

Género y Salud en Cifras

Número 1

Enero - Abril 2003



PRESENTACIÓN

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS es la primera publicación del país cuyos objetivos son presentar la información cuantitativa relevante, para comprender el impacto que las diferencias biológicas y de género tienen sobre la salud de la población, y brindar elementos científicos, claros y convincentes que sirvan como base para lograr que las políticas y programas de salud desarrollen estrategias que tomen en cuenta esas diferencias.

Está dirigida a la comunidad biomédica; a las y los trabajadores de la salud; a las organizaciones e instituciones civiles y académicas interesadas en la salud de la población en el sentido más amplio –no sólo médico, sino educativo, laboral, social, etc.–; a los medios de comunicación y a toda aquella persona interesada en ampliar su información sobre la salud.

A excepción de las políticas públicas en materia de salud reproductiva –y aún así de manera limitada–, las acciones gubernamentales restantes se han desarrollado partiendo de la base de una igualdad inexistente, o cuando menos relativa, en los riesgos y las cargas de los padecimientos que afectan tanto al sexo femenino como al masculino.

CONTENIDO

Equidad de género en salud

Blanca Rico, Francisco Pamplona

3

Muertes por violencia en las mujeres de México

Rafael Lozano, Blanca Estela López

6

Violencia de género en la población atendida por el IMSS

Alma Gloria Nájera Ahumada

10

Salud de la mujer y violencia familiar, un acercamiento desde la perspectiva de género, el caso Nuevo León

Jesús Zacarías Villarreal Pérez, Juan Francisco González Guerrero
Marcela Granados Shiroma, Martha Flores Cavazos

14

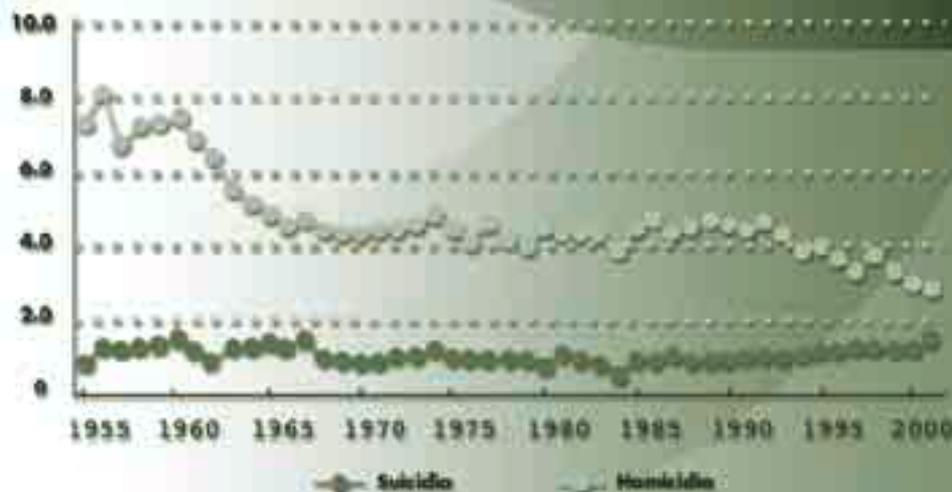
Violencia contra la mujer, fuentes de información disponibles y sus perspectivas

María Elena Trujillo Andrade, Marisela Vargas Cortés
Pablo Kuri Morales.

18

Muertes por violencia en las mujeres de México

Mortalidad por Homicidios y Suicidios en Mujeres, México 1955-2001





Secretaría de Salud
Boletín Género y Salud
en Cifras

Directorio

Secretario de Salud
Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo
Dra. Blanca Rico Galindo
Dra. Ana Langer
Dr. Rafael Lozano Ascencio

Comité Editorial
Dr. Héctor Ávila Rosas
Dr. Mario Bronfman Perzovsky
Dr. Roberto Castro Pérez
Dra. Sonia Fernández Cantón
Mtra. Patricia Fernández Ham
Dr. Héctor Gómez Dantés
Dr. Benno de Keijzer Fokker
Mtra. Ma. de la Paz López Barajas
Mtra. Ma. Isabel Monterrubio Gómez
Dr. Gustavo Olaiz Fernández
Lic. Margarita Ortega González
Dra. Laura Pedrosa Islas
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Ivonne Szasz Pianta
Lic. Raúl Wong Luna
Lic. Elena Zúñiga Herrera

Editor
Mtro. Francisco Pamplona Rangel

Secretaria Técnica
Mtra. Blanca E. López Contreras

Boletín Género y Salud en Cifras.
Publicación cuatrimestral.
Editada y distribuida por
el Programa Mujer y Salud
y la Dirección General
de Información
y Evaluación del Desempeño
de la Secretaría de Salud.

Los materiales publicados
son responsabilidad de su autor.

Es difícil imaginar una enfermedad o un riesgo específico en el que el hecho de ser hombre o mujer, no influya de manera relevante en el acceso a los servicios médicos o al tratamiento; o en la participación en las acciones preventivas, y en las desigualdades en la convalecencia o la rehabilitación.

Si bien se ha avanzado mucho en la generación de información estadística en salud, todavía una porción de ella no se desagrega por sexo, ni se construyen indicadores de género que den cuenta de las diferencias en la carga de la enfermedad y la muerte; lo anterior, tiene como consecuencia que no puedan identificarse las necesidades en salud particulares de cada sexo, ni percibirse las persistentes inequidades de género.

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS tiene el propósito de analizar la información con la que hoy cuenta el sector salud, encaminada a percibir las diferencias entre sexos lo que permitirá diseñar y planear las políticas de salud con orientación de género. Los análisis parten del conocimiento con el que hoy contamos sobre la teoría de género, sobre las diferencias biológicas no sexuales ni reproductivas entre hombres y mujeres, y sobre el conocimiento y reconocimiento de la situación de inequidad entre ambos sexos, que hoy vivimos en el país.

Se trata de un esfuerzo conjunto entre el Programa Mujer y Salud y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. La publicación hará un uso privilegiado –pero no exclusivo–, de las fuentes de información del sector salud, enfatizando las diferencias de género.

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS aparecerá tres veces al año, y aquí se publicarán artículos, ensayos, noticias, crónicas, etc., sobre diversos aspectos de la salud de la población con orientación de género. Algunos de los aspectos en los que se prestará mayor atención, serán la violencia familiar y sexual, el acceso a los servicios de salud, la mortalidad y la morbilidad, los egresos hospitalarios y las cuentas nacionales.

El boletín cuenta con dos secciones fijas. La primera: “Para descifrar”, en ella se contrastarán cifras que permiten, de un vistazo, comparar la diferencia entre hombres y mujeres de México, con los y las de otros países, entre entidades federativas o dinámicamente en el tiempo.

En la segunda sección fija: “Notigénero”, se publicarán noticias diversas, como avances en el campo de la teoría de género, reseñas bibliográficas o eventos de interés sobre los temas que aborda el boletín.

Es un hecho que los seres humanos tenemos –en general– resistencias al cambio, y que para convencer sobre la necesidad de planear y hacer las cosas distintas, se requiere demostrar con información objetiva y contundente, las razones para ese cambio. También es un hecho que en un campo como el de la salud, la información no trasciende hasta que se publica en forma de cifras y de análisis de esas cifras; ese es el principal objetivo del presente boletín.

Julio Frenk Mora

Equidad de género en salud

Blanca Rico, Francisco Pamplona

Me ti decía: «Sólo cuando se consiga igualdad de condiciones se podrá hablar de desigualdad. Sólo cuando todos tengan los pies a la misma altura se podrá determinar quién es más alto que otros.»
El libro de los Cambios, Bertolt Brecht

Con sentido del humor, Amartya Sen ha llamado a la misoginia “problema de salud pública” (2002). Los argumentos que presenta son importantes: no basta considerar la mayor supervivencia de las mujeres en una tabla de mortalidad, sino evaluar la baja calidad de vida y las enormes privaciones por las que pasan millones de mujeres para trabajar, educarse y alimentarse. De hecho, afirma Sen, la escasez relativa del número de mujeres en algunas zonas del mundo subdesarrollado se debe no a cálculos demográficos mal hechos, sino a la pérdida efectiva de vidas de mujeres en esas zonas y al hecho relevante del abandono sistemático del cuidado de su salud.

La misoginia y más allá, la segregación ancestral de las mujeres en la vida familiar, social y pública, además de la discriminación prejuiciosa y sexista, las sitúan en una vida de precariedad crónica, lo cual se expresa en el caso de la salud, en enfermedades y muertes prevenibles.

Este artículo intenta aclarar el sentido de la equidad de género en salud y propone algunas líneas de política social que son importantes para lograrla. Un deslinde conceptual es necesario para evitar equívocos.

En primer lugar, las definiciones a mano enfatizan un doble sentido de la equidad de género en salud, el del logro de un objetivo y el de la carencia en una condición. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha señalado que la equidad de género en salud significa “la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres”, se entiende que para gozar logros y beneficios en salud. Este organismo señala que:

Equidad no es lo mismo que igualdad; paralelamente, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de inequidad usada en el presente informe es la de “**desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas.**” Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos (énfasis del documento original, OPS, s/f).

Enseguida, la OPS aclara el sentido del concepto de equidad aplicado a la salud:

La equidad en la atención de la salud implicaría que:

- Los recursos se asignen según la necesidad.
- Los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad.
- El pago por servicios se haga según la capacidad económica.

Es importante destacar que la noción de necesidad se sustenta en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos (Idem).

La definición del concepto de género que da la OPS es en los términos conocidos de diferenciar sexo de género, este último como representación social y como concepto relacional. Su objeto de interés, dice la OPS, “no es la mujer o el hombre, son las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres –o entre ámbitos ‘masculinos’ y ‘femeninos’– en torno a la distribución del poder” (Ibid).

Siguiendo la anterior argumentación, queda claro que el reto principal cuando se aborda el espinoso tema de las inequidades de género en salud es cómo tratar una *doble desigualdad*, la de género y la de salud. Desde un ámbito de acción pública se trata de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo se deben atender las diferencias de género desde las políticas de salud?

Se observa con frecuencia en documentos sobre el tema, una falta de rigor conceptual: se dice que equidad no es lo mismo que igualdad y no obstante la definición se sustenta en torno a la desigualdad; lo mismo para el concepto de equidad en salud (basada en la equidad distributiva), en el caso del concepto de género se subraya la desigualdad, es decir, a lo largo de las definiciones, se trata de aclarar el sentido de un concepto (la equidad), utilizando otro concepto que se supone es diferente (la igualdad).



Como los conceptos utilizados tienen gran riqueza, es preciso aclarar su sentido. En primer lugar el concepto de necesidad. En su libro *Teoría de las necesidades humanas*, Doyal y Gough (1994) dicen que las necesidades humanas son precondiciones para la acción e interacción social. Existen, de acuerdo con Doyal y Gough, dos necesidades básicas que son precondiciones para la acción de un individuo en cualquier sociedad: La salud física y la autonomía personal, uno de cuyos componentes es la salud mental. La satisfacción de las necesidades humanas básicas (entre ellas la salud) *es un tipo particular de metas universales válidas para todas las personas en una sociedad particular y cuyo objetivo es evitar que éstas sufran algún daño serio*. Entre otros, las políticas sociales tienen el objetivo de satisfacer tales necesidades.

En su obra *El nivel de vida* (2001) Amartya Sen ha discutido ampliamente el problema de la identificación de las necesidades humanas. Se propuso distinguir con claridad las capacidades, las realizaciones, los bienes y los servicios; esta distinción es fundamental pues efectivamente existe la presunción de que los individuos persiguen el logro de sus aspiraciones (realización), pero están limitados por sus propias habilidades y por las oportunidades que se les ofrecen (capacidad), así como por los bienes y servicios de que dispone una sociedad dada.¹

La salud como necesidad es requisito básico para vivir: constituye la capacidad principal para el desarrollo y la realización de las personas. La igualdad en salud, por otra parte, es una aspiración social de amplio reconocimiento, pues la sociedad tiene entre sus metas lograr que los individuos *en general* gocen de salud y por supuesto de las libertades para gozarla plenamente.

El segundo concepto es el de equidad. Éste, se relaciona con la justicia y con la igualdad. Para toda una corriente del pensamiento liberal, la equidad, la igualdad y la justicia se enmarcan en los principios activos de las libertades básicas. Así, John Rawls ha propuesto distinguir lo que él denomina libertades básicas:

① **Toda persona tiene igual derecho a un régimen plenamente suficiente de libertades básicas iguales, que sea compatible con un régimen similar de libertades para todos.**

② **Las desigualdades sociales y económicas han de satisfacer dos condiciones: Primero, deben estar asociadas a cargos y posiciones abiertos a todos en las condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades, y segundo, deben procurar el máximo beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (Rawls, 1993).**

En un libro reciente Rawls declaró tajantemente que “la justicia como equidad es una concepción igualitarista” (Rawls, 2002). ¿Por qué la igualdad? Se pretendió durante años –a partir de diversos argumentos seudofilosóficos, muchos de ellos prejuiciosos–, que el igualitarismo era una de las tesis socialistas por excelencia, basada en los argumentos (se decía que tergiversados) de Aristóteles, sobre la justicia distributiva. Esto no ha sido así. En rigor, la discusión se ha centrado en el concepto “igualdad de oportunidades” que pensadores de diverso signo ideológico y político han sostenido.

Las oportunidades están: 1) definidas socialmente y se relacionan con las costumbres, el tipo de poder público existente y los valores que se promueven desde la esfera de los poderes privados en una sociedad dada; 2) las oportunidades pueden ser y de hecho son, distintas según el periodo histórico por el que se atravesase y 3) sólo bajo definiciones normativas, por ejemplo ¿En qué deben ser iguales las personas? ¿Qué necesidades se deben satisfacer antes que otras?, se puede universalizar una noción de “oportunidad justa”.

En la versión original de su teoría de la justicia, Rawls se acercaba a una posición “economista” de la equidad (un óptimo de Pareto), ya que el “máximo beneficio” a los desiguales es un argumento técnico de equidad aplicable a situaciones que pueden ser de privación absoluta: ¿Es esto admisible éticamente?

De hecho, con la finalidad de delimitar los conceptos, un gran número de trabajos tratan de sostener una diferencia conceptual entre equidad e igualdad. Por ejemplo, se dice: no es lo mismo un reparto igual de recursos de salud, a un reparto diferencial según necesidades particulares de algún grupo social.

Cullis y West (1984) autores de un conocido manual de economía de la salud han descrito las diferencias conceptuales de la equidad en salud:

¹ Para enriquecer la discusión, consultar el libro de Sen, *Nuevo examen de la desigualdad* (1995).

La equidad horizontal de la provisión sanitaria puede definirse como acceso igual a la asistencia e igual provisión de recursos para todos aquellos que se encuentren en una situación dada, independientemente de dónde vivan (tratamiento igual para iguales).

Por equidad vertical entendemos aquí, el grado en el que pacientes con diferentes condiciones de salud reciben asistencia diferente de acuerdo a su condición (tratamiento proporcionalmente desigual para los desiguales).

En rigor, los autores sostienen lo que se llama “regla de la justicia”, “según la cual se debe tratar a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual” (Bobbio, 1993). Nuevamente apreciamos que la definición de equidad se da a partir del término igualdad.

La distinción no sustentada de “equidad” e “igualdad” se debe en principio a que etimológicamente los términos son equivalentes y por tanto las definiciones incurren en tautologías. Para evitarlas, es preciso deshacer el malentendido que supone diferencias donde no las hay.

Efectivamente la equidad de género en salud es un imperativo ético, un objetivo social. Las evidencias señalan marcadamente las “disparidades” de género en los logros en salud y en otras necesidades básicas: dificultades mayores para que las mujeres se incorporen al mundo del trabajo en iguales condiciones que los hombres; inequidades en las oportunidades de obtener educación, mayores cargas y obligaciones dentro de la familia, precario acceso al poder y a las decisiones públicas, y un largo etcétera. En algunos casos, como en la sobremortalidad masculina por violencia y accidentes, el no atender con enfoque de género esas causas de muerte, enfrenta a los varones a una situación de inequidad.

La primera exigencia para el logro de la equidad de género en salud es para las instituciones públicas, incluidas las leyes, es en ellas donde de manera privilegiada se debe iniciar el proceso de cambio social para ofrecer oportunidades equitativas a hombres y mujeres. La discriminación y el sexismo prevaecientes deben eliminarse; no se trata sólo de entender que “hay mujeres capaces”, no es sólo el desempeño lo que se debe apreciar, es la contribución específica, palpable que hacen las mujeres al logro de los objetivos de las instituciones, al plantear

sus necesidades específicas y su visión del mundo.

La exigencia es, además, que las instituciones públicas de salud planeen sus políticas considerando las diferencias específicas de género en el entendido de que:

- 1 Los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud afectan mayormente a las mujeres (las mujeres son más vulnerables socialmente, tienen menos dinero y bienes, y menos acceso al poder).
- 2 Que las medidas específicas de atención a la salud de las mujeres deben ser más variadas, es decir, deben ir más allá de la “salud reproductiva”.
- 3 Que la legislación en salud debe favorecer a las mujeres salvaguardando de manera diferencial sus derechos.

La exigencia principal es, no obstante, la adquisición y el ejercicio de cuatro conductas sociales que elevarían la moral pública y el real entendimiento de los derechos equitativos de las mujeres:

La autonomía de los individuos como el principal valor ético a adquirir y como base del “empoderamiento” de género, ya que sólo las mujeres serán capaces de expresar los alcances del cambio hacia ellas.

La reciprocidad como conducta social que exprese, por un lado, la solidaridad hacia la privación que viven las mujeres y por otro lado, la participación comunitaria para que se modifiquen las prácticas sociales discriminatorias, sexistas y violentas hacia ellas.

El involucramiento de las instituciones sociales y de los hombres en las labores y responsabilidades reproductivas, hoy casi exclusivamente a cargo de las mujeres.

La deliberación pública de los problemas de las mujeres y la exigencia de su solución. Las instituciones públicas y privadas se verán obligadas a cambiar por la demanda de la movilización, la argumentación y el acuerdo.



Referencias Bibliográficas

- Bobbio, Norberto (1993). *Igualdad y libertad*. Paidós, Barcelona.
- Cullis, John G. y West, Peter A. (1984). *Introducción a la economía de la salud*. Descleé de Brower, España.
- Doyal, Len y Gough, Jan (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Economía crítica, Barcelona.
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Equidad de género en salud*. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Rawls, John (2002). *La justicia como equidad. Una reformulación*. Paidós, Barcelona.
- Rawls, John (1993). *Sobre las libertades*. Pensamiento Contemporáneo 9. Paidós/ I.C.E.- Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sen Amartya (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza economía 14, Madrid.
- Sen, Amartya (2001). *El nivel de vida*. Editorial Complutense, Madrid.
- Sen, Amartya (2002). “Desigualdad de género. La misoginia como problema de salud pública”, en Letras libres Núm. 45, septiembre de 2002.

Muertes por violencia en las mujeres de México

Rafael Lozano, Blanca Estela López

En 1996, la 45ª Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un creciente problema de salud pública en el mundo. La resolución WHA49.25 destaca la magnitud del problema y las importantes consecuencias que la violencia trae a los individuos, a las familias y a la sociedad en su conjunto (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Según el Informe Mundial de Violencia y Salud más de un millón y medio de personas en el mundo pierden la vida cada año por actos relacionados con la violencia interpersonal, violencia auto infligida o violencia colectiva” (Krug, EG, et al., 2002).

Para 2001, a nivel mundial se estimaron alrededor de 849 mil suicidios y 500 mil homicidios anuales, de los cuales 39% y 23% suceden en mujeres, respectivamente. Si bien, a nivel mundial se registran 1.7 más defunciones por suicidios que por homicidios, eso no sucede en todos los países del mundo. En países de ingresos mayores, el riesgo de morir víctima de un suicidio es más alto que en los países de bajos ingresos en donde sucede lo opuesto. Por ejemplo, en América Latina donde se concentra una cuarta parte de los homicidios del mundo, tres de cada cuatro muertes violentas están asociadas a homicidios. Sin embargo, independientemente de que en el mundo haya más suicidios que homicidios el riesgo de morir por una de estas causas siempre es mayor en los hombres que en las mujeres (OMS, 2002).

En nuestro país, la violencia también cobra muchas víctimas anualmente. Según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y la Secretaría de Salud (INEGI/SSA), en 2001 se registraron alrededor de 10.3 mil, homicidios y 4 mil suicidios, así como 2 mil muertes en las que se desconoce la intencionalidad de la lesión¹. El 12% de los homicidios y el 18% de los suicidios fueron mujeres.

Es conveniente aclarar que presentar las consecuencias de los hechos violentos a través de las defunciones resulta en gran medida una visión parcial de la realidad, pues aunque atrás de cada muerte, hay innumerables agresiones físicas, sexuales y psicológicas, en otros casos, el desenlace no fue el perder la

vida. Dada la imperiosa necesidad de hacer una revisión completa y exhaustiva de todas las fuentes de información, se emplearon los registros de las defunciones como una vía de aproximación para conocer con un poco más de detalle el impacto de la violencia en nuestro país².

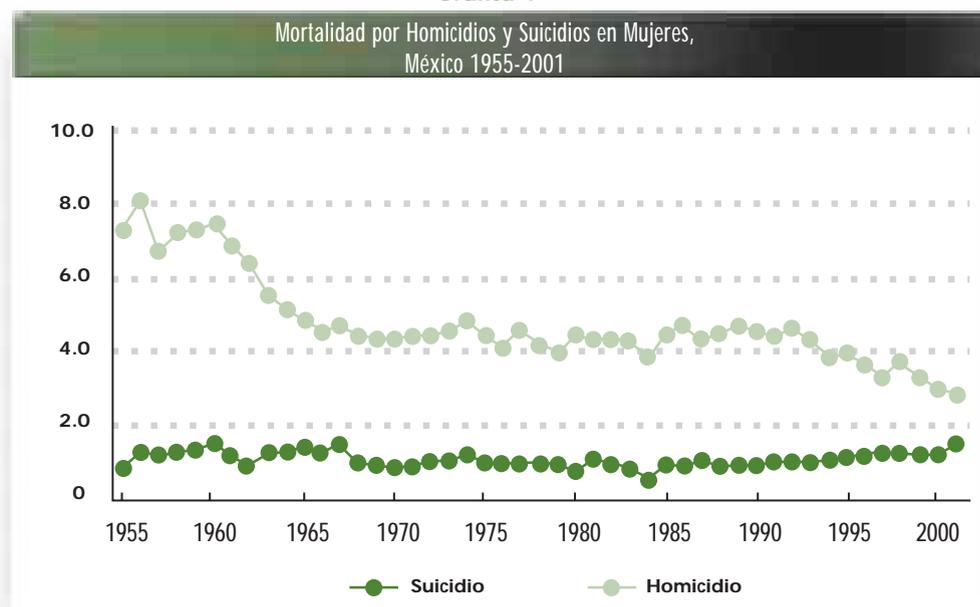
Regularmente nos preguntamos si, ¿El México de hoy es más violento que el de antes?, ¿Quién presenta más riesgo de morir por un hecho violento?, ¿En qué áreas del país se registran más homicidios? ¿Cuáles son los mecanismos más frecuentes en los hechos violentos?

En los últimos cincuenta años, se han registrado casi 700 mil víctimas de muertes violentas en el país. La mayor parte de ellos han sido hombres asesinados (525 mil), pero en las mujeres se registraron 65 mil muertes relacionadas con un hecho violento (80% homicidios y 20% suicidios). Como se observa en la gráfica 1 la tendencia de la mortalidad por causas violentas en las mujeres mexicanas es bastante estable. La tasa estandarizada por edad muestra tendencias descendentes en los homicidios en dos momentos; durante los 60's y en los 90's, en cambio el suicidio muestra mínimas modificaciones hasta fechas recientes cuando empieza a aumentar.

Aunque han existido variaciones en el número de víctimas de hechos violentos en cada año, en promedio de 1955 a 2001, cada 8 horas ha sido asesinada una mujer y cada 50 minutos un hombre. En otras palabras, cada día de los últimos 47 años (17 mil días) han habido tres mujeres y 29 hombres asesinados.

Gráfica 1

Mortalidad por Homicidios y Suicidios en Mujeres, México 1955-2001



Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2002.

Cuadro No. 1

Mortalidad en mujeres por homicidios según entidad federativa de residencia habitual
(Tasa estandarizada por edad x 100,000 mujeres)

Entidad Federativa	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Estados Unidos Mexicanos	4.1	4.0	4.2	3.9	3.5	1.8	3.3	3.0	3.4	3.0	2.7	2.6
Aguascalientes	1.3	2.2	0.5	1.1	1.7	0.6	1.1	0.6	3.2	0.5	0.6	0.9
Baja California	3.0	1.9	2.8	2.8	1.9	1.2	3.6	2.1	5.1	4.3	2.3	3.3
Baja California Sur	-	2.4	-	1.2	1.5	2.1	2.7	0.6	2.2	2.3	3.1	2.2
Campeche	3.1	3.4	3.5	2.1	1.7	1.8	3.0	2.0	3.1	2.1	1.0	1.9
Coahuila	1.7	1.3	1.9	1.5	1.1	0.8	0.9	1.6	2.3	1.8	1.3	2.6
Colima	0.7	4.9	4.0	3.9	3.0	2.5	1.6	2.4	6.2	3.2	2.9	2.4
Chiapas	2.2	5.3	3.3	3.7	4.9	2.2	4.0	4.4	6.0	4.6	3.1	1.1
Chihuahua	2.1	2.7	3.0	2.5	2.9	2.3	4.7	4.5	4.7	2.9	4.1	4.7
Distrito Federal	3.8	2.4	3.1	3.2	3.2	1.5	2.6	2.4	3.2	2.5	2.4	2.2
Durango	2.3	4.5	4.0	2.9	2.6	1.0	0.5	1.8	3.5	2.2	1.4	1.6
Guanajuato	2.1	1.7	1.9	2.1	1.5	0.7	1.6	1.0	1.6	1.6	1.9	1.7
Guerrero	4.6	7.1	10.1	5.8	8.5	3.7	6.4	6.4	8.0	5.9	5.7	4.4
Hidalgo	4.0	2.5	2.5	1.9	2.3	1.2	1.5	2.2	2.2	2.3	1.5	1.8
Jalisco	2.7	3.0	2.7	2.4	2.0	1.1	2.5	1.7	2.1	2.1	1.7	1.4
México	12.1	12.5	11.6	11.4	8.7	4.0	7.4	6.5	5.8	5.2	5.5	5.3
Michoacán	4.2	4.9	5.0	6.3	4.9	2.5	6.1	3.3	3.0	2.2	3.0	3.6
Morelos	5.6	3.9	4.7	6.8	4.2	2.6	4.8	2.4	2.4	5.6	2.8	4.0
Nayarit	5.8	3.5	6.5	3.9	4.3	2.1	2.7	1.8	1.5	1.6	0.7	3.0
Nuevo León	0.5	0.8	1.1	0.9	0.9	0.5	0.8	1.0	0.7	0.5	1.4	0.4
Oaxaca	8.5	6.6	7.7	7.8	5.8	4.0	7.2	6.0	5.9	5.4	5.1	3.4
Puebla	3.3	2.7	3.0	3.8	2.7	1.8	2.7	2.5	3.4	2.5	2.1	2.5
Querétaro	2.9	1.3	1.5	0.8	1.8	0.6	2.5	2.5	0.6	2.2	2.7	2.3
Quintana Roo	1.3	1.4	3.8	1.3	1.4	1.3	3.7	2.4	4.1	3.5	2.9	3.1
San Luis Potosí	1.7	1.8	1.4	2.0	1.3	1.0	2.1	0.8	2.3	3.0	3.4	2.5
Sinaloa	3.7	2.4	3.7	2.5	3.2	1.3	1.6	2.1	2.9	3.4	2.4	2.0
Sonora	2.0	2.3	2.6	1.0	1.9	0.9	2.1	1.9	1.9	2.2	1.6	1.6
Tabasco	1.9	2.4	1.5	1.5	2.7	1.4	2.2	2.3	2.0	2.1	1.3	0.9
Tamaulipas	2.3	2.9	2.5	1.9	3.2	1.1	1.8	1.7	2.4	3.0	3.6	1.8
Tlaxcala	3.3	1.5	2.2	2.2	0.6	1.0	2.6	1.6	2.6	3.0	2.9	2.6
Veracruz	2.3	2.5	2.3	1.9	1.7	1.0	1.5	2.3	1.7	1.6	1.3	1.6
Yucatán	1.8	0.4	1.0	1.0	0.5	0.4	0.5	0.8	1.5	1.6	1.0	0.2
Zacatecas	3.9	1.4	2.5	0.4	1.5	0.8	2.0	1.5	2.1	1.3	0.2	1.1

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2002.

En la década de los 50's por cada 12 homicidios de hombres había 1 de mujeres, a principios del siglo XXI, la relación bajó de siete a una. Dos posibles explicaciones caben al respecto, la importante disminución de las muertes en los hombres y la relativa estabilidad en el número de homicidios en las mujeres. Entre 1985 y 1995 los homicidios en hombres eran de 15 mil al año y a partir del año 2000 descienden prácticamente a la mitad. En cambio, en las mujeres el descenso ha sido de mil 400 a mil 200, menos del 20%. Desafortunadamente, las muertes violentas suceden en gente joven por lo que el impacto en años de vida productiva perdidos o en el número de huérfanos que dejan las mujeres y hombres jóvenes asesinados es importante.

En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es

más alto conforme avanza la edad. En cambio en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme ésta va aumentando.

Si se compara la mortalidad por homicidios en cada una de las entidades federativas se observa que la variación en términos absolutos y relativos va disminuyendo, acercándose la brecha entre las entidades extremas. En los cuadros 1 y 2 se presenta la tasa estandarizada por edad de homicidios en mujeres y hombres, en las primeras el riesgo de morir es mayor en el Estado de México, en cambio en los hombres el mayor riesgo de morir por un homicidio está en Guerrero y en Oaxaca.

Mención especial merece el estado de Chihuahua y en particular el municipio de Ciudad Juárez en el cual se ha presentado el mayor número de homicidios en mujeres entre 1995 y 1996. De hecho según los registros del INEGI de 1993 a 2001 han habido 279 homicidios de mujeres.

1 La Clasificación Internacional de Enfermedades incluye un código para aquellas muertes debidas a una lesión en las que se desconoce si fue accidental o intencional (CIE 10)

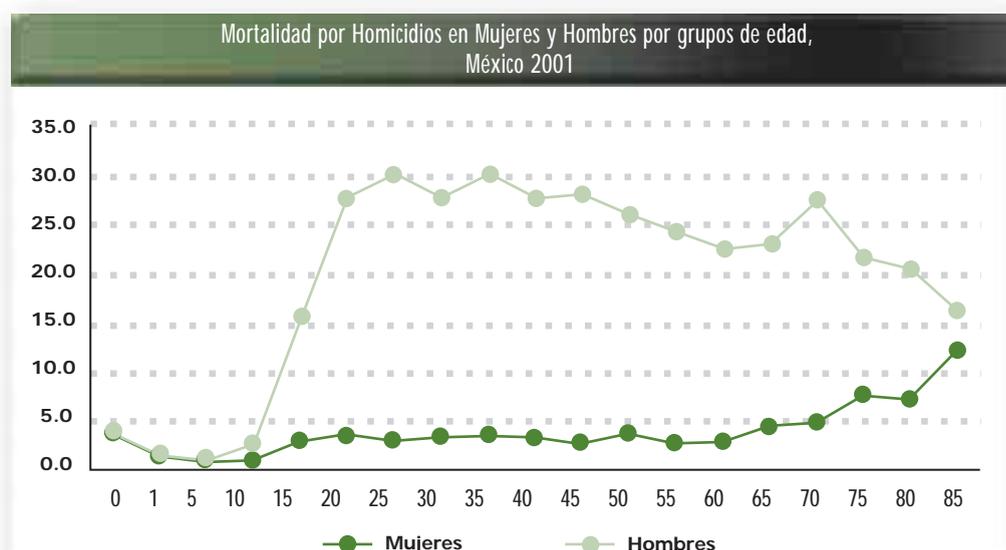
2 Cabe aclarar que la fuente de información no incluye los registros de la policía o las denuncias a la Procuraduría General de la República, solamente se analizan aquellas en las que en el certificado de defunción se especifica que las causas de muerte fueron lesiones a terceros u homicidio (CIE 6 y 7; CIE 8, CIE 9 y CIE 10) y lesiones autoinfligidas o suicidios (CIE 6 y 7; CIE 8, CIE 9 y CIE 10) y que fueron recopiladas por el INEGI.

Cuadro No. 2

Mortalidad en hombres por homicidios según entidad federativa de residencia habitual (Tasa estandarizada por edad x 100,000 hombres)												
Entidad Federativa	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Estados Unidos Mexicanos	38.3	35.8	40.3	38.1	36.6	34.9	31.4	28.7	27.8	24.4	20.9	19.3
Aguascalientes	15.4	9.1	9.2	8.4	7.8	8.6	6.9	5.7	7.9	4.3	4.4	5.0
Baja California	25.6	26.6	28.2	24.5	29.6	31.8	29.3	26.6	41.5	44.9	28.7	27.3
Baja California Sur	9.9	7.4	11.6	13.2	12.0	14.0	9.2	18.9	4.8	12.4	14.0	5.4
Campeche	31.1	22.2	31.8	27.6	24.8	28.5	23.4	23.9	23.6	24.1	19.7	14.1
Coahuila	17.8	20.0	21.6	19.4	19.1	15.1	13.9	12.0	10.1	11.2	9.0	10.3
Colima	46.7	45.2	60.3	32.3	32.2	29.0	20.6	24.8	20.1	17.3	20.5	21.6
Chiapas	21.4	31.3	30.1	33.8	41.5	44.1	37.6	33.7	46.6	31.6	21.8	8.5
Chihuahua	23.8	31.5	34.9	34.4	38.9	47.3	40.8	37.8	36.3	33.8	34.4	35.0
Distrito Federal	27.1	22.4	24.3	24.0	23.0	26.1	23.7	22.0	21.4	18.3	15.4	16.8
Durango	53.6	54.4	99.7	56.9	53.1	48.4	37.0	34.8	35.1	29.9	21.9	21.6
Guanajuato	22.7	23.3	20.3	20.6	16.8	14.5	14.8	14.6	14.6	10.5	10.1	8.9
Guerrero	79.4	87.6	143.1	115.1	101.5	108.8	86.5	86.5	84.0	70.4	58.7	46.3
Hidalgo	24.3	19.0	17.6	16.2	20.5	17.3	14.9	13.3	15.8	11.6	8.7	10.4
Jalisco	34.1	27.9	28.9	30.1	25.8	28.4	26.1	21.1	17.8	17.7	15.1	14.1
México	71.3	62.3	63.7	60.8	57.2	48.0	45.9	41.0	37.0	32.8	30.7	27.9
Michoacán	87.7	76.0	93.2	84.8	81.4	68.5	62.8	48.9	36.1	37.1	32.4	31.8
Morelos	66.5	54.6	56.8	75.7	72.2	49.1	47.3	39.3	40.5	36.9	28.7	24.9
Nayarit	63.0	55.9	57.6	62.7	64.4	43.1	30.0	36.1	29.8	28.0	25.1	22.7
Nuevo León	4.5	5.4	6.8	6.5	7.6	6.0	5.6	5.6	6.0	4.9	4.0	4.1
Oaxaca	95.4	96.6	98.8	101.0	88.0	82.9	77.0	67.0	65.5	50.8	42.8	37.8
Puebla	32.4	23.3	30.8	31.1	27.1	29.4	23.0	24.7	22.2	19.2	17.5	17.5
Querétaro	22.9	15.5	15.7	16.8	18.6	16.8	18.2	14.2	14.2	14.0	14.5	14.1
Quintana Roo	23.0	16.2	14.4	19.8	31.3	19.2	16.6	21.3	17.4	19.8	17.1	21.2
San Luis Potosí	28.5	22.3	29.3	25.2	25.3	20.1	20.9	21.4	28.5	24.2	22.4	19.2
Sinaloa	42.0	46.4	53.2	47.8	51.0	53.4	55.3	49.1	45.5	42.6	36.3	38.8
Sonora	16.4	18.1	23.1	20.9	23.4	28.2	28.1	24.0	23.4	22.2	16.3	19.1
Tabasco	18.9	13.1	20.2	21.3	30.5	28.2	22.1	16.5	15.0	17.4	10.4	11.5
Tamaulipas	21.1	25.7	31.0	29.9	25.3	23.4	19.2	18.7	21.0	16.9	14.9	11.5
Tlaxcala	16.7	13.7	16.6	14.3	14.9	18.1	13.0	16.1	14.2	15.0	8.7	9.3
Veracruz	28.2	28.7	24.7	23.6	22.6	19.9	17.7	19.6	16.2	13.7	12.2	11.2
Yucatán	8.5	8.9	5.6	8.9	6.8	6.8	5.7	5.8	4.9	3.4	3.7	4.4
Zacatecas	25.0	29.1	29.2	27.8	22.9	28.7	20.7	19.5	21.2	14.4	12.7	12.7

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2002.

Gráfica 2



Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2002.

Cuadro No. 3

Mortalidad por homicidios en mujeres según tipo de agresión					
CIE-10	Tipo de agresión	1998 n %	1999 n %	2000 n %	2001 n %
X91	Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocamiento	204 13.3	195 13.8	168 13.1	192 15.0
X93-X95	Disparo de arma de fuego	521 34.0	448 31.8	391 30.5	422 32.9
X99	Con objeto cortante	237 15.5	215 15.2	218 17.0	201 15.7
Y00	Con objeto romo o sin filo	25 1.6	24 1.7	18 1.4	26 2.0
Y03	Colisión de vehículo de motor	32 2.1	43 3.0	49 3.8	35 2.7
Y04-Y05	Con fuerza corporal (sexual y no sexual)	7 0.5	18 1.3	21 1.6	18 1.4
Y06-Y07	Negligencia, abandono y otros síndromes de maltrato	40 2.6	42 3.0	22 1.7	31 2.4
	Las demás agresiones	465 30.4	426 30.2	397 30.9	357 27.8
	Total	1531 100.0	1411 100.0	1284 100.0	1282 100.0

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2002.

Con respecto a las formas y medios de mayor frecuencia para asesinar a las mujeres se establece que éstas no han variado en los últimos años. En el cuadro 3 se observa que a pesar de haber disminuido levemente, el disparo con arma de fuego, sigue siendo la forma más utilizada para este fin, en segundo lugar se encuentra el uso de objetos cortantes y en tercero los estrangulamientos. Otras formas de violencia como son el abandono ya son parte de las principales formas de homicidios en mujeres llegando a contribuir con un número de muertes mayor que las ocasionadas por agresiones con objetos sin filo.

En cuanto a las formas más comunes por las que optan las mujeres de nuestro país para suicidarse, como se aprecia en el cuadro 4,

no existe tanta diversidad. La mayor parte de ellas eligen el ahorcamiento, los envenenamientos o el disparo con arma de fuego. En menor grado optan por arrojar desde lugares elevados, colocarse frente a vehículos en movimiento o utilizar objetos cortantes.

En general la tasa de mortalidad por homicidios ha disminuido en nuestro país en las últimas décadas, no obstante la magnitud con la que este descenso se ha presentado, en hombres y mujeres no ha sido la misma, mostrándose una clara ventaja en las cifras obtenidas para los varones. Los datos sobre las muertes por suicidios en mujeres muestran que es necesaria la búsqueda de acciones que frenen el ascenso observado durante los últimos años.

Cuadro No. 4

Mortalidad por suicidios en mujeres según tipo de lesión					
CIE-10	Tipo de lesión	1998 n %	1999 n %	2000 n %	2001 n %
X60-X69	Envenenamientos	171 33.3	146 28.7	168 31.2	185 27.3
X70	Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	204 39.7	256 50.3	256 47.6	346 51.0
X72-X74	Disparo arma de fuego	103 20.0	71 13.9	80 14.9	98 14.5
	Las demás lesiones autoinfligidas	36 7.0	36 7.1	34 6.3	49 7.2
	Total	514 100.0	509 100.0	538 100.0	678 100.0

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2002.

Referencias Bibliográficas

- OMS (1996).
Asamblea Mundial de la Salud.
Resolución 49.25
- Krug EG, et al. (2002).
Informe Mundial en Violencia y Salud. Ginebra, OMS.
- OMS (2002).
Informe Sobre la Salud en el Mundo, 2002. Reducir riesgos y Promover una vida sana. Ginebra.

Violencia de género en la población atendida por el IMSS

Alma Gloria Nájera Ahumada

INTRODUCCIÓN

En la última década, la violencia doméstica ha salido del dominio privado reconociéndose como un problema de salud pública; dentro de ella se considera la violencia ejercida en contra de los menores, de las personas de la tercera edad, de las personas con alguna discapacidad y de las mujeres.

Esta última denominada también violencia de género, es la que se analiza en el presente trabajo y a su vez se clasifica en diferentes tipos que abarcan la violencia psicológica, la violencia física y la violencia sexual. La intensidad del daño, varía desde un insulto hasta el homicidio (Ferreira,1989; Corsi, 1994).

La caracterización de la violencia que se analiza aquí¹, es resultado de los aprendizajes de ser varones o mujeres, es decir, es parte de la construcción social de género. Por un lado, uno de los rasgos de la masculinidad, es lo que algunos autores han llamado la tríada de la violencia masculina: la que va dirigida a ellos mismos, la dirigida hacia las mujeres y la que se ejerce contra otros hombres (Kaufman,1989) y por el otro, el aprendizaje de ellas de estar al servicio y disposición de los otros, lo que convierte a las mujeres en un “ser para los otros”, olvidándose de ellas mismas y de sus necesidades y derechos (Lagarde, 1990; De Barbieri,1991).

VIOLENCIA DE GÉNERO

Los datos muestran que la proporción de mujeres que declararon haber recibido algún tipo de maltrato por parte de su pareja² es de 36.7%, la que a su vez se clasificó en violencia psicológica y violencia física; la primera registra una proporción muy similar (36.6%), mientras que en la segunda, alrededor de 1 de cada 10 mujeres manifestaron haber sido agredidas físicamente (ver cuadro 1).

Por su parte los varones al declarar la violencia cruzada, en esta misma clasificación arriba acotada para las mujeres, presentan proporciones semejantes; un 34% reconoció la presencia de violencia cruzada con su pareja, similar proporción a la violencia psicológica y 8.9% violencia física. Las tres proporciones son un poco más bajas que las registradas para las mujeres (ver cuadro 2).

Al analizar la violencia física por edades, se registra que entre la generación más joven (12-19 años), la proporción de mujeres que recibieron este tipo de maltrato es tres veces mayor (30.4%) respecto al total de la población femenina (10.3%), y un poco más del doble en la de los varones (20.5% y 8.9%); en el resto de las generaciones las proporciones son parecidas a las de la población total, tanto en los datos de las mujeres como en los de los hombres, aunque es de resaltarse que conforme aumenta la edad, la proporción va disminuyendo (ver gráfica 1).

Esta tendencia, a menor edad mayor violencia, podría tener su explicación, en que en la primera etapa de las uniones conyugales, se presenta un periodo de negociación y ajuste de intereses, expectativas, etc., que no siempre se resuelve sin violencia.

LOS MOTIVOS DE LA VIOLENCIA DECLARADOS POR LA POBLACIÓN ENCUESTADA³

Entre los motivos que declararon las mujeres para que se generen los episodios de violencia contra ellas, sobresale por tener la más alta proporción, “el alcoholismo de él” (24.8%), en este sentido es pertinente mencionar que el consumo del alcohol puede favorecer la emergencia de conductas violentas, pero no las causa. Sin embargo, la población relaciona frecuentemente el alcohol con los episodios de violencia, que

Cuadro No. 1

Proporción de mujeres que declararon violencia por parte de sus parejas durante el año anterior a la entrevista, según tipo de ella.	
Violencia total	36.7%
Violencia Psicológica	36.6%
Violencia física	10.3%
n	3108

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998.
Base: Mujeres entre 12 y 54 años de edad, casadas o unidas o cuya separación había ocurrido a un año o menos de la entrevista.

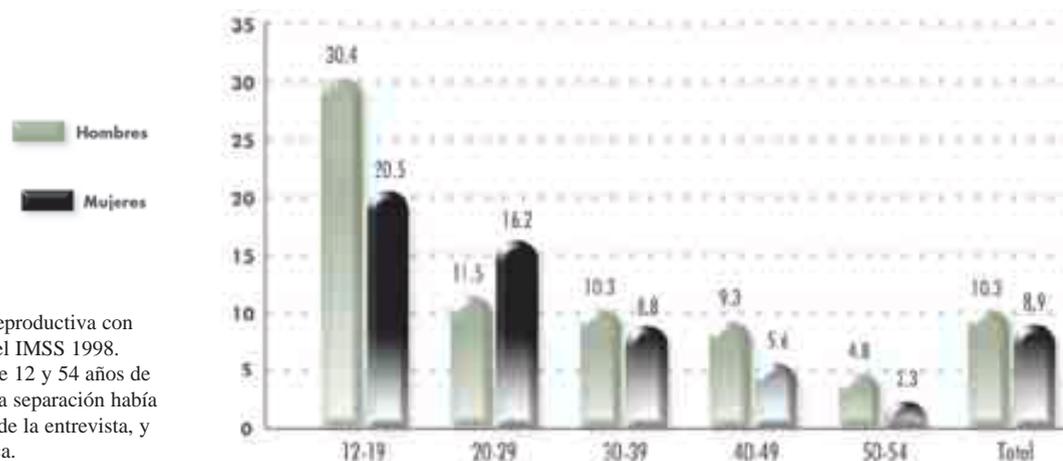
Cuadro No. 2

Proporción de varones que declararon violencia cruzada con su pareja durante el año anterior a la entrevista, según tipo de ella.	
Violencia total	34.0
Violencia Psicológica	34.0
Violencia física	8.9
n	1924

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998.
Base: Varones entre 12 y 54 años de edad, casados o unidos o cuya separación había ocurrido a un año o menos de la entrevista.

Gráfica 1

Proporción de mujeres y varones que declararon violencia conyugal, según edad.



Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998. Base: Mujeres y varones entre 12 y 54 años de edad, casados o unidos o cuya separación había terminado a un año o menos de la entrevista, y que declararon violencia física.

sirven como cortina de humo para ocultar las causas reales (Heise,1994; Corsi,1994).

Dentro del resto de los motivos mencionados, claramente se encuentra un grupo de ellos que está vinculado directamente al aprendizaje de ser mujer o varón y a los papeles que cada sexo desempeña, es decir, tienen que ver con las relaciones entre los géneros, en distintos ámbitos. En relación con la doble moral en torno a la sexualidad, aparecen: “celos de ella” (4.8%), “celos de él” (16.5%), “adulterio de ella” (0.2%), “adulterio de él” (7.5%), y “negarse a tener relaciones sexuales” (2.8%); que sumados, manifiestan que un 32% de las mujeres encuestadas, los padecen. Cabe señalar que los dos primeros “celos de ella” y “celos de él”, son consecuencia de esa permisividad para los hombres, de mantener relaciones extramaritales⁴. Por otra parte, complementando lo anterior, los dos siguientes motivos de este grupo, referido a la moral sexual: “adulterio de ella” y “adulterio de él”, se refieren a esa parte de la sexualidad que permite que los varones mantengan más de una pareja sexual, aún cuando estén unidos, y por la otra, la contrapartida que refiere que a las mujeres no sólo no se les permite, sino que son sancionadas socialmente si no respetan esta norma, pero como resultado tanto de una conducta como de otra, es decir, el adulterio, ya sea de parte de ella o por parte de él, es motivo para que las mujeres sean maltratadas. Por último, en este grupo es importante señalar que la respuesta de “negarse a tener relaciones sexuales”, que hace referencia a la transgresión que las

mujeres realizan al negarse a tener relaciones sexuales dentro del matrimonio, y que se ha documentado ampliamente, habla de la patente desigualdad en el terreno de lo sexual⁵.

De los motivos restantes que manifestaron las mujeres, destaca el que “ellos” o “ellas” desatiendan sus asignaciones genéricas: “reclamo de deberes de ella” (11.9%) y “reclamo de deberes de él” (13.2%), en este sentido, la experiencia de grupos de hombres que reconocen su violencia, ha recopilado testimonios en los que se identifica que si bien es cierto que la violencia se genera aparentemente por cuestiones pequeñas, detrás de eso, existen en los varones violentos dos rasgos centrales: lo que llaman las expectativas de autoridad, es decir, ellos se sienten con superioridad frente a las mujeres y por otro lado, expectativas de servicio, que significa que ellos están esperando una serie de servicios de la mujer constantemente y cuando no se cumplen esas expectativas, entran en lo que ellos llaman “riesgo fatal”, que es una crisis de identidad que los lleva a reflexionar: “si no soy autoridad, no soy hombre y si no soy hombre ¿Quién soy?”.

Por otra parte, y al igual que sucede con un motivo del grupo de la moral sexual, el referido al adulterio de él; en este caso, el reclamo de deberes de él, también es motivo para que a ellas se les maltrate; al parecer a los varones les disgusta que les hagan reclamos por su conducta y podría estar asociado a que ellos representan la autoridad y no se les puede cuestionar (ver cuadro 3).

1 Todos los datos mostrados en el presente trabajo son resultado de la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del IMSS, que tiene representatividad nacional. Se entrevistaron 5 mil 405 mujeres, 2 mil 992 varones y se hicieron 4 mil 569 entrevistas de hogar, para mayores detalles de la encuesta consúltese (IMSS, 2000 a,b,c).

2 Se preguntó sobre violencia a las mujeres y varones que en el momento de la entrevista estaban unidas(os) o casadas(os) y a las(os) que al momento de la entrevista, tenían un año o menos de haber terminado su unión o matrimonio.

3 Tanto a las mujeres como a los varones se les preguntaron directamente los motivos de la violencia previamente declarada, en este documento sólo se presentan los motivos de las mujeres ¿Cuáles son los motivos por los que la han maltratado o golpeado?

4 Se ha documentado que ese rasgo de la construcción de la masculinidad, que hace a los varones ser acosadores sexuales permanentes, permite que piensen que sus parejas también están siendo acosadas, entonces les surge la duda de si sus mujeres sucumbirán frente a los acosos y de ahí surgen los celos (Castro,1995). Por otra parte, Walker (1979) ha puesto de relieve que los hombres que golpean a sus parejas pueden sentir celos de otros hombres, amigas, familiares, hijos, nietos y del trabajo y a medida que aumentan sus celos, aumenta la posesión sobre su mujer, así como la invasión a su mundo.

5 Sobre la obligación marital de tener relaciones sexuales en las mujeres, puede consultarse: Heise (1993), Rodríguez, Amuchasteguí, Rivas y Bronfman (1994), SAS (1998), Nájera, Ortiz y Aparicio (1996), entre otros.

6 En la entrevista se les preguntó a las mujeres directamente ¿Alguna vez lo ha denunciado? y ¿Ha intentado defenderse cuando ha sido maltratada? ¿Ha intentado terminar con ese maltrato? ¿Cómo?

DENUNCIA, DEFENSA E INTENTO DE TERMINAR CON LA VIOLENCIA⁶

Una característica de esta problemática, es que una proporción muy baja (18.3%) de las mujeres denuncia la violencia, en comparación con las que intentan defenderse (87.9%).

Entre las formas más utilizadas de terminar con la violencia, las mujeres declararon: hablar con él (30.4%) e irse de la casa (28.5%), actitudes que no han demostrado ser efectivas para terminar con las agresiones; en cambio, se ha identificado que el buscar ayuda profesional o una intervención especializada externa son los únicos caminos de cortar el ciclo y la escalada de la violencia; por ello el método por el que intentan las mujeres terminar con la violencia, demuestra que no cuentan con los conocimientos necesarios o se encuentran inmovilizadas (ver gráfica 2).

Por otra parte, entre las razones de las mujeres para no denunciar la violencia, en primera instancia encontramos que casi 6 de cada 10 mujeres que han sufrido violencia en el último año, no lo ha denunciado porque “no lo ha considerado necesario” y alrededor del 20% porque “no lo había pensado”, estas declaraciones muestran que las mujeres o consideran la violencia como algo que tienen que vivir y por lo tanto no amerita la denuncia; o la ven como un evento natural (ver gráfica 3).

En la mayoría de los casos, las mujeres que sufren situaciones de violencia no pueden salir de ellas por una serie de razones de índole emocional, social, económica, etc., ellas experimentan sentimientos de culpa y vergüenza por lo que ocurre, y eso les impide muchas veces pedir ayuda, los sentimientos más comunes son el miedo, la impotencia y la debilidad.

Otra explicación a la ausencia de denuncia, está relacionada a una especie de inmovilización que los especialistas han denominado Síndrome de Estocolmo, que se caracteriza por ser una fase parecida a la que experimentan los reos con muchos años de prisión, en la que no encuentran sentido por intentar algo para salir de esa situación (Graham y Rawlings, 1991).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Respecto a los antecedentes familiares, se ha documentado en las investigaciones, que la incidencia y la prevalencia de violencia entre parejas, es más frecuente en aquellas en las que en la infancia, ya sea de parte de uno de los cónyuges o del otro, ha habido presencia de maltrato; la información de la encuesta muestra que la proporción más alta, de los cuatro antecedentes familiares que se investigaron, se presenta entre las mujeres que declararon que su pareja fue maltratada en la infancia (21%) y en segunda instancia, cuando la suegra de ellas fue maltratada por su pareja (16.9%), seguidas por la presencia de violencia en sus propias infancias (15.3%) y por último cuando la madre de ellas fue maltratada por su pareja

(14.2%); finalmente es importante señalar que en los cuatro casos, es una constante que las proporciones de quienes no tuvieron antecedentes familiares de violencia, son más bajas que quienes sí presentan esas vivencias. Esto demuestra que la presencia de antecedentes de violencia intrafamiliar, sí es una variable asociada a la presencia de agresiones físicas y psicológicas entre las parejas.

CONSIDERACIONES FINALES

En el documento se ha visto la magnitud y algunas características de la violencia de género entre las parejas de población derechohabiente del Seguro Social.

Entre los motivos que propician la violencia declarada por la población encuestada, destaca el alcoholismo, relación que debe investigarse a profundidad con la finalidad de aportar elementos para eliminar o contribuir a la erradicación de este fenómeno tan complejo; en este sentido las instancias de salud, así como de la comunidad científica además de los organismos no gubernamentales que atienden esta problemática, tienen una fuerte responsabilidad.

También es claro que existen vacíos de información y es necesario profundizar en algunos aspectos que nos permitan acceder a múltiples interrogantes como pueden ser las diversas formas que asume la violencia psicológica, formas en que las mujeres viven la violencia de género, además de profundizar también en las vivencias de los varones, entre otras cuestiones.

Cuadro No. 3

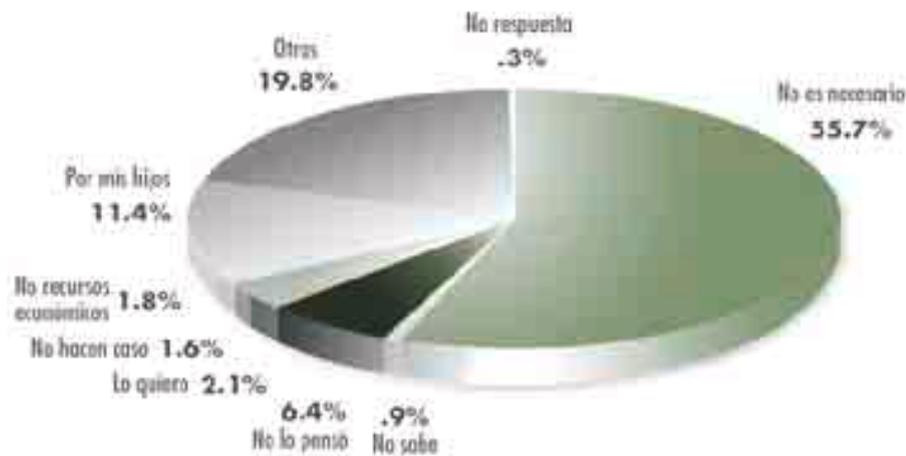
Porcentaje de los motivos de la violencia declarados por las mujeres	
Dinero	2.3
Defender ella a sus hijos	6.5
Defender él a sus hijos	1.6
Celos de ella	4.8
Celos de él	6.5
Embarazo	0.2
Adulterio de ella	0.2
Adulterio de él	7.5
Alcoholismo de él	24.8
Drogradicción de él	0.4
Reclamo de deberes de ella	11.9
Reclamo de deberes de él	13.2
Familiares de ella	1.6
Familiares de él	6.7
Negarse a tener relaciones sexuales	2.8
No se ponen de acuerdo	0.3
Carácter de él	0.1
Cosas sin importancia	0.3
N = 316	

Fuente : Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998.

Base: Mujeres entre 12 y 54 años de edad, casadas o unidas o cuya separación había ocurrido a un año o menos de la entrevista.

Gráfica 2

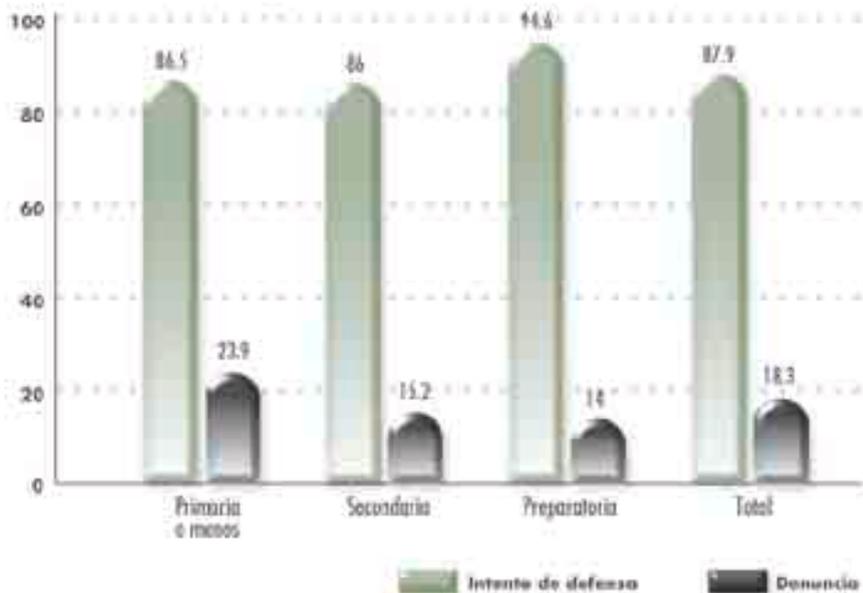
Proporción de mujeres que intentaron defenderse y que denunciaron el maltrato, según su escolaridad.



Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998.
Base: Mujeres entre 12 y 54 años de edad, casadas o unidas o cuya separación había ocurrido a un año o menos de la entrevista.

Gráfica 3

Distribución porcentual de los motivos declarados por las mujeres para no hacer denuncia de la violencia.



Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998.
Base: Mujeres entre 12 y 54 años de edad, casadas o unidas o cuya separación había ocurrido a un año o menos de la entrevista.

Por otra parte, la falta de una cultura de la denuncia en las mujeres que es un elemento clave de la invisibilidad o de la “naturalización” y de la “privacidad” de la violencia en las relaciones de pareja, también merece una llamada de atención a todos los sectores involucrados, entre ellos es de mención especial la esfera de la justicia en la que la sensibilización sobre el problema es fundamental.

Estamos en una época en la que el fenómeno de la violencia familiar se está haciendo visible, desprivatizando y desnaturalizando en el país; seguramente la demanda de atención crecerá junto con estos procesos. Si todos como sociedad no somos capaces de responder a esa demanda de cerca de 4 de cada 10 mujeres, las consecuencias para ellas y para nuestra sociedad en general serán poco alentadoras.

Referencias Bibliográficas

Castro,R.(1995) “La reproducción y la anti-concepción desde el punto de vista de los varones: algunos hallazgos de una investigación en Ocuilco (México)”, Coloquio Latinoamericano sobre varones, sexualidad y reproducción, Zacatecas, México.

Corsi,J. (1994) “Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar” en: J.Corsi, Violencia Familiar, Paidós, Argentina.

De Barbieri,T.(1991) “Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica” Revista Interamericana de Sociología, No. 2, mayo-agosto.

Ferreira,G. (1989) *La mujer maltratada*. Sudamericana, Argentina.

Graham,L.R. y Rawlings,E. (1991) “Bonding with abusive Dating Partners: Dynamics of Stockholm Syndrome”, en: Barrie Levy (ed.) Dating violence. Young women in Danger, Seal Press, Seattle WA. USA.

Heise,L. (1993) “Reproductive Freedom and Violence Against Women: Where are the intersections?”, ponencia presentada en: Conferencia sobre Perspectivas Internacionales en Investigación Sexual; Río de Janeiro, Brasil.

Heise,L. (1994) *Violencia contra la mujer: La carga oculta de salud*, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

IMSS (2000a) *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados*, Serie: Investigación y Evaluación. No.8, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, México.

IMSS (2000b) *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Documento Metodológico*, Serie: Investigación y Evaluación. No.7, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, México.

IMSS (2000c) *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Síntesis Ejecutiva*, Serie: Investigación y Evaluación. No.9, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, México.

Kaufman,M. (1989) “La construcción de la masculinidad y la triada de la violencia masculina”, en: Kaufman,M., Hombres: placer, poder y cambio, Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF), República Dominicana.

Lagarde,M. (1990) “Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas”, UNAM, México.

Nájera,A.G., Ortiz,I., Aparicio,B. (1996) “Análisis del discurso de mujeres y agentes institucionales en torno a la sexualidad en tres áreas rurales. México”, El Colegio de México, (mimeo).

Rodríguez,G., Amuchasteguí,A. y Rivas,M., (1995) “Mitos y dilemas entre los jóvenes en tiempos de SIDA”, en Bronfman y Amuchasteguí, SIDA en México. Migración, Adolescencia y Género, Información Profesional Especializada, México.

Szasz,I. (1998) “Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México”, en: Susana Lerner (editora), Varones, sexualidad y reproducción, p.p. 137-162. El Colegio de México.

Walker,L.(1979) *The Battered Women*, Harper and Row Publishers, USA.

Salud de la mujer y violencia familiar, un acercamiento desde la perspectiva de género, el caso Nuevo León

Jesús Zacarías Villarreal Pérez
Juan Francisco González Guerrero
Marcela Granados Shiroma
Martha Flores Cavazos

¿Constituye una situación de riesgo específico para la salud, más allá del vinculado al proceso reproductivo, el pertenecer a uno u otro género?

Hablar de la salud de la mujer desde una perspectiva de género implica analizar la posición que ocupa o ha ocupado frente al hombre en contextos de salud específicos y en núcleos sociales particulares partiendo de la detección y del examen de aquellas asimetrías entre ambos géneros que en determinados aspectos de la situación y de la provisión de salud, representan desventajas o discriminación en contra de la mujer.

Pretender un acercamiento a la situación de salud de la mujer y la violencia familiar desde una perspectiva de género obliga a identificar y relacionar una serie de factores sociales, culturales, políticos y económicos que explican roles diferentes para mujeres y hombres, en donde a la mujer la han posicionado en una situación de desigualdad e inequidad con gran repercusión negativa para su salud física, mental y social.

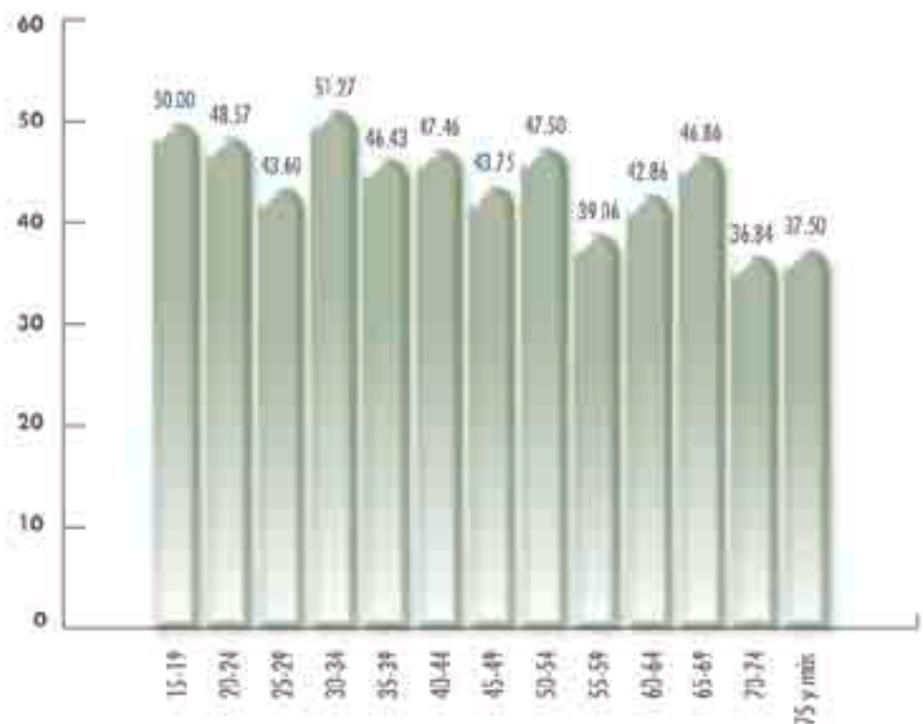
En Nuevo León, al igual que en otras entidades federativas, la violencia familiar y en particular en contra de la mujer, ha dejado de ser un asunto privado y ha pasado a un plano público en donde la sociedad en su conjunto se ve afectada. El estudio institucional de este problema inicia en 1994 con la participación del Consejo Estatal de Población (COESPO) y la Secretaría de Salud; sin embargo, la presencia de la violencia familiar se empezó a detectar en la información obtenida en una investigación realizada en la Secretaría de Salud del estado (SSNL), por la Dra. Marcela Granados Shiroma, titulada “Uso y desuso de los anticonceptivos, el caso del área metropolitana de Monterrey”, 1984. En ésta, se documentan los casos de mujeres que mencionaron la violencia ejercida por su pareja en contra de ellas como causa del abandono de algún método anticonceptivo.

La violencia familiar era un problema no ajeno a algunas instituciones de salud, asistencia y educación; sin embargo, se requería conocer más del mismo. Es por ello que en 1995 un grupo de 8 instituciones convocadas por la SSNL y el COESPO, se reunieron con el propósito de sumar esfuerzos, recursos y capacidades para dar mejores respuestas a los retos que planteaba el combate a la violencia familiar. Surge así el Equipo Interinstitucional Contra la Violencia Familiar, que actualmente agrupa a 38 instituciones. En ese mismo año el COESPO y la SSNL emprendieron una investigación sobre salud reproductiva y violencia contra la mujer.

La investigación estuvo planeada en dos etapas y se realizó de 1995 a 1998. En una primera etapa el abordaje fue cuantitativo, dentro del área metropolitana de Monterrey, que abarcaba al 83.1% de la población total del estado, empleando el marco muestral maestro del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), agrupado en las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB'S) en cada uno de los

Gráfica 1

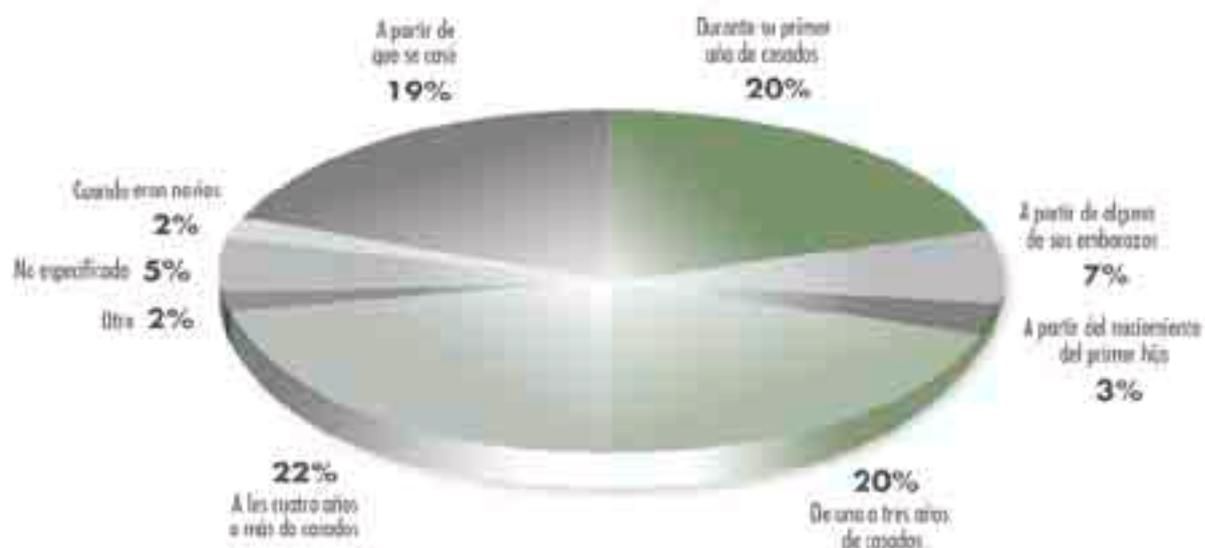
Mujeres con maltrato según grupos quinquenales de edad



FUENTE: COESPO-SSA, Nuevo León. Investigación “Salud Reproductiva y Violencia Contra la Mujer: El Caso de la Zona Metropolitana de Monterrey”, 1995.

Gráfica 2

Mujeres maltratadas físicamente por inicio de maltrato



FUENTE: COESPO-SSA, Nuevo León. Investigación "Salud Reproductiva y Violencia Contra la Mujer: El Caso de la Zona Metropolitana de Monterrey", 1995.

municipios, lo que permitió inferir la magnitud del problema, además de reunir información estadística que facilitó identificar la interrelación de algunos factores que inciden en esta problemática. En la segunda etapa, el abordaje fue cualitativo, teniendo como sujeto de investigación a mujeres que habían sido identificadas con violencia familiar.

De mil 64 mujeres de 15 años de edad o más, que alguna vez vivieron en pareja, el 46.1% refirió haber tenido alguna situación de violencia familiar, ya fuera psicológica, física y/o sexual. De este porcentaje, un 13% no la identificó como tal, considerando "normal" la situación vivida.

El grupo mayormente afectado fue el de 30 a 34 años de edad con 51.2%, seguido por el de 15 a 19 años con 50% (Gráfica 1). En relación al estado civil, se observa que es mayor en aquellas mujeres que vivieron o viven en unión libre.

Si hablamos del inicio de la violencia hacia las mujeres y su relación de pareja, sabemos que en su gran mayoría se inició desde el noviazgo, en donde los celos, las descalificaciones, devaluaciones, insultos y humillaciones formaron parte de la relación. Durante esta etapa, 2% sufrió violencia física y 16% violencia psicológica.

Como se puede observar en las gráficas 2, 3 y 4 para el primer año de casados, más del 50% de las mujeres ya habían sufrido alguna situación de violencia. Llama la atención que el 1% de estas mujeres tuvieron su primera experiencia sexual por violación. Respecto a la edad de la primera relación sexual, el mayor porcentaje se ubica en el grupo de 15 a 19 años de edad (representa el segundo grupo etario con mayor violencia), con 48%. De las mujeres que iniciaron su vida sexual entre los 12 y 14

años, el 66.7% presentan violencia, siendo el 31.4% en alto grado.

Cabe señalar que la mayoría de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 12 y 14 años de edad, refirieron haber sido presionadas o condicionadas por su novio para no terminar su relación o como muestra de amor. La mayoría de estas mujeres comentaron que como su virginidad era lo más valioso que tenían y ya la habían perdido, decidían quedarse con esa pareja pues ya no habría otro hombre que se interesara por ellas. El porcentaje de mujeres que refieren ser víctimas de violencia por su pareja tiende a disminuir conforme la edad de la primera relación sexual aumenta.

La iniciativa femenina para tener relaciones sexuales se presenta como otro factor que incide en la presencia de violencia, ya que en 47.1% de los casos la decisión fue de ambos, en 43.6% la decisión fue por su pareja y sólo en 4.0% fue iniciativa de ella. En este último grupo la violencia se presentó en 58.1% en comparación con 40.9% en donde ambos participan en la decisión.

Con relación al uso de algún método anticonceptivo, 80.3% había usado en alguna ocasión algún método y 62.1% empleaba algún método al momento de la entrevista. Las mujeres que negaron su uso refirieron como causas el desconocimiento, reacciones secundarias, la prohibición por parte de su pareja y miedo a la reacción de su pareja si sabían que ella tomaba o usaba algún método. La mayoría de estas mujeres refirieron el no disfrutar sus relaciones sexuales por miedo o temor a quedar embarazadas.

De las mujeres que refirieron el uso de algún método sin que su pareja supiera de ello, 53.2% fueron violentadas.

Al parecer la participación del hombre en la planificación familiar como sujeto activo, influye en la disminución de la violencia. Cuando se relacionan estos dos factores se observa que la violencia se presentó en 39.3% de las mujeres cuyas parejas eran sujetos activos, en comparación con 49.1% de las mujeres en quienes sus parejas no lo eran.

El número de hijos también presenta relación con la presencia de violencia hacia la mujer, principalmente por su pareja. De las mujeres que dijeron que todos sus embarazos fueron decididos por ambos 44.4% presentaron violencia, en comparación con las que respondieron que sólo ellas habían deseado el embarazo, en quienes la violencia se registró en 75%, siendo en 43.8% en estado grave. El porcentaje más alto de violencia se presentó en aquellas mujeres que respondieron que sus embarazos habían sido decisión solamente de su pareja, en éstas, la violencia se registró en 83.3%, siendo en 50% en condición grave.

La violencia hacia la mujer embarazada representa hoy en día una causa importante en los casos de aborto, óbito o parto prematuro, representando un factor alto de riesgo a ser considerado e investigado cuando estos casos llegan al sector salud, e incluso podríamos agregar sin temor a equivocarnos que la situación de violencia que vive la mujer embarazada influye directamente en las características de bajo peso del producto al nacer.

De las mil 64 mujeres entrevistadas, mil 7 tenían antecedentes de embarazo y 24.6% antecedentes de aborto, de las cuales 51.2% eran o habían sido víctimas de violencia; de éstas últimas en 44.9% fue grave.

Con relación a partos prematuros, de las mil 7 mujeres con antecedentes de embarazo, 9.7% refirieron esta situación, de ellas 47.9% declararon ser víctimas de violencia, de estas últimas en 59.6% fue grave.

De las mil 7 entrevistadas con antecedentes de embarazo, 2.4% refirieron haber tenido hijos(as) nacidos(as) muertos(as);



de ellas 66.7% dijeron haber sido víctimas de violencia durante su embarazo.

La violencia hacia las mujeres afecta también otras áreas de su salud física, mental y emocional con repercusiones importantes en su productividad y/o actividad diaria, así como en la calidad de sus relaciones interpersonales.

En la investigación a la que hemos hecho referencia, se preguntó sobre las consecuencias de la violencia física, encontrando que del 33% de las mujeres que refirieron esta situación, 15.4% habían tenido alguna consecuencia o complicación y 4.9% había requerido hospitalización. Con relación a los gastos familiares que esto implicó, en promedio se habla de mil pesos diarios, por concepto de transporte (taxi o pago a un particular por el traslado al hospital o la clínica), ingresos laborales no registrados, pago de servicios médicos, medicamentos, curaciones, pago a servicios de apoyo en donde incluyen el pago a personal por el cuidado de los(as) hijos(as), aseo de la casa, preparación o compra de alimentos, entre otros.

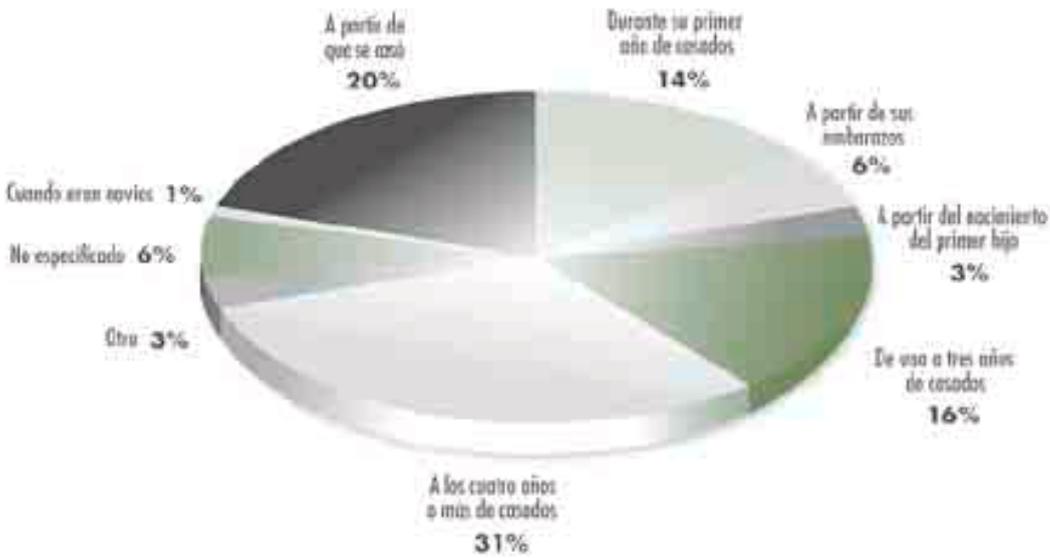
Las repercusiones de la violencia física en la salud mental y emocional de las mujeres se refleja en los malestares, muchos de ellos inespecíficos, que refieren y son motivo de consulta. El cambio en el carácter, el miedo, el temor, la inseguridad, la angustia, alteraciones en el sueño, en el apetito, retraimiento, son algunos de los malestares que manifiestan las mujeres agredidas. También existen sentimientos cuya intensidad y duración afectan la salud de las mujeres, como son: coraje, odio, rencor, venganza, resentimiento, deseos de matar a la pareja.

Por la dificultad que representa para algunas mujeres el separar el débito conyugal, es difícil identificar o reconocer en una primera instancia la violencia sexual.

La investigación permitió conocer que al 16.5% se le ha exigido tener relaciones sexuales estén o no dispuestas, al 14.1% las han forzado a tenerlas, al 6.9% las forzaron a realizar actos que no les agradaban, 3.9% fueron forzadas a realizar sexo oral y 2.9% sexo anal. El 20.2% refirió lesiones posteriores, el 9.1% en vagina o vulva y el 3.0% en el ano. El 1.7% ha presentado alguna infección de transmisión sexual.

Gráfica 3

Mujeres maltratadas sexualmente por inicio de maltrato



FUENTE: COESPO-SSA, Nuevo León. Investigación "Salud Reproductiva y Violencia Contra la Mujer: El Caso de la Zona Metropolitana de Monterrey", 1995.

CONCLUSIONES

El panorama que presenta la investigación sobre la violencia hacia la mujer representa un reto social que obliga a sumar esfuerzos, recursos y capacidades.

La violencia familiar y sexual contra las mujeres es un problema de salud pública que debe ser atendido por la sociedad y las instituciones. De manera creciente, la opinión pública ha informado sobre las circunstancias y las implicaciones que para las mujeres significa el vivir situaciones de violencia. Conocer qué hay atrás del velo, abre la posibilidad de transformación: deben ser las mujeres quienes de manera activa exijan respeto a su integridad física y emocional.

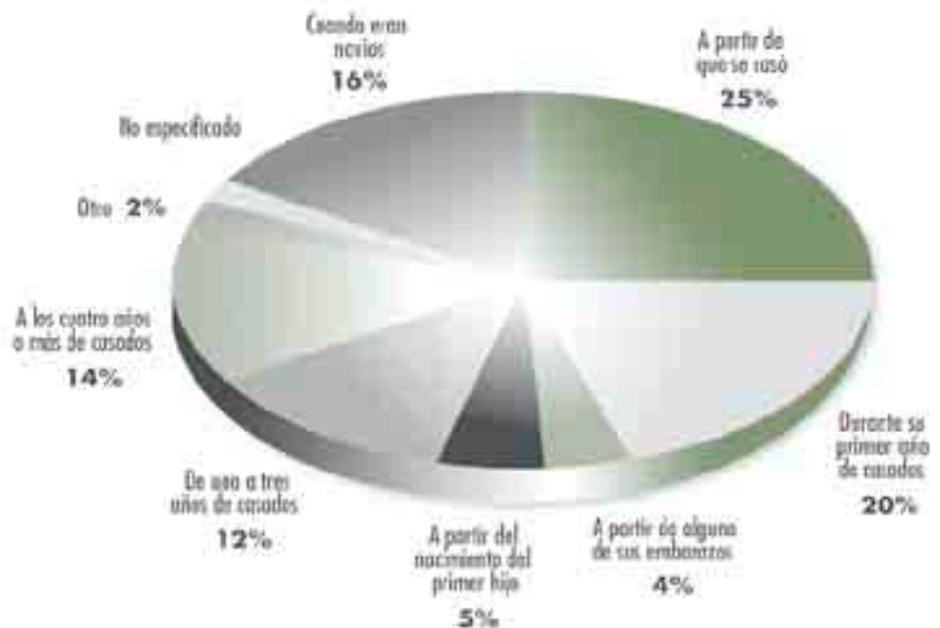
Los resultados de la investigación realizada en la zona metropolitana de Monterrey entre 1995 y 1998 muestran fehacientemente que el combate a la violencia familiar y sexual contra las mujeres se puede dar de manera preventiva y no sólo atenderla después de los eventos que la expresan.

Dicha investigación sugiere la necesidad de definir acciones preventivas. Entre otros factores, la situación de riesgo puede averiguarse en la consulta general por medio de un test estructurado para tal fin. Se observó por ejemplo, que en la etapa de formación de la pareja (noviazgo), se presentan episodios en los cuales el hombre revela su actitud o proclividad a ser violento. Es necesario entonces, combinar la estrategia institu-

cional de identificación de riesgos con la información y educación a la población femenina, para que ésta se alerte de las posibles consecuencias de aceptar relaciones desiguales y con indicios de comportamiento violento.

Gráfica 4

Mujeres maltratadas psicológicamente por inicio de maltrato



FUENTE: COESPO-SSA, Nuevo León. Investigación "Salud Reproductiva y Violencia Contra la Mujer: El Caso de la Zona Metropolitana de Monterrey", 1995.

Violencia contra la mujer, fuentes de información disponibles y sus perspectivas

María Elena Trujillo Andrade

Marisela Vargas Cortés

Pablo Kuri Morales.

Aún cuando la definición de “violencia” es motivo de debate, la visión sociológica que la caracteriza como forma de agresión del individuo o de una comunidad, que no se traduce necesariamente en daño físico¹, es útil para conocer su espectro y en este espacio se hará hincapié en conocer su manifestación más ostensible: las lesiones, que provocaron 5.8 millones de fallecimientos en el mundo en 1998². A pesar de que por su origen, las lesiones se agrupan en no intencionales e intencionales (éstas incluyen las auto infligidas y las agresiones), ambas comúnmente se perpetran en un ambiente de violencia.

La violencia contra la mujer y la violencia familiar se inscriben dentro de las agresiones, sin embargo, son un caso extremo de expresión de la violencia, ya que la gama de posibilidades va del abandono (o privación social) a la lesión, pero incluso puede derivar en la ideación suicida o el suicidio forzoso³. Todas las formas de violencia, en particular la ejercida contra la mujer son deplorables, sin embargo, solamente algunas causas y casos generan demanda de la atención médica; este análisis se enfoca a los tipos de maltrato que demandan la atención médica, así como a las limitaciones de su registro y las perspectivas futuras del mismo.

REGISTRO DE CASOS, METODOLOGÍA, USOS, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

La problemática para la identificación de las enfermedades y los daños a la salud está influenciada por sus características inherentes y por factores externos, como los relacionados con el diagnóstico y el tratamiento⁴. Generalmente la víctima de violencia familiar llega a las instituciones de salud afectada por las lesiones, que por sí mismas representan un desafío diagnóstico⁵ en el que la pediatría ha logrado avances notables, sin embargo, la identificación de otros tipos de maltrato son aún más desafiantes. Un clínico atento es capaz de identificar casos de privación social como variante del maltrato, en tanto que uno brillante logra diferenciar un intento suicida de un caso de *ideación* suicida. Cabe destacar que en este problema *la sospecha* es -según los expertos-, el mejor método para identificar los casos⁶ de violencia familiar.

La violencia familiar desafortunadamente es un fenómeno repetitivo, característica que tiene relación con su letalidad⁷, por ello se requiere conocer tanto la frecuencia de los casos “de primera vez” como los subsecuentes, ya que las intervenciones en materia de prevención tienen que ver con la solución de ambas situaciones. Dos ejemplos de las intervenciones diferenciadas según la presentación de la violencia familiar (de primera vez o repetitiva), son las referentes a la prevención del fenómeno, que en el primer caso irá destinada hacia el agresor para evitar que inflija daño, mientras que en el segundo caso, estará enfocado a que las víctimas se protejan y busquen ayuda.

Para contribuir al conocimiento de la frecuencia de los casos de violencia familiar la Dirección General de Epidemiología optó por incluir el registro de las lesiones dentro del listado de notificación regular de enfermedades transmisibles y no transmisibles, denominado Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)

El SUIVE recaba desde el año 2000 la información correspondiente a los casos nuevos, es decir, la primera lesión que sufre la víctima (o que es capaz de referir o que un clínico atento es capaz de detectar) ocurrida en el contexto de la violencia familiar. Esta información es de carácter sectorial, es decir, incluye información de todas las instituciones, se cubre con



la participación de 17 mil 138 unidades de salud⁸ y permite analizar la distribución y tendencia semanal y mensual de la violencia familiar en los grupos de edad, las entidades federativas, las jurisdicciones sanitarias y hasta las unidades médicas. Con esta información es posible identificar los grupos de edad particularmente vulnerables a la presentación de lesiones en el contexto de la violencia familiar; así como las entidades federativas y los meses con más alto índice de ocurrencia⁹. Cabe reiterar que el SUIVE únicamente incluye los casos nuevos de lesión sea porque el paciente lo dice, porque el médico lo sospecha o una combinación de ambas; hay pacientes que son capaces de expresar el primer episodio de violencia familiar, y otros, particularmente las niñas y las mujeres son capaces de expresar por primera vez que son víctimas de violencia cuando un médico lo sospecha y es asertivo: esto es lo que llamamos caso de primera vez, es de primera vez como lesión o porque son capaces de expresarlo por primera vez y demandan atención, pero hasta el año 2002 no se precisó el género. Pese a esta última limitación, el SUIVE es una herramienta valiosísima porque tiene carácter sectorial, (todas las unidades del Sistema Nacional de Salud del país le reportan información a éste) y refleja la frecuencia de la ocurrencia por primera vez de este fenómeno en la vida de los pacientes (por referencia o por detección). A partir del 2003, el SUIVE proporcionará información por sexo, lo que permitirá precisar la frecuencia con la que se presenta la violencia contra la mujer.

El Sistema de Información sobre Población Abierta (SISPA) que opera en las unidades de atención médica de la Secretaría de Salud, es decir, están excluidas otras instituciones, registra en un formato específico, muy completo, los casos de lesión como expresión de agresión en el contexto de la violencia familiar y puede precisar el sexo de la víctima, lo cual permite identificar la demanda de atención existente para estos casos. Al considerar la relación en el nivel nacional entre los casos nuevos registrados solamente en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y las atenciones brindadas en las unidades de salud de primer nivel de la SSA, utilizando la información procedente tanto del SUIVE como del SISPA, la relación es mayor a uno. Esto significa que el fenómeno es repetitivo entre la población atendida en las unidades de la Secretaría de Salud, o que la identificación de los casos nuevos es deficiente. Para esclarecer y en su caso resolver este problema es necesario capacitar al personal de salud que directamente registra, identifica y atiende los casos; y en forma simultánea, tomar decisiones que permitan a los servicios de salud contribuir a la prevención y control del maltrato físico, que representa un riesgo alto de morir¹⁰ para algunas personas que en principio podrían ser advertidas, atendidas y canalizadas para evitar mayor afectación.

La información del SISPA no sólo permite ver lo repetitivo del fenómeno de la violencia familiar, sino que identifica otros tipos de violencia ejercidos contra la mujer, ubica el parentesco o relación entre la víctima y el agresor; el tipo de lesión y el área corporal dañada; elementos importantísimos tanto para la decisión sobre la terapéutica como para la planificación y organización de la atención. El SISPA incluye en forma complementaria, información sobre la trascendencia de la lesión a través del requerimiento de hospitalización, el traslado de unidad y en su caso, la defunción.

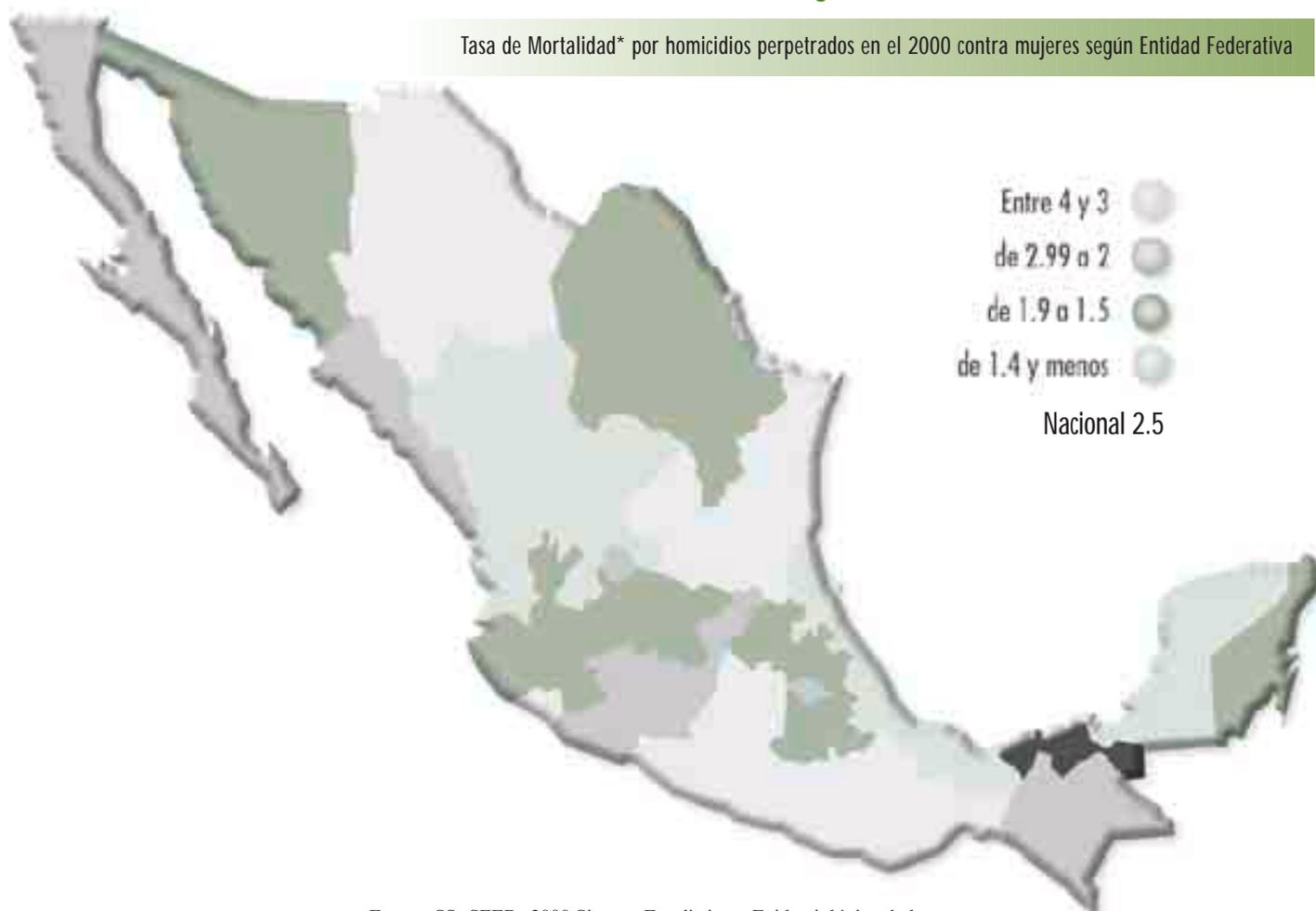
REGISTRO DE DEFUNCIONES. METODOLOGÍA, USOS, PERSPECTIVAS.

En México, el Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) captura sistemáticamente los certificados de defunción expedidos por el médico o por la autoridad competente. Desde 1998, emplea los códigos de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10^a) para el caso de las defunciones por lesión, utilizando específicamente el capítulo 20 “Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad”, que privilegia la causa de la lesión sobre la descripción del traumatismo¹¹.

El análisis de los registros de la mortalidad como fuente de información para medir la magnitud y trascendencia de las lesiones constituye un elemento básico en la toma de decisiones para el establecimiento de prioridades en el ámbito preventivo y de limitación de los

Figura 1

Tasa de Mortalidad* por homicidios perpetrados en el 2000 contra mujeres según Entidad Federativa



Fuente: SS- SEED- 2000 Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones / Dirección General de Epidemiología / SSA.

*Estimadas según la población femenina de las Proyecciones de CONAPO, por 100,000 habitantes.

riesgos¹⁰ aunque se objeta con frecuencia por el subregistro o mal registro de las causas de defunción, la calidad de la certificación, la oportunidad de la información y el tipo de análisis que permite¹²; debe reconocerse el valor que le otorga el que la muerte constituya un hecho único y que es sujeto de documentación legal. Cabe señalar que el proceso ha mejorado de manera paulatina su calidad y confiabilidad y actualmente mantiene una excelente oportunidad. En el mapa (figura 1), se muestran las tasas de defunción de las mujeres en cuyos certificados se asentó una causa relacionada con homicidio.

El análisis de los certificados de defunción, además de que dispone de un apartado específico para identificar si el deceso ocurrió en el contexto de la violencia familiar, permite identificar los casos más obvios de violencia contra la mujer y aporta variables como el estado conyugal, la escolaridad, la ocupación y la condición reproductiva al momento de la defunción.

Con estas fuentes de información es posible comparar las cifras de casos nuevos, atenciones y muertes, así como determinar la letalidad de las lesiones que ocurren en el contexto de la violencia familiar y más adelante, de la violencia contra la mujer. Los expertos coinciden en señalar que el infanticidio es una consecuencia directa de la violencia familiar y partiendo de esta idea cabría esperar que las cifras de casos de defunción por violencia familiar fueran cercanas a las de infanticidio, lo cual no ocurre, ya que las defunciones atribuidas a la violencia familiar registradas constituyen el 1% del total de las agresiones, lo que habla de subregistro explicable por: a) el temor a las implicaciones médico legales que tienen los certificantes y b) los problemas de capacitación. Mejorar la calidad de la información disponible es una tarea que requiere de retroalimentación por los usuarios de la información y de quienes estamos encargados de esta tarea.

La violencia contra la mujer y la violencia familiar son problemas complejos que requieren de un manejo multidisciplinario, por lo que las áreas que demandan abordaje son: 1) El ámbito geográfico de ocurrencia (dónde vive la víctima) 2) La gravedad inicial de la lesión, 3) Los factores de riesgo, 4) Las necesidades de atención, 5) Las características del agresor y 6) La identificación de otros tipos de maltrato. Estas áreas deben ser exploradas con esquemas flexibles y creativos y es deseable que también incluyan la información sobre las fuentes que se producen por otros sectores (ministerios públicos, servicios forenses, etc.).

CONCLUSIONES:

- El estudio sobre la violencia familiar dispone de información referente a su distribución por entidad federativa, grupo de edad, incidencia o prevalencia del evento, unidad de atención, género, información sociodemográfica, áreas corporales afectadas y consecuencias de la lesión.
- La incidencia (casos nuevos) y la prevalencia (atenciones) observadas con la información disponible parecen obedecer a determinantes diversas.
- La posibilidad de establecer la relación entre la atención y el caso nuevo, permite ubicar los riesgos para cada población estudiada.
- El análisis de las defunciones ofrece múltiples posibilidades analíticas, sin embargo, está sub-utilizada a la fecha.
- Es conveniente considerar y relacionar la incidencia (casos nuevos), la estructura poblacional de cada entidad, las atenciones que se brindan a este tipo de lesiones e incluso la mortalidad atribuida a la agresión para definir el escenario de prioridades.



Referencias bibliográficas

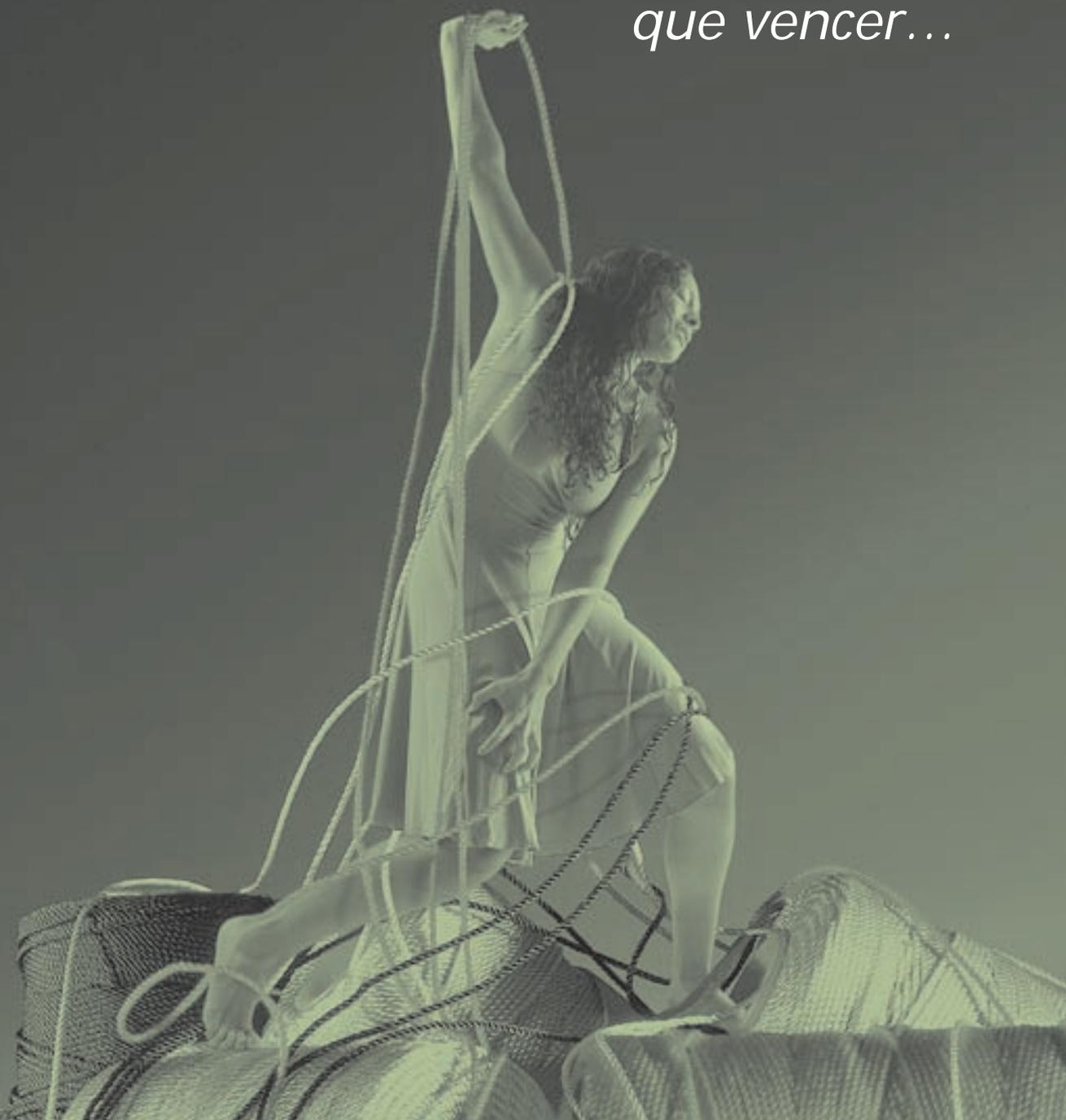
- 1 Hajar-Medina MC, et al. *Violencia y Lesiones*. Salud Mental, 15 (1): 15 - 23 1998
- 2 Mortality Data for 1998 Archivo electrónico, OMS, disponible en su página web
- 3 Violencia contra la mujer; División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza
- 4 Gutiérrez HJ *Índices de morbilidad*. Documento mimeografiado
- 5 Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar el maltrato físico en un niño. Comité de expertos sobre maltrato al menor. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 56 (3) 195-197 1999
- 6 Loredo Abdalá Arturo. *Indicadores de Maltrato Infantil*. Documento mimeografiado, 1999
- 7 Valdéz Rosario y Juárez Clara. *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres*. Salud Mental. 21 (6): 1 - 10 1998
- 8 Epidemiología, *Epidemiología y su Boletín* no. 20, Epidemiología vol.18 sem. 20, México, mayo 2001
- 9 Trujillo-Andrade ME Vargas-Cortés M. *Explotación de las fuentes de información de que disponemos. El caso de la Violencia Familiar*. Epidemiología vol.19 sem. 44, México, noviembre 2002
- 10 Valdéz R Juárez C. *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres*. Salud Mental. 21 (6): 1 - 10 1998
- 11 Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª. revisión*, Washington D. C. OPS, 995-1064. 1995
- 12 Cabazos ON *Años de vida potencialmente perdidos: Análisis de la Mortalidad*. Salud Pública de México, 31(5) 661-624

Salud
Contigo
es posible



*Por lo que hemos conquistado
y los retos que aún tenemos
que vencer...*

Secretaría de Salud



Día Internacional de las Mujeres 8 de marzo de 2003
Marzo, mes de la salud de las mujeres en México
Comprométete con tu salud...

60 años
de servir a México
1943 - 2003

Programa Mujer y Salud
www.mujoyersalud.gob.mx

Poniendo a México al día y a la vanguardia


Salud

PARA DESCIFRAR

Número de muertes en el mundo relacionadas con la violencia interpersonal, autoinfligida y colectiva. ¹	1 millón 500 mil
Porcentaje de mujeres que declararon haber sido atacadas por su pareja en algún momento de su vida (48 encuestas alrededor del mundo). ¹	10 a 69
Porcentaje de mujeres que fueron agredidas por su compañero en el último año en Australia. ¹	3
Porcentaje de mujeres, que fueron agredidas por su compañero en el último año en la Franja de Gaza (territorios ocupados). ¹	57
Porcentaje de asesinatos a mujeres, perpetrados por la pareja en Australia, Canadá, Israel, África del Sur y los Estados Unidos. ¹	40 a 70
Hogares mexicanos en los que se detectó algún tipo de violencia familiar en 1999. ²	1.3 millones
Hogares en los que se registró violencia física. ²	147 mil
Porcentaje de hogares en los que se registró algún tipo de violencia y fue reportada. ²	14.4
Porcentaje de hogares en los que el agresor es el jefe de familia. ²	49.9
Porcentaje de hogares que reportaron algún tipo de violencia, en los que el jefe de familia es hombre. ²	85.3
Porcentaje de entrevistadas que piensan que la violencia familiar es un asunto privado. ²	84.4
Porcentaje de entrevistadas que dicen que la violencia se volverá a repetir. ²	70.0
Número de denuncias de maltrato infantil en 1995. ³	15, 391
Porcentaje de denuncias comprobadas. ³	73.9
Número de denuncias de maltrato infantil en 2000. ³	27, 735
Porcentaje de denuncias comprobadas. ³	61.3

1 OMS (2002)
World Report on violence
and health. Geneva.

2 INEGI (1999) Encuesta sobre
violencia intrafamiliar. México.

3 Registros del Programa de
Prevención al Maltrato Infantil del
Sistema Nacional de Desarrollo
Integral de la Familia
(DIF-PRENAM).

NOTIGÉNERO



CONGRESO MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA FAMILIAR

WCFV

Del 21 al 26 de junio de 2003 Praga, República Checa
BAJO EL AUSPICIO DE LA RED INTERNACIONAL SOBRE LA
VIOLENCIA FAMILIAR Y SU SECRETARIADO: NATIONAL
COUNCIL ON CHILD ABUSE AND FAMILY VIOLENCE, USA

El Segundo Congreso mundial sobre la violencia familiar (WCFV) ofrece un aprendizaje interdisciplinario y multicultural para los profesionales que trabajan en las agencias gubernamentales e intergubernamentales o en las organizaciones no gubernamentales

mentales en los sectores de la salud, la educación, el derecho, la protección de niños y adultos, en los servicios sociales, políticas públicas, en los derechos humanos y la salud pública.

La Violencia familiar – abuso del niño intrafamiliar, abuso del cónyuge de la pareja o de los ancianos – también llamada violencia en el hogar – es un problema de protección social, legal y de salud que ocurre en proporciones epidémicas en muchos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo o en transición.
www.wcfv.org

TALLER DE COMUNICACIÓN

El taller de “Comunicación de los resultados de investigaciones sobre población y salud para la toma de decisiones”, se impartirá del 30 DE JUNIO AL 11 DE JULIO DE 2003, en la Universidad de San José, Costa Rica.

El objetivo final del taller es aumentar el uso de los resultados de la investigación para el mejoramiento de las políticas y de los programas sociales. El taller ha sido diseñado tanto para los investigadores como para los responsables de comunicar datos y resultados

de estudios en población. El taller NO es para comunicadores profesionales (periodistas) o para encargados de la toma de decisiones.

La fecha límite de recepción de solicitudes es el 4 DE ABRIL DE 2003. Ese día a más tardar deben estar todos los documentos en San José, Costa Rica.

Usted encontrará información adicional de esta actividad en: <http://ccp.ucr.ac.cr/tallercom/index.htm>

TALLER DE EVALUACIÓN

El taller sobre “Evaluación del impacto de programas de población, salud y nutrición” se impartirá del 14 DE JULIO AL 1 DE AGOSTO DE 2003, en la Universidad de San José, Costa Rica.

El objetivo del taller es desarrollar en los participantes las destrezas necesarias para llevar a cabo evaluaciones de impacto de programas de población, salud y nutrición, mediante la aplicación de técnicas y herramientas cuantitativas de reciente desarrollo.

El taller está diseñado tanto para evaluadores como para responsables de la ejecución de programas. La fecha límite de recepción de solicitudes es el 11 DE ABRIL DE 2003. Ese día a más tardar deben estar todos los documentos en San José, Costa Rica.

Usted encontrará información adicional de esta actividad en: <http://ccp.ucr.ac.cr/tallereval/index.htm>



CONFERENCIA

“Alcanzando a los hombres para mejorar la salud sexual y reproductiva de todos”.

Tres días de conferencias internacionales para lograr el involucramiento constructivo de los varones en la salud sexual y reproductiva.

Fecha: 15 al 18 de septiembre de 2003

(El cuarto día es opcional para actividades de entrenamiento)

Sede: Virginia, USA (cerca del aeropuerto Washington Dulles)
Los resúmenes deberán ser entregados a más tardar el lunes 10 de marzo de 2003.

El formato para la entrega de resúmenes puede consultarse en la siguiente dirección:

http://www.rho.org/html/menrh_mtg_09_03.htm

SIMPOSIO MUJER Y SALUD

Temas: Violencia Familiar, Sexualidad de las y los Adolescentes, Uso del Condón Femenino, Calidad de la Atención a la Salud con Enfoque de Género, Salud Mental, Adicciones, Masculinidades, VIH-Sida y Mujeres, Mortalidad Materna, Aborto e Investigación en la Salud de la Mujer.

Fecha: 19 y 20 de marzo de 2003, Horario: 9:00 a 14:30 hrs.

Sede: Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales No. 800, Col. Lomas Virreyes, C.P. 06700 México, D.F.

ENTRADA LIBRE



Salud
Contigo
es posible



SECRETARÍA DE
SALUD

PROGRAMA
MUJER Y
SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE
INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN
DEL DESEMPEÑO



Salud

