el sostenimiento de la operación de los servicios.⁴ Este proceso se ha desarrollado con muchas dificultades y sus consecuencias son todavía difíciles de sopesar. La reforma ha ensayado distintas estrategias para hacer más eficiente el uso de recursos en salud, aumentar la equidad y la calidad, y lograr la cobertura universal. En el ámbito hospitalario, los criterios de eficiencia han representado un ejercicio importante con logros todavía por evaluar.⁵

Justificación

A mediados de la década de los noventa, del siglo XX, organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) comenzaron a reconocer el aumento de la población adulta mayor y a interesarse por el impacto de este hecho en el incremento de los recursos, tanto públicos como privados, destinados a los cuidados de este sector.⁶ En una estimación reciente, la OCDE⁷ muestra que el nivel proyectado de costos de atención para la población mexicana tenderá a crecer en menor medida que lo que crecen en promedio los países de la Organización. Esto se atribuye principalmente a que la población mexicana

presenta un uso poco intensivo de la tecnología hospitalaria, lo cual podría implicar que una proporción importante de estas necesidades serán atendidas en otros ámbitos, incluyendo el hogar.

Aun cuando la principal preocupación en torno a este problema ha sido financiera, también ocupan un lugar importante temas como la calidad de los servicios y el papel de los miembros de la familia, en especial el de las mujeres, en el cuidado de personas enfermas y familiares dependientes.

Los cuidados a la salud en el hogar ha sido un tema relevante de investigación y de política pública en países como Inglaterra, Estados Unidos de América, Canadá y España; sin embargo, en nuestro país recientemente se está considerando conocer el fenómeno para tomar medidas adecuadas que contribuyan al diseño de políticas públicas en salud.⁹

En México, los estudios disponibles sobre la estructura de los sistemas de salud no analizan en profundidad el papel que desempeña el hogar como un ámbito donde se otorgan cuidados y atención a los problemas de salud de sus miembros. Aun cuando desde hace algunos años se tiende a identificar como parte de los sistemas de salud a los practicantes que no son reconocidos en el sistema formal, entre quienes se incluye tanto a los de la medicina tradicional y de la alternativa como los cuidadores y las cuidadoras en el hogar y la comunidad, su presencia en el sistema formal todavía es marginal y los vínculos con el sistema institucional siguen siendo incipientes.⁹

El incremento en la participación de este personal que presta servicios de salud ha llamado la atención de los analistas sobre la importancia que la población les otorga como alternativa de atención a sus problemas de salud. En este contexto, la función del hogar como ámbito de prestación de servicios ha adquirido gran relevancia en años recientes, ya que las implicaciones de este tipo de atención van más allá del campo de la salud.

La creciente demanda de atención en el hogar ha provocado que las instituciones identifiquen a éste como un ámbito donde se requiere reforzar o apoyar la atención a las personas enfermas. Aumentar la capacidad resolutive de los hogares implica incrementar la probabilidad de que quienes reciben atención en sus propias casas no tengan que regresar en un corto plazo al hospital, lo cual representa un ahorro importante en el gasto de las instituciones de salud.¹⁰

Desarrollo

Los datos que se presentan a continuación se obtuvieron en dos fases. Durante la primera se realizó un análisis cuantitativo de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo¹¹ (ENUT 2002). El propósito de la ENUT es generar estadísticas sobre las actividades que realizan los residentes de un hogar con edades de 12 años en adelante, y sobre el tiempo dedicado a cada una de ellas, incluido el tema de cuidados a personas dentro del hogar.

Durante la segunda fase se realizó un estudio cualitativo para identificar experiencias relatadas por integrantes de las familias en relación con el cuidado de personas mayores y enfermas con padecimientos crónico-degenerativos, sus oportunidades perdidas en los campos de estudio, el trabajo o el tiempo libre, sus expectativas sobre la demanda de tiempo en el futuro, el impacto sobre su propia salud y el apoyo que esperarían obtener de las instituciones gubernamentales. Para conocer estos aspectos, se realizaron grupos focales y se efectuaron entrevistas en profundidad con diversos actores sociales interesados en el tema o que tienen participación directa en la atención a población mayor de 65 años de edad.

Resultados

¿Quiénes dedican más tiempo al cuidado de las personas enfermas y discapacitadas?

Del total de la muestra de la ENUT 2002, 1 738 756 personas declararon haber realizado actividades relacionadas con los cuidados a la salud en el hogar, de este total, casi 70% fueron mujeres (*figuras 1 y 2*).

Figura 1

Distribución de personas que realizan cuidados, por sexo.
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo –ENUT 2002. México

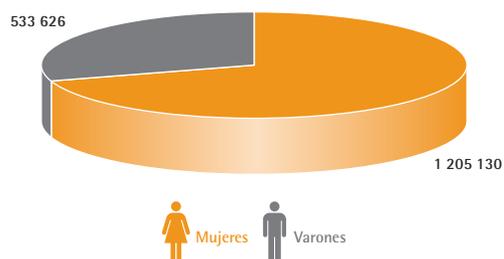
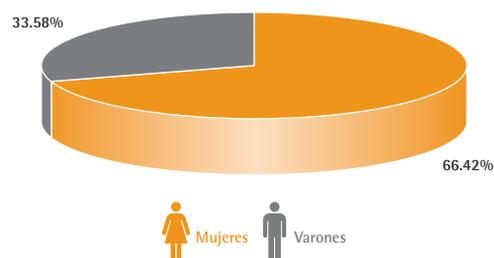
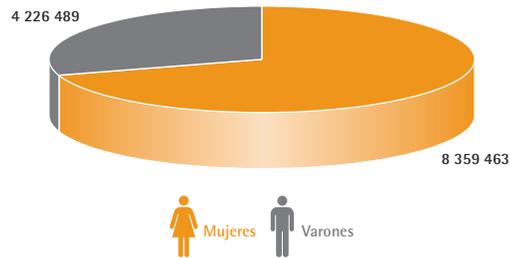


Figura 2

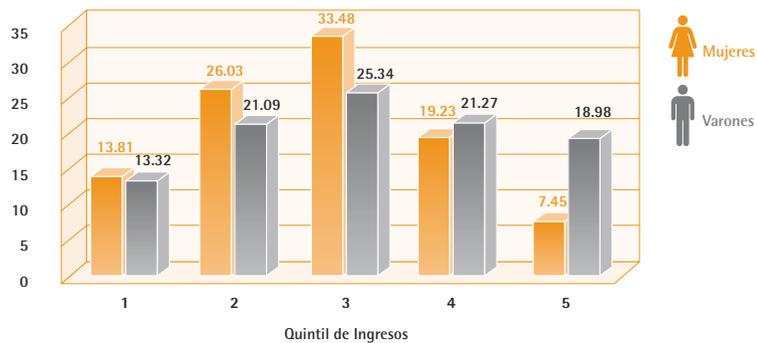
Porcentaje de cuidados realizados, por sexo.
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo –ENUT 2002. México



El total de horas que este grupo de personas dedicó a dichas tareas, de acuerdo con su propia declaración, fue de 12 588 744. De ellas, 66.4% fueron invertidas por mujeres y 33.6% por varones (figura 3).

Figura 3
**Distribución de horas dedicadas a los cuidados, por sexo.
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo -ENUT 2002. México**


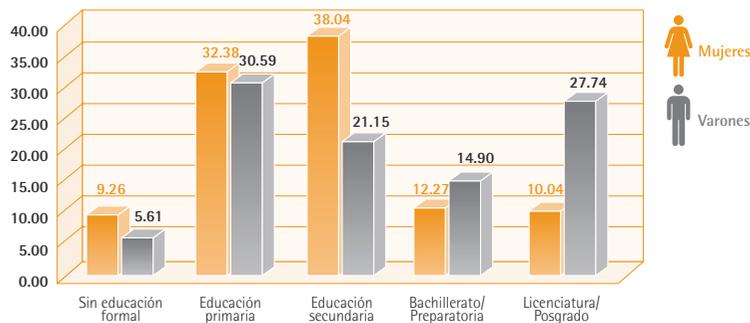
Analizando la información disponible por quintil de ingresos, se observa que 60% de las mujeres que realizaron actividades relacionadas con cuidados a la salud en el hogar se concentra en el segundo y tercer quintil, mientras que para los varones el tiempo dedicado a esas labores es muy similar en todos los quintiles (*figura 4*).

Figura 4
**Porcentaje de mujeres y varones que realizaron cuidados, por quintil de ingresos.
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo -ENUT 2002. México**


El análisis por nivel de escolaridad muestra que tanto para mujeres, como para varones la mayor carga de tiempo dedicado a estas actividades se concentra en las personas sin instrucción, así como en aquellas con grados de primaria y secundaria. Respecto a los varones, se puede observar que un alto porcentaje de los que invirtieron tiempo a este tipo actividades tiene escolaridad superior (*figura 5*).

Figura 5

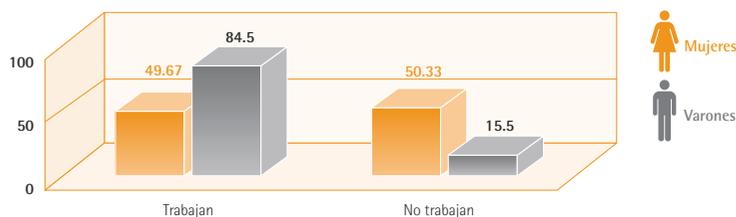
**Porcentaje de mujeres y varones que realizaron cuidados, por escolaridad.
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo –ENUT 2002. México**



Para conocer la situación laboral de los cuidadores y las cuidadoras se dividió a la población de estudio entre quienes trabajaban al momento de la encuesta y quienes no lo hacían. La gráfica siguiente muestra que en el caso de las mujeres el porcentaje que informó que realizaba cuidados y a la vez tenía un empleo (49.7) es muy similar al porcentaje de aquellas que también efectuaban cuidados, pero no tenían trabajo fuera del hogar (50.3; figura 6).

Figura 6

**Porcentaje de mujeres y varones que realizaron cuidados, por condición de ocupación.
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo –ENUT 2002. México**



En el caso de los varones las condiciones son muy distintas, ya que 84.5% de quienes declararon que llevaban a cabo tareas de este tipo reportaron que, además, tenían un empleo fuera del hogar, mientras que los cuidadores que no estaban trabajando representaban solamente 15.5%.

¿Cómo afecta a la dinámica familiar el hecho de tener un miembro enfermo o discapacitado a quien hay que proporcionarle cuidados específicos?

En los grupos focales hubo amplio consenso respecto a que las enfermedades más frecuentes que generaban discapacidad y la situación de tener enfermos y enfermas crónicos en casa son: la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer, los trastornos cerebrovasculares y enfermedades relacionadas con la salud mental, como el Alzheimer y la depresión.

La mayoría de los participantes reconoció que la presencia de personas enfermas en el hogar tiene un gran impacto sobre la economía doméstica. En este sentido, los gastos se concentran en la compra de medicinas que no proveen las instituciones de salud (lo cual fue referido como un hecho habitual), y en hacer un esfuerzo por llevar adelante las dietas recomendadas para el tratamiento de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial, aunque muchas veces esto no puede realizarse tal como se recomienda por el médico, debido a la escasez de recursos económicos.

También hubo consenso respecto a que son los miembros del hogar y la familia extensa quienes se encargan en primer lugar de la tarea del cuidado. En segundo lugar se recurre al apoyo de los vecinos; aunque esto sucede no es muy común, particularmente cuando se trata de personas enfermas que requieren de una atención directa. En general, la atención a personas enfermas crónicas y discapacitadas es realizada por mujeres quienes se encargan de la tarea, asumen la responsabilidad última de la salud de su familiar y pocas veces ceden el trabajo a otras personas.

En varios casos se encontró que pese a contar con recursos económicos para contratar a un cuidador o cuidadora, la familia prefiere proporcionar ella misma el cuidado porque consideran que la calidad y el afecto que requiere en esas condiciones sólo puede otorgárselos un ser querido.

Sobre la distribución de las actividades propias del ámbito doméstico y los cuidados directos que requiere la persona enferma, se produce una clara división de tareas y responsabilidades entre los integrantes de la familia. La distribución se realiza de manera consensuada, mientras en otros casos es implícita, por ejemplo, se asigna ese trabajo por ser hija, soltera, o no tener otras responsabilidades fuera del hogar, como trabajar o estudiar.

En este punto vale la pena señalar que la participación de los hombres en la atención a personas enfermas crónicas y discapacitadas es importante. La demanda de tiempo para cuidador directamente es tal, que mucho del trabajo de los hombres viene a cubrir los tiempos que las mujeres dedican a otras actividades en el hogar, tales como el aseo de las viviendas, la compra de víveres y otras actividades de apoyo.

La adjudicación de actividades depende directamente del grado de responsabilidad, cercanía y aceptación de la persona enferma, así como del tiempo disponible de cada persona. En la mayoría de los casos los miembros de la familia o el hogar se turnan para poder cubrir las diferentes necesidades de la enferma o del enfermo. En el caso de familias numerosas, generalmente sólo un hijo o hija se hace cargo de la mayor parte de la responsabilidad del cuidado, ya sea porque vive con la persona enferma y lo considera necesario, porque está soltero o soltera o porque los demás evaden la responsabilidad.

Un aspecto a destacar es que el hecho de tener personas enfermas en casa obliga a los miembros del hogar a destinar tiempo para aprender aspectos técnicos básicos para la atención. Al respecto, la mayoría señaló haber aprendido a través de la experiencia, de la información que obtuvo por parte de los profesionales de la salud y del conocimiento que adquirió de otras fuentes por interés propio. Los miembros del hogar tuvieron que aprender diferentes habilidades como tomar la presión, inyectar insulina u otros medicamentos, medir el nivel de azúcar, controlar el suero, efectuar el proceso de diálisis en el domicilio, realizar terapias de rehabilitación, etcétera.

Otro aspecto relevante es que existe muy poca reflexión sobre la manera como repercute el tiempo dedicado a cuidar a una persona enferma sobre la vida laboral o profesional, las relaciones personales y las actividades diarias. Esto es un indicador de los valores socioculturales fuertemente arraigados en nuestra sociedad que establecen que la familia define la responsabilidad de sus miembros –algunas veces de manera arbitraria– y, más allá de los costos que esto puede implicar para los individuos, los cuidadores y las cuidadoras designados se tienen que hacer responsables de este cuidado.

Respuesta institucional para responder a la demanda de atención de la población envejecida y discapacitada

Los funcionarios que fueron entrevistados reconocen el paulatino envejecimiento de la población y el incremento de personas con padecimientos crónico-degenerativos, para los cuales, aseguran, las instituciones no están preparadas y en muchos casos tampoco tienen claridad de las implicaciones de este proceso.

También perciben que no existe la infraestructura ni las condiciones para dar respuesta a las necesidades de una población heterogénea que está envejeciendo, pero especialmente de aquélla en condiciones de pobreza y marginación.

Una situación sobre la que las instituciones tienen diferentes perspectivas es sobre las altas hospitalarias tempranas; para algunos, reintegrar a la persona a su entorno social es lo mejor para garantizar una pronta recuperación. Para esto sugieren que es necesaria la capacitación de la familia para que puedan brindar una atención de calidad al interior del hogar. Esta argumentación se sustenta en la perspectiva de la corresponsabilidad entre las instituciones de salud y la familia para trabajar en conjunto en la

recuperación de la persona. Sin embargo, consideran que la población es muy dependiente de los servicios institucionales de salud y que se practica cada vez menos el autocuidado.

Una perspectiva distinta es el rechazo a las altas tempranas por el temor de que las personas mayores o pacientes en proceso de recuperación no reciban el trato adecuado en su hogar, ya sea por sus limitados recursos económicos o por falta de disponibilidad de algún miembro del hogar que quede al cuidado de su familiar.

Respecto a los programas institucionales, la mayoría de los funcionarios afirmaron que si bien se ha dado inicio a programas puntuales para la atención a ancianos (por ejemplo, casas de día), éstos fracasan debido a la falta de interés real y porque no se brinda una atención integral a la problemática del envejecimiento. Se afirma que debido a la falta de recursos hay que elegir entre unos y otros programas, y frecuentemente se da prioridad a menores de edad sobre los mayores.

Por otro lado, fue posible observar a través de las entrevistas que las diferentes instituciones de salud implementan medidas similares para la atención a las personas adultas mayores, adjudicándole a su institución la autoría del diseño de dichas acciones y normalmente señalan que "el otro" está utilizando o copiando su modelo, en lugar de promover la unificación o integración de programas para un mejor aprovechamiento de los recursos.

Al respecto, algunos de los programas más destacados son los grupos de ayuda mutua que promueve la Secretaría de Salud desde hace 15 años; éstos se apoyan en el control de usuarios y usuarias con padecimientos crónico-degenerativos. Otro programa destacado es el de Atención al Adulto Mayor y algunas jornadas diseñadas para la detección oportuna de padecimientos como la hipertensión arterial y la diabetes.^{12,13} Como se observa, en general los programas dirigidos a la atención y cuidado a población envejecida y enfermos crónicos continúa siendo asistencial y con baja participación de la familia. Sin embargo, esta última asume una gran responsabilidad en el cuidado en el ámbito del hogar que no ha sido fortalecida por las instituciones, salvo contadas excepciones.

No obstante, en opinión de los funcionarios, estos programas se ven entorpecidos por los rasgos socio-culturales de la población, el desconocimiento sobre el autocuidado, el poco interés en las enfermedades, en la manera de prevenirlas y los estilos de vida, entre otros.

En el ámbito institucional se destaca la falta de recursos para realizar más campañas de prevención, la detección de la enfermedad en etapas tardías, la necesidad de implementar la detección temprana en la edad adulta, la gran deserción de la población diagnosticada (en parte por la falta de medicamentos), y la imposibilidad de realizar seguimiento a las personas enfermas.

Conclusiones y recomendaciones

Uno de los aspectos relevantes de este trabajo es que al indagar, desde una perspectiva de género y de la dinámica del hogar, se observa que las mujeres en su papel de madres, hijas, esposas y hermanas son quienes se desempeñan principalmente como cuidadoras de quienes se enferman o tienen alguna discapacidad.

También debe destacarse la importancia del aporte de los hombres en su papel de esposos, hijos, hermanos, o padres cuando se trata de apoyo secundario en relación con el cuidado directo de la persona enferma o cuando se requiere realizar tareas en el hogar o fuera de éste.

En algunos de los testimonios, se manifiesta que el hombre "cubre" a la mujer en determinadas actividades, pero dedica menos tiempo a esa actividad debido a que es el principal proveedor del hogar o el único que trabaja.

A pesar de la creciente participación de los hombres en el cuidado de las personas enfermas, en el discurso de muchas mujeres no se les atribuyen grandes capacidades para el cuidado, en contraste con la predisposición socialmente naturalizada de la mujer a realizar cuidados. El papel de la mujer como "la cuidadora" se encuentra fuertemente arraigado en la sociedad, y se refleja con claridad en los testimonios.

Una recomendación para las políticas de salud es explorar a fondo las experiencias internacionales sobre el apoyo a familias con personas mayores y enfermas crónicas, con el fin de identificar las mejores prácticas en este campo que sirvan como elementos de base para generar una política de atención en nuestro país.¹⁴

Una de las experiencias internacionales que podría aplicarse en México es la creación de esquemas de aseguramiento que permitan a los familiares obtener o completar un ingreso al cuidar a sus familiares enfermos. Este tipo de seguro, cuyo ejemplo más conocido se encuentra en Alemania, paga en efectivo a los familiares una cuota fija mensual por cada familiar que cuidan. Otra opción puede ser ofrecer servicios profesionales especializados contratados o pagados por el servicio público o la seguridad social para apoyar a los cuidadores y cuidadoras informales.

Dadas las características económicas y culturales de México identificadas en el estudio, un mecanismo de protección financiera a los familiares en el apoyo a la atención de familiares enfermos crónicos y discapacitados, combinado con una asesoría técnica a las cuidadoras y a los cuidadores, podría dar los mejores resultados.

Cualquier estrategia de apoyo tiene que considerar mecanismos de asistencia y consejería para los familiares, con el fin de que logren manejar el estrés y la tensión emocional a mediano y largo plazo.¹⁵

Agradecimientos

A la Fundación Mexicana para la Salud, por ofrecer un espacio de reflexión y análisis en torno a estos temas.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Situación demográfica de México. México, DF: CONAPO; 2003.
2. García B, Blanco M, Pacheco E. Género y trabajo extradoméstico. En: García B, coord. Mujer, género y población en México. México, DF: COLMEX; 1999.
3. Ariza M, De Oliveira O. Universo familiar y procesos demográficos. En: De Oliveira O, Ariza M, coord. Imágenes de la familia en el cambio de siglo. México, DF: UNAM; 2004.
4. Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social. Reflexiones sobre las reformas en la seguridad social. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Serie de estudios núm. 34. México, D.F.; 1997. Disponible en: <http://vinculando.org/salud/saludenfermedad.htm>. [2006 noviembre 15].
5. Frenk J. Reformar sin deformar: la necesidad de una visión integral en la transformación del sistema de salud mexicano. En: Frenk J, ed. Observatorio de la salud. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.
6. Conferencia Económica para América Latina. Salud y envejecimiento. En: las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina; 2003.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2005.
8. Weiner J. The role of informal support in long-term care. En: Brodsky J, Habib J, Hirshfeld M, Ed. Key policy Issues in long term care. Ginebra: World Health Organization; 2003: 3-24.
9. Provoste P. Los cuidados domésticos e institucionales de la salud y enfermedad provistos por las mujeres. En: SARE. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Euskadi, Estado Español: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer; 2003.
10. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. Gac Sanit 2001;15(6):498-505.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo. México, DF: INEGI; 2002.

12. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Atención al envejecimiento. México, D.F: SSA-Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud; 2001.
13. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento. Programas de Estudio. México, DF: ISSSTE; 2003.
14. Comas-Herrera A, Wittenberg R, ed. European study of long-term care expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs. Discussion Paper. DG. 2003. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/ltc_study_en.pdf. [2006 noviembre 15].
15. Esteban ML. Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. En: SARE 2003, Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Euskadi, Estado Español: Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer; 2003.



Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza urbana

Margarita Márquez Serrano, M en Med Soc.¹
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Dra en Psic Soc.¹
Sandra Treviño Siller, Dra en Antrop.¹

**1 Centro de Investigación en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.**

En México, el proceso de envejecimiento se está dando de manera vertiginosa. Según datos de 2005, existen 8.2 millones de mexicanos y mexicanas mayores de 60 años de edad que se agrupan en alrededor de 5 millones de hogares, de los cuales dos están en situación de pobreza.¹ Se proyecta que entre 27 y 32 millones de habitantes serán adultos y adultas mayores en el año 2050.

De estudios realizados en esta población se sabe que hombres y mujeres no envejecen igual,²⁻⁴ su experiencia es diferencial debido, entre otras razones, a los roles de género que cada uno debe cumplir en la sociedad. Así como la vivencia, también son diferentes sus características sociodemográficas, sus condiciones de salud, sus apoyos institucionales, sus redes sociales, y necesidades que, de una u otra forma, se ven afectadas por este rol social.

Teniendo este marco como antecedente, se llevó a cabo un estudio cualitativo cuyo objetivo fue identificar, describir y analizar la autopercepción del estado de salud y la calidad de vida de ancianos y ancianas que viven en condiciones de pobreza urbana, en Guadalajara, Chilpancingo, Cuernavaca y Culiacán.

En este capítulo se presentan las principales diferencias de género identificadas.

Material y métodos

Diseño del estudio

La técnica de investigación utilizada para la recolección de información fue la de grupos focales. Para el desarrollo de los mismos se diseñó una guía específica que abordó los siguientes temas: perfil de los participantes, lazos familiares y sociales, condiciones generales de salud, apoyo institucional, percepción de bienestar, significado de la vejez y propuestas para mejorar la vivencia del envejecimiento en el México actual. Se realizaron ocho grupos focales, dos en cada entidad (cuatro con varones y cuatro con mujeres).

El acercamiento metodológico utilizado excluyó a personas mayores con enfermedades y discapacidades físicas y mentales severas, por lo que todos los y las participantes en los grupos focales, si bien padecían enfermedades crónicas, eran personas funcionales e independientes.

Resultados

Datos del perfil de los y las participantes

El total de participantes fue de 103 –40 varones y 63 mujeres–. La media de edad fue de 70 años (intervalo de 60 a 99 años). La mayoría reportó saber leer y escribir, aunque hubo quienes sólo cursaron algunos años de educación primaria. La condición de analfabetismo fue ligeramente superior en los hombres, especialmente en los estados de Guerrero y Sinaloa. Dicha condición de baja o nula escolaridad está estrechamente relacionada con las labores que desempeñaron antes de su vejez y con las actuales, en el caso de quienes aún trabajan, destacando el caso de actividades informales de baja remuneración y considerable esfuerzo físico (albañiles, campesinos, cargadores, en el caso de los varones, y limpieza de casas, lavado de ropa ajena, fabricación de productos textiles o elaboración de alimentos para venta, en el caso de las mujeres).

En cuanto al estado civil, 51 participantes todavía estaban casados (25 mujeres y 26 varones); el resto, en su mayoría había enviudado, y en menor grado se había separado o había sido abandonado por sus parejas. Los participantes reportaron ingresos variables, pero en general mínimos y sólo en nueve casos contaban con jubilación o pensión por incapacidad. En mucho su situación se solventa por los aportes económicos de los hijos.

Sobre el apoyo institucional

Independientemente de la entidad federativa se observó escaso apoyo institucional, sea por parte del gobierno o de instituciones de carácter privado o de la sociedad civil. En cuanto al apoyo gubernamental sólo distinguieron con claridad dos instancias: el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). La "Pensión Guerrero" fue el único programa específico para esta población en dicha entidad, el cual consiste en una asignación económica mensual.

Por otra parte, la existencia de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) no fue identificada como tal por los participantes del estudio; solamente se identificaron diversas acciones de tipo caritativo fundamentalmente desarrolladas por diferentes Iglesias locales y que consisten generalmente en la venta o entrega de despensas, de ropa, pláticas diversas y comedores para las personas necesitadas, no solamente para las personas mayores.

En las actividades organizadas para personas mayores, por la iniciativa pública o privada, en general observamos una diferenciación de género importante: las actividades dirigidas a los varones son de tipo intelectual y aquellas enfocadas a las mujeres son de carácter más lúdico y creativo. Adicionalmente, el beneficio derivado de las acciones asistencialistas es diferencial para hombres y mujeres; son las

mujeres quienes más acceden y, de hecho, buscan y aprovechan estos apoyos. Para los varones resulta más difícil acercarse a pedir ayuda.

Condiciones de salud

Este grupo de personas mayores considera que para tener una mejor calidad de vida es necesario tener "buenas condiciones de salud", es decir, no tener enfermedades largas o discapacitantes: poder caminar y tener independencia física, de esta manera, opinan que "...hasta ser pobre es aguantable". Aunque en esta percepción coincidieron hombres y mujeres, identificamos diferencias en las razones que sustentan la preocupación alrededor de la salud. En los varones está ligada no sólo al deterioro de la calidad de vida, sino a la imposibilidad de trabajar y no poder cumplir con su papel de proveedores; mientras que en ellas, su preocupación se centra en no tener quien las atienda cuando se enferman y, dado que normalmente ellas son las que cuidan la salud de los otros miembros de la familia, no poder cumplir con esta tarea.

En el *cuadro I* aparecen las principales enfermedades reportadas según sexo. Un primer rasgo a destacar es que las mujeres, en términos generales, observan mejores condiciones de salud, en comparación con el grupo de hombres. En segundo lugar, hay un grupo de enfermedades que padecen ambos, pero en el caso de los varones, los padecimientos se encuentran en una fase más agravada, por ejemplo, la diabetes en ellos ya presenta complicaciones como la pérdida del pie, enfermedades renales y de la vista; es el mismo caso de la artritis o la hipertensión arterial. En tercer lugar, en el perfil de salud de los varones aparecen algunos problemas específicos como mordeduras de víboras o picaduras de alacranes, caídas, sordera, cáncer, cirrosis, enfisema, más relacionados con los trabajos que han desempeñado o siguen desempeñando a lo largo de su vida.ⁱ

ⁱ Prácticamente todos ellos comenzaron su vida laboral a edades muy tempranas, desempeñando actividades de fuerte desgaste físico y también tuvieron hábitos nocivos a la salud como el alcoholismo y el tabaquismo.

Cuadro I

Diferencias de género en las condiciones de autopercepción de la salud de adultos mayores que habitan en cuatro ciudades de la República Mexicana, 2005

	Mujeres	Hombres
1	Dolores de espalda/ de columna	Enfisema
2	Dolores de articulaciones	Dolores de espalda
3	Dolores de riñones y vejiga	Dolores de extremidades
4	Dolores de piernas: várices	Gastritis/úlceras
5	Gastritis	Nervios
6	Nervios	Diabetes
8	Presión alta	Reumas/ artritis
9	Osteoporosis	Problemas de riñones
10	Diabetes	Problemas de pulmones
11	Problemas de vesícula biliar (corajes)	Presión alta
12	Problemas de pulmones	Tumores
13	Reumas/artritis	Problemas de la próstata
14	Problemas de rodillas	Problemas de los ojos
15	Problemas de la vista	Dolores de cabeza
16	Dolores de cabeza	Picaduras de viboras o alacranes
17		Caídas
18		Sordera
19		Cáncer
20		Cirrosis

Fuente: Elaboración propia con base en grupos focales con adultos mayores en Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. México, 2005.

Las enfermedades que producen discapacidad física tienen un costo adicional para los varones; no sólo les afecta en su posibilidad de seguir siendo proveedores, sino que trastoca también su identidad masculina al repercutir en la disminución o pérdida de su virilidad; en la mayoría de las ciudades estuvo presente la preocupación de que la diabetes afectara su actividad sexual, y las consecuencias como el abandono de la esposa o la pérdida de su papel como autoridad principal. Este resultado no había sido reportado en otros estudios.⁵⁻⁷

En relación con la derechohabiencia, poco menos de la mitad de los participantes tenía derecho a algún tipo de atención en salud, Instituto Mexicano del Seguro Social o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (IMSS o ISSSTE); la asistencia del Seguro Popular de Salud fue mínima. Sin embargo, llama la atención que en la mayoría de los casos esta derechohabiencia la tienen debido al trabajo actual de los hijos, lo que los hace dependientes de su relación con ellos y con la estabilidad laboral de éstos. La búsqueda de atención para la salud en las personas mayores se da en dos niveles; por un lado, mujeres y hombres acuden a las instituciones formales (clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud -SSA-, IMSS, ISSSTE) e incluso a médicos privados, especialmente en caso de complicaciones mayores, pero también acuden con diversos especialistas de medicina tradicional y

alternativa (yerberos, sobadores, homeopatía). En cuanto al uso de servicios y alternativas de atención observamos que, en primer lugar, las mujeres recurren más a la atención médica que los hombres en ambas modalidades (formal y no formal); en segundo lugar, la mayoría de los varones acude más a los servicios médicos formales para atender sus problemas de salud que a la medicina tradicional, y lo hacen cuando sus enfermedades son más graves; las mujeres, posiblemente debido a sus escasos ingresos y a su condición de soledad, utilizan más la medicina tradicional. El peso de la cultura juega también un papel importante; algunas de ellas no sólo conocen este tipo de medicina, sino que la practican: saben sobar, curar y en sus comunidades solicitan sus servicios, este conocimiento ha sido transmitido por tradición oral de familiares, sobre todo de otras mujeres (madres, tías).

Otro aspecto ligado a su condición de género es que las ancianas mostraron una mayor preocupación por el cuidado a la salud que los varones; tienen conocimiento sobre aspectos como la dieta, hablaron sobre el problema del colesterol, de la osteoporosis, de los cuidados posparto y de la importancia de la lactancia. También vincularon a la salud actividades como cantar, bailar y tener un grupo con quien convivir, lo que evidencia una visión de salud más integral y la importancia adjudicada a las redes sociales y a la recreación, en contraste con los varones adultos mayores.⁸

Entre las preocupaciones presentes en esta etapa de la vida, muy ligadas a su condición de género, los hombres mencionaron no tener trabajo, no tener dinero ni para comer, ser una carga para los hijos e hijas, enfermarse y la muerte de la esposa, por la soledad que esto trae aparejado. En las mujeres emerge su rol de madres cuando expresan su deseo de, en caso de llegar a faltar, dejar a todos los hijos o hijas bien casados o acompañados. Estas diferentes perspectivas pueden verse también reflejadas en las necesidades que los adultos y las adultas mayores expresaron (*cuadro II*).

Cuadro II

Demandas de adultos mayores en los lugares de estudio, por sexo y prioridad. México, 2005

Mujeres	Hombres
1. Asilo	1. Comedores
2. Casa de día	2. Atención médica con medicamentos gratuitos o subsidiados
3. Instituto	3. Ayuda económica mensual
4. Cultura de respeto	4. Despensas
5. Paseos y distracciones	5. Descuentos en servicios públicos
6. Atención médica (unidades especiales)	6. Descuentos en transporte urbano
7. Empleo	7. Paseos y distracciones
8. Apoyo económico	8. Atención médica gratuita
9. Medicamentos gratuitos	9. Apoyo económico para necesidades básicas y pasearse
10. Apoyo cuestiones domésticas	10. Descuento en transporte urbano
11. Mejorar vivienda	11. Cultura de respeto dependencias públicas y privadas
12. Ayuda económica	12. Espacios de convivencia
13. Despensas	13. Cultura de respeto en escolares
14. Empleo	14. Programa de ayuda económica
15. Tiendas productos básicos a precios bajos	15. Despensas
16. Despensas con productos variados y mejores	16. Salidas y paseos
17. Ayuda/apoyo para hijos discapacitados	17. Apoyo a la salud
18. Cultura de respeto	18. Estancias de día gratuitas o económicas
	19. Asilos
	20. Ayuda económica para gastos funerarios

Fuente: Elaboración propia con base en grupos focales con adultos mayores en Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. México, 2005.

Apoyo social y familiar

En las cuatro ciudades del estudio se identificó que los principales apoyos sociales con los que cuentan las personas mayores son los de familiares cercanos, sobre todo los hijos e hijas, yernos y nueras. En algunos casos los nietos y las nietas también aparecen como apoyos, sobre todo cuando son mayores de edad. En este punto observamos una primera diferencia de género importante: cuando viven solos, los hombres reciben apoyo generalmente de vecinas, mientras que las mujeres, usualmente de familiares directos. En cuanto al tipo de apoyo particularmente por parte de familiares, es más común que los hombres reciban dinero y las mujeres compañía. Lo anterior es reflejo de las construcciones sociales alrededor de las identidades masculina y femenina,⁹ cuando ya no es posible cumplir con su tarea, la familia la asume y la revierte sobre ellos y ellas.

En el caso de las personas mayores viudas o separadas, quienes viven en la casa de alguna hija o hijo, se identificó la necesidad de realizar alguna tarea para retribuir de alguna manera y "ganarse el pan" que les ofrecen, siendo las domésticas las tareas más frecuentes que ellos desempeñan. Aunque esta

condición de vivir sintiéndose una carga es compartida por hombres y mujeres, los hombres parecen resentirla más, porque antes de llegar a la vejez ellos fueron reconocidos como proveedores económicos de la familia y desempeñaron este papel por muchos años; en esta etapa de la vida terminan siendo dependientes y esto resulta duro de aceptar, a diferencia de las mujeres, quienes pueden, aún a esta edad, desempeñar su papel de cuidadoras.

En cuanto a las actividades que llevan a cabo como forma de retribución, reproducen los roles tradicionales de género, esto es, las mujeres realizan tareas como barrer, lavar, hacer la comida, compartiendo con los hombres el cuidado de los nietos y nietas. Los varones se encargan de tareas como cuidar el jardín, tirar la basura, acarrear leña, hacer mandados o lavar el patio. Algunas mujeres consideraron incluso que colaboran más de lo que reciben por parte de sus hijos e hijas. Aún a esta edad, las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de la carga doméstica.

Los adultos mayores varones que viven solos enfrentan con mayor dificultad el desempeño de ciertas tareas domésticas, principalmente aquellas que culturalmente se asignan a las mujeres, como cocinar. Piensan que no les toca desempeñar estas tareas, de modo que la soledad se ve acentuada por la poca disposición y falta de conocimiento para llevarlas a cabo; para cubrir sus necesidades de alimento, acuden con sus vecinas o asisten a comedores de asistencia pública. Se observa que para ellos, entonces, no sólo es importante la potencial densidad de sus redes^{8,9} sino, sobre todo, las características de las personas que, a su juicio, puedan cubrir sus necesidades. Las mujeres del estudio, en este sentido, siempre mostraron un mayor grado de independencia y se mostraron dispuestas a solicitar ayuda sin este criterio de por medio.

Aunque no siempre ocurre así, cuando se vive con el cónyuge es más fácil que se anule esta división de tareas; frente a la escasez y condiciones de marginación se fortalece la convivencia solidaria y de apoyo mutuo, para poder sacar la vida adelante.

En las expectativas que se generan de los hijos e hijas, prevalece también una visión de género; aunque de ambos esperan cuidados y atención por todo lo que ellos, como padres, hicieron en su momento, es más común que demanden la compañía de las hijas, piensan que ellas son más apegadas y apoyan más en este sentido, que los hijos varones. Los adultos mayores varones esperan ser cuidados por sus hijas y perciben que las mujeres adultas mayores reciben más apoyo de los hijos e hijas en general, justificando lo anterior en el reconocimiento de que ellas fueron las responsables de su crianza.

En toda red social, el intercambio es una característica que la define, y en el caso de las adultas y los adultos mayores no es la excepción, pues lejos de la idea de que pasados los 65 años de edad empiezan a ser un estorbo, ellos y ellas continúan dispensando ayuda (*cuadro III*), y representan un apoyo invaluable al interior de los hogares, sobre todo en estas familias, cuyas condiciones de pobreza obligan a sus miembros a trabajar fuera de casa, impactando de forma importante a las mujeres, pues el incremento del empleo materno dificulta el cuidado de los hijos e hijas.¹⁰

Cuadro III

Principales responsabilidades y apoyos familiares de los adultos mayores, según ciudad y sexo. México, 2005

	Responsabilidades en el hogar		Apoyos familiares	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cuernavaca	Cuidado de los nietos: darles de comer, recogerlos de la escuela, arreglos domésticos	Quehacer, barrer, cocinar y cuidar o recoger a los nietos cuando salen de la escuela	Yernos, nueras, hijos e hijas, nietos	Yernos, nueras, hijos e hijas, nietos
Chilpancingo	Lavar el patio, barrer, hacer arreglos domésticos	Cuidar a los nietos	Cónyuge, hijos e hijas	Cónyuge, hijos e hijas
Culiacán	Proveen apoyo económico a las hijas que son abandonadas por sus maridos	Cocinar, lavar, hacer el quehacer, cuidar de otros enfermos, como sus esposos y en algunos casos se dan tiempo para poder visitar y apoyar a otras personas más envejecidas, más pobres o más enfermas que ellas	Cónyuges, cuando se les tiene, hijos e hijas	Cónyuges, cuando se les tiene, hijos e hijas
Guadalajara	Cuidar a los nietos	Cuidan a otros enfermos o menores de edad (nietos), realizan la mayor parte del trabajo doméstico y varias de ellas desarrollan actividades informales diversas para poder salir adelante con los gastos de la familia (venta de productos). Cuidado de los nietos debido al empleo materno de sus propias hijas o nueras	Cónyuge, cuando se tiene, quien es considerada la más importante, y los hijos e hijas. Vecinos	Cónyuge (si está sano o si puede seguir trabajando) y los propios hijos e hijas

Fuente: Elaboración propia con base en grupos focales con adultos mayores en Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. México, 2005.

Más que el número, la calidad de las relaciones que mantienen con la familia es lo que define su percepción de bienestar. Así, cuando tienen problemas con las hijas, hijos, nueras o yernos, se acentúa la percepción de desamparo e indefensión, pero son sobre todo los hombres quienes sufren más esta situación. Las mujeres mostraron mayores recursos para enfrentarla: es más común que ellas se integren a otros grupos sociales de convivencia, deporte, manualidades o cooperación, que lleven a cabo labores altruistas (reparten despensas o barren la iglesia, por ejemplo) o que a través del empleo informal salgan adelante por sí mismas.

Con base en el estudio hecho por Cattell,¹¹ resaltamos aquí el papel que las redes sociales pueden llegar a jugar en el estado de bienestar y salud de las personas, sobre todo en contextos de pobreza. Las percepciones de inequidad, señala esta autora, pueden tener un efecto tanto positivo como negativo; en otras palabras, la pobreza puede provocar un sentimiento de desamparo o bien, ser una fuente de acción social, dependiendo, entre otras cosas, de las oportunidades derivadas de las características de las redes sociales que se hayan construido. En el caso de nuestro estudio, el efecto en los adultos mayores se ubica más bien en el primero, lo que puede entenderse por la doble marginación que viven, son pobres y, además, pertenecen a un grupo de edad con desventajas tales como falta de oportunidades laborales, limitaciones, incluso físicas, para la movilidad, alto grado de dependencia, particularmente

económica y redes en las que ellas y ellos dispensan más apoyo del que reciben. Circunstancias que desfavorecen más a los hombres, en comparación con las mujeres.

Conclusiones y recomendaciones

Esta investigación retrata algunas características de la vejez en México: personas mayores viviendo en condiciones de pobreza, dependiendo de otras personas más jóvenes (generalmente de los hijos e hijas), lo que limita sus decisiones; estado de salud deteriorado y alimentación deficiente, así como limitado acceso a servicios de salud y a otros apoyos asistenciales. Resaltamos la identificación de una experiencia de envejecimiento en estas personas mayores, diferenciada por condición social de género, en donde la masculina se erige básicamente como fuerza de trabajo que provee a la familia, y la femenina como la que suministra cuidados, atención y afecto.^{4,9} La repercusión de tal hallazgo para la investigación en sistemas de salud se traduce en la reconsideración del envejecimiento como un proceso homogéneo, definido únicamente por características sociodemográficas como el ingreso, o físicas como el estado de salud. Tal reconsideración debería desembocar en acciones específicas acordes con esta condición. También se confirma que la familia cercana constituye el principal apoyo de las personas envejecidas en zonas urbanas marginadas en México, resaltando su papel en relación con las necesidades de salud de esta población, en cuyo escenario no parecen figurar de forma importante el gobierno y la sociedad civil; y ellas y ellos mismos no consideran un derecho o una responsabilidad social su atención, cuidado y calidad de vida, y enfocan sus esperanzas tan sólo en los familiares cercanos.

Toda recomendación derivada de lo anterior debe tomar en cuenta, en primer lugar, la necesidad de considerar que **la vivencia del envejecimiento y de la calidad de vida en esta etapa es una responsabilidad social, no individual**; y que toda acción encaminada a satisfacer las principales necesidades, aunque se ubiquen éstas en el área de salud, debe plantearse intersectorialmente.

Sería recomendable en este sentido que conjuntamente el DIF y el INAPAM implementaran un programa permanente de comedores que ofrecieran una vez al día una comida balanceada y adecuada, incorporando estudiantes de servicio social de las carreras de trabajo social y nutrición prioritariamente; asilos de calidad y estancias de día, para quienes no tengan donde vivir o una familia que pueda atenderlos durante el día.

A través de la Secretaría de Salud se podría implementar un programa de atención médica domiciliaria, de seguimiento y de revisión periódica de su estado de salud; de promoción del cuidado de la alimentación; realizar alguna actividad física, así como la promoción de grupos de apoyo para la tercera edad en la comunidad. En las unidades de atención médica, integrar servicios de geriatría y gerontología e implantar un programa permanente de atención tanatológica, a través de la Asociación Nacional de Tanatología. Asimismo, es urgente implementar programas de sensibilización y concienciación del proceso del envejecimiento para funcionarios, tomadores de decisiones y personal de salud.

Es necesario establecer contacto con OSC dedicadas a la atención en salud de los ancianos y de las ancianas, por ejemplo, de atención oftalmológica.

En conjunción con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), incorporar un programa de nutrición con el desarrollo de un suplemento alimenticio diseñado específicamente para ellos y ellas. La distribución y la difusión podrían realizarse a través de los canales del Programa Oportunidades.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Encuentro con especialistas gubernamentales y de la Organización de Naciones Unidas, convocada por el Consejo Nacional de Población para analizar el envejecimiento demográfico. Periódico El Universal, septiembre de 2005, Ciudad de México.
2. Ham-Chande R. Características sociales y económicas en las edades avanzadas. En: Ham-Chande R. El Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte; 2003: 171-216.
3. Wong R. La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género. En: Salgado N, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 97-122.
4. Treviño-Siller S, Pelcastre B, Márquez M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. Salud Publica Mex 2006;48:30-8.
5. Resano- Pérez E, Olaiz- Fernández G. Las personas de 50 y más años. En: Salgado N, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 23-36.
6. Mendoza VM. Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En: Salgado N, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 57-80.
7. Wong R, Figueroa ME. Morbilidad y utilización de servicios en la población de edad avanzada: análisis comparativo. En: Hernández H, Menkes C. La población mexicana a finales del siglo XX. México, DF: SOMEDE-CRIM-UNAM; 1998: 467-83.
8. Montes de Oca V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. México, DF: Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
9. Montes de Oca V. Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. Papeles Poblac 1999;19:149-72.

10. Welti C, Rodríguez B. Trabajo extradoméstico femenino y comportamiento reproductivo. En: García B, coord. Mujer, género y población en México. 1ª. reimp. México, DF: El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía; 2000: 317-62.
11. Cattell V. Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital. Soc Sci Med 2001;52:1501-16.



Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes

Marta Caballero, Dra en Soc,¹ Sandra Catalina Ochoa Marín, M en Salud Colectiva,² René Leyva, Dr en Soc,¹ Ángel Zarco, Lic en Antrop Soc,¹ Claudia Guerrero, Lic en Etnol.³

1 Instituto Nacional de Salud Pública, México.

2 Universidad de Antioquia, Colombia. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 3 Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Este estudio fue posible gracias al financiamiento otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (SALUD-2003-CO1-57).

La mayoría de estudios sobre migración y su relación con el VIH/Sida ha tenido como protagonista principal a los migrantes varones, dejando de lado a las compañeras de éstos, las que se quedan en su comunidad. Los trabajos se centran en explorar el ajuste cultural al nuevo contexto social y laboral,¹ los cambios en las condiciones de vida de los migrantes,² la adopción de prácticas sexuales de riesgo, y el manejo de situaciones de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS),^{3,4} entre otras. Más recientemente se ha estudiado el proceso de migración y su relación con la vulnerabilidad social en la región de Centroamérica y México, donde las relaciones sexuales aparecen como un elemento clave para negociar el tránsito indocumentado en la región y hacia los Estados Unidos de América (EUA).^{5,6} En el caso de las mujeres migrantes indocumentadas, éstas se vinculan a un proceso que es predominantemente masculino, en el cual se acentúan las diferencias de género; en este contexto la migrante indocumentada es vista como dispuesta y, a la vez, disponible para tener relaciones sexuales en condiciones de desigualdad.⁷

Si bien lo anterior representa uno de los focos principales de las investigaciones sobre migración y Sida, recientemente se ha puesto mayor atención sobre sus efectos en las comunidades de origen. Una de las observaciones iniciales son los cambios demográficos en estas localidades: viejos, niños, niñas y mujeres son quienes se quedan;⁸ también se han analizado los cambios económicos y culturales^{9,10} y los relacionados con la composición de los grupos, relaciones familiares y comunitarias.^{11,12} En este entorno, las mujeres que se quedan tienen que reajustar sus relaciones familiares y comunitarias a su nuevo papel de mujeres solas, lo que lleva a un reacomodo de roles y a una recomposición de redes en la familia y en la comunidad, tanto en el momento de salida como en el de retorno de su pareja.¹³ Los roles de género que prevalecen en México asignan a las mujeres actitudes de sumisión, sacrificio y obediencia a la figura masculina, y relacionan el ejercicio de la sexualidad con la función reproductiva y la maternidad;¹⁴ mientras al hombre se le relaciona con características de proveedor de los recursos, dominio, autoridad, y la paternidad como prueba de su masculinidad.¹⁵ Sin embargo, una proporción cada vez mayor de mujeres (21%) en México son las responsables del mantenimiento del hogar,¹⁶ y pudiera pensarse que este porcentaje aumente especialmente en comunidades con alta migración hacia EUA, hecho que lleva a replantear el rol tradicionalmente asignado a la mujer.

En México, alrededor de 16.7% de las personas que viven con Sida son mujeres,¹⁷ aunque en algunas regiones del país se ha llegado a documentar que este porcentaje puede ser mayor;¹⁸ la transmisión sexual es la forma predominante de diseminación de la infección (92.2%).¹⁷ En regiones con alta intensidad migratoria*,¹⁸ se ha observado que hasta 20 de los casos de VIH/Sida tenían antecedentes de haber migrado a EUA.¹⁹

En este contexto, se realizó un estudio con el propósito de analizar las consecuencias del proceso migratorio de los varones y la relación con la salud de las mujeres que se quedan en la comunidad de origen, así como los cambios que ocurren en sus redes familiares y sociales. En este trabajo se identifican y analizan la percepción de riesgo para ITS y VIH/Sida de las mujeres compañeras de migrantes, en dos comunidades ubicadas en la región central de México, con alta intensidad migratoria hacia EUA.

Metodología

Se realizó un estudio de carácter cualitativo en el cual se recuperan las reflexiones y prácticas de las mujeres compañeras de migrantes en relación con el riesgo de contraer ITS o VIH/Sida, y las formas de respuesta al mismo.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el periodo de octubre de 2004 a julio de 2005, en dos comunidades, una urbana y otra rural, de una región del centro de México, incluida dentro de las entidades con alto índice de intensidad migratoria internacional.¹⁸

Las mujeres que participaron en el estudio cumplían los siguientes criterios de selección: residentes de diferentes conglomerados de las comunidades, mayores de 18 años de edad, con pareja en los EUA o cuya pareja hubiera regresado a la comunidad en un término no mayor a cinco años, y que aceptaran participar libremente en el estudio. Con estos criterios fueron seleccionadas 60 mujeres compañeras de migrantes, de las cuales 28 residen en la comunidad rural y el resto en la comunidad urbana. Se les informó sobre el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento informado.

La recolección de los datos se efectuó por medio de la entrevista en profundidad y de la observación no participante, con el propósito de explorar: la percepción de las mujeres frente al riesgo de enfermarse de ITS o de VIH/Sida, las acciones frente al riesgo, la información sobre prevención y transmisión de ITS y de VIH/Sida y las recomendaciones que darían a otras mujeres compañeras de migrantes para evitar estas enfermedades. La observación no participante tuvo como objetivo contextualizar la interacción de estas mujeres con la comunidad; se registraron sus actividades y algunos lugares donde se comparte la vida social (centro de salud, pláticas del Programa *Oportunidades*,[†] mercados y escuelas).

* El índice de intensidad migratoria es una medida que integra las siguientes expresiones de la migración: hogares con emigrantes en EUA, hogares con emigrantes que regresaron al país en los últimos cinco años, y hogares que reciben remesas.¹⁸

† El Programa Nacional Oportunidades es un programa gubernamental para disminuir la pobreza y beneficiar a las familias en salud, educación y nutrición. En este programa la norma compromete a las beneficiarias a asistir a pláticas acerca de salud, en las cuales se les orienta sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud, entre otros temas.

Para el análisis de los datos se elaboraron matrices de datos de acuerdo con cuatro características sociodemográficas, ya que se consideran elementos clave que influyen en la percepción de riesgo de las mujeres: zona de residencia de las mujeres (urbana/rural); convivencia (solas/en casa de padres o suegros); tipo de trabajo (doméstico exclusivamente/compaginán con el extradoméstico); frecuencia de comunicación con la pareja, y envío de dinero por parte de sus compañeros (sí/no).

Resultados

Perfil de las mujeres entrevistadas

La mayoría de las mujeres entrevistadas (68%) nacieron en otras comunidades; su edad se encuentra entre 18 y 58 años, con una mediana de 35.5 años; 42% tienen menos de seis años de estudio; en su mayoría tienen entre 3 y 5 hijos. Un poco más de la mitad se dedica exclusivamente a las tareas del hogar, y dependen económicamente de las remesas que sus compañeros les envían; las demás realizan actividades del hogar como empleadas domésticas o venden alimentos que ellas mismas preparan, y prácticamente todas participan en el Programa *Oportunidades*. De estas mujeres, 53% regresa al hogar de sus padres o de los suegros durante el periodo en que su compañero migra hacia EUA, y el resto se queda viviendo sola en su hogar.

Las comunidades de estudio

El número de habitantes de la comunidad rural es de 6 575; hay pocas opciones de empleo para la población, por lo que la migración se ha constituido en una alternativa que por generaciones busca la mayoría de hombres de la comunidad. La comunidad urbana cuenta con 63 701 habitantes, es decir, una población casi 10 veces mayor que la rural. Ambas comunidades cuentan con centros de salud para el primer nivel de atención y con el Programa *Oportunidades*.

En la comunidad rural la mayoría de las mujeres compañeras de migrantes nacieron en la misma comunidad, y la mayor parte de ellas se dedica exclusivamente a las labores domésticas. Los migrantes cuentan con redes de apoyo conformadas por integrantes de su comunidad de origen en el lugar de destino, y mantienen comunicación con sus familiares en el de origen; de esta forma saben de los acontecimientos culturales, sociales, políticos e incluso afectivos que ocurren en su comunidad. Se percibe como poco frecuente que debido a la migración se rompa la relación de pareja.

Por el contrario, en la comunidad urbana la mayoría de mujeres entrevistadas nacieron en otras comunidades de zonas rurales cercanas; combinan las actividades domésticas con trabajos informales extradomésticos que les generan ingresos económicos. La migración corresponde a un proceso más individual, en el cual los migrantes no cuentan con las redes de apoyo ni en el lugar de origen ni en el de destino. Las mujeres de la comunidad perciben la ruptura de la pareja como consecuencia de la migración, y expresan "temor por ser abandonadas."

La pareja

En el proceso migratorio se generan estrategias que buscan mantener una pareja funcional, de no ruptura. De esta forma, las mujeres reciben, semanal o quincenalmente, llamadas telefónicas de sus compañeros. Esta comunicación usualmente es unidireccional, ya que ellas en su mayoría no saben dónde establecer contacto con ellos, ni siquiera en situaciones de emergencia; también desconocen los lugares de residencia o de trabajo, ingresos y horarios de trabajo de sus compañeros. El envío de dinero es otro aspecto para mantener la pareja; sin embargo, la regularidad con que lo reciben es variable, a expensas de necesidades que muchas veces dejan entrever el control que los varones ejercen sobre sus compañeras. Las mujeres administran el dinero en gastos básicos de alimentación, vestido y educación de los hijos prácticamente sin consultar, pero es en gastos mayores como la construcción de la casa, en que la consulta al esposo es continua.

A las estrategias anteriores se suman otras de carácter simbólico, cuyo valor social es importante para conservar la pareja a distancia. Desde la perspectiva de las mujeres la relación de pareja en situación de migración se sostiene porque hay *buenos esposos* y *buenas esposas*; este concepto precisa el comportamiento de ambos. Ya que el *buen esposo* lo definen en términos de: brindar apoyo económico, proveer los recursos para el sostenimiento del hogar, la confianza que le tienen a ellas, el no maltrato físico y el que no las abandonen como a otras mujeres les ha sucedido. Mientras que la *buena esposa* es la que atiende, en la ausencia del varón cuida el hogar, a los hijos e hijas e inclusive a algún familiar como padres o suegros, tiene plena confianza a su pareja y le es fiel; y en presencia del compañero le hace la comida, le tiene la ropa lista, está atenta a sus necesidades y es su compañera sexual.

La vida social de las mujeres en la comunidad se modifica con la presencia o ausencia del compañero. Es más activa en los meses cuando él no está; su manera de relacionarse y de vestir cambia: salen a fiestas, tienen mayor relación con las vecinas, amigas e incluso con hombres de la comunidad; "algunas mujeres se peinan el cabello más corto porque cuando su marido llega lo deben traer largo" (MHR-CO10). En cambio, con la presencia del compañero el comportamiento de las mujeres es distinto; se espera que sean "más recatadas", que no salgan solas a una fiesta, que reduzcan su interacción con el resto de la comunidad; "de hecho, las mujeres casadas ya no pueden vestir igual que las solteras" (MCM-CO03).

Percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida

La percepción de riesgo parte de la definición construida por las propias mujeres, "su sentir" sobre las posibilidades de contraer alguna ITS o el VIH/Sida; para ello, tienen en cuenta la información que poseen sobre la transmisión sexual y la prevención de estas infecciones.

De esta forma no todas las mujeres entrevistadas expresan sentirse en riesgo; esta sensación varía de acuerdo con diferentes situaciones que vive la mujer. Para las mujeres que expresaron sentirse en riesgo éste se traduce en un "temor o preocupación" atribuidos a la posibilidad de que sus compañeros

tengan relaciones sexuales con otras parejas mientras están fuera. Algunas de las razones que aluden están relacionadas con la soledad: "allá están solos y ellas no los están cuidando" (MCM-CO12); con la naturaleza sexual: "una mujer es muy fácil de que controle lo que es su sexualidad, la reprima. Pero los hombres, no" (MCM-CO25); con el comportamiento sexual más "liberal" de las mujeres de EUA: "allá se ve más la vida libertina, pues allá está la vida más, pues más al libertinaje; allá las parejas no tardan mucho tiempo de casados, allá están cambiando de pareja" (MCM-CO13). No obstante, consideran que el riesgo no es exclusivo de las mujeres compañeras de migrantes, ya que se puede dar aun cuando "los compañeros no estén fuera de la comunidad".

Para otras mujeres entrevistadas el riesgo no es percibido dado que "confían en su compañero"; creen que sus compañeros les son fieles y que no tienen relaciones sexuales con otras mujeres en los EUA. Se puede decir que es "la confianza" la que hace que no se perciban en riesgo. Sin embargo, expresan que tienen confianza en su compañero, aunque también consideran que los hombres no pueden estar mucho tiempo "sin tener relaciones sexuales" o "estar sin mujer".

"Bueno, yo pienso que le tengo confianza a mi marido y él me ha contado que por allá no se ha metido con ni una. Pero uno no sabe, uno no anda por allá. Pero yo le tengo confianza y yo siento que no. Cuando él llega me siento protegida pues no temo a que yo vaya a tener una infección por él" (MCM-CO19).

Hay otro tipo de mujeres entrevistadas en las que se evidencia ambivalencia en el discurso al momento de la entrevista, pues algunas veces dicen sentirse en riesgo y otras veces que no; esto puede expresar la incertidumbre que vive la mujer frente al riesgo de contraer ITS o el VIH/Sida. Al respecto, relacionan el riesgo con el regreso del compañero, la desconfianza y la búsqueda de respuesta para prevenir las ITS o el VIH/Sida. Es el caso de una mujer que al preguntarle si se siente en riesgo dice que no, pero que al momento del regreso del compañero desea pedirle el uso del condón como una forma de protección contra estos procesos.

"Voy a pedirle a mi esposo que use condón, porque pues tú no puedes saber, porque la gente te puede dar una cara, pero no te van a decir sí, ya me metí con una mujer. Obviamente, que se pusiera el condón, P: ¿Tú desconfías? R: Pues a veces sí, pero desconfianza mucha no, nada más a veces" (MCM-TEX14).

Pedir a sus compañeros que utilicen condón para tener relaciones sexuales con ellas es una forma eficaz para la prevención de ITS; sin embargo, posiblemente genera conflictos en la pareja. Algunas mujeres para facilitar la negociación los compran en las farmacias o los piden en el centro de salud. Ante esta solicitud los varones se niegan a utilizarlos porque "no necesita, ya que no ha tenido relaciones sexuales con ninguna mujer"; además, dicen que no les gusta utilizarlo porque "no sienten igual"; por otra parte, el uso del condón en la pareja tiene sentido sólo para prevenir embarazos.

Conclusiones y recomendaciones

La construcción del riesgo para las ITS y el VIH/Sida en las mujeres entrevistadas es un conjunto de elementos que no se alcanza a definir claramente. La migración de la pareja genera un cúmulo de reacciones expresadas como temor, incertidumbre, desconfianza y angustia asociadas con cambios en las relaciones afectivas, posibilidad de abandono de la pareja;²⁰ económicas (falta de apoyo económico) y de salud (posibilidad de ser "contagiada" con alguna ITS). Esta forma de experimentar el riesgo detona diversas estrategias que responden a una nueva relación de pareja y buscan manejar la incertidumbre y el recelo que experimentan, tanto en los momentos de salida, como en los de retorno del compañero.

La confianza en sus compañeros se constituye en un elemento clave para el manejo del riesgo; es una forma de mitigar su temor ante la posibilidad de ruptura o abandono por la pareja, a pesar de que se perciben en riesgo de ser "contagiadas" con alguna ITS.

La interacción de las mujeres con los distintos contextos (pareja, comunitario), hace que al retorno de sus compañeros expresen sentimientos antagónicos: de alegría y agradecimiento, o de angustia, colocando en segundo plano los deseos y preferencias de las mujeres. De esta forma, el comportamiento sexual de la mujer no responde únicamente a normas y valores,²¹ sino también a condiciones materiales de vida y a las opciones de acceso a recursos que tienen condicionado por el proceso migratorio en el que están insertas. En estas condiciones el ejercicio seguro de la sexualidad (uso de condón) es visto como señal de pérdida de confianza en la pareja. El temor de enfrentar las consecuencias que pudieran desencadenar el exigir el uso del condón o negociar las prácticas sexuales con su pareja pone a las mujeres en mayor riesgo de contraer alguna ITS o el VIH/Sida. A esto se le suma que la mayoría de estas mujeres al preguntarles sobre el uso del condón con sus compañeros responden que muy pocas veces o nunca los han utilizado. El condón es visto como un método anticonceptivo, principalmente, y los métodos anticonceptivos predominantes en las mujeres son los anovulatorios orales y el dispositivo intrauterino.

Los servicios de salud promueven como medida efectiva para la prevención de las ITS y el VIH/Sida el uso del condón, pero genera desconfianza en la pareja por lo que ni las mujeres ni los varones contemplan la posibilidad de utilizarlo y cuando esto ocurre el uso depende de la aceptación del varón.^{22,23} Mientras los servicios de salud trabajan por la promoción de medidas efectivas como la utilización del condón, en un discurso descontextualizado de la situación que viven las mujeres, éstas responden al riesgo de ITS y del VIH/Sida basadas en la incertidumbre y la desconfianza que suscita el tener a su pareja en la distancia; su forma de respuesta apunta a expresar o disminuir su incertidumbre y no a la prevención de las ITS o del VIH/Sida.

Sin embargo, ¿cómo incorporar los elementos de confianza en la pareja, como un elemento clave para la promoción y adopción de respuestas efectivas, como el uso de condón? Para encontrar respuesta apropiada a esta cuestión se deben tomar en cuenta las normas sociales en los contextos de pareja

y comunitario, como elementos que modulan la percepción de riesgo de las mujeres a las ITS. Esto permitiría el diseño de estrategias preventivas y de atención a la salud desde la perspectiva de las mujeres y de los servicios de salud, ajustados a los contextos sociales.

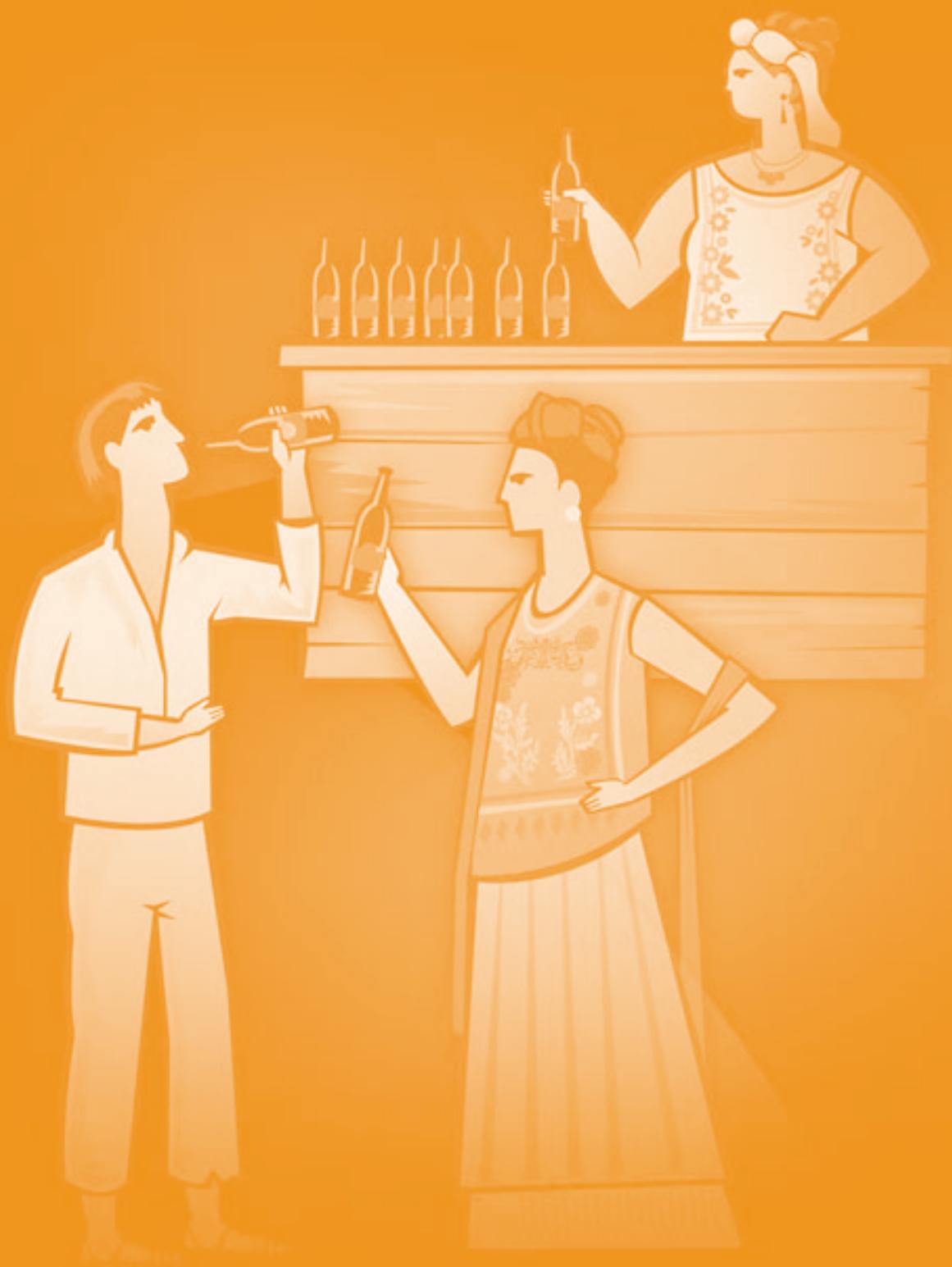
Agradecimientos

Nuestro profundo agradecimiento a las mujeres que participaron en el estudio.

Referencias

1. Berry JW, Kym U. Acculturation and mental health. En: Dasen PR, Berry WJD, Sartorius N, Ed. Health and cross-cultural psychology towards applications. Newbury Park (CA): Sage; 1998: 207-38.
2. Tuirán R. Migración, remesas y desarrollo. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México, DF: CONAPO; 2002.
3. Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. SIDA en México: Migración, adolescencia y género. México, DF: Colectivo Sol; 2002: 253.
4. Martínez-Donate AP, Rancel MG, Hovell MF, Santibáñez J, Sipan CL, Izazola JA. HIV infection in mobile populations: The case of Mexican migrants to the United States. Rev Panam Salud Publica 2005;17(1):26-9.
5. Bronfman M, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: Research for action. AIDS 2002;16(3):42-9.
6. Castillo MA. Migración y movilidad territorial de la población. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni MJ, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004: 35-48.
7. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. Migration, gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico. Social Sciences, XIV Internacional AIDS Conference. Barcelona, Spain: Monduzzi Editore, Internacional Proceedings Division; 2002: 263-7.
8. Reynolds CW. Will a free trade agreement lead to wage converse? Implications for Mexico and the United States. En: Bustamante JA, Reynolds CW, Hinojosa R, comp. US-Mexico Relations: Labor market Interdependence. Stanford, Carolina: Stanford University Press; 1992.
9. Durand D, Parrado EA, Massey D. Migradollars and development: A reconsideration of the Mexican case. Int Migration Rev 1996;30(2):3-30.

10. Lozano-Ascencio F. Discurso oficial, remesas y desarrollo en México. *Migración y Desarrollo* 2003;1:1-15.
11. Poggio S, Woo O. Migración femenina hacia EUA. Cambio en las relaciones familiares y de género como resultado de la migración. México, DF: Edamex; 2002: 131.
12. Rivera-Sánchez L. Transformaciones comunitarias y remesas socioculturales de los migrantes mixtecos poblanos. *Migración y Desarrollo* 2004;(2):62-81.
13. Bronfman M, Leyva F, Negroni M, Caballero M, Xibille C, Cuadra M, Hernández R, Guerrero C. Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. En: *Genero Salud Cifras* 2003;1(3):8-12.
14. Rivas M. Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales. En: Szasz I, Lerner S, Szasz I. *Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, DF: El Colegio de México; 1998: 305.
15. Liguori A, Lamas M. Gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. *Cult Health Sex* 2003;5(1):87-90.
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda. México, DF: INEGI; 2000.
17. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en México. Cifras del SIDA en México al 15 de noviembre. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>. [2005 diciembre 20].
18. Consejo Nacional de Población. Índice de intensidad migratoria México-Estados Unidos. México, DF: Conapo; 2000.
19. Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P, Bronfman M. Migration and AIDS in Mexico. An overview based on recent evidence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 37: S215-S226.
20. Rosas CA. Administrando las remesas. Posibilidades de autonomía en la mujer: un estudio de caso en el centro de Veracruz. En: *Género, Cultura y Sociedad. Autonomía de las mujeres en contextos rurales. Series de investigaciones del PIEM*. México, DF: El Colegio de México; 2005: 15-52.
21. Szasz I, Figueroa JG. Sexuality, gender relations and female empowerment. Female empowerment and demographic processes: Moving beyond Cairo; 1997 April 21-24; Lunch, Swiss.
22. Gupta GR. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2000;5(4):86-93.
23. Williams SP, Gardos PS, Ortiz-Torrez B, Tross S, Ehrhardt A. Urban women's negotiations strategies for safer sex with their male partners. *Women Health* 2001; 33(3/4):133-48.



Mujeres y hombres bebiendo cerveza: etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec

Dr Sergio Lerin Piñón,¹ Dra Marinella Miano Borruso.²

1 Centro de Investigaciones y
Estudios Superiores en Antropología Social.
2 Instituto Nacional de Antropología e Historia,
Escuela Nacional de Antropología e Historia.

El propósito del presente artículo es adoptar la perspectiva de género*,¹ en el estudio de problemas emergentes y de gran impacto negativo entre la población mexicana, como es el consumo, uso y abuso de bebidas alcohólicas en comunidades indias, mestizas o de campesinado tradicional. Aunque la sociología, la medicina social, la psicología, entre otras, y en especial la antropología han trabajado el tema de manera abundante, en la literatura especializada están ausentes la descripción y el análisis desde el género de las normas culturales del consumo, la alcoholización y la borrachera. Una orientación que trabaje alrededor de la diferencia debe recuperar los daños que ocasiona el alcohol en hombres y mujeres, sean éstos más evidentes para unos y menos visibles para otros. Este trabajo trata de contribuir a llenar este hueco, recuperando los daños diferenciales en la salud de hombres y mujeres y la función que éstas cumplen en la distribución y comercialización del alcohol, "costumbre" comercial que ha sido exitosamente apropiada por la industria cervecera nacional en las comunidades zapotecas del Istmo de Tehuantepec.

La exaltación de la costumbre. Permisividad intergeneracional

"En Juchitán hay muchas fiestas, mucha cerveza y a diario tiene uno que tomar".

Estas palabras se escuchan y se verifican en hechos en Juchitán, identificado como un lugar donde el consumo frecuente de bebidas alcohólicas está asociado tanto a las numerosas fiestas y celebraciones, cuanto a una idea de gran positividad y permisividad. Se trate de una fiesta o de una reunión entre amigos, la convivencia no se concibe sin cerveza y botana, acompañada de la música regional. Cualquier ocasión o compromiso social es una oportunidad para mandar a comprar un "cartón"; con cerveza de por medio se conversa mejor y, entrando en un estado eufórico o parcialmente etilizado, uno puede comunicarse más a gusto y entrar en complicidad e identificación con el otro. Actos sociales a los cuales es muy difícil substraerse en muchas localidades del México indio. La cruel realidad plasmada por Juan Pérez Jolote en su relato de vida refleja el drama del bebedor que cumple con la regla: "A mi casa vienen a beber todos los días mis compañeros que llegan a comprar; me dan de lo que toman, y con todos tomo yo. 'Ya no tomes más', me dice mi Lorenzo y mi Dominga; pero yo no puedo dejar de tomar. Hace días que ya no como... así murió mi papá, pero yo no quiero morirme. Yo quiero vivir".²

* El género en este trabajo lo entendemos como Szasz lo propone: "es un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades construyen en torno a las diferencias biológicas... Este sistema organiza las relaciones entre lo femenino y lo masculino y lo hace generalmente de manera jerárquica y desigual".

El beber, tomar, e incluso alcoholizarse puede ser connotado del todo negativo como lo sugieren los daños a la salud, la violencia y los accidentes, o bien valorarse como algo positivo según el momento y afectar diferencialmente según sean las circunstancias, el contexto, el grupo, los sujetos, si se es hombre o mujer, niño o niña, adolescente, anciano o anciana. La gente de Juchitán considera que tomar facilita la conversación y se comparten mejor las vivencias durante un largo rato, en una atmósfera de compañerismo y de fraternidad, platicando en forma alegre y jovial.

Tomamos cerveza para estar alegres, nos gusta estar alegres, somos hospitalarios y pachangueros. Si vas a la fiesta y no tomas tu cervecita que te ofrece la señora, ¿pa' qué vas entonces?, es aburrido, no vas a estar alegre.

Si se pregunta a alguien de Juchitán por qué toma tanto, las respuestas giran alrededor de algunas funciones positivas: *"me pone alegre, me siento mejor con mi gente", "me relaja, me da gana de hablar", "es la costumbre, siempre los juchitecos hemos tomado"*. Pero también encontramos opiniones que aluden a los problemas de salud y convivencia provocados por el acelerado proceso de alcoholización en la zona: *"diario hay accidentes en la carretera"* (por conducir borracho), *"ya toman los chavitos que van a la secundaria", "murió por lo de siempre: por borracho", "tengo diabetes, pero no puedo parar de tomar"*. La excepción a la regla la expresó una mujer a quien, aun siendo juchiteca, no se le acepta del todo su abstinencia: *"Yo casi nunca voy a las fiestas porque no tomo, me dicen aguada, las señoras no me hacen caso."*

Con sus excepciones -como los convertidos a las sectas, los protestantes y los pocos abstemios que puedan existir- beber es una costumbre generalizada; en las fiestas toman parejo, o casi, hombres y mujeres, aunque nunca toman juntos, ya que los espacios de socialización, aun en reuniones familiares, son distintos y separados. Los varones toman por un lado y las mujeres toman, y bailan incluso, entre ellas. Las mujeres no están exentas, por esto, de seguir cumpliendo su rol en la reproducción familiar. Lo que pasa con las mujeres juchitecas llama la atención, no pudiéndose entender de dónde sacan tantas energías para preparar alimentos, atender a los invitados, vigilar la casa y toda la organización de la fiesta, conversar, bailar sin parar, tomar cantidades asombrosas de cerveza y eventualmente emborracharse. Todo al mismo tiempo y sin perder en ningún momento el control de sí misma o de la situación. Al día siguiente, desafiando cualquier resaca, ya están en el mercado a primera hora para vender.^{†,3}

En cuanto a la norma de beber, podemos afirmar que es tan mal visto quien no bebe como quien lo hace en exceso, lo cual está muy mal considerado pues el imaginario del bebedor es saber tomar, no tomar hasta emborracharse o caer, aunque más de las veces en la realidad suceda lo contrario; quien se emborracha rápidamente o hasta perder el sentido es alguien que no sabe tomar, sinónimo de no saber convivir con los otros. Se toma cerveza para entrar en contacto y permanecer constantemente en un estado eufórico para dar vuelo a la imaginación, a las emociones, a la palabra. Es permitido inclusive

† Bunzel describe esta práctica para Chichicasteñango y también encontramos reportes para los otomíes y los mazahuas, de la familia otomiana, en la que están separados los espacios en donde beben unos y otras, las mujeres en espacios abiertos, generalmente en tienditas donde les venden pulque, llegando a dormir la "mona" a plena luz del día, sin recibir sanciones del grupo.

emborracharse, hombre o mujer que se emborrache siempre será amorosamente asistido/a por sus compañero/as y familiares, pero las reglas de convivencia exigen que el bebedor no pierda el control de sí mismo y de sus acciones, como faltar el respeto a una mujer, agredir con expresiones fuertes, salirse de la plática con tonterías, quebrantar las reglas y faltar a los modales. Cuando uno ya no está en condición ha llegado el momento de alejarse, pues no puede compartir su experiencia imaginaria o real con los otros[†]. En Juchitán los mecanismos de control para beber son explícitos, pero tal vez menos regulados de los que se describen en el trabajo de Pozas para las comunidades chamulas a través del rol de niño copero, quien respeta la ronda, el tiempo y la cantidad de bebida conforme al estatus y jerarquía.

La tendencia actual, en el Istmo, es que las mujeres y los jóvenes toman cada vez con más frecuencia y con excesos tales que la misma convivencia se ve afectada. Además, el dato etnográfico ha revelado que el número de mujeres que se dedica a ingerir cerveza en forma individual o acompañada por una pariente o amiga ha ido en franco aumento, tendencia que se nota en la población femenina que asiste a Alcohólicos Anónimos, que ha proliferado en los últimos diez años.

La población juchiteca admite que el consumo desproporcionado de cerveza y el alcoholismo en la comunidad están alcanzando niveles alarmantes. Muchos pobladores se quejan de que "las fiestas no son como antes, ya son pura borrachera", que la capacidad de trabajo y producción se va mermando por la exagerada ingestión de alcohol y que "han aumentado los delitos y la violencia a causa del alcohol".

Los hombres tienen una mayor permisividad social, en Juchitán tienden a tomar casi todos los días; al terminar de trabajar, después del medio día ya están entre amigos en la cantina. Las mujeres nunca toman en la cantina -sólo las prostitutas que casi siempre son de otros pueblos- toman sólo en las fiestas y en las reuniones, pero dada la frecuencia de éstas y la intensa vida social que acostumbran, no son pocas las ocasiones de beber también para las mujeres.

Las cantinas, de abolengo o mala muerte, como lugar de interacción intragénero masculino

Las formas del beber y sus significaciones son diferentes en las fiestas y en las cantinas, unas son ocasiones comunitarias integrativas donde participan hombres y mujeres, mientras la cantina es un espacio de socialización intragénero masculina, al cual tiene acceso con un rol significativo (en virtud de su "masculinidad") el homosexual, *muxe*, en zapoteco.⁴ Éste -que posee en la sociedad zapoteca un estatus social valorado en relación con las funciones familiares y sociales que desempeña- puede ser el dueño de la cantina, en este caso será un *muxe* adulto, y con más frecuencia en el caso de ser joven, puede ser camarero, cocinero o trabajador sexual. Las mujeres que trabajan como camareras en algunas cantinas pueden ser ocasionalmente trabajadoras sexuales⁵. La cantina entonces es el lugar

† En una fiesta, al principio, todos están un buen rato sentados de manera muy formal, casi no se conversa ni se baila, aunque la cumbia retumba. Sólo después de cierto número de cervezas el ambiente se vuelve cálido y festivo.

5 No se ve bien que una mujer de la comunidad sirva en un bar o una cantina, la mayor parte son centroamericanas o muchachas de otros pueblos.

por excelencia de iniciación y variadas prácticas sexuales de los hombres, ya sea con una trabajadora sexual o un *muxe*. En el caso de los jóvenes es también el lugar donde se "vuelven adultos" a través de la ingesta de alcohol; la primera borrachera -en compañía de un tío, de los primos y amigos- es de rigor y es el ritual obligatorio para legitimar el paso de la adolescencia a la adultez masculina. Alcohol, música y sexo son los ingredientes necesarios e indispensables. La cantina es el lugar donde los hombres pueden dar espacio a la emotividad, a las lágrimas, al dolor y la nostalgia, que viene siempre acompañada y enfatizada por una guitarra y el canto de las canciones zapotecas.**

También es el espacio de invención y florecimiento del albur y de los chismes sobre las mujeres y de las competencias lingüísticas entre compañeros.

Si bien en todo el territorio nacional la cantina es el lugar bohemio por excelencia, en la cultura juchiteca los hombres, artistas o no, intelectuales o no, cronistas o no son los "dueños" de la palabra y la imaginación de la cultura local, es decir la producción cultural -la música, la poesía, las artes plásticas, la narrativa, sea popular o de alta cultura- es un factor importante en la construcción de la masculinidad y un ámbito de poder que necesita su propio territorio de expresión. Algunas cantinas del centro ofrecen algo más que cerveza y botana y se han vuelto lugares de producción y difusión cultural. El desaparecido *Ra' bacheeza*, por ejemplo, era famoso por las exposiciones de pintura y escultura, las presentaciones de libros, de poetas y narradores y conciertos de música local. El Bar Jardín sigue el ejemplo con exposiciones periódicas de pinturas. La Flor de Cheghigo, es lugar de encuentro de los artistas y de quien se dedica a la vida bohemia. En algunas ocasiones, sobre todo con los que llegan de la capital o del extranjero, las cantinas y sus rituales son en cierto sentido exhibidos. Cuando Macario Matus era director de la Casa de la Cultura, uno de los primeros itinerarios para los que llegaban a Juchitán era la visita a las más típicas cantinas y a las más famosas cantineras, para mostrar, con malicia entretejida de orgullo, una de las maneras de convivir y enlazar relaciones de los juchitecos (y de ellos con las mujeres no juchitecas).

Lo que acontece en las cantinas ilustra los roles y hábitos sociales, los mecanismos de transacción y la estructuración de los espacios masculinos. Uno de los trabajos más importantes es el de Stross:⁵ *La cantina mexicana como un lugar para la interacción*, quien opina que "el problema reside en encontrar y emplear un marco de referencia adecuado para la descripción de la estructura de la situación de la cantina, focalizando, al mismo tiempo, el proceso de interacción social". La borrachera en la cantina no sólo es individual sino ante todo un hecho social. Kearney, en su estudio *El rol del borracho en un pueblo oaxaqueño*,⁶ nos dice que con suma frecuencia lo que define el rol del borracho es la borrachera social, en el poblado de Amilpas lo que sucede en realidad es que los borrachos no lo son tanto, sino que aparentan con el fin de realizar acciones que de otra manera no serían aceptadas."

** Los músicos van de cantina en cantina así que es posible tener un panorama bastante amplio de la música juchiteca sentado frente a una cerveza helada, tarde o temprano por ahí pasan el Trio Xabizende, Pancho Tina (otra institución cultural viviente e inventor del único instrumento que toca: una palo con una cuerda apoyado en una tina de aluminio), Heriberto López, Ta Baxa, y otros innumerables autores y cantores. Tan solo Juchitán cuenta con 56 compositores.

Las cantinas, entonces, son lugares donde los hombres pasan buena parte de su vida cotidiana, donde construyen, desarrollan y expresan, con otros hombres y los *muxe*, su masculinidad adulta y una sociabilidad separada, privada, vedada a las mujeres.

Daños a la salud en hombres y mujeres

Según la información de la Jurisdicción Sanitaria No.2 "Istmo", de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, en 2000, la mortalidad, las enfermedades y los problemas asociados o causados por el alcohol –como los accidentes, riñas, homicidios, diabetes y cirrosis– tienen una incidencia de casi 60% sobre el total de las situaciones médicas en la población masculina adulta. Y esto va en incremento, ya que si anteriormente los hombres tomaban mucho en ocasiones de fiesta, ahora la bebida forma parte de la vida diaria.

En México los daños asociados al consumo de alcohol (en adelante, cirrosis hepática –CH– y otras enfermedades del hígado) ocupan el cuarto lugar en mortalidad general con una tasa de 25.5, por debajo de diabetes, enfermedades del corazón y cerebrovasculares.⁷ En hombres la CH ha pasado en los últimos 30 años del octavo al primer lugar según causas de mortalidad con 17.3% (junto a otros padecimientos hepáticos), por encima de los accidentes y enfermedades del corazón. En mujeres, las enfermedades del hígado (y CH) ocupan el cuarto lugar con 6.75%, por debajo de tumores, diabetes y enfermedades del corazón.⁸

Para Oaxaca, en 2004, no aparece el consumo de alcohol en datos de morbilidad; sin embargo, en mortalidad general las enfermedades del hígado (y CH) ocupan el tercer lugar con una tasa de 4.03, debajo de las enfermedades del corazón y tumores malignos. Esta tasa resulta alarmante por ser la primera causa de muerte en edad productiva con 4.6 por arriba de tumores y accidentes.⁸

Los daños sociales e indirectos para las mujeres

Las mujeres se sienten en primera persona afectadas por el alcoholismo de sus hombres, esposo e hijos, no sólo desde el punto de vista económico, sino porque han aumentado mucho los pleitos, la falta de respeto hacia la familia, la falta de responsabilidad, la agresividad y violencia de los hombres hacia los hijos y sus mujeres. De hecho el alcoholismo de los hombres, junto con la infidelidad, son los motivos principales de separación de los matrimonios y de disgregación familiar.^{††,9}

Cuando el marido bebe demasiado y empieza a faltarle al respeto a la familia, a su mujer y los hijos están presentes, ahí empieza el problema, ahí se rompe la unión.

†† En el trabajo de Óscar Lewis "Una muerte en la familia Sánchez", se describe cómo la tía Guadalupe, vivió, festejó, lloró, rió y murió en contacto permanente con el alcohol, ella bebía, sus maridos bebían, la golpeaban, la invitaban a tomar e incluso algunos murieron a causa del alcohol.

Casi 90% de los casos que se ventilan diariamente en el Juzgado Familiar o Municipal están relacionados con problemas por la bebida.

Otro daño relevante, dato etnográfico, es aquel de la codependencia de las mujeres que tienen familiares alcohólicos, aunque no sea percibida por las protagonistas. En visitas al grupo Al Anon el alcoholismo se identifica más como un "vicio" esencialmente masculino, y no como un problema de salud que puede afectar directamente a la salud física y psicoemocional de las mujeres. Afloraba en las pláticas la fuerte angustia existencial y distintas expresiones de ambivalencia emotiva, por ejemplo, caer en la lógica de pensamiento y de vida del familiar alcohólico o formas de paranoia, aspectos que se manejan en los mismos términos en las reuniones de los hombres de Alcohólicos Anónimos.

Flanet reporta en su trabajo sobre Jamiltepec, Oaxaca, que "la mayoría de las mujeres tiene marido que se emborracha, que está ausente del hogar, que es irresponsable... Pese a esto las mujeres no se quejan sino que mantienen el grupo familiar y si puede vive solo con sus hijos".¹⁰ La misma situación de mujeres atadas a relaciones abusivas a lo largo de la vida la encontramos en el Istmo, con la diferencia de que las juchitecas, a pesar de salir adelante y de tener convicción de que "todos los hombres son así, todos toman", son capaces, en algunas ocasiones que lo ameritan, de mandar a sus hombres violentos y alcoholizados a la cárcel, para defenderse físicamente y como medida de escarmiento, aunque el día después ellas mismas paguen la multa. Así pues no es de extrañar que una mujer no abandone a su pareja o a su hijo por el maltrato, la vida difícil y las preocupaciones que le causa el "vicio" de sus hombres; mientras que un hombre abandona o traiciona fácilmente a su mujer encubriéndose en su alcoholización.

El estigma social en Juchitán recae sobre las mujeres que abandonan algún hijo alcohólico o su pareja, por una triple razón; en primer lugar porque se espera que una mujer se haga cargo del cuidado de los otros, en especial de su familia (las mujeres como cuidadoras del otro, interiorizan este rol y se sienten responsables "no podía dejarlo, me sentía responsable, cómo abandonarlo si me necesitaba); en segundo lugar, por no contravenir el rol de madre y esposa (¿qué iba a ser de él? De todas maneras es mi hijo, mi esposo) y finalmente por el valor femenino tan arraigado como rasgo distintivo zapoteco: el ser mujer fuerte, aguantadora y "cabrona" (poderosa). El alejamiento de una mujer de sus familiares alcoholizados, entonces, se vuelve una doble traición: al ser mujer y al ser zapoteca.

La política de comercialización de las cerveceras. El caso de las tabernas

En el consumo de alcohol en la comunidad hay dos factores que se manifiestan contradictoriamente; uno por supuesto está ligado al valor social y cultural que el grupo le otorga al instrumento alcohol y otro, tal vez menos evidente, es el que está asociado a la política mercantil de las empresas cerveceras, en donde las mujeres cumplen un rol central en la comercialización y circulación del alcohol.

El consumo de cerveza se incrementó mucho y se volvió masivo a raíz de la instalación de los depósitos de cervezas para su distribución en la región,⁺⁺ ya que "antes" las mujeres casi no tomaban y los hombres acostumbraban tomar mezcal, traído del valle de Oaxaca y vendido por mujeres ancianas en su misma casa o a la entrada de las fiestas.^{§§}

Nuestra bebida tradicional era el mezcal y también la "taberna" que es un aguardiente local de palma fermentada, muy suave.

Las compañías cerveceras establecieron sus depósitos en el Istmo -al inicio en Tehuantepec- a principio de los años cincuenta, justamente en el periodo de su gran expansión económica así como del aumento en los hábitos de consumo.^{***11} De ese periodo a la fecha las compañías han desarrollado una política comercial que se despliega en diversas direcciones y ha cambiado rápida y profundamente la "economía política" del alcohol: ejercen coerción a los municipios, porque pagan impuestos por exclusividad; han penetrado la "costumbre" a través del patrocinio de las fiestas comunitarias y privadas; han modificando las figuras de comercio socialmente reconocidas; han creado una red capilar de comercio informal y han implementado desmesuradamente el número de cantinas.

Sin duda, Carta Blanca y Corona han sabido muy bien apropiarse de una habilidad tradicional de las mujeres zapotecas, su capacidad comercial, así como refuncionalizar una figura femenina ya presente en el panorama de las actividades socioeconómicas del Istmo, la tabernera, es decir una mujer que vendía mezcal.

Antes eran puras viejitas que vendían mezcal en su casa o en las fiestas. Como no había luz, iban con su linterna. Cualquier fiesta iban con su mesita, su garrafón y su linterna y vendían ahí un cuarto, medio cuarto y eran puras viejitas.

Para introducir el uso de la cerveza, las empresas reclutaron como agentes de venta, substituyendo las viejitas, a jóvenes mujeres solas, madres solteras, viudas o abandonadas, es decir las más necesitadas económicamente, y que eran también jefas y sostén de familia. Se formó la moderna categoría social de las taberneras, mujeres guapas y agresivas comercialmente, que se dedican a vender cerveza en puestos que ellas montan con una hielera, unas sillas o bancas para los clientes y su capital de cartones a la entrada de las Velas,⁺⁺⁺ de las fiestas privadas o cuando hay celebraciones tanto religiosas como civiles. A ellas se les dio facilidades de todo tipo, que se incrementaron a raíz de la competencia comercial entre las compañías a partir del decenio de los 60: comisiones, regalías y bonos. Ser tabernera tiene su prestigio y encanto, además de ser un oficio; a estas mujeres les está socialmente permitido tener una sexualidad más libre pero siempre bajo normas sociales, lo que se aprovecha para hacerse de un capital. Una buena tabernera debe tener la gracia necesaria para entretener y atender a sus clientes creando

⁺⁺ La planta cerveceras más cercana se encuentra en Córdoba, Veracruz.

^{§§} Las viejitas, descrito por Pozas, Lewis y Bunzel, entre otros.

^{***} El consumo per cápita de 1925 que era de 3.5 L salta a 14.4 L para la década de los 50.

⁺⁺⁺ Nombre de las fiestas tradicionales del Istmo, en honor de santos, oficios, productos del campo y barrios o patronímicos.

un ambiente de alegría y compañerismo, son mujeres con una gran capacidad de deleitar con su forma de ser, de platicar y hasta saber escuchar las penas de sus clientes cuando se abandonan a confidencias personales. Debe tener además la capacidad de beber junto con sus clientes sin perder nunca el control y sobre todo el dinero. Una buena tabernera conversa, cuenta chistes cachondos, habla en doble sentido, ríe y provoca las risas, construye un ambiente alegre y suelto. Los hombres les tienen cierto respeto cuando no miedo, porque ellas saben muchos de sus "secretos" y con su lengua filosa pueden acabar con la reputación de más de uno. Hay taberneras famosas que se han vuelto mitos de la historia local. Tal es la entrañable Manuela León, o Rosa Pina "que tenía un lunar a un lado de la boca pero puesto quién sabe cómo que se veía muy chula, muy coqueta" o La Gringa, que hace años nos contó:

"Rosa Pina era una mujer sola como yo, muy guapa, hablaba ... casi puro zapoteco hablaba... Había muchos hombres que les gustaba como ella platica, era muy espléndida, tenía muchos amigos, era de arranque esta señora. Viene un amigo: dame una cerveza. Rosa destapa de una vez cuatro, tres para el señor y una para ella y todo lo que tomaba se lo cobraba a ellos. Cuando hacía la cuenta, ella decía: "4 x 8, es 98 y 2 de chicle", ahí murió la cuenta de los cien pesos, ya no daba cambio. Ella hacía así, pero ya te dije que a toda la gente le gustaba, era muy platicadora, contaba chistes ... ella no tenía mirada para una sola persona, tenía mirada con todas, Manuela León es como ella".

Desde los 80, con la asesoría de la Coalición Obrera Campesina Estudiantil del Istmo (COCEI), formación política regional de izquierda, las taberneras se han conformado como gremio regulado por un sindicato propio y celebran su propia Vela en mayo.

Mientras que las taberneras son mujeres que venden únicamente cerveza desplazándose a las fiestas y las ferias, las cantineras -mujer o también muxe- son dueñas de cantinas, instaladas frecuentemente en su propia casa o en su patio, donde se sirve también abundante botana. En el notable incremento de las cantinas, con sus relativas cantineras, es determinante la acción comercial de las empresas, ya que éstas contribuían y siguen contribuyendo a acondicionar espacios para el consumo, por ejemplo construyendo una palapa en el patio de la casa, o a pagar el gasto de la electricidad consumida o incluso un alquiler. Varios son los arreglos recíprocamente convenientes que se manejaban y se manejan, pero son la Corona o la Carta Blanca las que piden los permisos y gestionan los trámites correspondientes con las autoridades.

La actividad comercial de las empresas cerveceras ahora es decisiva en gran parte de la economía comunitaria. En las Velas, por ejemplo, la compañía ofrece "gratis" el montaje del toldo y de las maderas que delimitan el área de la fiesta - trabajo que realizaban los hombres de la comunidad construyendo la enramada con pencas de palma-. Además, paga uno de los conjuntos de música o de las bandas y "regala" una cantidad de cartones al mayordomo. Incluso las fiestas particulares se han incrementado notablemente en los últimos años, ya que una gran parte de los gastos necesarios es sufragada por las agencias cerveceras. "Mamá" Corona y "tía" Carta Blanca intervienen oportuna y abundantemente en el patrocinio de la fiesta. Esta inversión les regresa con creces por el alto consumo de cerveza.

En las comunidades pequeñas y pueblitos también da una cuota anual en efectivo al municipio para la realización de obras públicas, a cambio de la "exclusiva" o del incremento de la venta en los establecimientos locales.^{***,11}

Uno de los comercios que más se ha difundido entre las mujeres, de todas las edades y condición familiar, es vender cerveza y refrescos en su propia casa.^{SSS,12} Las compañías cerveceras junto con la Coca Cola con mucha facilidad dan en consignación un refrigerador, y en el peor de los casos una nevera y los cartones de "caguamas". Estos minidepósitos familiares se han incrementado notablemente en los últimos diez años. En este sector informal no existe un censo, aunque según la Regiduría de Salud el volumen del rubro comercial se calcula en 500 depósitos de la Corona y 250 de la Carta Blanca, de los cuales sólo 20% está registrado.^{****} La sola Corona distribuye cotidianamente en Juchitán un promedio de 5 000 cartones en los días feriales y en temporadas no festivas,^{****} cantidad que se decuplica en ocasión de las Velas mayores durante todo el mes de mayo y otras temporadas.

El impuesto que genera la cerveza en los establecimientos formales constituye una importante entrada del municipio, ciertamente inferior a las utilidades que se generan en el sector informal. También ejemplifica el rol que las mujeres juegan en la distribución y circulación del alcohol. Proceso contradictorio, ya que si bien es cierto que la venta de cerveza es una importante contribución a la economía familiar, por otra parte su ingesta, la alcoholización y la borrachera desmedida favorecen los procesos de violencia hacia mujeres de cualquier generación, las frecuentes riñas e incluso los homicidios. De hecho, Oaxaca viene registrando una tasa alarmante de homicidios en hombres (36.4 por 100 000 habitantes), en tanto que en mujeres la tasa de homicidios es de 4.9 por 100 000 habitantes, ocupando el segundo lugar nacional.

A manera de síntesis

Además de ser parte integrante de la forma comunitaria de socialización, beber, tomar y alcoholizarse representa, según la manera y con las características como se realiza, un acto sociocultural de identificación y autorreconocimiento comunitario, en el que se minimizan -aunque no se anulen- las diferencias de clase, género, generacionales y étnicas.

En Juchitán beber cerveza es reconocido como un elemento distintivo respecto de otras formas de tomar, en las que la borrachera es perseguida como un fin en sí misma. Para la población juchiteca la alcoholización funciona como un medio masificado y ritualizado y de libertad de expresión al "alucine",

^{***} Desde los 80 la cerveza ocupa el primer lugar en el PIB, pues del total recaudado por alcoholes más de la mitad de ingresos provienen de ella según la Secretaría de Programación y Presupuesto.

^{SSS} Comerciar con alcohol genera cierto tipo de dramatismo. Lewis en los relatos de familias: "La pobre Antonia...luego se fue a trabajar a un cabaret donde le pagaban por bailar con los hombres y hacerlos beber. Después de un año Francisco ... su novio ... vio a Antonia bebiendo con hombres en el cabaret, y se llegó hasta ella para decirle: 'Ahora tomas conmigo, te voy a pagar también'. Él se embriagó y golpeó a Antonia cuando ya no quería tomar. 'Pero él tiene derecho a pegarme, es mi viejo' dijo Antonia a Martha. Se fueron a un hotel donde ambos se golpearon".

^{****} Dato proporcionado por el Regidor de Salud en una entrevista en 2006.

^{****} Dato proporcionado por dos distribuidores de la Corona. En cuatro años de trabajo de campo fue imposible obtener una entrevista con el gerente o algún ejecutivo de las empresas cerveceras.

a la dimensión imaginativa, a la palabra, a lo inesperado, a la convivencia, siempre en reciprocidad, cuestión que representa una de las dimensiones de la identidad zapoteca. El éxito de la cerveza en el Istmo consiste precisamente en el hecho de que permite un estado de alegre ebriedad y por un tiempo prolongado, acto altamente valorado en la socialización.

Sin embargo, los daños directos a la salud y los indirectos ocasionados por el alcohol afectan por igual y en similar medida a toda la población juchiteca, pero sobre todo a los más débiles: mujeres, niños y ancianos.

Desde este reconocimiento estamos parcialmente de acuerdo con el concepto de de Kaufman¹³ del varón como factor de riesgo, el cual refiere "una tríada de violencia", debido a que los daños se expresan en la salud del bebedor, y a la violencia que causa a sus pares genéricos y a los más débiles, mujeres y niños. Reconocemos ante todo un proceso de alcoholización contradictorio y de efectos desiguales, en el que debemos visibilizar los daños a la salud de la mujer, los daños sociales y las funciones positivas del alcohol.

Es importante destacar que la perspectiva de género debe recuperar las nociones socioculturales que organizan, dan sentido y describen las contradicciones y conflictos que se expresan en las relaciones desiguales y diferenciales, entre lo femenino y lo masculino, y que la antropología ha venido trabajando.

Referencias

1. Szasz I. Pensando en la salud reproductiva de hombres y mujeres. En: Bronfman M, Denman C, ed. Salud reproductiva. Temas y debates. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 35-37.
2. Pozas R. Juan Pérez Jolote. Biografía de un tzotzil. México-Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1998.
3. Bunzel R. Chichicastenango. Guatemala: José de Pineda Ibarra- Ministerio de Educación; 1981.
4. Miano-Borruso M. Hombres, mujeres y muxe en el Istmo de Tehuantepec. México, DF: INAH y Plaza y Valdés; 2002.
5. Stross B. La cantina mexicana como un lugar para la interacción. En: Menéndez EL, ed. Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1991.
6. Kearney M. El rol del borracho en un pueblo oaxaqueño. Citado en: Menéndez EL. Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado ... patología, integración funcional o representación cultural. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1987.

7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Base oficial INEGI 2002-2003-2004. Disponible en página de Servicios de Salud de Oaxaca: www.sso.gob.mx.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas vitales 2002. Base de datos. Causas seleccionadas de mortalidad. México, DF: INEGI; 2002.
9. Lewis O. Una muerte en la familia Sánchez. México, DF: Joaquín Mortiz; 1970.
10. Flanet V. Viviré si Dios quiere: un estudio de la violencia en la Mixteca de la Costa. México, DF: Instituto Nacional Indigenista; 1977.
11. Bernal SVM et al. *El alcoholismo en México*. Negocio y manipulación. 3ª Ed. México, DF: Editorial Nuestro Tiempo; 1989.
12. Lewis O. Antropología de la pobreza. Cinco familias. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1959.
13. Kaufman M. Hombres: placer, poder y cambio. República Dominicana: CIPAF; 1989.



Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en México. Diseño metodológico y prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres

Gustavo Olaiz,¹ Rosalba Rojas,¹ Aurora Franco,¹ Oswaldo Palma,¹ Carlos Echarri ² y el Grupo de Estudio de Violencia contra las Mujeres.*

1. Instituto Nacional de Salud Pública.
Cuernavaca, Morelos, México.
2. El Colegio de México. México, DF.

* El Grupo de Estudio de Violencia contra las Mujeres está conformado por:
Carolina Agoff, Leticia Ávila, Cristina Herrera, Paz López,
Martha Híjar, Blanca Rico, Aurora del Río, Leonor Rivera y Rosario Valdez.

La violencia en contra de la mujer toca múltiples componentes de la sociedad, entre ellos al campo de la salud pública.¹ A pesar de su importancia como problema en este campo, las investigaciones acerca del tema en México son muy recientes y se remontan a principios de la década de los noventa.² De entonces a la fecha, la notificación de la prevalencia de violencia oscila entre 30 y 70%.³⁻⁵

Las diferencias que existen entre las prevalencias señaladas en estos primeros estudios se pueden explicar por: a) el uso de diferentes definiciones conceptuales de violencia de pareja; b) el uso de distintos instrumentos para su medición, y c) el tipo de población y la zona geográfica estudiada.

Si bien estas diferencias impidieron comparar los resultados, a la vez permitieron tener evidencias sobre la magnitud del problema, así como las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer, en la de menores de edad y en la del propio agresor.⁶⁻⁹

La violencia contra la mujer puede tomar la forma de violencia psicológica, física, sexual, económica y sus diversas combinaciones.⁸ La mayor parte de los estudios se han enfocado en la violencia física, puesto que es la que se reporta con mayor frecuencia.⁹

Una de las situaciones en la cual la violencia contra las mujeres se pone de manifiesto con mayor regularidad es la relación de pareja. Desde la perspectiva de la salud pública, este tipo de violencia ocasiona daños físicos y psicológicos, discapacidad, secuelas y disminución en la calidad de vida.

Entre los años 2002 y 2003 el Instituto Nacional de Salud Pública, junto con el Programa de Salud de la Mujer, de la Secretaría de Salud, e investigadores invitados, formó un grupo de trabajo para abordar el tema de violencia contra la mujer, del cual se derivó el diseño de un estudio de tipo cuantitativo y cualitativo, encaminado a mostrar una perspectiva general del problema. Uno de los componentes de este estudio fue la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) que se realizó en 2003, con el propósito de identificar y cuantificar la prevalencia de violencia de pareja contra las usuarias del sector salud en México.

Para la realización de la encuesta se consideró alcanzar los siguientes objetivos: a) estimar la prevalencia de los diferentes tipos de violencia; b) identificar cuantitativamente factores que dificultan una respuesta adecuada al problema de violencia en pareja; c) indagar cómo las mujeres entienden la violencia de

pareja; d) conocer las actitudes, recursos de acción y barreras institucionales que enfrenta el personal prestador de los servicios de salud al tratar este tipo de problema y, por último, e) aportar elementos para el diseño de intervenciones que promuevan una atención eficaz y adecuada al problema.

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis comparativo de prevalencia entre las distintas expresiones de violencia contra la mujer, evaluadas en la ENVIM 2003, la distribución por entidad federativa y por características sociodemográficas señaladas.

Material y métodos

En 2003, el Instituto Nacional de Salud Pública, en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud, aplicó la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres a usuarias de los servicios médicos del sector salud; este sector está compuesto por los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En el cuestionario de la ENVIM 2003 se desarrollaron secciones para explorar la violencia a lo largo del ciclo de vida de las mujeres, lo cual permitió analizar: violencia de pareja masculina en la relación actual (últimos 12 meses); violencia ejercida por cualquier miembro sea o no familiar, maltrato y abuso sexual en la infancia.

Para la medición de tipos de violencia se establecieron las siguientes estrategias: a) a lo largo de la entrevista se preguntó a las participantes sobre el maltrato y la violencia y, en su caso, se les pidió revelar el tipo de violencia que sufren; b) en el caso de maltrato y abuso sexual en la infancia se incluyeron preguntas directas para cada tipo de violencia; c) se incluyeron una escala para medir la violencia actual en la pareja, y una descripción de conductas violentas ejercidas por el hombre en sus diferentes expresiones (violencia psicológica, emocional, física, sexual y económica).

Diseño del estudio

El diseño de la investigación sobre violencia de pareja en México implicó abordar una variedad de aspectos sociales, económicos, culturales y de salud, relacionados con la percepción y aceptación de este problema. Para su estudio se elaboraron estrategias metodológicas de tipo cuantitativo y cualitativo.

En lo referente al ámbito cuantitativo, y con el propósito de recabar evidencia empírica confiable, se recurrió al diseño transversal, que permite una rápida exploración de la población sobre los factores de interés.¹⁰

Este tipo de diseño facilita la incorporación de diversos módulos de estudio, y su cobertura puede ser tan amplia o específica como se requiera; es el tipo de diseño que se ha utilizado en la evaluación de políticas públicas y de planeación en cuestión salud.

Para el estudio se incluyeron los 32 estados de la república mexicana y se seleccionaron 10 unidades médicas en cada uno de ellos, trabajando con las siguientes instituciones: el ISSSTE, el IMSS y la SSA; se atrajo a mujeres usuarias de dichas instituciones y a personal proveedor de servicios de salud.

El estudio enfocado al personal proveedor de servicios de salud se diseñó para identificar la respuesta institucional relacionada con la demanda y atención del problema de violencia de pareja, y permitió conocer la respuesta de este personal ante el problema.

En síntesis, se desarrolló una encuesta nacional para conocer la magnitud de la violencia de pareja en mujeres usuarias de los servicios de salud: la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003).

Con el estudio cualitativo se exploraron perspectivas, tanto de las usuarias como del personal prestador de servicios de salud, respecto a la violencia contra las mujeres en tres entidades federativas seleccionadas por su representatividad ante la violencia: Quintana Roo, Coahuila y Distrito Federal.

Se utilizaron diversas técnicas como la entrevista en profundidad, la entrevista narrativa y la observación participante en unidades de salud, con la ayuda de guías temáticas.

La combinación de información cuantitativa y cualitativa facilitó el análisis integral sobre el problema de la violencia de pareja.

Métodos cuantitativos para el levantamiento de la información

Unidad de observación

Se definió como sujeto de estudio a mujeres de 15 años de edad y más, usuarias de los servicios públicos de salud de primer y segundo nivel de atención, independientemente del problema de salud y seleccionadas de manera aleatoria.

El cuestionario de la ENVIM se integró por 17 secciones, en las que se exploró la siguiente información: identificación de hogares, datos generales, características de la vivienda y del hogar, características demográficas, identificación de la demanda del servicio, salud general, alcoholismo tanto en el hombre,

como en la mujer, uniones de pareja, características demográficas del esposo, compañero o última pareja, percepciones de la mujer hacia los roles de género, relaciones familiares y de pareja, caracterización del maltrato, evaluación de la respuesta del personal de salud ante el maltrato familiar y toma de decisiones familiares.

Personal proveedor de servicios de salud

Selección del Informante. Para la aplicación del cuestionario se seleccionaron 10 unidades médicas en cada entidad federativa, abarcando el primer y segundo nivel de atención de los servicios de urgencias, medicina interna y ginecología; en estas unidades se reclutaron médicas, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogas para la aplicación del cuestionario al personal proveedor de servicios de salud. La selección se realizó en forma aleatoria y con base en la cobertura de este personal de servicios existente en cada unidad médica.

Instrumento de recolección de información. En el cuestionario aplicado al personal de salud se investigó: a) *identificación geográfica*, ubicación de las unidades médicas, tipo de institución a la cual pertenecen y tipo de comunidad donde se ubica; b) *identificación personal*: datos generales de cada participante: edad, sexo, estado civil, profesión, grado máximo de estudios y categoría ocupada dentro de la institución, y c) *conocimiento sobre violencia*: se indagó acerca del conocimiento y de la capacitación recibida por parte del personal de salud en relación con el diagnóstico y manejo de la violencia de pareja, así como el grado de interés y posible participación en relaciones violentas, ya sea como agredido o agredida o como agresor o agresora.

Diseño muestral

Las instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) conformaron los estratos de la encuesta. La muestra entre estos estratos se asignó de manera proporcional al número de usuarios de la institución en el estado, según los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Por razones de tipo operativo y de costos, el número de unidades médicas visitadas por estado se fijó en 10.

Con base en la revisión de la literatura y en la consulta a expertos se infirió que la prevalencia de violencia actual sería superior a 10%. Esta proporción fue considerada para el cálculo del tamaño de muestra por entidad federativa.

Otros parámetros fueron: tasa de no respuesta, máxima por entidad, de 15%, error relativo máximo $r=0.2$, confianza de 95% ($z_{\alpha/2}^2=1.96$) y efecto de diseño $deff=1.7$.⁵ Usando la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (1 - P) deff}{r^2 P TR}$$

se determinó que se requería entrevistar por lo menos a 820 mujeres por estado.

El estudio se basó en una muestra probabilística en dos etapas.¹¹ En la primera, se seleccionaron unidades médicas con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad de entre un listado de las unidades posibles a seleccionar, proporcionado por la Secretaría de Salud para cada una de las instituciones participantes. La segunda etapa consistió en la selección de mujeres mayores de 14 años de edad que acudieran a la unidad médica, con la finalidad de recibir atención médica preventiva o curativa. La selección de las mujeres se realizó a través de un muestreo sistemático con arranque aleatorio.¹²

Con la intención de eliminar la posibilidad de sesgos de selección asociados a la variación de la demanda de los servicios de salud, se requirió que el operativo de campo se implementara durante todos los días laborables de una semana en la unidad; se determinó una fracción de muestreo tomando como tamaño esperado de la población 85% de las consultas o intervenciones a mujeres mayores de 14 años de edad en esa unidad. Es decir, la fracción de muestreo que se utilizó fue:

$$f = 0.85 \frac{m_k \cdot d}{82}$$

donde m_k representa el número de mujeres adultas que demandaron servicios en la unidad visitada el k -ésimo día de la semana previa, y d representa el número de días laborables en la unidad durante la semana previa.

Medición de variables

Medición de violencia

Para la medición de violencia de pareja se construyó una escala que constó de 27 reactivos obtenidos del "Index of Spouse Abuse" (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981) y del "Severity of Violence Against Women Scale" (SVAWS). Además, se incluyeron dos reactivos adicionales para explorar la violencia económica. Se midió la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses (1=nunca, 2=alguna vez, 3=varias veces y 4=muchas veces).

La escala incluye las siguientes dimensiones:

- *Violencia física*: empujones, golpes, heridas con arma de fuego o punzo cortante.
- *Violencia emocional*: intimidación, humillaciones, amenaza de violencia física.
- *Violencia sexual*: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
- *Violencia económica*: ejercicio del control a través del dinero.

Medición de salud personal

Para medir el malestar emocional se utilizó la "Escala de Salud Personal" (ESP), desarrollada en Nicaragua por un grupo de profesionales de la salud mental. La ESP se planteó originalmente usando como base un cuestionario de auto reporte diseñado y publicado por Penayo y colaboradores,¹³ y Caldera y colaboradores.¹⁴

La ESP integra un total de diez reactivos que hacen referencia a situaciones que pueden provocar malestar emocional y se miden utilizando tres opciones (0= raramente, 1= algunas veces y 2= casi siempre), que miden la frecuencia con la que se manifestaron los síntomas descritos en cada reactivo durante el último mes.

En el presente estudio se incorporó una opción de respuesta adicional para lograr mayor precisión: 1= nunca, 2= pocas veces, 3= varias veces y 4= casi siempre.

Seis de las diez preguntas de la escala se refieren a problemas somáticos y trastornos del afecto —insomnio, nerviosismo, tristeza y sobresalto—; tres se refieren a problemas funcionales —dificultades en el trabajo, la familia o en las relaciones sociales—, y la última pregunta es una pregunta abierta de autoevaluación global.

Medición de estrato socioeconómico

La definición de los estratos socioeconómicos se basó en tres características: la escolaridad, la actividad de sus miembros y los equipos electrodomésticos existentes en la vivienda.

El rubro de la escolaridad fue calculado mediante el promedio de grado escolar alcanzado entre los miembros del hogar. Este indicador señala tanto la posesión de habilidades brindadas por el sistema educativo formal para el caso de aquellos que ya han concluido sus estudios, así como de las inversiones que hacen los hogares para aquellos de sus integrantes que siguen estudiando.

Para poder tomar en cuenta las experiencias de todos los miembros del hogar se consideró para cada individuo el número de años aprobados en la escuela en relación con un estándar. Para la construcción de este estándar se recurrió a la información del Censo de Población de 1995, de las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1992 y 1997 y de los Censos de 1990 y 2000, todos levantados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Se calculó el promedio de años de escolaridad que se esperaba por sexo y generación. La escolaridad relativa se obtuvo restándole al número de años estudiados por cada persona la escolaridad estándar o esperada y dividiendo el resultado entre ese mismo estándar. Posteriormente, se calculó el promedio para todos los miembros del hogar, y se dividió en cuatro categorías:

1. *Muy baja*: cuando el valor obtenido en el promedio es hasta -0.25 .
2. *Baja*: los valores entre -0.26 y 0.1 .
3. *Media*: incluye los valores comprendidos de 0.11 hasta 0.5 .
4. *Alta*: para valores por arriba de 0.5 veces.

La segunda dimensión que integra el índice es la "ocupación". Para medirla se ordenaron las diferentes ocupaciones según su remuneración, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en Hogares (ENIGH) de 1996, y para cada hogar se eligió la ocupación de la mujer o de su cónyuge asociada con un mayor ingreso. Este indicador da un acercamiento a las capacidades de generación de ingresos de los hogares mediante su inserción en el mercado laboral.

La tercera dimensión se refiere al entorno inmediato que caracteriza las condiciones de vida. El indicador obtenido para esta dimensión es un índice relativo de posesión de bienes, es decir, para cada hogar se dividió el número de bienes con los que contaba —teléfono celular, DVD, refrigerador, lavadora, estufa de gas, calentador de agua y automóvil o camioneta—, así como la ausencia de hacinamiento,* la cantidad obtenida se dividió entre el número de variables utilizadas. El índice se dividió en cuartiles.

Finalmente, se calculó una combinación lineal de estas tres dimensiones; se ordenaron las 192 categorías resultantes, de acuerdo con el ingreso per capita del hogar obtenido en la ENADID de 1997, y se dividieron en cuatro categorías, las cuales conforman los estratos.

Cabe aclarar que esta metodología es una adaptación de la que fue diseñada para el proyecto "Diagnóstico de la salud reproductiva en el México de los noventa", llevado a cabo por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad, de El Colegio de México, lo que permite aprovechar la experiencia obtenida en su aplicación a las encuestas nacionales de salud reproductiva, y facilita el cotejo de los estratos socioeconómicos obtenidos con los de otras fuentes, para validar y contextualizar los resultados.

* Se considera hacinamiento cuando existen 2.5 habitantes o más por dormitorio.

Diseño operativo

La encuesta se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2002 y de enero a marzo de 2003 en las unidades médicas de la SSA, del IMSS y del ISSSTE, a lo largo de los 32 estados de la República Mexicana.

Para el levantamiento de la encuesta se desarrollaron las siguientes actividades:

1. *Sensibilización de autoridades estatales*

Antes iniciar el trabajo de campo se organizó una reunión presidida por autoridades de la SSA, del IMSS, del ISSSTE, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de violencia contra la mujer, presentando los objetivos y el desarrollo del proyecto.

2. *Reclutamiento del personal*

Las entrevistadoras fueron reclutadas a través de convocatorias realizadas en facultades y escuelas de enfermería, trabajo social, psicología y sociología.

3. *Selección del personal*

Se evaluó a las aspirantes a entrevistadora y supervisora por medio de una entrevista personal, con el fin de identificar la sensibilidad y las capacidades para manejar el tema de la encuesta.

4. *Capacitación*

La capacitación tuvo una duración de tres meses y se dividió en dos etapas: la primera consistió en el manejo del cuestionario y de las técnicas para aplicar la entrevista, prácticas de campo y evaluación de los temas explorados en el cuestionario.

En la segunda etapa se capacitó al personal en técnicas para el manejo de mujeres en situación de violencia y se revisaron las definiciones de los diferentes tipos de violencia.

5. *Estrategia de levantamiento de la encuesta*

Se implementó un operativo con 100 entrevistadoras, 16 supervisoras y 10 coordinadoras, divididas en 10 equipos. El trabajo de campo se distribuyó en cinco regiones; a cada región se le asignaron dos equipos y la encuesta se integró con el levantamiento de seis estados. La programación de campo permitió dejar para las últimas etapas del levantamiento al Estado de México y al Distrito Federal, reduciendo las dificultades operativas.

- *Selección operativa de la informante.* Para seleccionar a las usuarias se solicitó al Director de la unidad médica una relación de las consultas —por día, servicio solicitado y turno— que se dieron a mujeres durante la semana previa al levantamiento. De aquí se determinó la población base para establecer la fracción muestral. Las entrevistadoras permanecieron en las unidades

médicas una semana laboral para evitar el sesgo de estacionalidad. Las mujeres entrevistadas fueron captadas en los servicios de primer y segundo nivel de atención en los departamentos de urgencias, medicina interna y ginecología.

- **Privacidad.** Antes de iniciar la sesión se le dio a firmar a cada entrevistada una "Carta de Consentimiento Informado", en la cual se garantizó la confidencialidad de la información. Se solicitó en cada unidad médica un espacio cerrado para realizar las entrevistas, con el fin de lograr un ambiente de confianza.
- **Manejo de estrés.** Se brindó apoyo a las mujeres que durante la entrevista presentaron angustia o crisis emocional, transfiriendo a instituciones estatales de apoyo a las mujeres violentadas a las entrevistadas que así lo solicitaran.
- **Retroalimentación.** Se diseñó un tríptico en donde se explica el ciclo de violencia, así como un directorio, para cada estado, con tres o cuatro instituciones estatales dedicadas a atender a mujeres en situación de violencia. La selección de estas instituciones se acordó conjuntamente con las autoridades estatales responsables (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF y organizaciones de apoyo a la mujer).

6. Supervisión

Para la supervisión directa fue necesario que, al iniciar la entrevista, se identificaran la entrevistadora y la supervisora, con el fin de que ésta pudiera desarrollarse en presencia de ambas. El total de las entrevistas fue revisado en campo por las supervisoras y 30% por las coordinadoras. La selección aleatoria de las entrevistadas fue verificada mediante la observación directa del trabajo en campo.

Métodos cualitativos para el levantamiento de la información

Observación directa en los servicios de salud y diario de campo

Se observó la interacción entre las mujeres que solicitan atención y quienes la brindan en los centros de salud —trámites requeridos, obstáculos burocráticos, trato a las usuarias por parte del personal...—. Poniendo énfasis en las actitudes y prácticas del personal proveedor de servicios, incluyendo personal de enfermería, medicina, psicología y trabajo social, con el fin de observar algunos indicadores de calidad de la atención.

Entrevistas en profundidad con prestadores y prestadoras de servicios

La prioridad se centró en observar algunas creencias de este personal —sobre género y violencia; perfil socioeconómico y cultural percibido de las víctimas, etcétera— y sus prácticas frente a la violencia; con base en su obligación de reportar y notificar casos, según la Norma Oficial Mexicana¹⁵ y el hecho de que la violencia sea un delito.

Se diseñó una guía de entrevista abierta que exploraba —entre otros— los siguientes temas: a) apego a diferentes concepciones sobre el género, familia y violencia intrafamiliar; b) actitudes frente a las mujeres que padecen violencia de pareja; c) sensibilidad ante el tema y, en consecuencia, calidad y calidez en la atención brindada; d) prácticas habituales frente al problema; e) conocimiento y aplicación de la Norma Oficial Mexicana y motivos del conocimiento o desconocimiento y aplicación—no aplicación de la misma; f) resistencias para tratar el problema; g) coordinación o discrepancias entre el personal de salud e informantes clave—, y h) disposición para atestiguar ante un proceso legal por violencia.

Entrevistas narrativas con mujeres víctimas de violencia de pareja

El propósito fue averiguar cómo aprehenden estas mujeres la violencia de su pareja contra ellas —a qué atribuyen el problema y las estrategias implementadas para su solución—. A partir de una "pregunta estímulo" se buscó que las mismas mujeres narraran su propia experiencia de violencia. Se preparó un cuestionario con preguntas abiertas para guiar la conversación hacia aspectos como: a) formas de percibir y significar la violencia de pareja —aspectos verbales y no verbales—; b) relación de pareja y familia; c) vivencias personales en relación con el tema, historia y último episodio; d) redes de apoyo familiares y sociales; e) tolerancia hacia diferentes tipos de violencia; f) violencia durante el embarazo; g) proceso de búsqueda de atención médica y legal; h) satisfacción con la atención recibida y, por último, i) necesidades y demandas insatisfechas; tipo de profesional que prefieren trate este tema en los servicios de salud.

Selección de los casos

El trabajo de campo se efectuó entre mayo y agosto de 2003, en tres entidades con alta prevalencia de violencia de pareja —Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal—,¹⁶ con la intención de replicarlo en una segunda etapa, en dos estados con baja prevalencia —Aguascalientes y Morelos—.

Los casos se fueron seleccionando mediante el análisis generativo basado en la investigación cualitativa,¹⁷ la cual consiste en un proceso de elaboración de hipótesis de trabajo constatadas mediante el estudio comparativo de casos. El llamado "muestreo teórico"¹⁸ responde a los requerimientos de este tipo de análisis.

En el caso de las mujeres, se buscaron a quienes pertenecieran a grupos generacionales diferentes y que tuvieran distintas experiencias con la violencia: un grupo de ellas había logrado salir de la violencia, mientras que el otro aún se encontraba inmerso en una relación violenta. Se realizaron 26 entrevistas narrativas con mujeres víctimas de violencia, reclutadas en diferentes instituciones* en las tres entidades federativas mencionadas. Se buscó, asimismo, que las informantes fueran usuarias de los servicios públicos de salud.

* Éstas fueron: algunos servicios de salud del IMSS y de la SSA (entre ellos el centro especializado Sí Mujer, en Coahuila), la Clínica de Atención a la Violencia Doméstica, del ILEF, el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, del DIF, y una ONG dedicada a atender a mujeres víctimas de violencia (CIAM, en Quintana Roo).

En el caso del personal prestador de servicios de salud, se buscó obtener variación de acuerdo con la formación profesional, la institución y el tipo de servicios en los que desarrollaban su actividad. Se realizaron 60 entrevistas en profundidad con prestadores y prestadoras de las tres instituciones del sector (IMSS, ISSSTE y la SSA) en las tres entidades federativas. Éstas se distribuyeron del siguiente modo: 16 del área médica, 14 de enfermería, 11 de psicología y 19 de trabajo social.

Reclutamiento de los informantes y aspectos éticos del estudio

El trabajo de campo fue realizado por un equipo de investigadores, conformado por dos psicólogos, una socióloga y una psicóloga social, con el objetivo de responder a la necesidad de contención en alguna situación de crisis que pudiera presentarse en las usuarias víctimas de violencia. Todas las entrevistas, tanto las de las mujeres maltratadas como las del personal prestador de servicios de salud, se llevaron a cabo luego de la firma de una carta de consentimiento informado y se efectuaron en espacios privados como cubículos y oficinas.

A las entrevistadas se las contactó a través de "informantes clave" como trabajadoras sociales en los servicios de salud, personal del DIF y de otros centros de atención a víctimas de violencia, tanto gubernamentales como no gubernamentales y profesionales de la salud mental, que laboran en clínicas de atención a la violencia. Todas las mujeres mostraron total disposición a colaborar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado correspondiente. Las entrevistas duraron en promedio una hora y media.

En el caso del personal prestador de servicios de salud, con previa autorización de las instituciones correspondientes, se le contactaba acudiendo a los centros de salud, se establecía contacto con su director, a quien se le explicaban los objetivos del estudio. Éste reclutaba a quienes en ese momento se encontraran disponibles y que, además, respondieran al perfil solicitado por el equipo investigador.

A este mismo personal se le daba una nueva explicación detallada de los objetivos del estudio y se les invitaba a participar, previa firma de consentimiento informado. El promedio de tiempo para estas entrevistas fue de 40 minutos, debido a que no eran entrevistas abiertas y a que se les entrevistó en sus centros y horarios de trabajo.

Resultados

Las 26 042 entrevistadas respondieron completo el cuestionario; su edad fluctuó entre los 15 y los 92 años y el promedio fue de 35.8 años de edad (*cuadro 1*). Los grupos de edad que más acuden a los servicios de salud son los de las mujeres en edad reproductiva, por lo que más de la mitad de éstas se encontraban entre los 20 y 39 años de edad.

Cuadro I

**Características de las mujeres que contestaron el cuestionario sobre violencia intrafamiliar.
Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, México**

Característica	Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menos de 19	2 152	8.3
20 a 29	8 034	30.9
30 a 39	6 893	26.5
40 a 49	4 708	18.1
50 y más	4 248	16.3
No especificado	7	0.0
Institución a la que acudieron		
SSA	14 255	54.8
IMSS	9 567	36.7
ISSSTE	2 220	8.5
Estado civil		
Casada	14 593	56.0
Unión libre	4 690	18.0
Soltera	2 672	10.3
Soltera. Vivió en unión libre	383	1.5
Separada	1 760	6.8
Viuda	1 486	5.7
Divorciada	458	1.8
Años de escolaridad		
Menos de 6 años	6 730	25.8
6 años	5 896	22.6
De 7 a 9 años	7 113	27.3
De 10 a 12 años	4 849	18.6
> de 12 años	1 387	5.3
No especificado	67	0.3
Trabaja fuera de su casa	9 074	34.8
Horas dedicadas al trabajo fuera de su casa		
0 a 20	2 667	29.4
21 a 40	3 320	36.6
41 a 50	1 596	17.6
Más de 50	1 467	16.2
No especificado	24	0.3
Vivienda propia	15 938	61.2
Personas por habitación		
≤1.59	15 946	61.2
1.6 a 2.59	6 051	23.2
≥2.6	4 040	15.5

Cerca de las tres cuartas partes de las mujeres vivían en unión libre o se encontraban casadas y el nivel educativo era bajo, ya que cerca de la mitad de ellas tenían seis o menos años de educación, en tanto que una de veinte tenían más de 12 años de educación formal.

Más de la tercera parte trabajaban fuera del hogar, la mayor parte de las trabajadoras lo hacían en horarios completos. Llama la atención que cerca de las dos terceras partes tenían vivienda propia y que el hacinamiento era poco frecuente en la población entrevistada.

La distribución de la violencia contra la mujer se presenta en el *cuadro II*. Una de cada cuatro mujeres reconoció haber tenido al menos una relación violenta en su vida; sin embargo, al preguntar sobre violencia física durante la niñez, 42% la reconocieron; adicionalmente, 21% señaló haber sido víctima de violencia psicológica en forma de insultos y 16% en forma de humillaciones, ambas también durante la niñez.

Cuadro II

Prevalencia de violencia contra las mujeres. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, México		
Tipo de violencia	Sí	
	Frecuencia	Porcentaje
Reconoce alguna relación violenta en su vida	6 722	25.8
Le pegaban cuando era niña	10 989	42.2
La insultaban cuando era niña	5 570	21.4
La humillaban cuando era niña	4 300	16.5
Ha tenido una relación violenta con su pareja	1 689	7.8
En los últimos 12 meses sufrió por parte de su pareja:		
Violencia psicológica	4 895	19.6
Violencia física	2 438	9.8
Violencia sexual	1 751	7.0
Violencia económica	1 264	5.1
Cualquier tipo de violencia (violencia de pareja actual)	5 369	21.5
Violencia de pareja alguna vez en la vida	8 319	34.5
Violencia durante el embarazo	3 223	14.1
Golpeadas en el abdomen durante el embarazo	1 018	4.4
Violencia sexual antes de los 15 años de edad	1 906	7.3
Violencia sexual alguna vez en la vida	4 510	17.3
Violencia alguna vez en la vida	15 509	60.4

Al preguntar sobre violencia con la pareja actual, sólo 7.8% respondió afirmativamente a la pregunta. Al realizar un detallado cuestionario sobre las diversas manifestaciones de la violencia resultó que cerca de 20% sufrió violencia psicológica en los últimos 12 meses, cerca de una en diez violencia física, 7% violencia sexual y 5.1% económica. De esta forma, al calcular cualquier tipo de violencia por la pareja actual en el último año, la prevalencia fue de 21.5%.

La encuesta también evaluó la violencia de pareja de por vida, la cual resultó en 34.5% de las mujeres, la que al agregarla con la violencia durante la niñez resultó en una prevalencia de violencia de alguna vez en la vida de 60.4%.

Otras mediciones que señalan la magnitud del problema de la violencia contra la mujer se refiere a aquella que ocurre cuando la mujer tiene la menor probabilidad de defenderse, como es el caso del embarazo, donde 14.1% de las mujeres reportaron haber sido víctimas de violencia. En particular, 4.4% de las que han tenido embarazos notificaron haber sido golpeadas en el abdomen durante éstos. La violencia sexual fue notificada por 17.3% de ellas, y cerca de la mitad de éstas fueron víctimas antes de los 15 años de edad.

La encuesta, como la mayor parte de las encuestas que forman parte del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud, tiene representatividad estatal. Presentar los resultados según entidad federativa, como se presenta en el *cuadro III*, no tiene la intención de ordenar a las entidades por violencia, ya que las condiciones sociales, culturales y económicas, entre otras, son diversas entre los estados. La razón de presentar este nivel de desagregación se refiere a la posibilidad de que cada entidad revise sus datos, con el fin de identificar los factores causales específicos de la entidad y pueda compararse con futuras evaluaciones.

Cuadro III

Prevalencia de violencia contra las mujeres, según entidad federativa.
Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, México

Entidad	Pareja actual	Pareja alguna vez en la vida	Durante el embarazo	Sexual alguna vez en la vida	Alguna vez en la vida
	Porcentaje				
Aguascalientes	9.4	23.9	8.9	7.4	51.4
Baja California	25.5	37.2	16.7	23.4	62.9
Baja California Sur	26.9	35.5	14.5	22.7	61.6
Campeche	26.2	36.6	20.2	17.8	65.3
Coahuila	28.1	37.2	17.7	19.7	61.0
Colima	23.9	37.8	17.7	24.9	71.5
Chiapas	20.5	33.6	10.1	13.8	49.6
Chihuahua	20.1	31.5	13.4	17.5	55.1
Distrito Federal	26.6	42.2	13.9	19.9	66.8
Durango	15.2	28.7	10.6	10.3	50.6
Guanajuato	18.3	33.1	16.9	19.7	60.4
Guerrero	15.6	32.0	14.6	15.6	65.9
Hidalgo	16.3	30.1	14.7	15.0	60.1
Jalisco	19.8	29.7	12.6	18.4	55.6
Estado de México	20.5	38.4	13.7	20.0	64.7
Michoacán	25.5	40.1	19.1	21.9	69.7
Morelos	12.4	28.1	7.4	10.7	52.9
Nayarit	28.0	37.7	12.8	15.6	67.9
Nuevo León	18.6	31.0	12.7	17.0	53.9
Oaxaca	27.5	45.2	20.8	27.4	75.0
Puebla	27.2	43.2	15.8	14.5	63.8
Querétaro	20.8	32.9	15.0	16.4	61.3
Quintana Roo	31.8	44.3	18.2	21.2	70.0
San Luis Potosí	21.5	33.4	15.7	18.5	57.9
Sinaloa	23.9	32.1	8.8	20.7	59.0
Sonora	21.5	30.3	11.4	16.4	54.9
Tabasco	13.9	31.3	12.2	11.5	52.8
Tamaulipas	15.5	27.7	13.5	19.6	56.4
Tlaxcala	29.0	43.1	17.1	16.6	66.9
Veracruz	15.2	33.8	11.7	15.0	57.6
Yucatán	26.0	34.8	13.2	15.7	59.7
Zacatecas	15.0	29.0	8.8	9.2	52.3
Estados Unidos Mexicanos	21.5	34.5	14.1	17.3	60.4

Los cinco tipos de violencia mostrados en el *cuadro IV* se presentaron en una mayor prevalencia entre aquellas usuarias de los servicios médicos de la SSA, entre las mujeres con menor escolaridad y entre aquellas que viven en el mayor índice de hacinamiento.

La prevalencia de violencia de pareja actual se distribuye de forma similar en todos los grupos de edad y en mayor medida entre las mujeres que viven en unión libre (27.4%). La violencia de pareja alguna vez en la vida es mayor conforme aumenta el grupo de edad y entre las viudas (63.0%), separadas (58.5%) y divorciadas (54.4%). La violencia durante el embarazo es mayor en las mujeres de 40 años de edad o más y entre las separadas (32.3%) y divorciadas (29.3%). La violencia sexual alguna vez en la vida es semejante a partir de los 30 años de edad y es mayor entre las separadas (29.4%) y las divorciadas (29.7%). Más de la mitad de las mujeres entrevistadas, independientemente de su edad y estado civil, han sufrido la violencia alguna vez en la vida.

Discusión

La identificación de la violencia es un problema complejo, ya que tiene componentes sociales de aceptabilidad, en particular cuando se considera la violencia psicológica o sexual.¹⁹ Esta aceptabilidad social se ve reflejada en la relativamente alta frecuencia en la cual las mujeres se consideran violentadas en los servicios de salud,²⁰ cuando los mismo proveedores son víctimas o victimarios,²¹ o aun cuando desconocen la forma de identificar a las víctimas de violencia o el interrogatorio en el tema les resulta incómodo.²²

Uno de los resultados más importantes de la ENVIM 2003 fue la identificación de altas prevalencias de violencia; sobre todo porque es la primera vez que se obtiene un diagnóstico a escala nacional. Además de información particular para cada entidad federativa.

La prevalencia registrada en la encuesta durante el interrogatorio directo representa una tercera parte de la que se obtiene mediante un cuestionario dirigido, situación que señala la necesidad de utilizar escalas u otros instrumentos para lograr una mejor identificación de este fenómeno.²³ En el caso de México estos resultados también señalan la necesidad de mejorar los conocimientos del personal de salud en el tema.²⁴

La información generada en el ámbito estatal señala la extensión y gravedad del problema. En todas las entidades federativas se presenta como un importante problema de salud pública, en algunos casos por la elevada frecuencia de violencia física o psicológica, y en entidades donde esta frecuencia es baja se encuentran preocupantes niveles de violencia sexual. El principal hallazgo de la encuesta se refiere a que no existe entidad, estrato social o institución que pueda considerarse ajena a la violencia contra la mujer por parte de su pareja.

Cuadro IV

Prevalencia de violencia contra las mujeres, según características de las mujeres.
Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, México

Característica	Tipo de violencia				
	Pareja actual	Pareja alguna vez en la vida	Durante el embarazo	Sexual alguna vez en la vida	Alguna vez en la vida
	Porcentaje				
Edad, años					
Menos de 19	18.4	22.6	9.0	12.7	51.6
20 a 29	20.8	28.1	10.0	15.2	55.6
30 a 39	23.7	36.5	13.2	18.3	61.5
40 a 49	23.4	40.4	17.6	20.5	65.1
50 y más	18.2	43.9	20.3	18.5	67.7
Institución a la que acudieron					
SSA	23.4	37.0	14.9	18.1	62.7
IMSS	19.4	31.4	12.9	16.4	57.3
ISSSTE	18.2	31.3	13.5	16.3	59.1
Estado civil					
Casada	22.6	31.3	10.9	15.4	57.5
Unión libre	27.4	39.5	14.2	20.4	64.6
Soltera	7.3	12.5	11.0	11.0	45.4
Soltera, vivió en unión libre	16.8	44.6	21.7	24.3	67.1
Separada	22.5	58.5	32.4	29.4	77.2
Viuda	13.8	63.0	18.9	17.6	83.7
Divorciada	14.8	54.4	29.3	29.7	72.2
Años de escolaridad					
Menos de 6	25.4	45.4	20.2	21.0	69.7
6	22.4	35.4	13.9	17.9	60.8
7 a 9	21.0	30.8	11.2	15.9	57.7
10 a 12	18.6	27.8	10.6	14.6	54.1
> 12	12.4	21.2	7.6	13.5	49.8
No especificado	30.6	46.3	19.7	22.4	75.4
Trabaja fuera de su casa					
	22.2	38.8	17.8	20.8	64.7
No	21.1	32.2	12.3	15.4	58.1
Horas dedicadas al trabajo fuera de su casa					
0 a 20	27.3	43.0	19.4	23.6	68.8
21 a 40	20.1	36.6	16.0	18.8	62.2
41 a 50	19.3	35.9	16.4	20.0	61.9
> 50	21.1	39.3	20.3	21.5	66.1
Yucatán	26.0	34.8	13.2	15.7	59.7
Zacatecas	15.0	29.0	8.8	9.2	52.3
Vivienda propia					
	20.3	33.9	14.2	16.3	59.7
Personas por habitación					
≤1.59	18.65	31.84	12.87	16.07	57.78
1.6 a 2.59	24.30	37.0	15.09	18.36	63.28
≥2.6	28.12	40.89	17.02	20.69	66.51

Es clara la relación entre la violencia y la edad, en particular cuando se consideran prevalencias de por vida, sin embargo, es de señalar que antes de los 19 años, ya la mitad de las mujeres han sido víctimas de violencia.

En relación con el estado civil, son las mujeres en unión libre y las separadas las que presentan la mayor frecuencia de violencia, tampoco es de extrañar que sean las solteras las que presentan los niveles más bajos. Las mujeres con el menor nivel educativo tienen mayor frecuencia de violencia, situación que ha sido señalada en diversos estudios. Sin embargo, en este estudio llama la atención la magnitud de las diferencias con los demás grupos, en particular, la violencia de pareja alguna vez en la vida es, al menos, diez puntos porcentuales superior en las mujeres con menos de seis años de educación formal, situación que se magnifica en los casos de violencia durante el embarazo, donde es casi dos veces más común en las mujeres de menor nivel educativo.

Por otro lado, no existe un patrón de atención de la violencia por institución a la que acuden. Se pone de manifiesto que los servicios de salud –tanto de primer como de segundo nivel de atención– constituyen un espacio en donde convergen prestadores de servicios y usuarias, que, la mayoría de las veces, están viviendo o han vivido alguna experiencia de violencia a lo largo de su vida, teniendo impacto en su salud. Por su parte, los proveedores y las proveedoras de servicios de salud tampoco están exentos de la violencia en contra de la mujer, ya sea como víctimas o como victimarios.

La encuesta nacional para estudiar la violencia contra la mujer fue diseñada para identificar la magnitud y gravedad de este problema, los resultados señalan que se requiere de intervenciones directas, decididas e inmediatas para enfrentarla.

Referencias

1. Bedregal X, Saucedo I, Riquer F. Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. En: Bedregal X, Saucedo I, Riquer F. comp. Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. México, DF: CICAM; 1991: 39-84.
2. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública 2004;38(1):62-70.
3. Taket A, Nurse J, Smith K, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ 2003;327:673-6.
4. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi C, Dudley E. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: A community-based prevalence study. MJA 2001; 175:199-201.
5. Waalen J, Goodwin M, Spitz A, Petersen R, Saltzman L. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. Am J Prev Med 2000;19(4): 230-37.

6. Grande ED, Hickling J, Taylor A, Woollacott T. Domestic violence in South Australia: A population survey of males and females. *Aust N Z Public Health* 2003 Oct;27(5): 543-50.
7. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993. Washington, DC: ONU; 1993.
8. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women Health Issues* 2004;14(1):19-29.
9. Porcerelli JH, Cogan R, West PP, Rose EA, Lambrecht D, Wilson KE et al. Violent victimization of women and men: Physical and psychiatric symptoms. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:32-9.
10. Rothman KJ. *Modern epidemiology*. 2da edición. Filadelfia: Lippincott Williams Wilkins; 1998.
11. Lohr S. *Muestreo, diseño y análisis*. México, DF: Editorial Thomson; 2000.
12. Cochran WG. *Técnicas de muestreo*. México, DF: Editorial Continental; 1980.
13. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Oficina Sanit Panam*1992;113:137-49.
14. Caldera JT, Kullgren G, Penayo U, Jacobsson L. Is treatment in groups a useful alternative for psychiatry in low-income countries? An evaluation of a psychiatric outpatient unit in Nicaragua. *Acta Psiquiatr Scand* 1995;92:386-91.
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención de la violencia familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 4 de febrero de 2000.
16. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). México, DF: INSP; 2003.
17. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
18. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research*. Newbury Parke; 1990.
19. Pick AG, Shibusawa T, Agbayani-Siewert P. Partner violence, depression and practice implications with families of Chinese descent. *J Cult Divers* 2003;10(3):96-104.
20. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren G. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(3):276-88.
21. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust J Rural Health* 2003;11(5):231-6.
22. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex* 2004; 46:56-63.

23. Peralta RL, Fleming MF. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: The validity of "feeling safe at home" and prevalence results. *J Am Board Fam Pract* 2003;16: 525-32.
24. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica Mex* 2003;45(6): 472-82.



Violencia hacia la población de 60 años y más

María I Hernández Serrato, Lic en Enf Obstetr.
Aremis L Villalobos Hernández, M en Demog.

La violencia contra las personas mayores de 60 años de edad es un problema que concierne a los ámbitos de la salud pública, de los derechos humanos, y de la justicia social. A pesar de no ser un tema nuevo, fue hasta hace pocos años cuando se reconoció como un problema que afecta tanto a la persona mayor, como a la familia que le acoge, convirtiéndose en una realidad que afecta el entorno social y familiar. Se trata de un fenómeno "oculto", difícil de estudiar porque implica carga emocional y de valores que dificulta, incluso, a las propias víctimas reconocerlo.¹⁻³

Según la definición de la Organización Acción contra el Maltrato de Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores: "El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza y que provocan daño o angustia a una persona mayor."⁴

La violencia que se ejerce sobre los adultos mayores se clasifica principalmente en: maltrato físico, psicológico, abandono o negligencia, abuso financiero y abuso sexual, que devienen en daños a la salud física y mental de los agredidos. Dentro de las consecuencias que resultan contra la salud encontramos: lesiones físicas, daño psicológico, dependencia a medicamentos, trastornos en la alimentación, desnutrición, depresión y ansiedad crónica; lo cual incrementa la demanda de los servicios de salud.⁵⁻⁷

Los estudios que abordan la problemática son escasos para la magnitud de la misma y la información encontrada proviene de estudios realizados en países desarrollados como Australia, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América (EUA), en los cuales existen discrepancias, puesto que los resultados no son comparables, principalmente por la definición de la edad a partir de la cual se considera a una persona como "mayor" o "anciana", y por los instrumentos utilizados para recolectar la información.^{7,8}

La literatura disponible describe que entre 3 y 10% de las personas de edad avanzada manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato. En Canadá, la negligencia es la forma más común de maltrato, con 55% de los casos denunciados.^{5,8} Estudios realizados en EUA, estiman que entre uno y dos millones de personas de 65 años de edad o más, han sufrido agresión, o han sido explotados o maltratados por alguien que les proporciona cuidado o protección.^{8,9}

Respecto al lugar donde las personas mayores son agredidas, se ha reportado que habitualmente la violencia se genera en el hogar, lo que hace que muchas víctimas por temor, represalias o vergüenza,

no se atrevan denunciar el delito. Algunas de las características que se han encontrado respecto a los agresores son: el tener algún tipo de parentesco con el anciano, vivir en el mismo hogar, sufrir estrés, problemas económicos, trastornos de personalidad y adicción al alcohol o fármacos.⁵⁻⁹

La violencia resulta de la combinación de factores de riesgo individuales, sociales, culturales y ambientales. Se ha reportado que es más frecuente en mujeres que en hombres. Las personas adultas que viven en condiciones de pobreza y no cuentan con el apoyo familiar, tienen mayor riesgo de recibir maltrato psicológico, abandono y abuso económico.⁸⁻¹¹

Se ha señalado que el hecho de padecer algún tipo de enfermedad crónica o discapacidad también son factores de riesgo que propician la violencia hacia los adultos mayores.^{5,6,12}

Justificación

Según el Censo de población y vivienda de 2005, la proporción de personas con 60 años de edad o más, que vivía en nuestro país fue de 8.1 % y, según las proyecciones de población, se espera que la proporción aumente en 17.5 % para el año 2030 y en 28% para 2050.^{13,14}

La violencia hacia las personas mayores se convertirá en un problema de salud pública en los próximos años. Por la falta de conciencia y conocimiento en torno al tema, tanto por el cuidador de la persona, como por la familia que lo acoge, siendo particularmente difícil cuando la persona mayor amerita cuidados especiales.

Es por eso que el objetivo principal de este texto es dar al lector un panorama general de la situación de la violencia en contra de las personas mayores de 60 años de edad en México. Se presentan los resultados obtenidos en un estudio realizado durante el año 2005, así como las conclusiones y algunas recomendaciones. Se pretende hacer conciencia sobre este problema que, sin duda, requiere de atención para evitar, en la medida de lo posible, que en los próximos años se agudice.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo transversal, cuya "población objetivo" fueron personas de 60 o más años de edad, residentes habituales de viviendas particulares ubicadas en los 32 estados de la República Mexicana.

El diseño muestral fue probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados con representatividad nacional. Para el cálculo del tamaño de muestra se consideró como indicador de interés la violencia hacia las personas de 60 o más años de edad. Se estima que 4.5% de los adultos mayores han sufrido

algún tipo de violencia en el último año. Además, se consideró un error relativo de 15%, un nivel de confianza de 95%, un efecto de diseño de 2% y una tasa de no respuesta de 10%.¹⁵

Se determinó un tamaño de muestra de aproximadamente de 8 052 adultos mayores. Contemplando que, a escala nacional, en el 24% de los hogares vive, por lo menos, un adulto mayor de 60 años de edad. Se visitaron aproximadamente 33 mil 500 viviendas.

Se realizó una entrevista "cara a cara" a la persona de 60 años de edad o más en condiciones de privacidad y firmaron una carta de consentimiento informado.

La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario computarizado, que incluyó datos generales, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ingreso mensual, tipo de seguridad social y condiciones de la vivienda.

Además, se preguntó si había sido objeto de algún tipo de violencia por parte de miembros de la familia, vecinos o desconocidos durante el último año; cohabitación con personas que tuvieran antecedentes de alcoholismo, uso de drogas o con alguna enfermedad mental; se indagó acerca de la violencia "no reconocida" a través de una escala que permitió caracterizar tres tipos de violencia:

- 1) **Maltrato psicológico:** definido como la causa de angustia, desvalorización, sufrimiento o estrés mediante actos verbales o no verbales; por ejemplo: amenazas, insultos, aislamiento, descalificación o ridiculización, intimidaciones o humillaciones; incluye aislarlo de la familia, del entorno, los amigos y de sus actividades habituales.
- 2) **Maltrato económico:** refiere las medidas tomadas por el agresor u omisiones que afecten la supervivencia del adulto mayor, el despojo, la destrucción de sus bienes personales, el uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos del anciano.
- 3) **Negligencia:** es el rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de las obligaciones o deberes hacia un anciano, de forma voluntaria o involuntaria. Por su parte, el abandono se refiere a la deserción en el hacer por parte un individuo que ha asumido tener la custodia física. Así pues, se consideró que se trataba de un caso de abandono o negligencia cuando existía la falta de cuidados o atención para satisfacer las necesidades nutricionales de salud, higiene o emocionales de la persona.

Para construir esta variable de abandono o negligencia se consideraron los siguientes criterios: a) cuando el adulto mayor declaró que muchas o varias veces ha dejado de asistir al médico; b) que ha dejado de visitar a un amigo o familiar porque no tiene quien lo lleve o acompañe; c) cuando el adulto mayor declaró que necesita lentes o algún aparato para poder escuchar o caminar y no se encuentran en buen estado, y d) si pasa mucho tiempo solo según la percepción de adulto.

Se realizó análisis descriptivo para detectar inconsistencias y la distribución de cada variable. Posteriormente se hizo análisis bivariado para la presentación de la prevalencia de los diferentes tipos de violencia contra los adultos mayores, así como de las principales características de las mismas y se aplicó la prueba estadística de Wald (Pearson).

Para poder expandir los resultados a la población de adultos de 60 o más años de edad en el análisis se tomó en cuenta el peso relativo asignado a cada una de las observaciones (factor de ponderación), de acuerdo con el esquema de muestreo utilizado. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SAS versión 9.1.¹⁶

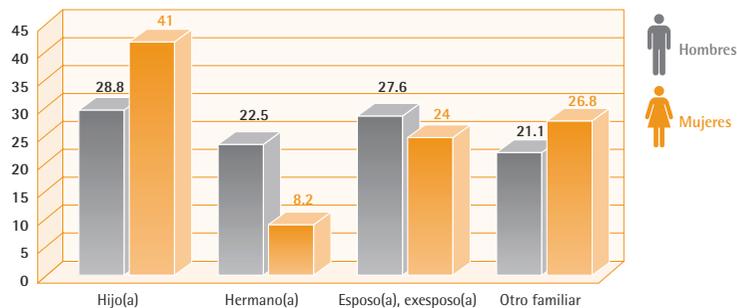
Resultados

En el estudio se entrevistó a 7 807 adultos de 60 o más años de edad que al aplicar los factores de ponderación representan a 10 081 340 adultos mayores del país. De éstos, 44.9% son hombres y 55.1% son mujeres. El 53.6% de los entrevistados tienen entre 60 y 69 años de edad. Más de 60% de los adultos entrevistados se encuentran casados o viven en unión libre.

Al preguntar de forma directa si sufrió algún tipo de violencia por parte de familiares, vecinos o desconocidos en el último año (previo a la entrevista), sólo 5.5% de los adultos mayores encuestados refirió haber experimentado un trato violento, y se encontraron diferencias importantes en la distribución por sexo; 62.5% de las mujeres reconoció haber recibido trato violento, mientras que la proporción en hombres fue de 37.4% (*figura 1*).

Figura 1

Violencia contra la población de 60 o más años de edad, por parte de familiares, según sexo. México, 2005



Respecto a la relación con la "persona-agresor", se encontró que 61.5% de los adultos identificó como principal agresor a un familiar; 38.5% señaló a vecinos o conocidos. Las mujeres notificaron con más frecuencia haber sido agredidas por un hijo o hija, mientras que en los hombres la proporción es menor (41% contra 28.8%, respectivamente); llama la atención que los hombres reportaron haber recibido más violencia por su pareja o hermano o hermana, en comparación con las mujeres.

De los tres tipos de violencia o maltrato hacia las personas mayores que estudiamos se encontró que el abandono o negligencia representa la mayor prevalencia de maltrato que recibe este sector de la población; en segundo lugar se ubica el maltrato psicológico y tercer lugar el abuso económico.

En el *cuadro 1* se presentan los reactivos para evaluar el abandono o negligencia; el reactivo más frecuente fue el que refiere que el adulto mayor consideró pasar mucho tiempo solo (30.5%), llama la atención que la cuarta parte de los adultos percibía que pasan mucho tiempo solos a pesar de vivir acompañados (25%), y tan sólo 5.1% vivía solo y tiene la misma percepción. El 18.3% manifestó no contar con dinero para cubrir sus necesidades de alimentación, ropa o medicamentos. En relación con el uso de lentes o algún aparato para escuchar o caminar, 4.8% declaró que no los usa porque se encuentran en mal estado o no tiene dinero para su reparación o compra.

Cuadro 1

Porcentaje de adultos de 60 o más años de edad que sufrieron algún tipo de abandono o negligencia. México, 2005

Tipo de maltrato	Sí	No
Ha dejado de asistir al médico *	4.0	96.0
Ha dejado de visitar a un amigo, familiar o de acudir a algún otro lugar*	3.5	96.5
Necesita lentes o algún aparato para poder escuchar o caminar **	4.8	95.2
Necesidades de alimentación ropa y medicamentos ***	18.3	81.7
Considera que pasa mucho tiempo solo	30.5	69.5
<i>Vive solo</i>	5.1	
<i>Vive con alguien más</i>	25.4	
Alguna de las anteriores	43.4	

* Porque no tiene quién lo lleve o acompañe.

** Incluye que no se encuentren en buen estado y no tenga dinero para repararlos, comprarse unos nuevos o que no hay ningún lugar cerca de donde vive para poder repararlo.

*** Incluye que no tenga dinero para cubrir sus necesidades.

Otro reactivo de interés para evaluar el abandono o negligencia es el hecho de no asistir al médico por no tener quien les acompañe; 4% de las personas mayores se encuentran en esta situación. Al abordar si el adulto mayor ha dejado de visitar a un amigo, familiar o acudir algún lugar porque no tiene quien lo lleve o acompañe, 3.5% contestó afirmativamente. Al integrar estos reactivos, se obtiene una prevalencia de 43.4% de abandono o negligencia.

En el *cuadro II* se advierte que las mujeres presentan una mayor prevalencia de abandono respecto a los hombres (47.7% vs 38.1% $p=0.000$). Respecto a la edad, los resultados señalan que la prevalencia de abandono se incrementa conforme aumentan los años de vida; alcanzando la mayor prevalencia en personas de 80 años de edad o más (48.7%). Asimismo, se observó que la prevalencia de abandono o negligencia es mayor en aquellos que no saben leer o escribir (56.1%), los viudos, solteros o divorciados (51.5%) y en los que viven en áreas rurales (54.9%).

Cuadro II

Porcentaje de adultos de 60 o más años de edad, según características seleccionadas y sufrir abandono o negligencia. México, 2005

Variable	Categoría	Abandono o negligencia #		P=*
		NO %	Sí %	
Sexo	Hombres	61.9	38.1	0.000
	Mujeres	52.3	47.7	
Edad	60-69 años	60.4	39.6	0.000
	70-79 años	53.1	46.9	
	80 y más años	51.3	48.7	
Sabe leer y escribir un recado	Sí	61.1	38.9	0.000
	No	43.9	56.1	
Estado civil	Unidos(as)	61.7	38.3	0.000
	No unidos (as)	48.5	51.5	
Lugar de residencia	Urbana	60.0	40.0	0.000
	Rural	45.1	54.9	
Problemas de movilidad	Sí	45.7	54.3	0.000
	No	62.7	37.3	
Sentirse incómodo con alguien **	Sí	34.8	65.2	0.000
	No	57.5	42.5	
	N	5 702 465	4 367 831	
	%	56.6	43.4	

Sin información 0.1%.

* Prueba Wald (Pearson).

** Incluye que habita con alguien que lo haga sentir incómodo, inseguro o le haga sentir miedo.

También se encontró que hay mayor abandono sobre aquellos que declararon tener problemas de movilidad (54.3%) y en las personas que declararon que habitan con alguien que los hace sentir incómodos, inseguros o les provoca miedo (65.2%).

En el *cuadro III* se muestran los casos severos de maltrato psicológico en 3% de los adultos mayores, dado que han sufrido dicho maltrato muchas veces durante el último año. Al considerar los malos tratos que ocurren varias y muchas veces, la prevalencia se incrementa a 8.8% y al agregar los casos que se presentaron al menos una vez en el último año la prevalencia aumenta a 21.4%.

Cuadro III

Prevalencia de maltrato en adultos de 60 o más años de edad,
según características seleccionadas. México, 2005

Variable	Categoría	Maltrato psicológico*			Abuso económico**		
		Muchas veces	Desde varias veces	Desde alguna vez	Muchas veces	Desde varias veces	Desde alguna vez
		%	%	%	%	%	%
Sexo	Hombres	2.1	7.3	19.7	0.4	2.0	6.6
	Mujeres	3.8	10.1	22.7	0.9	3.4	7.4
Edad	60-69 años	2.7	8.2	20.7	0.6	2.4	6.8
	70-79 años	3.3	8.9	22.1	0.5	2.6	6.9
	80 y más años	3.6	10.5	21.8	1.4	4.8	8.6
Sabe leer y escribir un recado	Sí	2.7	8.4	20.6	0.6	2.3	6.4
	No	4.0	10.0	23.7	0.9	4.1	9.1
Estado civil	Unidos(as)	2.8	8.2	20.5	0.4	2.7	7.1
	No unidos (as)	3.4	9.7	22.7	1.1	3.0	7.1
Lugar de residencia	Urbana	3.3	9.0	21.8	0.7	2.9	7.3
	Rural	2.1	8.1	20.0	0.5	2.2	6.3
Problemas de movilidad	Sí	4.0	11.4	25.1	1.2	3.2	8.0
	No	2.5	7.3	19.2	0.4	2.5	6.6
Sentirse incómodo con alguien	Sí	24.1	46.2	77.3	8.9	17.7	32.3
	No	2.2	7.2	19.0	0.3	2.2	6.0
	N	304 610	882 962	2 144 520	68 905	279 053	710 409
	%	3.0	8.8	21.4	0.7	2.8	7.1

* Sin información 0.3%.

** Sin información 0.4%

Al caracterizar el maltrato psicológico observamos que la mayor prevalencia se presenta en las mujeres, 22.7% lo padeció al menos una vez en el último año. En relación con la edad, se destaca que en los adultos con 80 años o más, 3.6% ha recibido esta clase de maltrato en muchas ocasiones, mientras que 10.5% de los adultos mayores con la misma edad sufrió varias o muchas veces este tipo de maltrato.

En general, las tendencias al incremento en las prevalencias indican que el maltrato psicológico es más frecuente entre quienes no saben leer y escribir, los viudos, solteros o divorciados, en quienes viven en las áreas urbanas, en los que presentan problemas de movilidad y en los que cohabitan con alguna persona que los hace sentir incómodos, inseguros o les provoca miedo.

Respecto a la prevalencia de abuso económico, los hallazgos de este estudio muestran que 0.7% de los adultos mayores ha sido víctima de abuso económico "muchas veces", 2.8% lo sufrió "muchas o varias veces" y 7.1% recibió este tipo de abuso "al menos una vez" durante los últimos doce meses previos a la entrevista (*cuadro III*).

Al analizar las variables que se asocian con este tipo de abuso, observamos que sucede con mayor frecuencia en mujeres, en el grupo con mayor edad, en los que no saben leer y escribir un recado, en las zonas urbanas, entre aquellos que presentan problemas de movilidad y en los que cohabitan con alguien que los hace sentir incómodos, inseguros o les provoca miedo.

A partir de las respuestas al reconocer haber recibido trato violento o agresivo por parte de algún familiar y con las respuestas en la escala, se pudo identificar una prevalencia total de 54.1% de violencia hacia este sector de la población.

Conclusiones

El maltrato hacia las personas de 60 años de edad o más es un problema de salud pública en México; amerita una reflexión especial por los resultados obtenidos en la prevalencia entre violencia reconocida y la que resulta mediante la escala para identificar este fenómeno.

Se considera a este tipo de violencia, como un "fenómeno oculto", que orilla a las víctimas a minimizar el problema o bien a considerarlo como un proceso normal que está relacionado con el proceso natural del propio deterioro físico y de la dependencia de otros para realizar sus actividades cotidianas. En algunos casos, los adultos mayores no detectan la situación de maltrato en sí, sin embargo, sufren experiencias que les son dolorosas física y emocionalmente.

Hablar de violencia y maltrato en los adultos mayores es un tema prioritario si consideramos que el proceso de envejecimiento en nuestro país tiene un contexto particular: por un lado, se habla de la "polarización epidemiológica", en la cual se manifiestan simultáneamente enfermedades infecciosas y crónicas y, por otro, se habla de la "polarización socioeconómica" donde la desigualdad en recursos económicos y de atención a la salud es y ha sido a lo largo de la historia más aguda.¹⁷

En nuestro país la prevalencia de violencia reconocida fue de 5.5%. Si comparamos con estudios realizados en países desarrollados, que reportan prevalencias entre 3 y 10%, nuestros datos son acordes con los encontrados por otros autores.⁵⁻⁸

Se identificó que en la mayoría de los casos de violencia reconocida el agresor es un familiar, y resulta paradójico que la violencia ocurra en el hogar, que es un lugar en donde suponemos seguridad. Los hijos son –con mayor frecuencia– quienes suelen proporcionar violencia contra los ancianos. Se encontró que más de 40% de las mujeres mayores son agredidas por sus hijos, mientras que los hombres tienen un porcentaje menor (28.8%). Lo anterior puede estar relacionado con el hecho de que el cuidado recae en un solo miembro de la familia.¹²

Al considerar la prevalencia que resulta de la escala para evaluar violencia la situación se agrava, ya que encontramos que 43.4% de los adultos mayores sufrió de abandono o negligencia, 21.3% recibió maltrato psicológico y 7.1% abuso económico, datos que rebasan las prevalencias reportadas en estudios de países desarrollados.

Es importante considerar que es difícil comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros países, debido a la variabilidad de las definiciones y metodologías que se han utilizado para estudiar este fenómeno.

Sin embargo, nuestros hallazgos son similares a lo reportado por otros autores⁵⁻⁸ que señalan que el abandono, el maltrato psicológico y el abuso económico afectan con mayor frecuencia a las mujeres, a las personas mayores de 80 años de edad, a los que no saben leer o escribir, y a los viudos, solteros o separados y a las personas con problemas de movilidad.

Asimismo, identificamos que las personas que viven en localidades rurales sufren con mayor frecuencia abandono o negligencia, en tanto que las que viven en zonas urbanas reciben con mayor frecuencia maltrato psicológico y abuso económico.

Previendo la situación que enfrentaremos en los próximos años respecto al problema de violencia hacia las personas mayores, es necesario orientar acciones para sensibilizar a la opinión pública acerca de la magnitud del problema; identificar, prevenir y enfrentar el abuso y el maltrato; educar y capacitar al personal de salud y a las personas encargadas del cuidado de los ancianos y de las ancianas; promover la investigación sobre causas y consecuencias del maltrato y organizar campañas que protejan a los adultos mayores maltratados para poner fin, en la medida de lo posible, a esta situación.

Recomendaciones

La situación de violencia y abuso contra adultos mayores y la expectativa de incremento en los próximos años hace prioritario poner atención en el problema, motivo por el cual se sugieren algunas propuestas como:

- Crear conciencia de que el maltrato existe y que se vive día con día.
- Fomentar el conocimiento y el cumplimiento de la ley respecto a los Derechos de las Personas Adultas Mayores, para lograr atención integral y una vida libre de violencia, así como orientar a este sector para que sepan detectar una situación de violencia y maltrato, y sobre cómo presentar su denuncia ante la autoridad competente.
- Fomentar en las redes familiares, sociales e institucionales, una cultura de aprecio a la vejez, comprensión, cariño y trato digno.
- Prestación de servicios públicos de salud integrales de calidad, que faciliten el acceso a la atención médica en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas.
- Promover el envejecimiento activo con programas de nutrición adecuada.
- Establecer principios, criterios, indicadores y normas para la detección y análisis de la violencia y maltrato en los adultos mayores.

Referencias

1. Kleinschmidt KC. Elder abuse: A review. *Ann Emerg Med* 1997 Oct; 30(4):463-72.
2. National Aging Resource Center on Elder Abuse. *Elder abuse*. Washington: The American Public Human Services Association.
3. González JC. Violencia, maltrato y derechos humanos en los adultos mayores, Ponencia presentada en el Tercer Simposio Delegacional de Gerontología, México, 2004.
4. Action on Elder Abuse (AEA) Bulletin 1995. Londres, UK: AEA Astral House; 1995.
5. Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y salud. Washington, D.C: OPS/OMS; 2003. Publicación científica y técnica No. 588.
6. Azoh B. Maltrato familiar al "anciano" y fuentes de ayuda: un estudio preliminar en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista electrónica de Geriatria y Gerontología* 2003;5(2).
7. Help Age International. Aspectos prácticos del envejecimiento y el desarrollo. Violencia, abuso y maltrato. *Horizontes* 2002;59:4-5.

8. Bonnie R, Wallace RB, Ed. Elder mistreatment. Abuse, neglect, and exploitation in an aging America. Washington, DC: The National Academies Press; 2002.
9. Hafemeister T. Financial abuse of the elderly in domestic settings. En: Bonnie R, Wallace RB, Ed. Elder mistreatment. Abuse, neglect, and exploitation in an aging America. Washington, DC: The National Academies Press; 2002: 382-445.
10. National Center on Elder Abuse. National Elder Abuse Incidence Study: Final Report. Washington, DC: American Public Health Services Association; 1998.
11. Hudson MF, Carlson JR. Elder abuse: Its meaning to Caucasians, African-Americans, and native Americans. En: Tataro T, Ed. Understanding elder abuse in minority populations. Philadelphia (PA): Taylor and Francis; 1999.
12. Cintrón C. Posición sobre la política pública para ancianos de Latinoamérica y el Caribe. San Juan: Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez; 1987-1988.
13. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Resultados definitivos del II Censo de Población y Vivienda 2005. Comunicado no.087/06. Aguascalientes, México: INEGI; 2006.
14. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI. México, DF: CONAPO; 2004.
15. Cochran W. Sampling techniques. Third Edition. Ottawa: John Wiley and Sons; 1977.
16. SAS Institute Inc. Software. Cary (NC): SAS Institute.
17. Salgado de Snyder VN, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.



La violencia durante el noviazgo ¿Cómo la perciben las y los jóvenes en México?

Rosario Valdez Santiago,¹ Juan Carlos Ramírez,² Rosalba Rojas,¹
Elisa Hidalgo,¹ Leticia Ávila Burgos.¹

1 Profesoras-investigadoras del Instituto
Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

2 Profesor-investigador de la Universidad
Autónoma de Guadalajara, Jalisco, México.

En el ámbito mundial, la población adolescente* está inmersa en relaciones de violencia familiar: como receptora directa (a través del maltrato de sus padres o cuidadores), como ejecutora (a través del maltrato a otros miembros de la familia -hermanos pequeños, ancianos-) y como testigo de la violencia entre sus padres.¹

Para muchos y muchas adolescentes la exposición a la violencia familiar es un continuum que empieza desde antes de nacer cuando sus madres han estado expuestas a la violencia durante el embarazo² y se mantiene durante la infancia como víctimas de la violencia por parte de sus padres.³ Sin embargo, cuando las y los adolescentes empiezan a incursionar en las primeras relaciones de flirteos, ligues o de noviazgo, éstas no están exentas de algún tipo de coerción y violencia. En estas edades tempranas la población de adolescentes ya ha internalizado los estereotipos de género, de lo que deben ser un hombre y una mujer, de las expectativas sociales de cada uno de ellos y ellas en la relación con el otro y la otra.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 1998, el 30% de las estudiantes universitarias había reportado algún tipo de violencia en sus relaciones de pareja. Las agresiones verbales se transforman con el paso del tiempo en agresiones físicas. Esta forma de relación es un elemento que incrementa la probabilidad de violencia familiar en el futuro.

En Estados Unidos de América (EUA), entre 1993 y 1999, hubo más de 17 000 incidentes de violencia en relaciones de noviazgo contra jóvenes que tenían de entre 12 y 15 años de edad. Las armas, incluyendo pistolas y cuchillos, fueron usadas en 11% de estos sucesos violentos. Otro 11% de los incidentes fueron violaciones o asaltos sexuales.

Ante la ausencia de datos nacionales sobre la población joven, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Instituto Nacional de Salud Pública llevaron a cabo una encuesta nacional, cuyo objetivo general fue identificar las características de la violencia ejercida y recibida por mujeres y hombres durante el noviazgo, en una muestra de adolescentes de entre 12 y 19 años de edad.

* La población adolescente es definida por la OMS como aquella que se encuentra entre los 12 y los 19 años de edad.

En este capítulo se analizan sólo algunas características generales de la percepción de la violencia ejercida y experimentada en la relación de noviazgo entre las y los jóvenes en México.

Notas metodológicas

Se realizó una encuesta con representatividad nacional en adolescentes que forman parte del Programa Oportunidades. La información se levantó entre noviembre de 2005 a enero de 2006. Para la selección de los participantes se hizo un diseño muestral de tipo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Inicialmente se seleccionaron comunidades de Oportunidades, a través de un listado de las urbanas y semiurbanas identificadas a través de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2003 (ENCELURB 2003). En cada una de las comunidades seleccionadas se elaboró un marco muestral para la selección de viviendas. En cada vivienda, mediante muestreo aleatorio simple, se seleccionó un adolescente de entre 12 y 17 años de edad.

La muestra estuvo conformada por 6 008 adolescentes, a quienes se les aplicó un cuestionario que contenía las variables de interés para el estudio. Previamente se solicitó consentimiento informado a cada uno de los participantes (o a los padres).

La información se obtuvo a través de un cuestionario que constaba de nueve secciones que exploran las condiciones de salud física y mental de los y de las adolescentes. Una sección se enfocó en la exploración de diferentes tipos de violencia, en particular la que se ejerce o recibe en las relaciones de noviazgo. Esta sección estuvo conformada por 35 preguntas.

El tiempo de aplicación del cuestionario dependió de la respuesta de cada adolescente; sin embargo, en promedio fue de aproximadamente cinco minutos cuando se refirió NO haber experimentado algún tipo de violencia, y para quienes dijeron que Sí, de 10 minutos.

Las variables estudiadas fueron:

- *Sociodemográficas:* edad, sexo, asistencia a la escuela, estado civil.
- *Estilos de vida:* consumo de alcohol y consumo de tabaco.
- *Historia de noviazgo:* si ha tenido pareja sexual, tipo de relación establecida (formal, informal, "ligue", "free o amigo cariñoso"), historia de violencia.
- *Percepción:* se exploró su percepción sobre la frecuencia con la que ocurre la violencia durante el noviazgo y sobre los roles de género en éste.

En este estudio participaron 6 008 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, con promedio de 14.4 años y desviación estándar de 1.66; 50% eran hombres y 50%, mujeres. El 83.4% reportó haber asistido a la escuela durante el ciclo 2004-2005; asimismo, 97.7% mencionó ser soltero y tan sólo 2% se encontraba casado o vivía en unión libre al momento de la entrevista. El 20.5% informó haber fumado al menos un cigarro en su vida y 13.9%, haber consumido alguna bebida que contiene alcohol. Del total de quienes participaron en el estudio, 42.9% manifestó que sí había tenido novio o novia, pareja o ligue alguna vez en su vida (*cuadro I*).

Cuadro I

Distribución de variables sociodemográficas, estilos de vida e historia de noviazgo. Encuesta de Violencia en el Noviazgo en Adolescentes. México, 2005			
Variables sociodemográficas		n	%
Sexo	Hombres	3003	50
	Mujeres	3005	50
Edad (años)	12 a 14	3170	52.8
	15 a 17	2838	47.2
Asistencia a la escuela	Sí	5013	83.4
	No	993	16.5
	No respondió	2	0
Estado civil	Casado/Unión Libre	131	2.2
	Soltero	5868	97.7
	Sin dato	9	0.15
Estilos de vida		n	%
Consumo de tabaco	Sí	1232	20.5
	No	4766	79.3
	No respondió	10	0.16
Historia de noviazgo		n	%
¿Ha tenido pareja?	Sí	2579	42.9
	No	3425	57.0
	No Especificado	4	0.1

Un aspecto que reviste particular importancia es la diversidad de relaciones de pareja que se establecen en esta edad. Se identificó la formalidad de la relación o las variantes de relaciones informales, entre las que se encuentran: la identificada como informal, el ligue de una sola vez y, la tercera variante, el *free* o amigo sin compromiso (*cuadro II*).

Cuadro II

Distribución porcentual de la variable "Tipo de relación", según sexo.
Encuesta de Violencia en el Noviazgo en Adolescentes. México, 2005

Tipo de relación con la última pareja o pareja actual	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Noviazgo formal	562	40.8	586	48.7	1 148	44.5
Noviazgo informal	333	24.2	365	30.4	698	27.1
Ligue de una sola vez	171	12.4	80	6.7	251	9.7
Free o amiga(o) cariñosa(o) sin compromiso	311	22.6	171	14.2	482	18.7
Sabe leer y escribir un recado	2.7	8.4	20.6	0.6	2.3	6.4
Total	1 377	53.4	1 202	46.6	2 579	100

Más de la mitad de los y las adolescentes respondió que su última relación de pareja es o fue de tipo informal (55.5%), la que incluye: 27.1%, de noviazgo informal; la modalidad de amigo o free, 18.7%; y ligue de una sola vez, casi 10%. Menos de la mitad de los y las adolescentes que tuvo o tiene una relación de pareja la consideró como noviazgo formal (44.5%).

¿Cómo se percibe la violencia en las relaciones de noviazgo?

La exploración de la violencia se llevó a cabo a través de dos estrategias, la primera fue a través de pregunta directa y la segunda a través de la aplicación de una escala de violencia[†] en cada adolescente independientemente de que reconocieran o no haber experimentado algún tipo de violencia por parte de su novia, novio o pareja.

Respecto a la violencia en el noviazgo, cerca de 4.0% de adolescentes reconoció haber estado involucrado en actos violentos con sus respectivas parejas alguna vez en la vida, ya sea como receptor o receptora o perpetrador o perpetradora. Asimismo, se observaron diferencias en el porcentaje de acuerdo con el sexo, por ejemplo, 4.1% de las adolescentes reportó que había tenido una relación violenta, mientras que 3.5% de los hombres así lo consideró.

Por otro lado, 5.4% de las adolescentes reconoció que ha ejercido algún tipo de maltrato hacia su novio o pareja (*cuadro III*). Llama la atención que la proporción de mujeres que reconoció ejercer cualquier tipo de violencia hacia su pareja sea mayor, en comparación con los hombres (7.1% y 3.9%, respectivamente).

[†] Esta escala está conformada por 13 reactivos y fue diseñada por Valdez y Ramírez, 2005.

Cuadro III

Distribución porcentual de la variable "Historia de violencia", según sexo.
Encuesta de Violencia en el Noviazgo en Adolescentes. México, 2005

Pareja, ligue o novia(o) en la que tú hayas maltratado a él(ella)	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sí	54	3.9	85	7.1	139	5.4
No	1 323	96.1	1 117	92.9	2 440	94.6
Total	1 377		1 202		2 579	

Esta proporción es consistente con lo documentado en otros estudios con parejas establecidas formalmente, en los cuales las mujeres se identifican a sí mismas más como personas que ejercen violencia que como receptoras.⁴⁻⁷ Otros estudios entre jóvenes estudiantes que establecen una cita para salir juntos no reportaron diferencias al explorar violencia.⁸

Existe una diferencia importante si se considera la autopercepción de la violencia referida por mujeres y hombres adolescentes y se contrasta con la identificación de conductas o acciones que se catalogan como violencia. Tal diferencia se ha documentado para la población adulta en México.⁹ Este elemento que muestra una discordancia es indicativo o al menos sugiere que: a) la violencia puede ser considerada como un elemento normativo de las relaciones entre hombres y mujeres en edades tempranas; b) las acciones que en este estudio son identificadas como violencia no corresponden con lo que la población adolescente percibe de la misma, en otras palabras, hay una divergencia en la manera de percibir, identificar y catalogar la violencia. Además, genera una serie de preguntas: ¿qué elementos invisibilizan la violencia en este grupo de edad particular? Si bien existe un cambio secular en las relaciones de género que impactan a la población adolescente, ¿por qué la violencia parecería ser una forma de relación que se mantiene intacta en dichas transformaciones?

Las acciones o conductas que son indicativas del ejercicio de violencia son diversas, de ahí la pertinencia de desagregar la información considerando cada una de las preguntas que muestran sus modalidades. En primer término, resalta el hecho de que tanto los hombres como las mujeres identifican conductas con frecuencias más o menos similares en los distintos rubros. Para los hombres, la violencia psicológica (*cuadro IV*) de que son objeto muestra variantes de la frecuencia entre 2.5% (golpear la pared o romper objetos) y 49.3% (celos o sospecha de amistades). En el grupo de mujeres se repiten las mismas conductas y su frecuencia es de 4.2% y 50.7%, respectivamente. Hay acciones que afectan relativamente con mayor frecuencia a los hombres como: insultos, señalamientos a su apariencia, que están asociadas a la autoestima de la persona. Para el caso de las mujeres son hacer sentir miedo y golpear la pared y romper objetos, acciones asociadas a la intimidación. Hay otras en las que prácticamente no hay diferencias en la frecuencia entre hombres y mujeres: condiciones para salir y celos, esta última relacionada con la socialización y la primera con la libertad de movimiento.

Cuadro IV

**Violencia psicológica referida por los y las adolescentes.
Encuesta de Violencia en el Noviazgo en Adolescentes. México, 2005**

Violencia psicológica	Hombres				Mujeres			
	Muchas veces	Varias veces	Algunas veces	Nunca	Muchas veces	Varias veces	Algunas veces	Nunca
	Porcentajes							
La(o) insultó	1.5	2.0	8.9	87.7	1.4	1.7	5.6	91.1
La(o) menospreció o humilló	1.5	5.4	12.9	80.0	1.9	3.7	14.5	79.9
Le ha dicho que es poco atractiva(o) o fea(o)	0.5	2.7	7.0	89.8	0.9	1.8	5.2	92.0
Se puso celosa(o) o ha sospechado de tus amistades	9.5	14.7	25.1	50.7	9.2	14.5	27.0	49.3
Le pone condiciones para salir con otras personas	1.2	6.3	8.4	86.8	1.7	3.4	7.7	87.2
La(o) hace sentir miedo de él(ella)	0.3	0.6	3.7	95.4	0.5	1.1	4.7	93.7
Se puso a golpear la pared, romper objetos personales tuyos	0.2	0.7	1.6	97.5	0.3	1.0	2.9	95.8

A diferencia de la violencia psicológica en la cual la predominancia de su ejercicio afecta más a hombres en algunos rubros y en otros a mujeres, la violencia física en todos los rubros es más alta en hombres (*cuadro V*). Los datos de Straus⁴ muestran este mismo comportamiento en parejas formalmente constituidas en EUA. Al respecto se ha discutido la faceta reactiva de la violencia de las mujeres; la actitud de las mujeres que implica sobredimensionar las conductas que se salen del estereotipo.¹⁰ Estos datos también son consistentes con aquellos que muestran que los primeros episodios de violencia en parejas formalmente constituidas ocurren desde el noviazgo.^{11,12} No deja de llamar la atención que las mujeres ejerzan la violencia física con mayor frecuencia, al menos así lo perciben y reportan los y las adolescentes. Kaufmann¹³ ha señalado la importancia de considerar las declaraciones de los hombres acerca de la violencia de que son objeto de parte de las mujeres y del acoso del que son objeto por parte de sus compañeras de escuela. En otras palabras, hay que sopesar la violencia que los hombres reciben, con el fin de captar el fenómeno en su conjunto y dilucidar qué es lo que ocurre en tanto fenómeno complejo, pues si bien afecta a las mujeres los hombres no están exentos de experimentarla.

Cuadro V

**Violencia física referida por los y las adolescentes.
Encuesta de Violencia en el Noviazgo en Adolescentes. México, 2005**

Violencia física	Hombres				Mujeres			
	Muchas veces	Varias veces	Algunas veces	Nunca	Muchas veces	Varias veces	Algunas veces	Nunca
	Porcentajes							
Le pegó con la mano, el puño o el pie	0.4	1.7	5.0	92.8	0.3	1.1	3.0	95.6
La(o) sacudió, zarandeó, jaloneó, o empujó a propósito	0.2	1.6	5.4	92.9	0.4	1.6	4.2	93.8
La(o) agredió con algún tipo de arma	0.1	0.1	0.6	99.2	0.1	0.1	0.3	99.5

Es probable que la autopercepción de la violencia y la violencia física se correlacionen ya que, en general, la referencia a la violencia en el imaginario social está asociada a los golpes, al contacto físico. Esto tendrá que ser motivo de un análisis posterior.

Por su parte, la violencia sexual tiene un comportamiento parecido tanto en hombres como en mujeres, no obstante, son las mujeres quienes reportan con más frecuencia ser más objeto de estas conductas. Esto es, desde la adolescencia, una proporción de la población exige o coacciona a la pareja para tener sexo. Lo interesante es que ambos sexos están inmersos en esta dinámica. En otras palabras, los datos indican que no es privativo de hombres. Estos datos hay que analizarlos con detenimiento porque pueden llevar a conclusiones simplistas en las que existe una homogeneidad del fenómeno, lo cual es impreciso. Al respecto, una revisión sobre la sexualidad en adolescentes puede contribuir a la comprensión de estos datos. También es necesario ahondar utilizando metodologías complementarias sobre la dinámica de este fenómeno y desentrañar lo que se registra por medio de datos numéricos. Es probable que el concepto de "Uso de la fuerza para tener relaciones sexuales" tenga elementos compartidos para ambos sexos y es probable que también variantes. El peso para un hombre y para una mujer de "amenazar con irse con otro (otra) si no accedía a tener relaciones sexuales" no se puede entender sino en función del contexto sociocultural que afecta a los hombres y a las mujeres de manera sustancialmente distinta.

Reflexiones finales

Se ha hecho una descripción de la violencia en la que están inmersos adolescentes que mantienen o han mantenido relaciones de pareja formal o informal. La proporción de la población que bajo este criterio de análisis identifica acciones concordantes con la violencia es elevada. Por otro lado, llama la atención que tanto hombres como mujeres se identifican como ejecutores y receptores de la violencia. Este dato debe llamar la atención para considerar que las acciones de prevención y atención deben estar encaminadas a ambos sexos.

Los datos no son comparables con otros estudios. No obstante, existen ciertos elementos que son consistentes con estudios llevados a cabo en poblaciones diferentes, pero que hacen referencia al sustrato de género, del cual consideramos forma parte la violencia aquí presentada. Por ejemplo, que la percepción de la violencia por parte de los hombres es más elevada que la reportada por las mujeres. La disparidad entre percepción e identificación de acciones específicas que se catalogan como indicativos de violencia.

Un tercer aspecto que merece especial atención es la similitud de la violencia que dicen recibir los hombres y las mujeres. Explicarse como conductas reactivas por parte de las mujeres es limitar la posibilidad de que éstas también tengan la capacidad de ejercer violencia. Más que ser un elemento que venga en detrimento de la importancia de la violencia de la que son objeto las mujeres en edades tan tempranas, debe ser un estímulo para problematizar el fenómeno que, a todas luces, nos muestra un panorama cada vez más complejo.

Los cambios de orden secular pareciera traerían modificaciones importantes en las relaciones entre los géneros que atenuarían la frecuencia con la que se presenta este fenómeno. Los datos nos muestran cifras elevadas y requiere cuestionarse si en realidad estamos ante cambios generacionales en las relaciones de género o, en todo caso, estamos asistiendo a una resignificación discursiva de ellas, pero manteniendo una práctica con apenas pocas modificaciones.

Más que respuestas concluyentes, lo que ofrece este primer acercamiento son cuestionamientos que alientan el análisis en profundidad de este fenómeno, en particular, entre la población que en un futuro cercano estará estableciendo vínculos de pareja formales y, con toda seguridad, familias en las que no es deseable que la violencia forme parte de su dinámica ni de la social.

Por otro lado, es necesario mencionar que esta primera aproximación analítica nos muestra apenas un panorama general que nos enfrenta a más desafíos metodológicos que certezas; por ejemplo, es necesario llevar a cabo el análisis detallado de la escala de violencia y la construcción del índice de severidad, tal como se hizo en la ENVIM³ y así tener una aproximación más precisa de las características y severidad de la violencia reportadas por unas y otros; de cualquier manera, esta complejidad mostrada en este análisis preliminar también nos sugiere la importancia de abordar el estudio de la violencia en el noviazgo a través de metodologías cualitativas que profundicen en la interpretación de los resultados aquí descritos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Reporte Mundial de Salud 2002. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>. [2007 abril 18].
2. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38(5):352-62.
3. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud; 2003.
4. Straus MA, Gelles RL. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Family* 1996;48: 465-79.
5. Meredith WH, Abbott DA, Adams SL. Family violence: It's relation to marital and parental satisfaction and family Strengths. Citado por Straus y Gelles; 1996.
6. Rollins B, Oheneba-Sakyi Y. Physical violence in Utah households. *J Family Viol* 1990; 5: 301-9.
7. Schafer J, Caetano R, Clark C. Methodological issues related to measuring spousal violence with a modified version of the CTS: Results from a sample of U.S. Couples. 5th International Family Violence Research Conference; 1997, University of New Hampshire, Durham, N. H.

8. Kaura S, Allen C. Dissatisfaction with relationship power and dating violence perpetration by men and women. *J Interpers Viol* 2004;19: 576-88.
9. Ramírez-Rodríguez JC. La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. *Un recuento de la producción mexicana. Salud Publica Mex* 2006;48: 315-27.
10. Ramírez-Rodríguez JC. Pensando la violencia que ejercen los hombres contra sus parejas: problemas y cuestionamientos. *Papeles de Población, Año 8; 2002: 219-41.*
11. Ramírez-Rodríguez JC, Vargas-Becerra PN. Una espada de doble filo: la salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer. En: Doria-Bilac E, Baltar- Da Rocha MI, Ed. *Saúde reproductiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Sao Paulo: PROLAP, ABEP, NEPO/ UNICAMP - Editora 34; 1998.*
12. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Managua: Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo "Las Bujías". Departamento de Medicina Preventiva, UNAM-León. Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Umea University; 1996.*
13. Kaufman M. Working with men and boys to challenge sexism and end men's violence. En: Breines I, Connell R, Eide I. Ed. *Male roles, masculinities and violence. A culture of peace perspective. París: UNESCO; 2000.*

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA



ALIANZA POR UN
MÉXICO SANO

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD

www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx