

Género y Salud en Cifras

Vol. 4, no. 1

Enero - Abril 2006



PRESENTACIÓN

Este número de *Género y Salud en Cifras* contiene trabajos que estimularán la reflexión y la polémica en torno a la aplicación del enfoque de género en el estudio de diversos aspectos de la salud de la población, así como en la cultura organizacional de las instituciones de atención a la salud.

La intención y las herramientas (políticas y programas) para avanzar en la verdadera igualdad de oportunidades en el trabajo preceden al Modelo de Equidad de Género definido con un enfoque de sistemas de gestión y mejora continua, con el fin de disminuir las inequidades entre hombres y mujeres dentro de las organizaciones. Así, Parra y Toledo y colaboradoras presentan la experiencia de la incorporación de la perspectiva de género en el Hospital de la Mujer.

Algunos de los principales aportes de esta experiencia son:

1. La prueba de una metodología del INMUJERES, creada para cualquier tipo de organización, en una institución pública de atención a la salud.
2. La función de promoción, asesoría y enlace de la Secretaría de Salud entre el hospital y el INMUJERES, sin la cual probablemente el proceso no se hubiera dado o su desarrollo hubiera sido más lento o menos completo.

CONTENIDO

Incorporación de la perspectiva de género en el Hospital de la Mujer, Ciudad de México

Carmen Parra y Toledo, María Beatriz Duarte Gómez, Adriana Gómez

3

Violencia doméstica y su impacto en mujeres de la industria maquiladora en Chihuahua

María Dolores Bustillos Domínguez, Luz Helena Sanín Aguirre, Rosario Valdez Santiago, Sioban Harlow

8

La feminización de la vejez. Efectos sobre la mortalidad en México

María de la Cruz Muradás Troitiño, Rafael Lozano Ascencio

16

¿De qué mueren las mujeres y los hombres en México?

Patricia Nilda Soliz, Rafael Lozano Ascencio

21

Mujeres en la ciencia y la tecnología, Hispanoamérica y Europa

Reseña: María Luisa Rodríguez-Sala, Judith Zubieta-García

27

Anorexia y bulimia en ¡hombres!

29



Secretaría de Salud
Boletín Género y Salud
en Cifras

Directorio

Secretario de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Dr. Rafael Lozano Ascencio

Aurora del Río Zolezzi

Comité Editorial

Héctor Ávila Rosas

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Sonia Fernández Cantón

Javier Hidrovo Velandia

Ma. de la Paz López Barajas

Ma. Isabel Monterrubio Gómez

Gustavo Olaiz Fernández

Laura Pedrosa Islas

Blanca Rico Galindo

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Margarita Velázquez Gutiérrez

Editor

Alonso Restrepo

Secretaría técnica

Magda Luz Atrián Salazar

Género y Salud en Cifras es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud.

El tiraje consta de 2 000 ejemplares y fue impreso por Gráfica, Creatividad y Diseño. Plutarco Elías Calles # 1 321-A, Col. Miravalle, Delegación Benito Juárez, 03580 México, DF. Este número se terminó de imprimir en septiembre de 2006.

SEP-INDAUTOR
ISSN 1870 – 51 46
DIRECCIÓN DE RESERVAS DE DERECHOS
Licitud de Título: En trámite, con el folio
04-2006-062612483500-01

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores.

Comentarios y correspondencia
Escribir a: mlatrian@salud.gob.mx
Reforma 450, piso 4, colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc,
06600 México, DF.
Tel: 01(55) 55 14 52 38, 55 14 59 64, 52 03 32 22
extensión 1058.

- Esta experiencia deja el reto a la Secretaría de Salud de promover la aplicación de esta metodología en todas las instituciones del sistema de salud —como un aporte a la equidad de género en el sector—, y de revisar las normas y procedimientos administrativos para identificar aquellas que generen inequidades o que, por omisión, no la promuevan.

En el artículo *Violencia doméstica y su impacto en mujeres de la industria maquiladora en Chihuahua*, las autoras estiman la prevalencia de violencia de pareja, y exploran su impacto en la salud y en el área laboral. Llamamos la atención a la alta prevalencia encontrada, así como al hecho de que predomina la violencia física sobre la emocional, contrario a lo documentado en dos encuestas nacionales especializadas en violencia de pareja. Cabe considerar que la población de este estudio tiene características particulares que pudieran hacerla más susceptible a la violencia física, y que la recolección de los datos se hizo en el lugar de trabajo —donde pudieron hablar libremente de su experiencia de violencia—, mientras que en sus casas la presencia de la pareja (y probable agresor) u otros miembros de la familia posiblemente limitaría la confianza y seguridad para hablar de la violencia que sufren.

En los dos siguientes artículos que ofrece este número se aborda una de las consecuencias del incremento en la esperanza de vida al nacer en México: el aumento absoluto y relativo de la población mayor de 65 años de edad y, como sucede en otros países, la feminización de la vejez; por ello, resulta relevante conocer las características generales de la mortalidad en este grupo de edad, lo que nos conduce a observar de qué mueren las mujeres y los hombres en México. En este trabajo, los autores documentan los principales factores de riesgo que subyacen en el total de las defunciones, así como el porcentaje de las causas de mortalidad más frecuentemente relacionadas, de manera diferenciada, para mujeres y hombres.

La *Reseña de Mujeres en la ciencia y la tecnología*, Hispanoamérica y Europa invita a revisar por qué aún en muy diversos campos de la ciencia y la tecnología persiste de manera significativa la condición de subordinación y secundariedad de las mujeres en todos los ámbitos: ¿ausencia de roles-modelos de liderazgo? ¿Competencia entre el trabajo reproductivo y doméstico *versus* la actividad académica remunerada? ¿Diferencias de género en las valoraciones de la profesión que influyen en el autoconcepto y que acarrearán la invisibilidad de la mujer en el campo científico?

Se ha generado en los últimos años el estereotipo de que los trastornos de la conducta alimentaria —anorexia y bulimia— son exclusivos de las mujeres. Si bien la frecuencia de estos problemas de salud es mucho más alta en mujeres jóvenes, en el recuadro correspondiente se menciona que en grupos que se dedican a actividades específicas, como el deporte o el modelaje, aunque no sólo en ellos, la presión social respecto a la apariencia física de los hombres es cada vez más alta, generando actitudes de culto al cuerpo, con el propósito de aumentar la aceptabilidad en el grupo, esto es especialmente relevante en adolescentes y jóvenes.

Sin duda, nuestros potenciales lectores disfrutarán la lectura de los trabajos publicados en este número.

Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Secretaría de Salud, México

Incorporación de la perspectiva de género en el Hospital de la Mujer, Ciudad de México*

Carmen Parra y Toledo,¹ María Beatriz Duarte Gómez,¹ Adriana Gómez,¹
¹ Dirección General Adjunta de Equidad de Género, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México.

Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PLANADE),¹ en su capítulo de política social, reconoce que en México persisten grandes inequidades de género que se manifiestan en las actuales condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional. Incorpora como uno de sus objetivos rectores el de "...aumentar la equidad y la igualdad de oportunidades, que implica utilizar criterios que reconozcan las diferencias y desigualdades sociales, para diseñar estrategias de política social dirigidas a ampliar y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los hombres y mujeres de la población mexicana."

En su diagnóstico específico, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) reconoce tres retos para elevar los niveles de salud de la población:² la equidad, incluyendo la de género, la calidad y la protección financiera. Para enfrentar dichos retos se plantea una serie de estrategias dentro de las que se encuentra la de "Vincular la salud con el desarrollo social y económico del país" y, como parte de ella, una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género en el sector salud.

Es inicialmente en la Coordinación del Programa Mujer y Salud (PROMSA)³ en donde se desarrolla esta línea de acción, a través de un trabajo transversal que incluye la perspectiva de género en los programas de acción que lleva a cabo la Secretaría de Salud, tanto en la planeación, ejecución y evaluación de proyectos y servicios de salud, como en sus presupuestos y en las áreas de servicios, enseñanza e investigación; también se revisa con esta misma perspectiva el papel de hombres y mujeres en la atención a la salud doméstica y comunitaria, y en las condiciones laborales de las trabajadoras del sector, promoviendo políticas institucionales que favorezcan su desarrollo humano. Uno de los componentes de importancia en el PROMSA es el que atiende a las trabajadoras de la salud, el cual pretende, entre otras cosas, promover la incorporación de medidas tendientes a eliminar la discriminación por género en la contratación y desarrollo laboral del personal de salud. A partir de septiembre de 2003 se crea el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) en donde se continúa trabajando esta línea de acción bajo la coordinación de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género (DGAEG).⁴

Por su parte, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), como instancia rectora de las políticas federales en materia de género, implementó el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación (PROEQUIDAD),⁵ algunos de cuyos objetivos se refieren al fomento de la igualdad de oportunidades económicas entre hombres y mujeres, así como a la eliminación de todas las formas de discriminación por motivos de género en el acceso y continuidad del empleo. Como parte de las estrategias para cumplirlo, desarrolló el Modelo de Equidad de Género MEG:2003, de carácter certificable, para instituciones públicas y privadas en México.⁶

El objetivo de la certificación es apoyar el proceso de incorporación de políticas de equidad de género en empresas privadas, instituciones públicas y organismos de la sociedad civil, dirigidas a promover la igualdad de oportunidades de mujeres y hombres en el acceso al empleo, remuneraciones equitativas, capacitación, desarrollo profesional y participación en la toma de decisiones. Para recibir la certificación los representantes de las instituciones deben, en primer término, tomar un curso/taller de sensibilización en información, y realizar el estudio/diagnóstico para conocer las condiciones de inequidad entre hombres y mujeres que prevalecen en el ámbito laboral.

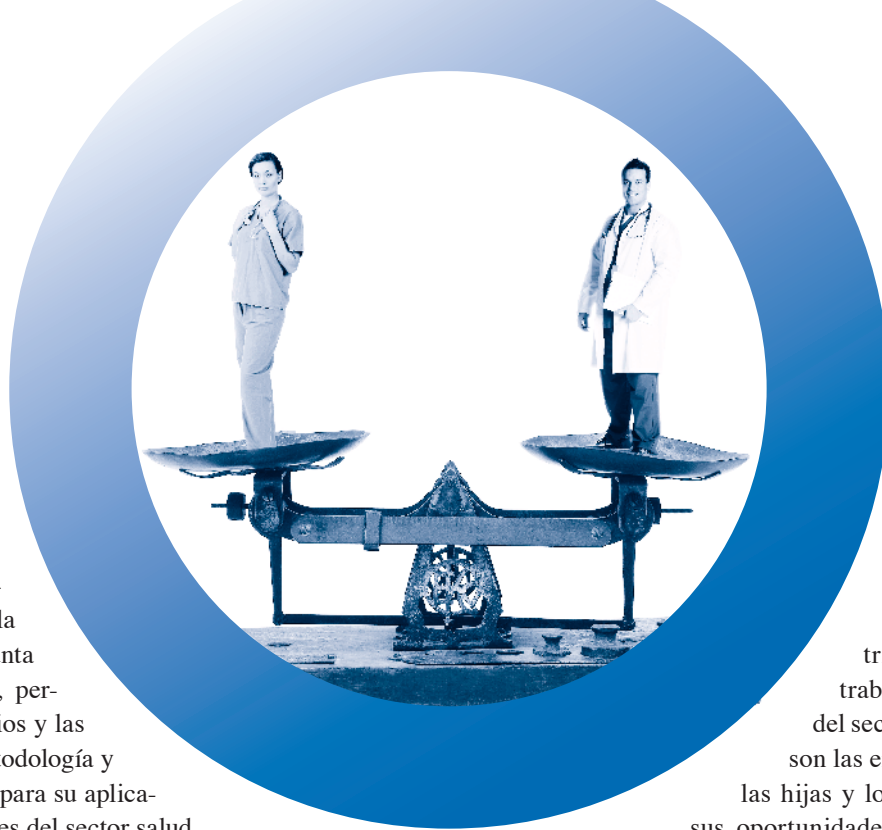
En el año 2003 el INMUJERES invitó a las instituciones públicas y privadas a adoptar este Modelo y fue así como el Programa Mujer y Salud, de la Secretaría de Salud, convocó, difundió e invitó a sus diferentes unidades administrativas a participar; el Hospital de la Mujer fue la única institución del sector que respondió a la convocatoria, inscribiéndose al proceso de certificación.

Es un hospital de referencia para la atención a problemas de salud ginecobstétricos para población no derechohabiente de la seguridad social. En el año 2002, aproximadamente 60% de las usuarias eran residentes del Distrito Federal; 20% del Estado de México y el 20% restante, de otras entidades federativas.[‡]

* Resumen del informe "La Incorporación de la Perspectiva de Género en el Hospital de la Mujer" presentado a la Dirección de Equidad de Género por Adriana Gómez, Carmen Parra y Toledo y María Beatriz Duarte Gómez, de la Dirección de Género y Salud, con la colaboración de Luz María Alvarado Bárcenas, Coordinadora del Comité de Equidad de Género, del Hospital de la Mujer.

‡ Diagnóstico realizado por el Comité de Equidad de Género del Hospital de la Mujer.

El análisis de la experiencia de este hospital en el proceso de diagnóstico, certificación y desarrollo de un programa de trabajo para reducir a su interior las inequidades de género en las relaciones organizacionales, y del respectivo acompañamiento y apoyo de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género, permite valorar los beneficios y las limitaciones de esta metodología y hacer recomendaciones para su aplicación en otras instituciones del sector salud.



de incentivos laborales (ascensos, capacitación, remuneración). Además, el personal manifestó inconformidad por la falta de garantía de acceso a servicios de salud (por ejemplo: prueba de citología exfoliativa cérvico vaginal, mastografía, densitometría ósea), a pesar de ser trabajadoras y trabajadores del sector. Dado que las mujeres son las encargadas del cuidado de las hijas y los hijos, ven disminuidas sus oportunidades para el cuidado de su propia salud y para recibir los incentivos que se otorgan al personal por no faltar, no pedir permisos y no tener retrasos laborales, mientras que el buen desempeño laboral no da incentivos.

Proceso de certificación del Hospital de la Mujer

En el mes de mayo de 2003 el Hospital de la Mujer se inscribe en el proceso. Como primer paso se conformó el Comité de Equidad de Género del Hospital con la participación de diferentes áreas de trabajo, incluyendo representantes de la sección sindical. Para realizar el diagnóstico requerido en el MEG:2003, el Comité fue orientado por una entidad certificadora que contrató el INMUJERES, y además recibió apoyo de un equipo de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género, de la Secretaría de Salud.

Se conformaron cuatro subcomisiones de trabajo: de difusión, de capacitación, de investigación y de seguimiento del MEG:2003.

Diagnóstico de Equidad de Género elaborado en 2003

En el diagnóstico se identificó que, en general, no se aplicaba la perspectiva de género ni en las políticas ni en la aplicación de las normas administrativas, ni tampoco existía una cultura laboral que garantizara la igualdad de oportunidades a hombres y mujeres tanto en la selección del personal como en las condiciones de trabajo, el desarrollo profesional, la capacitación y la participación en los procesos de toma de decisiones.

El personal del Hospital no conocía los derechos humanos, menos aún los acuerdos sobre el ámbito laboral que el gobierno mexicano ha ratificado frente a diversas instancias internacionales.

Partieron de reconocer las diferencias en las condiciones laborales entre hombres y mujeres, e identificaron insatisfacción personal, familiar, profesional, económica y social del personal de ambos sexos. Por ejemplo, había insatisfacción de las mujeres por la doble jornada, la falta de espacios para el cuidado de sus hijos durante el tiempo de su jornada laboral y la ausencia

El análisis de la distribución de la plantilla de personal por sexo mostró que existían 1307 personas, 937 mujeres (72%) y 369 hombres (28%). Se observó que había un mayor número de mujeres en los grupos de afanadoras, camilleras, laboratoristas, personal administrativo, secretarías, auxiliares, trabajadoras sociales, farmacia y enfermería. El puesto más alto de Dirección en el Hospital lo ocupaba un hombre y de las dos Subdirecciones, una la ocupaba un hombre y la otra una mujer. En la rama médica se encontraron más hombres que mujeres (76 y 55, respectivamente).

El Comité de Equidad de Género identificó que tanto las actividades administrativas como la prestación de servicios de salud se desarrollaban sin perspectiva de género, tomando como criterio de evaluación las líneas de acción, las actividades y los indicadores propuestos por el INMUJERES.⁷ (Anexo 1). Con base en esto, programó cursos/talleres de sensibilización sobre género para todo el personal operativo, así como para el cuerpo directivo, a través de los cuales fuera posible corroborar las inequidades en materia de género que se detectaron en el diagnóstico inicial. Este proceso contó con el apoyo del cuerpo directivo del Hospital, indispensable para su ejecución pues implicaba que los asistentes se ausentaran de sus labores durante dos horas para recibir dicha capacitación.

Igualmente importante fue el apoyo de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género para orientar la organización de las ideas que surgieron en el Comité, así como la planeación de las actividades de capacitación e investigación; este apoyo consistió básicamente en:

- Curso de 98 horas sobre perspectiva de género, que incluyó temas como la violencia laboral, la calidad en la atención a las usuarias, y derechos humanos, entre otros.

- Invitación al taller sobre presupuestos sensibles al género que preparó la DGAEG, donde participó la mitad de los integrantes del Comité de Equidad de Género.
- Asistencia a sus reuniones, participación en la elaboración de planes de trabajo, material de difusión e información, apoyo logístico, apoyo con ponentes para conferencias, asesoría para elaboración de encuestas y bases de datos para analizar la información.
- Intermediación entre el Comité y otras redes de organizaciones sociales para que les prestaran apoyo en las actividades de su plan de trabajo, como talleres sobre masculinidad.

En el mes de noviembre de 2003 el INMUJERES evaluó las acciones de trabajo que desarrolló el Comité de Equidad de Género, otorgándole 91.85 puntos sobre 100, calificación que representó la más alta entre las instituciones públicas y privadas que participaron en la Certificación del MEG:2003. La recertificación se produjo en el mes de noviembre de 2004, con una calificación de 97.

Para completar el diagnóstico, en 2005 se realizó una encuesta entre el personal para detectar acoso sexual, con la asesoría técnica de la Dirección de Género y Salud para la construcción de los cuestionarios y de la base de datos. Los resultados y conclusiones aún no se han dado a conocer por parte del Comité.

Plan de acción

Con el fin de atender los resultados del diagnóstico laboral se desarrollaron o propusieron las siguientes “acciones afirmativas”:[#]

Capacitación

En 2004:

- Curso/Taller denominado “Construyendo la equidad de género en los espacios de atención a la salud”, a 32 hombres y mujeres del Hospital, dictado por la Dirección de Equidad de Género.
- Talleres al personal, en temas como perspectiva de género, masculinidad, sexo seguro, erotización y salud sexual y reproductiva.
- Difusión de la Misión del Comité de Equidad de Género al conjunto de las trabajadoras y los trabajadores, así como al

personal en formación (estudiantes de pregrado, postécnico y posgrado) que asiste al Hospital.

En 2005 el Comité de Equidad de Género impartió nueve cursos de sensibilización sobre “Perspectiva de Género”, en los que participó personal de los seis turnos que hay en el nosocomio.

Cambios administrativos

El Comité de Equidad de Género propuso a las y los directivos del Hospital:

- Contratación de más mujeres en el área médica.
- Ingreso de personal masculino de enfermería en áreas específicas como terapia intensiva, quirófano, unidad tocoquirúrgica, neonatología, administración, investigación y docencia.
- Elaboración de una propuesta a la Secretaría de Salud, para revisar y cambiar las normas y políticas institucionales de la administración central que generan inequidades de género.
- Eliminación de las valoraciones subjetivas o informales en los procesos de reclutamiento y selección en todos los niveles. (Anexo 1).
- Incorporación de los directivos de alto nivel al Comité, para analizar conjuntamente los programas de trabajo y las actividades a desarrollar, y pactar acuerdos.

En coordinación con la Dirección General del Hospital se establecieron metas de representación de mujeres y hombres en la planta laboral y se logró la asignación de permisos al personal masculino para actividades tradicionalmente femeninas —como la firma de boletas de los hijos e hijas en edad escolar, y llevarlos a la escuela y recogerlos a la salida de ésta— con la finalidad de fomentar y promover la convivencia familiar y la equidad en las responsabilidades domésticas.

Salud de las trabajadoras y los trabajadores

Se hizo promoción de la salud sexual y reproductiva del personal femenino durante el mes de noviembre de cada año, lo cual incluyó campañas de información sobre el tema y las pruebas para la detección de cánceres cérvico uterino y mamario mediante citología

[#] Se denomina como acción afirmativa a toda acción temporal que tenga como objetivo corregir las diferencias en materia de oportunidades, contratación y ocupación, entre hombres y mujeres.

exfoliativa cérvico vaginal, examen clínico de mamas, mastografía y la ultrasonografía pélvica, actividades que quedaron institucionalizadas para ser llevadas a cabo en el mes de noviembre de cada año, con recursos del Hospital.

A través de conferencias al personal masculino, en su horario de trabajo, se hizo promoción de la salud sexual y reproductiva: prevención, detección y tratamiento de cáncer de próstata, anticoncepción, disfunción eréctil, infecciones de transmisión sexual, eyaculación precoz y otros padecimientos que repercuten en la salud reproductiva.

Conclusiones

- La certificación propuesta por el INMUJERES es un instrumento útil para introducir y formalizar el enfoque de género en las instituciones. Sin embargo, el Instituto brinda la herramienta y la capacitación inicial, pero no acompaña el proceso, el cual tiene sus especificidades según el área. Por eso, el apoyo de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género de la Secretaría de Salud, fue importante para orientar la elaboración de las propuestas de acciones afirmativas, cuidando de no sustituir las acciones del Comité ni crear dependencia de éste hacia la Secretaría.
- Un paso fundamental para hacer cumplir el objetivo de transversalizar el enfoque de género en la vida de las instituciones es desarrollar la sensibilidad y decisión política de los directivos.
- Se requiere de una recertificación periódica, con la colaboración de las Secretarías e instituciones respectivas, para motivar el mantenimiento de los logros y el alcance de otros nuevos.
- El Programa de Certificación que lleva a cabo el INMUJERES, y la sensibilización sobre género que lleva implícito, ha generado algunos cambios en la vida personal y laboral de las trabajadoras y los trabajadores del Hospital, en especial de aquellas personas directamente vinculadas con el Comité de Equidad de Género.
- El impacto de la sensibilización y la capacitación para la equidad en la organización y la estructura de las instituciones está limitado por las normas administrativas federales y por las del sistema de salud, situación que debe ser abordada por la Secretaría de la Función Pública,

la Secretaría de Hacienda, el INMUJERES y la Secretaría de Salud, con base en los diagnósticos propuestos en la metodología MEG:2003:

Mientras la estructura no se modifique no será suficiente el que las y los trabajadores hagan propuestas de equidad de género toda vez que se quedan como simples recomendaciones, por la normatividad existente. Con las funciones y puestos, sucede exactamente lo mismo, sólo que agravado, ya que la Dirección General de Personal no sabe cómo aplicar el enfoque de género. (Enfermera).

- Con la aplicación de la perspectiva de género en el Hospital de la Mujer se ha mostrado que a pesar de las limitaciones administrativas es posible aplicar acciones compensatorias que van conformando la cultura institucional de género. Queda el reto para los directivos de procurar que estos logros se reflejen en la prestación de los servicios de salud, en particular el trato a las usuarias y sus familiares, con servicios de buena calidad, sin discriminación y con enfoque de derechos humanos y de equidad de género. De lo contrario, el proceso quedará trunco y no cumplirá todos sus objetivos.
- El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva cuenta ahora con suficientes elementos para enfrentar el reto de llevar a cabo las actividades propuestas por el INMUJERES para institucionalizar la perspectiva de género a nivel central, y difundir y promover la metodología tanto en los estados como en las instituciones asistenciales del nivel federal, ajustando las acciones y los indicadores a las características del sector salud, asumiendo que se seguirá contando, como hasta ahora, con el apoyo del Secretario de Salud.

Por último, vale la pena recordar que ...“con el establecimiento de este programa se favorecerá la innovación de formas de convivencia y trabajo armónico, justo y equitativo entre mujeres y hombres; pero sobre todo significa un paso fundamental hacia la inclusión regular de la dimensión de género en toda norma, práctica y acción del gobierno federal, en el entendido de que para transformar a la sociedad y su cultura debemos primero cambiar a la Administración Pública y a cada persona que labora en ella, al servicio de la ciudadanía.”⁷

Referencias

¹ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Disponible en: [http://pnd.presidencia.gob.mx/](http://pnd.presidencia.gob.mx/http://pnd.presidencia.gob.mx/). [2006 abril 20].

² Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Disponible en: http://evaluacion.salud.gob.mx/informe_labores/2004/presentacion.pdf. [2006 abril 20].

³ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMSA). Plan Nacional de Salud 2001-2006. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/ESTRATEGIA_1/mujer_y_salud.pdf. [2006 abril 20].

⁴ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMSA). Disponible en: <http://www.mujerysalud.gob.mx/contenido/cnegr.html>. [2006 junio 26].

⁵ Instituto Nacional de las Mujeres. Programa PROEQUIDAD. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/principalesp/proequidad.htm>. [2006 junio 26].

⁶ Instituto Nacional de las Mujeres. Modelo de Equidad de Género MEG:2003. México, D.F.: INMUJERES; diciembre 2003. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/principalesp/meg.htm>. [2006 junio 26].

⁷ Instituto Nacional de las Mujeres. Programa de Institucionalización de la perspectiva de género en la Administración Pública Federal. México, D.F.: INMUJERES; mayo 2005.

Testimonios de cambios en el personal de salud del Hospital de la Mujer a partir del proceso de certificación

Ha sido de mucha utilidad, empezando por mi persona, ya que ahora puedo explicarme con certeza el porqué de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres; esto me ha permitido distribuir el trabajo doméstico por igual en mi casa con mi esposo y mis dos hijos varones. (Médica).

...las compañeras se acercan a nosotros para solicitar información y algunas veces apoyo moral porque se han dado cuenta de que no están solas y hemos iniciado una red de comunicación. (Coordinadora).

En el personal que ha tomado los talleres de sensibilización sobre el enfoque de género se ha registrado un cambio importante de mejora en las relaciones entre el personal femenino y masculino. (Coordinadora).

Es importante destacar las ganancias que no se pueden cuantificar, pero que tienen un contenido de cambio. Es el caso de los trabajadores hombres que hacen esfuerzos por modificar su rol de género, pues ahora participan con sus hijas e hijos en las tareas escolares. (Coordinadora).

Se ha creado la magia de valorarnos a nosotras mismas, es como el haber abierto nuestra intimidad y darnos cuenta. Ha aumentado nuestra seguridad y confianza en nosotras mismas como profesionistas, como mamás, como compañeras de trabajo y como parejas; nos enorgullecemos de estar siendo ejemplo con nuestras hijas e hijos en

sus escuelas cuando tocan el tema de género y derechos humanos. (Enfermera).

Uno de nuestros compañeros opina que el empoderamiento de las mujeres le ha servido para encontrar respuestas al por qué las mujeres y los hombres actuamos de diferente manera y darse cuenta de los errores que se han cometido y trabajar su vida familiar, laboral y de pareja con este nuevo concepto. Ha descubierto la importancia de llegar a acuerdos con las mujeres, y como pareja, que ambos son responsables del cuidado de la casa y del bienestar de la familia. (Trabajadora social).

Hemos percibido que podemos aplicar la perspectiva de género desde diferentes planos; un ejemplo es con las pasantes de enfermería que al llegar al Hospital se les da un curso propedéutico en el que se incluye el enfoque de género; luego ellas mismas participan con lecturas comentadas sobre el género con el personal de base de enfermería en los diferentes servicios. Cada vez logramos integrar con mayor cotidianidad el lenguaje de género, tanto en el discurso coloquial como en los documentos oficiales. (Médica).

...descubrimos todo un mundo de conocimiento que ignorábamos y que tiene relación no solamente con el mundo laboral, sino que trasciende a lo personal y familiar. (Enfermero).

ANEXO 1

Líneas de acción y actividades propuestas por el INMUJERES para incluir la perspectiva de género en las instituciones⁷

Líneas de acción	Resumen de actividades
Selección de personal	Analizar normas jurídicas y prácticas institucionales usadas para la selección y reclutamiento de personal para identificar y eliminar valoraciones subjetivas. Desarrollar procedimientos (manuales) para reclutamiento y selección que defina conocimientos, aptitudes y habilidades necesarias para el cargo y garantizar que en las solicitudes sólo se incluyan preguntas sobre estos temas. Instrumentar auditorías para el cumplimiento de los procedimientos en relación con el enfoque de género.
Cargos y estructura	Identificar en la plantilla de personal baja o nula participación de algún sexo en algunos cargos. Establecer guías de actuación en selección, desarrollo personal y recorte de personal para equilibrar participación de hombres y mujeres y metas para revertir las tendencias.
Funciones por puesto	Implantar instrumentos para evaluar desempeño en función de metas y objetivos de la entidad. Garantizar que la asignación de funciones responda a conocimientos y habilidades y no a roles de género. Generar condiciones que permitan igualdad de oportunidades para el desarrollo laboral y profesional.
Salarios	Diseñar un sistema de evaluación de plazas, funciones y salarios. Garantizar que a funciones y responsabilidades iguales haya igual remuneración para hombres y mujeres y las normas para que esto se pueda cumplir. Garantizar transparencia en sistemas de salarios, prestaciones e incentivos. Evaluar los salarios de los puestos ocupados mayoritariamente por hombres o mujeres.
Tiempo y jornada laboral	Determinar canales para que el personal exprese sus necesidades particulares en relación con el tiempo y las actividades que realiza en el trabajo y fuera de él. Formalizar acuerdos de horarios flexibles. Establecer políticas de permisos, equitativos para hombres y mujeres. Asegurar que mujeres y hombres que hayan solicitado permiso de maternidad o paternidad no sean despedidos injustificadamente.
Ascensos	Analizar políticas y normas de ascensos para identificar y reducir valoraciones subjetivas. Identificar y eliminar prejuicios de quienes supervisan y valoran el trabajo de hombres y mujeres. Verificar que las evaluaciones sean hechas por equipos capacitados en perspectiva de género y conformados equitativamente por hombres y mujeres.
Oportunidades de capacitación	Elaborar herramientas para detectar necesidades de capacitación. Revisar que la capacitación (horario, lugar, frecuencia, duración) no interfiera con las responsabilidades familiares de hombres y mujeres, para garantizar su participación. Seguimiento y evaluación del programa de capacitación, con enfoque de género.
Cuidado de hijas e hijos	Establecer política de flexibilidad de permisos, vacaciones, turnos o compactación de horarios para que hombres y mujeres, por paternidad o maternidad, nacimientos, adopciones, asuntos escolares, enfermedad y demás asuntos relacionados con el cuidado de los hijos y las hijas puedan participar por igual. Definir "disponibilidad" para establecer límites de horarios, lugar y funciones y pueda ser entendida y aplicada en cualquier puesto.
Hostigamiento sexual	Definir programa de sensibilización contra acoso sexual que incluya masculinidad y derechos humanos. Establecer procesos de atención y seguimiento de situaciones de hostigamiento que incluya tiempos de respuesta a quejas o denuncias. Difundir procedimientos de denuncia y sus sanciones al hostigamiento.

Violencia doméstica y su impacto en mujeres de la industria maquiladora en Chihuahua

María Dolores Bustillos Domínguez,^{1,2} Luz Helena Sanín Aguirre,^{2,3} Rosario Valdez Santiago,⁴ Sioban Harlow.⁵

¹ Colegio de Bachilleres. Chihuahua, Chihuahua, México.

² Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua, México.

³ Departamento de Ciencias de la Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Toronto, Canadá.

⁴ Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

⁵ Universidad de Michigan, School of Public Health Sciences. Michigan, Estados Unidos de América.

Resumen

Objetivo. Determinar la prevalencia de violencia doméstica en trabajadoras de la industria maquiladora, establecer sus principales predictores y su asociación con la salud y el trabajo. **Materiales y métodos.** Entrevista a 342 mujeres de diferentes empresas maquiladoras de Chihuahua, Chihuahua, México, seleccionadas mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado por turno. Se clasificó la violencia según tipo y frecuencia, se estableció la prevalencia por tipos y mediante regresión logística se establecieron sus predictores. También se analizó la relación de violencia con los efectos en la salud y el trabajo. **Resultados.** El 74% de las mujeres tuvo menos de 36 años de edad, con media de 29.7 años, y 10%, acceso a la enseñanza media superior. La mayoría pertenece a familias nucleares y 70% tenía compañero estable. La prevalencia de violencia general fue de 72.6%, mientras que la de violencia severa, de 54.4%. En cuanto a tipos de violencia se identificaron: la física general, 64.7%; la física severa, 46.2%; la psicológica general, 62%; la psicológica severa, 44.2%; la sexual general, 34.3%, y la sexual severa, 26.1%. Las variables asociadas con incremento en la severidad de violencia fueron: mayor edad, turno vespertino y condición marital. Las mujeres expuestas a violencia general tienen seis veces más riesgo de tener problemas de salud mental, y tres veces más riesgo de tener problemas en el trabajo. **Conclusiones.** Los hallazgos del estudio llaman la atención, sobre todo por las diferencias significativas con otros estudios similares realizados en el país. Las particularidades de este grupo de mujeres probablemente las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia de su pareja.

El término violencia doméstica, definido como un patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja (novio, esposo o concubino), caracterizado por una serie de conductas coercitivas hacia la mujer, que pueden incluir el abuso físico, emocional y sexual,¹ es una de las facetas del problema más amplio que es la violencia de género o contra la mujer.² Ésta se manifiesta no sólo con golpes, sino en formas más

Parte de este trabajo fue posible gracias al financiamiento del Programa de Formación de Investigadores en Salud Reproductiva —PROFISAR— (beca # D43-TWO1276), del Fogarty International Center y del Natural Institute of Child Health and Human Development, de los Estados Unidos de América.

sutiles, pero tan devastadoras como las lesiones físicas. Ambas expresiones de la violencia tienen consecuencias, tanto inmediatas como acumulativas, en la salud física, mental y reproductiva, y pueden causar la muerte de la mujer.³

En México, este problema se empezó a visualizar a través de las diferentes estrategias desarrolladas por el movimiento feminista desde los años setenta y, con mayor impulso, en los noventa, del siglo XX.⁴ Es a partir de esta década cuando se llevan a cabo las primeras investigaciones sobre el tema. Desde entonces, en México se han realizado algunos estudios que determinan la prevalencia de la violencia doméstica en diferentes poblaciones, la cual fluctúa entre 30 y 60%.^{5,6}



En fechas recientes se realizaron dos encuestas nacionales para conocer la prevalencia y características de la violencia de pareja. La primera se realizó entre usuarias del sector salud e identificó una prevalencia de violencia de pareja actual de 21.5%.⁷ La segunda se realizó a escala poblacional e identificó una prevalencia de 42%.⁸ La importancia de ambas encuestas es que proporcionaron por primera vez datos nacionales, además de proveer de información valiosa de zonas del país en donde nunca se habían realizado estudios previos.

Tal es el caso de la zona norte del país donde sólo se contaba con un par de estudios. Uno, realizado en la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, y otro en la ciudad de Durango. En el primer caso, 46% de las mujeres reportó sufrir algún tipo de violencia, la prevalencia fue mayor en las de menor edad y en las de bajo nivel socioeconómico.⁹ En la ciudad de Durango se encontró una prevalencia de 42% de violencia sexual, 40% de violencia física y 39% de violencia emocional.¹⁰

Un dato importante de señalar es que tanto en los estudios realizados antes de las encuestas nacionales como en las mismas, se observan variaciones significativas en las prevalencias reportadas; esto depende de la población estudiada, del tipo de definición de violencia utilizada en el estudio y del instrumento utilizado para su medición.

Durante los últimos años la estructura y composición de los mercados de trabajo en México ha experimentado rápidas transformaciones. Entre las principales causas están la globalización económica y la desregulación del aparato productivo nacional. Estas condiciones han provocado un crecimiento acelerado de la participación femenina en la vida económica del país.¹¹ En México, 25% de la fuerza laboral está compuesta por mujeres, quienes se han empleado sobre todo en el sector de servicios y, más recientemente, en la industria maquiladora de exportación (IME). En algunas ciudades fronterizas las mujeres constituyen cerca de la mitad de toda la fuerza productiva. Varios estudios recientes¹¹ han demostrado que, a diferencia del empleo masculino, la participación femenina ha aumentado durante la recesión de la última década al constituirse en una estrategia familiar básica para poder sobrevivir.

El auge de la industria maquiladora, especialmente de los estados fronterizos, ha generado un cambio en la dinámica social y en el papel tradicional de la mujer, lo cual no sólo implica migración, desarraigo y readaptación —situaciones que aumentan la situación de vulnerabilidad social del género femenino—, sino que también está el agravante de que estas mujeres se encuentran en plena edad productiva y reproductiva, por lo cual la frecuencia de fenómenos como éste —la violencia— alcanzan gran impacto en el ámbito social y en la salud materno-infantil.

En algunas zonas de gran auge maquilador (como Ciudad Juárez, Chihuahua) se ha visto un incremento de la violencia sexual y física contra las mujeres. En los últimos años cientos de mujeres jóvenes, humildes, trabajadoras, muchas de ellas migrantes,

han sido asesinadas en Ciudad Juárez, y estos crímenes permanecen en la impunidad.¹²

Son varios los estudios que relacionan consistentemente la violencia del entorno con la violencia intrafamiliar y, dentro de ésta, la doméstica; sin embargo, es necesario conocer la magnitud real del problema y sus predictores, los cuales representarán la base para intervenir en el mismo.

El hecho de que cada vez más mujeres trabajen fuera del hogar ha llegado a ser un factor central de conflictos familiares en sus vidas, lo cual ha sido sugerido por un estudio previo realizado en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco.⁶

Con base en lo anterior, este estudio se propuso como objetivo determinar la prevalencia de la experiencia de la violencia doméstica en mujeres trabajadoras de la industria maquiladora de la ciudad de Chihuahua, y explorar su impacto en la salud y en el área laboral.

Material y métodos

Con un diseño de estudio transversal se entrevistaron 342 mujeres operadoras o supervisoras de diferentes empresas maquiladoras afiliadas a la Asociación de Maquiladoras y Exportadoras, A.C. (AMEAC), en Chihuahua, Chihuahua, México, seleccionadas mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado por turno, durante 2000 y 2001. Los criterios de inclusión fueron: que las mujeres trabajaran en la industria maquiladora, tuvieran más de 15 años de edad y aceptaran participar en la investigación, mediante consentimiento informado.

Se tomó como variable dependiente la violencia doméstica ejercida por el compañero en cualquiera de sus expresiones, clasificada como general y severa, según la frecuencia, y operacionalizada a través de una batería de 46 preguntas —validadas previamente—.¹³ Dichas preguntas presentan cuatro respuestas correspondientes a nunca, una vez, algunas veces y muchas veces. Se consideró Violencia general si contestaba a cada pregunta “una vez” y severa al hacerlo con algunas veces y muchas veces. Como variables independientes se consideraron: edad, escolaridad, estado civil, parentesco con el jefe del hogar, número de integrantes de la familia, número de personas que aportaban para el gasto, tener pareja en el momento de la encuesta, y turno laboral. Para coleccionar la información sociodemográfica y laboral de los integrantes de la familia de las mujeres encuestadas se utilizó un instrumento previamente validado.¹⁴

En otro nivel de análisis se tomó la violencia doméstica como variable independiente para valorar los efectos sobre la salud mental y el desempeño en el trabajo. La salud mental se evaluó con una batería de nueve preguntas validadas,¹⁵ y se clasificó como general y severa con los criterios utilizados para la exposición a violencia doméstica; el desempeño en el trabajo se midió con una serie de preguntas simples y dirigidas, para medir la percepción que ellas mismas tenían al respecto.

El instrumento incluyó una batería de preguntas sobre salud mental relacionada con violencia, para determinar el estado emocional de la población de estudio, con la finalidad de comparar los resultados obtenidos en investigaciones en las que se ha demostrado que las mujeres maltratadas tienen peores condiciones de salud emocional que aquellas que no son agredidas. Dicho instrumento se sometió a una prueba piloto y a una de reproducibilidad, efectuando los ajustes necesarios antes de aplicarlo en el estudio.

La información se registró, mediante entrevista dirigida, en un cuestionario de preguntas cerradas en los tiempos que las empresas permitieron, los que fueron, generalmente, al final de la jornada, antes del inicio de la misma y en el paro de las líneas de producción. Las entrevistadoras fueron debidamente entrenadas y estandarizadas antes de realizar la prueba piloto.

Análisis estadístico

Los datos se capturaron, se corroboró su calidad, y se analizaron con el paquete STATA 6.0 para Windows. Se hizo un análisis exploratorio para cada una de las variables y se estimó la prevalencia estratificando por edad, turno y condición de pareja. Se determinó la prevalencia de violencia doméstica —general y severa—, por tipos —física, psicológica y sexual—. Se estimaron los intervalos de confianza para la prevalencia, de acuerdo con el tipo de muestreo.

Se procedió a un análisis bivariado con cada uno de los predictores para determinar patrones o casos aislados y describir al grupo. Se hizo un análisis bivariado de violencia en relación con salud mental y desempeño en el trabajo.

El análisis bivariado se hizo mediante regresión logística, considerando como variable dependiente la presencia o no de violencia doméstica, por tipo y severidad. Se construyó un modelo saturado de acuerdo con los resultados del análisis bivariado ($p < 0.10$) y se ajustó hasta obtener el modelo más parsimonioso. Se revisó el ajuste del modelo.

Para la relación con salud y trabajo se determinaron razones de momios $-RM-$ crudas mediante regresión logística.

Resultados

Características sociodemográficas, familiares y laborales del grupo de mujeres estudiadas

La población de estudio estuvo conformada por mujeres jóvenes, con un promedio de edad de 29.7 años (intervalo de 16 a 60 años), 73% tenía menos de 36 años, y 27%, 36 y más. El 92% de ellas nacieron en el estado de Chihuahua, y 68% siempre vivieron en la ciudad de Chihuahua; cabe destacar que las migrantes procedían principalmente del estado de Durango, y en menor cantidad de Coahuila, Jalisco y Aguascalientes. Estos datos de procedencia son muy semejantes a los presentados por las parejas de las mujeres encuestadas.

La mayoría de las mujeres estudiadas pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, muy pocas habían cursado el bachillerato (12.5%), 40% llegaron hasta primaria y 47% a secundaria o afín; la media de años de estudio fue de 7.9 (intervalo de 0 a 17 años).

El 61.3% tenía compañero estable (casadas 46%, unión libre 15%); dentro del resto que reportó compañero inestable encontramos que 28% eran solteras; 5.3%, separadas; 5.3%, divorciadas y 1.3%, viudas. El 76.6% pertenecía a familias nucleares, integradas generalmente por 1 a 5 miembros. El 70% dijo haber tenido una pareja en el último año, y 71.4% de éstas dijo haber cohabitado con ella.

Las parejas de mujeres con compañero estable ($n=191$) tuvieron un promedio de edad de 35 años (intervalo de 19 a 62); 16% de ellos tenía 25 años; 38%, 35 años, y 46%, 36 y más. En cuanto a la escolaridad, 4% fue analfabeta, 47% cursó primaria, 35% con secundaria y 14% con bachillerato, y un promedio de 7.5 años de estudio, semejante al de las mujeres. Dentro del tipo de empleo de los compañeros se observó que 47% laboraba en la industria maquiladora; 16% era trabajador de oficio; 5.8%, vendedor o comerciante, o servidor público; 4.7%, técnico; 4.2%, operador de transporte; 2.6%, trabajador agropecuario; 2%, profesional, y 1%, maestro o afín, entre otros. La media de ingresos mensuales fue de \$ 305.9 USD (85.6 salarios mínimos), con intervalo de \$ 83.3 USD a \$ 1 250.00 USD (23.3 a 349.8 salarios mínimos), mientras que la de las mujeres del estudio fue de \$ 222.8 USD (62.4 salarios mínimos) con un intervalo de \$ 83.3 USD a \$ 416.7 USD (23.3 a 127.8 salarios mínimos).

Las mujeres tenían un promedio de 5.6 años (intervalo 0 a 22 años) laborando en la industria maquiladora. El 44% había trabajado en una sola empresa, 46% en 2 a 3 empresas y 11% en 4 y más. Al momento de la encuesta, 45% de ellas tenía de 2 a 5 años en la empresa, y 34%, menos de uno, con un promedio de antigüedad de tres años. De las mujeres estudiadas, 96% eran operadoras, 92% de las cuales tenían contrato de planta, y 82% no había tenido accidentes laborales.

Prevalencia y tipos de violencia en las mujeres encuestadas

El 72% de las mujeres entrevistadas fue maltratada por su pareja al menos una vez en el último año —violencia general—, mientras que 54.4% manifestó haber sido maltratada algunas o muchas veces en su relación de pareja en el mismo período de tiempo —violencia severa— (cuadro I).

Las mujeres maltratadas encuestadas experimentaron diferentes tipos de abuso por parte del compañero. El que se presentó con mayor frecuencia fue el de violencia física general, caracterizado por empujones, golpes, bofetadas, mordeduras, quemaduras, lesiones con arma blanca o de fuego, cuando menos una vez (65%); seguido por el de violencia física severa, que se diferencia del anterior por sucederles algunas o muchas veces (46.2%). La violencia psicológica general se presentó en 62.0% y la psicoló-

gica severa en 44.2%, mientras que la violencia sexual general fue de 34.3% y la severa, de 26.1%.

Con el objeto de ser más estrictas en la definición de violencia severa, y para dar mayor fuerza al análisis, se consideró exclusivamente a las mujeres que la reportaron como “muchas veces”; así, la prevalencia para este tipo de violencia fue de 30% (IC 95% 24.9-35.5). Por tipo de violencia, la física severa fue de 25.08% (20.3-30.4); la psicológica severa, de 16.17% (12.2-20.8), y la sexual severa, de 16.7% (12.2-20.8).

Al aplicar el cuestionario, algunas mujeres comentaron que si hubieran respondido a las preguntas de violencia en momentos anteriores de su vida, las respuestas habrían sido positivas, incluso expresaron que por ese motivo se habían separado de sus parejas e indicaron que acudieron a los servicios médicos por este motivo. Sin embargo, muy pocas denunciaron a su pareja con las autoridades correspondientes por la violencia sufrida.

Relación de la violencia con variables sociodemográficas, salud mental y desempeño en el trabajo

Respecto a la escolaridad (cuadro II), la violencia doméstica fue mayor en las mujeres que tenían menor escolaridad; en las que pertenecían a familias extensas (seis o más integrantes), y cuando dos personas (ellas y su pareja) aportaban económicamente para el gasto familiar.

Se encontró que la violencia aumenta con las siguientes variables: edad, siendo el grupo de 36 años y más el de mayor posibilidad; tener compañero estable, es decir, que viven casadas o en unión libre. La condición legal de la unión también fue importante, ya que las mujeres casadas tuvieron dos veces más posibilidad de sufrir violencia, comparadas con las que no lo están. Respecto a las condiciones del trabajo, la violencia doméstica aumenta con el hecho de trabajar en el turno vespertino, es decir, de las 15:00 a las 23:00 horas (cuadro III).

Las relaciones ajustadas entre violencia y algunos predictores significativos se muestran en el cuadro IV, donde encontramos que los grupos de mujeres con mayor posibilidad fueron aque-

llas con pareja, las que laboraban en el turno vespertino, y las que tenían 10 años o más de antigüedad laboral en las maquiladoras.

Se encontró una fuerte asociación entre violencia doméstica, salud mental y desempeño en el trabajo, como se aprecia en el cuadro V; las mujeres maltratadas de forma general tuvieron seis veces más posibilidad de presentar problemas de salud emocional, en relación con las no maltratadas, y 4.5 veces más posibilidad si el maltrato era severo.

En cuanto al trabajo, las mujeres maltratadas de forma general tuvieron tres veces más posibilidad de tener problemas generales en el trabajo que las no maltratadas, y 3.3 veces más riesgo si el maltrato era severo. Relacionando la exposición con violencia severa en situaciones específicas de desempeño en el trabajo, encontramos que las mujeres maltratadas tuvieron dos veces más posibilidad de llegar tarde al trabajo; dos veces más de faltar; tres veces más de distraerse y perder estímulos en el trabajo y tres veces más posibilidad de asistir al médico por problemas con su pareja, comparadas con las no maltratadas.

Discusión

La violencia doméstica es un problema de salud pública de gran magnitud, que afecta no solamente a quien la recibe,^{1,3} sino a sus familias,¹⁶ a los servicios de salud¹⁷ y a la comunidad en general.¹⁸ En México, por primera vez se explora la asociación entre la violencia doméstica y la fuerza femenina laboral de la industria maquiladora.

Uno de los hallazgos más notorios del presente estudio fue la alta prevalencia de violencia general en las mujeres de las maquiladoras (72.6%), más del doble de la de algunos estudios realizados en otras zonas del país. Aun clasificándola como severa (30%), lo cual restringe el término con base en la frecuencia, representa una prevalencia alta, si la comparamos con lo reportado en otras zonas del país.^{7,8} Esto podría explicarse por varias razones; en primer lugar, las características propias de la población de estudio, tanto de las mujeres como de sus parejas, cuyas condiciones desfavorables por bajos ingresos económicos, bajo nivel de escolaridad y sobreexplotación laboral, ubica a esta población como especialmente propensa a enfrentar conflictos de manera violenta.

Referencias

- 1 Valdez R, Sanín LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;28:352-62.
- 2 Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. En: *Mujer, salud y desarrollo*. Washington, DC: OPS; 1994: 40.
- 3 Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Ment* 1998;21(6):1-10.
- 4 Valdez R. Del silencio privado a las agendas públicas, el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Torres M, comp. *Violencia contra las mujeres en diferentes contextos culturales*. México, DF: El Colegio de México; 2004.
- 5 Valdez R, Shrader E. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microrregión de Ciudad Netzahualcóyotl (1990). En: *Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica. Una aproximación a la violencia doméstica en México*. México, DF: CECOVID; 1992.
- 6 Ramírez J, Vargas P, Patiño M. Salud reproductiva y violencia doméstica contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEGE). Instituto de Estudios Económicos y Regionales (INSER). Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998.
- 7 Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional Sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
- 8 Castro R, Riquer F, Medina ME, coord. *Violencia de género entre las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*. México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres; 2004.

Referencias

⁹ Granados M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Un análisis desde la perspectiva de género: el caso del área metropolitana de Monterrey. Avances de investigación. Monterrey, Nuevo León: Consejo Estatal de Población; 1995.

¹⁰ Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 1998;40:481-6.

¹¹ Denman C, Salazar G. Maternidad y trabajo en el noroeste de México. En: Martínez J, Araoz E, Aguilar F, comp. *Mujer: salud y sexualidad, cultura y participación social*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora / Secretaría de Salud del Estado de Sonora; 1994.

¹² Monarrez-Fragoso J. *Femicide: An analysis of the serial sexual murders of women in Ciudad Juárez, 1993-2001*. Reimpresión. Women on the Border. Disponible en: www.womnontheborder.org.

¹³ Marshall LL. Development of the Severity of Violence Against Women Scale. *J Family Viol* 1992;7(2):103-19.

¹⁴ García H, Lara F, Ham R. Consumo de sustancias adictivas en Nogales, Sonora: problemas y soluciones desde una perspectiva local. (Reporte de investigación). Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte; 1994.

¹⁵ Penayo U, Caldera T, Jacobson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Oficina Sanit Panam* 1992;113(2):137-149.

¹⁶ Hernández D. Pobreza urbana y violencia doméstica en hogares de la Ciudad de México. *Acta Sociol* 1998;22(enero-abril):25-43.

¹⁷ Híjar MC, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la Ciudad de México. *Salud Ment* 2002;25(1):35-42.

Por otro lado, la sensibilidad del instrumento que se diseñó retoma años de experiencia acerca de qué y cómo preguntar a las mujeres sobre sus experiencias de violencia. Se utilizó como base el instrumento Severity of Violence Against Women Scale (SWS),¹³ el cual ha probado su sensibilidad tanto en México como en Estados Unidos de América (EUA).

También influyó la estrategia de indagación, la cual se realizó en el lugar de trabajo de las mujeres, garantizando un ambiente de seguridad y confianza al momento de aplicar el cuestionario; esto ejerció una influencia favorable para que ellas hablaran abiertamente de la violencia que sufren, a diferencia de que fuera en sus casas donde la presencia de la pareja (y probable agresor) u otros miembros de la familia les limitaría sensiblemente la confianza y seguridad para hablar de la violencia que experimentan. Sin embargo, esto se comprobaría con un estudio de prevalencia en población abierta en la zona metropolitana de la ciudad de Chihuahua.

En relación con los tipos de violencia identificados, se pudo observar que predomina la violencia física sobre los demás, tanto en su forma general como en la severa, coincidiendo con 40% de los estudios cuantitativos de población realizados en 24 países de cuatro continentes, que revelan que entre 20 y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido de violencia física por parte de sus compañeros.¹⁹

En el caso de México, antes de las encuestas no existía consenso sobre cuál tipo de violencia es el que más sufren las mujeres; la mayoría documenta una prevalencia más alta de violencia emocional,^{5,20,21} y sólo en un estudio la violencia sexual fue la más reportada.¹⁰ En el caso de las encuestas nacionales ambas coinciden en que la violencia emocional o psicológica, caracterizada por agresiones verbales, humillaciones y amenazas del uso de la fuerza, es la más prevalente en el país.⁷

En relación con el impacto de la violencia en la salud mental de las mujeres, diversos autores han informado sobre el daño y las consecuencias negativas por la exposición constante a la violencia,^{3,22,23} que van desde un profundo malestar inespecífico, que si no se resuelve desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración que coinciden con el trastorno de estrés postraumático,²⁴

hasta altos índices de depresión severa.²⁵ Por ejemplo, en estudios realizados en EUA,²⁶ las mujeres golpeadas necesitan entre cuatro y cinco veces más el tratamiento psiquiátrico que quienes no lo son, y tienen cinco veces más posibilidad de intento de suicidio.

Los hallazgos de este trabajo llaman la atención por los severos efectos en la salud mental y en el desempeño en el trabajo. Respecto de este último, McFarlane y colaboradores,²⁷ en un estudio de implicaciones de la violencia doméstica con el trabajo, encontraron que la consecuencia más común (65%) era llegar tarde o salir temprano.

Esto impacta directamente el trabajo y la productividad de las mujeres. La baja productividad y la reducción de eficiencia laboral estuvieron presentes en 58% de las mujeres maltratadas, quienes faltaron a su trabajo a consecuencia de la violencia; 21% perdieron el trabajo y a 47% se les impidió trabajar.

La Encuesta Nacional de Canadá sobre la Violencia contra la Mujer indicó que 30% de los incidentes comunicados de ataque a la esposa daban lugar a ausentismo en las actividades normales, y que 50% de las mujeres heridas se ausentaba del trabajo con un permiso de enfermedad.²³

Con base en nuestros datos, y en lo documentado en la literatura especializada, podemos afirmar que el bajo desempeño laboral, los retardos y el ausentismo pueden ser indicadores sensibles acerca de que una empleada está expuesta a violencia doméstica.

Entre los predictores, encontramos que la violencia doméstica aumenta con la edad, el estatus marital y el turno vespertino. Diversos estudios han encontrado la misma relación con la edad; Munar²⁸ ratifica que las mujeres adultas son las más violentadas (76.2%), Fairchild y colaboradores²⁹ reportan un promedio de edad de 39.3 años, Alvarado y colaboradores, de 41.5 años. Respecto al estatus marital, como lo señala Munar (62.8% en relación conyugal o compañeros), se debe a la mayor probabilidad de convivencia, al predominio de una estructura familiar patriarcal y autoritaria basada en la desigualdad entre líneas de poder y de dependencia hacia algún miembro de la familia.³⁰ En cuanto al turno vespertino, suponemos que podría estar asociado con el

poco tiempo disponible para convivir con la pareja, aunado a los celos de los hombres.

Se hace necesario efectuar un estudio en población general que permita saber si la prevalencia de violencia doméstica es más alta sólo entre las mujeres que laboran en la industria maquiladora, así como conocer sus efectos en la salud reproductiva.

Se sugiere profundizar, a través de métodos cualitativos, en las condiciones de la violencia en esta población para enriquecer el estudio, así como valorar los efectos en la salud reproductiva y mental.

De igual forma, es importante promover programas de apoyo con el gobierno y el sector salud para que, en colaboración con las empresas maquiladoras, identifiquen, traten y den seguimiento tanto a las mujeres violentadas, como a sus agresores y el resto de la familia, de acuerdo con la reciente normatividad³¹ que establece, en relación con la violencia, que tanto las instituciones de salud como los prestadores de servicios deben capacitarse y participar en actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, participación social, comunicación educativa, detección y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sensibilización, capacitación y actualización, investigación y registro de la información, tal como sucede en otros países donde ya existen protocolos y programas contra la violencia doméstica que se aplican no sólo en instituciones sanitarias, sino en diversas comunidades.³² Además, instituciones de salud y prestadores de servicios deben participar también dando aviso oportuno al

Ministerio Público sobre los casos de violencia contra las mujeres que atienden.

Asimismo, consideramos de suma importancia la promoción de programas preventivos en el ámbito educativo para incidir en las nuevas generaciones desde la infancia, pero muy especialmente trabajar con las adolescentes en el nivel de educación media, ya que muchas de ellas saldrán directamente no sólo a ocuparse en la industria maquiladora, sino a establecer relaciones de pareja.

Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a El Colegio de Sonora y al Programa de Formación de Investigadores en Salud Reproductiva (PROFISAR) el apoyo del Programa de Capacitación y Asesoría Metodológica que ha hecho posible parte de este estudio.

De igual forma, se agradece a AMEAC por su valiosa colaboración de vinculación con las empresas donde se llevó a cabo el trabajo de campo; al Centro de Atención a la Mujer Trabajadora (ONG), y a las empresas participantes por reconocer la importancia del estudio; a las encuestadoras que cedieron su valioso tiempo en favor de esta investigación y, sobre todo, a las mujeres que aceptaron participar, ya que sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

Se agradece al Gobierno municipal de la ciudad de Chihuahua, por su valiosa colaboración para la difusión de los resultados del trabajo y por sus labores de enlace con los actores del problema.

CUADRO I

Prevalencia de diferentes tipos de violencia doméstica, en empleadas de la industria maquiladora. Chihuahua, Chihuahua, México, 2000-2001

Tipo de violencia	Prevalencia	
	%	IC 95%
Doméstica General	72.6	67.2 - 77.6
Severa	54.4	48.7 - 60.2
Física general	64.7	59.0 - 70.1
Física severa	46.2	40.5 - 52.0
Psicológica general	62.0	56.3 - 67.5
Psicológica severa	44.2	38.5 - 50.0
Sexual general	34.3	29.0 - 40.0
Sexual severa	26.1	21.2 - 31.4

Fuente: directa.

Referencias

- Morrison A, Orlando MB. Impacto socioeconómico de la violencia doméstica: Chile y Nicaragua. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000: 49-80.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Carpeta de materiales contra la violencia. Unidas frente a la violencia. Las enfermeras siempre dispuestas a ayudarte. Día Internacional de la Enfermera, 2001. Disponible en: <http://www.icn.ch/publicationsp.htm>.
- Ramírez JC, Patiño MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. Cad Saude Publica 1996;12(3):405-9.
- Díaz-Olavarrieta C, Paz F, García C, Campbell J. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurse's aides in Mexico. Arch Med Res 2001;32:79-87.
- Ramos L, Saltijeral MT, Caballero MT. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. Salud Ment 1996;19(Suppl 1):19-29.
- Koss MP. The women's mental health research agenda: Violence against women. Am Psychol 1990;40:374-80.
- Silva C, McFarlane J, Soeken K, Paarker B, Reel S. Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in primary care setting. Women's Health 1997;6(5):488-545.
- Campbell J, Kub J, Belnap RA, Templin T. Predictors of depression in battered women. Violence Against Women 1997;3(3):236-73.
- Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. En: Rosenberg ML, Fenley MA, Ed. Violence in America: A public health approach. Nueva York (NY): Oxford University Press; 1991.
- McFarlane J, Malecha A, Gist J, Schultz P, Wilson P, Fredland N. Indicators of intimate partner violence in women's employment: Implications for workplace action. Am Assoc Occup Health Nurs 2000;48:215-20.
- Munar C. Violencia intrafamiliar reportada en la Comisaría de Familia del municipio de Funza, Cundinamarca. Rev Salud Publica (Colombia) 2001;3(1):51-64.

CUADRO II

Prevalencia de violencia doméstica, en empleadas de la industria maquiladora, según variables sociodemográficas. Chihuahua, Chihuahua, México, 2000-2001

Variable	Violencia			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Edad *				
16-25	50	30.3	66	47.8
26-35	65	39.3	43	31.1
36 y +	50	30.3	29	21.0
Escolaridad				
0	2	1.2	1	0.7
1-6	74	45.4	51	37.8
7-9	75	46.0	62	45.9
10 y +	12	7.4	21	15.5
Número de integrantes de la familia				
1-3	45	27.3	47	34.0
4-5	74	44.8	64	46.4
6 y +	46	27.9	27	19.6
Parentesco con jefe hogar*				
Ella misma	24	14.9	23	16.9
Cónyuge	105	65.2	60	44.1
Otro	32	19.9	53	39.0
Estado civil*	115	70.1	70	50.7
Compañero estable				
Compañero no estable	49	29.9	68	49.3
Tiene pareja actualmente*				
Sí	140	84.8	92	67.1
No	25	15.1	45	32.8
Turno				
Matutino	65	39.6	83	60.1
Vespertino	99	60.4	55	39.8
Número de personas que aportan				
1	17	10.6	25	18.7
2	110	68.3	77	57.4
3 y +	34	21.1	32	23.9

*p = <0.05.

CUADRO III

Factores asociados con violencia doméstica, en empleadas de la industria maquiladora. Chihuahua, Chihuahua, México, 2000-2001

Variable	n	RMc	IC 95%	p
Edad (años)				
16-25	50	1.0	-	-
26-35	65	2.0	1.2-3.4	0.01
36 y +	50	2.3	1.3-4.1	<0.01
Antigüedad (años)				
< 10	240	1.0	-	-
≥ 10	100	2.5	1.5-4.2	<0.01
Jefe del hogar				
No cónyuge	153	1.0	-	-
Cónyuge	181	2.4	1.5-3.8	<0.01
Estado civil				
Sin compañero	135	1.0	-	-
Con compañero	205	2.3	1.4-3.7	<0.01
Pareja estable				
No	87	1.0	-	-
Sí	254	2.7	1.6-4.8	<0.01
Turno				
Matutino	165	1.0	-	-
Vespertino	175	2.3	1.4-3.7	<0.01

RM= razón de momios cruda
IC = intervalo de confianza.

Referencias

²⁹ Fairchild D, Wilson M, Stoner F. Prevalence of adult domestic violence among woman seeking routine care in a native American health care facility. Am J Public Health 1998;88:1515-7.

³⁰ Martínez SS, Ramírez L. Violencia conyugal: maltrato a la mujer en la relación de pareja (Tesis de Grado). Santa Fé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1995.

³¹ Secretaría de Salud. NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.

³² Berlinger SJ. Violencia doméstica. Cómo puede marcar la diferencia. Nursing Edición Española 2002;20(3):9-12.

CUADRO IV

Factores asociados con la violencia doméstica, en empleadas de la industria maquiladora. Chihuahua, Chihuahua, México, 2000-2001

Variable	<i>RMa</i>	IC95%	<i>P</i>
≤ 10 años de antigüedad ¹	2.4	1.4-4.0	<0.01
Tener pareja actual ²	2.5	1.4-4.4	<0.01
Turno vespertino ³	2.2	1.4-3.6	<0.01

Referencia¹: diferente de 10 años de antigüedad.
Referencia²: no tener pareja.
Referencia³: matutino u otro.
n=299.
RMa= razón de momios ajustada.
IC = intervalo de confianza.

CUADRO V

Efectos de la violencia doméstica sobre la salud y el trabajo, en empleadas de la industria maquiladora. Chihuahua, Chihuahua, México, 2000-2001

Área	Violencia			
	General		Severa	
	<i>RMc</i>	IC 95%	<i>RMc</i>	IC 95%
Salud mental	6.0	2.2 - 16.0	4.5	1.5 - 13.4
Trabajo				
Retrasos			2.2	1.3 - 3.9
Ausentismo			2.0	1.1 - 3.3
Pierde estímulos			3.4	2.0 - 5.8
Distraída			3.4	2.0 - 5.8
Daño			3.2	1.6 - 6.5
Trabajo total	3.0	1.8 - 5.2	3.3	2.0 - 5.3

RMc= razón de momios cruda.
IC= intervalo de confianza.



La feminización de la vejez. Efectos sobre la mortalidad en México

María de la Cruz Muradás Troitño,¹ Rafael Lozano Ascencio.¹

¹ Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. México.

En los próximos veinte años, México experimentará el envejecimiento de su población; éste representará un enorme reto en términos sociales y económicos, además de un desafío para las instituciones de salud en cuanto a los recursos humanos y materiales, la tecnología y la infraestructura destinados a la atención de la salud de las personas en edad avanzada.

Como una de las consecuencias del incremento en la esperanza de vida al nacer se tiene un aumento absoluto y relativo de la población mayor de 65 años de edad. En 2005, este grupo etario representa 5% de la población del país, en el año 2030 su contribución será de 12% y veinte años más tarde ascenderá a 21%.¹

La población de adultos mayores estará conformada en su mayoría por mujeres, lo que permite decir que se registrará, como en otros países, una feminización de la vejez. En un futuro se alcanzarán índices de masculinidad de 82 varones por cada 100 mujeres; acorde con el aumento de la edad, el número de hombres irá disminuyendo en mayor proporción que el de las mujeres; por ejemplo, en el grupo de los mayores de 85 años, en 2005 había 72 hombres por cada 100 mujeres, para 2050 se estima que esta relación sea de 69 por cada 100.¹

Por tal motivo, las defunciones de este grupo poblacional también aumentarán en términos absolutos y relativos y en mayor medida las muertes de las mujeres. Por ejemplo, en 1980, el 31% de las defunciones ocurrían después de los 64 años y en 2004 su contribución asciende a 53%. En los hombres el cambio fue de 27% a 47% y en las mujeres de 37% a 60%. En otras palabras, hace 25 años 1 de cada 3 mujeres que moría tenía más de 64 años, pero hoy en día son casi 2 de cada 3. Por tal motivo, desde este momento, resulta relevante conocer las características generales de la mortalidad en las mujeres de este grupo de edad.²

El alargamiento de la vida ha provocado que se modifique de manera importante la edad mediana a la muerte. En 1980, esta medida era de 38 años para los hombres y de 48 para las mujeres; en 2004 aumenta para ambos sexos a 63 y 70 años, respectivamente, lo que significa que los hombres incrementaron 24 años la edad mediana a la muerte, mientras que las mujeres 21; por consiguiente, la diferencia de esta medida entre hombres y mujeres ha disminuido.

El actual perfil epidemiológico de la población de más de 64 años de edad permite aproximarse a las causas de muerte que son y serán predominantes para estas personas: las enfermedades no transmisibles. Estos son padecimientos de larga duración y altos costos en su tratamiento, lo cual ejercerá una demanda muy fuerte en el sector salud, obligando a éste a crear políticas de salud que prevengan y controlen este tipo de enfermedades.

Crecimiento de la proporción de las defunciones de mujeres con edad de 65 años y más

Para observar el retraso a la muerte, el cuadro I muestra las proporciones de las defunciones de los adultos mayores al interior de cada sexo en los años de 1980, 1990, 2000 y 2004. Los porcentajes observados confirman el aumento de las defunciones de los adultos mayores, con un mayor peso en las mujeres: 60 de cada 100 defunciones de mujeres pertenecen a este grupo de edad. Además, cada año se incrementa la diferencia entre las proporciones de los hombres y de las mujeres y las tasas evidencian una mayor mortalidad masculina, de ahí el mayor número de mujeres en la vejez.

Las tasas de mortalidad que se observan en el cuadro muestran la mayor mortalidad masculina para ese



CUADRO I

Porcentaje y tasa de mortalidad para las personas de 65 años y más, por sexo y año de registro. México, 1980, 1990, 2000 y 2004

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Porcentaje	Tasa	Porcentaje	Tasa	Porcentaje	Tasa
1980	31.3	5112.0	27.1	5469.9	37.1	4804.3
1990	40.6	5210.5	35.7	5700.3	47.2	4802.3
2000	49.6	4633.4	43.9	5070.2	56.8	4273.7
2004	52.7	4599.6	47.1	5034.4	59.7	4241.1

Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1980, 1990, 2000 y 2004
CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

grupo etario, aunque a través del periodo se experimenta una disminución a partir del año 2000, tanto para hombres como para mujeres. Este efecto es ocasionado por el mayor aumento de la población en ese grupo de edad respecto a las defunciones, que registran un crecimiento menor (cuadro II).

CUADRO II

Tasa de crecimiento de las defunciones y la población de 65 años de edad y más, para los periodos 1980-1990, 1990-2000 y 2000-2004. México

Tasa de crecimiento de las defunciones			
Periodo	Total	Hombres	Mujeres
80-90	2.1	2.2	2.1
90-00	2.2	2.1	2.2
00-04	2.8	2.8	2.8
Tasa de crecimiento de la población			
Periodo	Total	Hombres	Mujeres
80-90	2.0	1.8	2.1
90-00	3.3	3.2	3.3
00-04	3.0	3.0	3.0

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1980, 1990, 2000 y 2004.
CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

Una de las consecuencias de la feminización de la vejez es el aumento del porcentaje de las defunciones de mujeres con edad de 85 años y más, respecto del total de las defunciones. Desde 1979 este valor ha aumentado cuatro puntos porcentuales, además de acentuarse la brecha entre esta proporción y su equivalente en los varones de 85 años y más (figura 1).

En la figura 2 se presentan las tasas de mortalidad por 100 000 habitantes, para el periodo

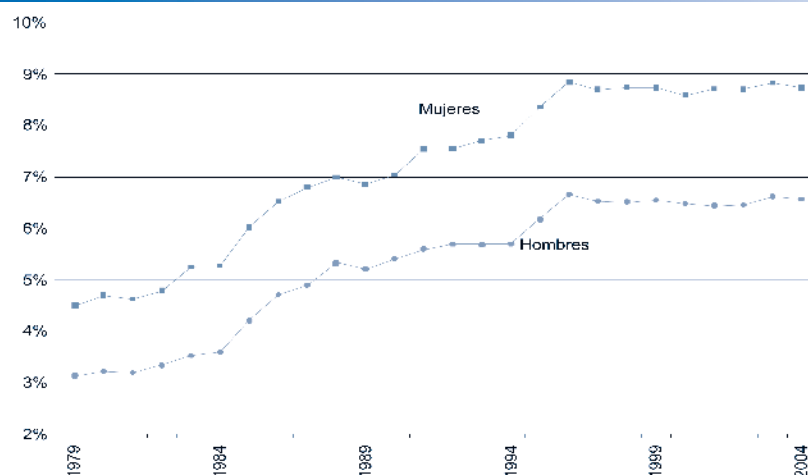
1979 a 2004, por grupos de edad de los adultos mayores. Las tasas para los dos primeros grupos —65 a 74 y 75 a 84— son siempre superiores en los hombres que en las mujeres, lo que significa que el riesgo de morir de los hombres es mayor que el de las mujeres y que la proporción de muertes es alta antes de alcanzar el tercer grupo etario. En el último grupo de edad, 85 y más, la tasa de mortalidad de las mujeres siempre ha sido de entre 14 000 a 16 000 defunciones por 100 000 mujeres, mientras en los hombres presenta variaciones importantes, con valores menores a este rango, entre 1979 y 1985.

Causas de muerte de las mujeres adultas mayores

Las defunciones de este grupo poblacional se caracterizan por ser ocasionadas

FIGURA 1

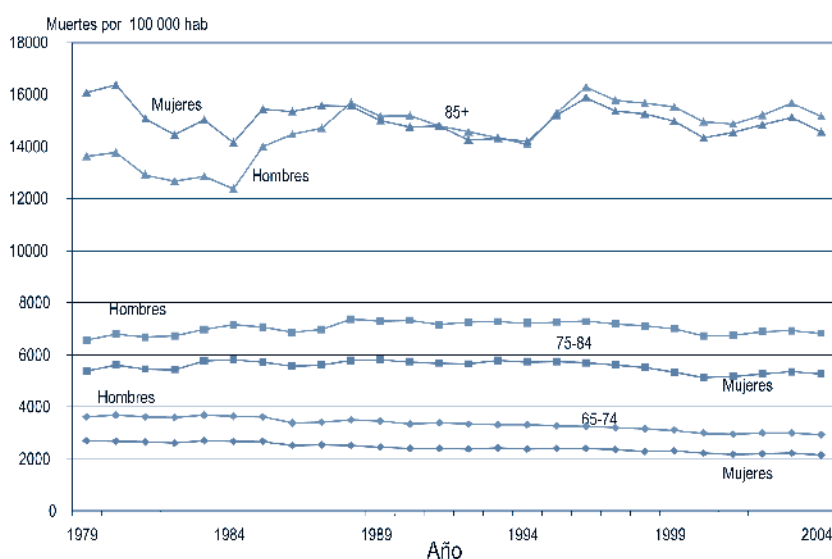
Proporción de las defunciones de personas con edad de 85 años y más, por sexo y año de registro. México, 1979-2004



Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1979-2004.

FIGURA 2

Tasa de mortalidad de los adultos mayores por grandes grupos de edad, sexo y año de registro de la defunción. México, 1979-2004



Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1980, 1990, 2000 y 2004. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

Referencias

- Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, DF: CONAPO; 2002.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1979-2004. Disponibles en: www.salud.gob.mx. [2006 agosto 1].
- Gorina Y *et al.* Trends in causes of death among older persons in the United States. 2005. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/agingtrends/06olderpersons.pdf>. [2006 agosto 1].
- Statistical Office of the European Commission (EUROSTAT). Structural Indicators on Health. Causes of death. Disponible en: ec.europa.eu/eurostat/. [2006 agosto 1].
- Lozano R *et al.* Efectos de la CIE-10 en las Estadísticas de Diabetes Mellitus en México. 2001. Síntesis Ejecutiva. Disponible en: www.salud.gob.mx. [2006 agosto 1].

por padecimientos de larga duración, como las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus, los tumores malignos, etcétera.

Si se observa el orden de causas respecto de 1980 (cuadro III), las enfermedades isquémicas del corazón se han ubicado en el primer lugar y la desnutrición ha escalado cuatro posiciones. Hace más de 20 años, el tumor maligno de hígado no aparecía siquiera en las primeras 15 causas de muerte, y al día de hoy ocupa el décimo lugar.

Un aspecto a resaltar es el acúmulo de defunciones por diabetes mellitus. La proporción de muertes por esta enfermedad rebasa en casi diez puntos porcentuales a la tercera causa de muerte, por lo que puede decirse que este padecimiento es muy común en las mujeres ancianas y tiene una alta probabilidad de ocasionarles la muerte.

En otros países la diabetes mellitus no tiene la misma relevancia que en México; por ejemplo, en 2002, en Estados Unidos de América, esta enfermedad representaba 3% de las defunciones de las mujeres y 2.5 en los países de la Unión Europea.^{3, 4} Sería muy importante estudiar con mayor profundidad qué está ocasionando proporciones tan altas

de este padecimiento, tanto en la morbilidad como en la mortalidad, lo cual es materia de otro estudio.

En la figura 3 se presenta la tendencia de las primeras cuatro causas de muerte para las adultas mayores. Es claro el aumento de las enfermedades isquémicas del corazón a partir de 1988, al igual que el incremento constante de muertes por diabetes mellitus a partir de 1998. Este último puede estar relacionado con la modificación del formato del certificado de defunción, con cambios en la forma de codificar y con la adopción de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).⁵

Al interior de los grupos de edad de las mujeres de 65 años y más se observan movimientos importantes en las causas de muerte. Para el grupo de defunciones de mujeres de 85 años y más la diabetes baja al tercer lugar y aparecen dentro de las 10 primeras causas la anemia y la úlcera péptica que en los grupos más jóvenes no figuran; otro aspecto relevante es cómo la desnutrición calórico proteica aparece en el grupo de edad de 75-84 en el noveno lugar y para el siguiente grupo etario escala dos posiciones, colocándose en el séptimo (cuadro IV).

CUADRO III

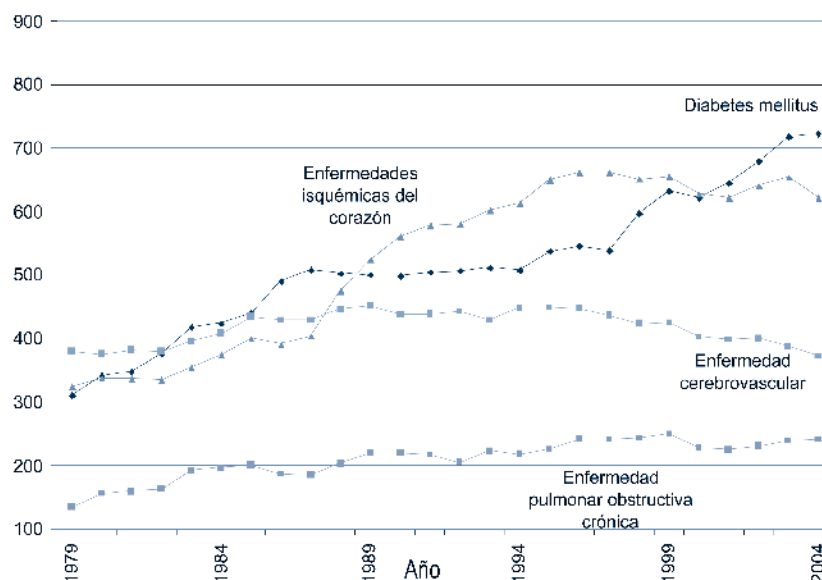
Diez principales causas de defunción, distribución porcentual, tasa de mortalidad y orden de las mismas en 1980, 1990 y 2000, para la población femenina con edad de 65 años

		Mujeres					
		% Tasa					
Orden Total		126 091	100.0	4241.1	1980	1990	2000
1	Diabetes mellitus	21 495	17.0	723.0	3	2	2
2	Enfermedades isquémicas del corazón	18 488	14.7	621.9	4	1	1
3	Enfermedad cerebrovascular	11 095	8.8	373.2	1	3	3
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7 185	5.7	241.7	6	5	4
5	Enfermedad hipertensiva	5 738	4.6	193.0	8	6	5
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	4 077	3.2	137.1	2	4	6
7	Desnutrición calórico proteica	3 341	2.6	112.4	11	7	7
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3 022	2.4	101.6	9	12	9
9	Nefritis y nefrosis	2 976	2.4	100.1	7	9	8
10	Tumor maligno de hígado	1 671	1.3	56.2	18	17	11
	Causas mal definidas	3 793	3.0	127.6			
	Las demás causas	43 210	34.3	1453.4			

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1980, 1990, 2000 y 2004. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

FIGURA 3

Tendencia de las primeras cuatro causas de muerte en adultas mayores. México, 1979-2004



Tasa por 100000 mujeres.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 1980, 1990, 2000 y 2004.

CUADRO IV

Diez principales causas de muerte en las adultas mayores, por grupo de edad. México, 2004

Orden	65 a 74	75 a 84	85 y más
1	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Enfermedades isquémicas del corazón
2	Enfermedades inquéimicas del corazón	Enfermedades inquéimicas del corazón	Enfermedad cerebrovascular
3	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad cerebrovascular	Diabetes mellitus
4	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedad hipertensiva	Infecciones respiratorias agudas bajas
6	Enfermedad hipertensiva	Infecciones respiratorias agudas bajas	Enfermedad hipertensiva
7	Nefritis y nefrosis	Nefritis y nefrosis	Desnutrición calórico proteica
8	Tumor maligno del cuello del útero	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	Nefritis y nefrosis
9	Tumor maligno del hígado	Desnutrición calórico proteica	Anemia
10	Tumor maligno de la mama	tumor maligno de hígado	Úlcera péptica

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 2004.

Conclusiones

Como consecuencia de una mayor esperanza de vida al nacer será evidente el aumento de la población en edades superiores a los 64 años, lo que provocará una mayor proporción de defunciones en estas edades y por causas no transmisibles.

La velocidad con que se desarrolla el proceso de envejecimiento en el país impide disponer del tiempo suficiente para adaptar los sistemas de salud a las circunstancias de envejecimiento, como lo han diseñado las sociedades ya envejecidas. Por ello, México estará entrando en la etapa de envejecimiento en condiciones más difíciles y menos ventajosas que del modo en que lo han hecho otros países, de ahí la necesidad de no restar importancia a este grupo poblacional y su crecimiento.

La mayor supervivencia de las mujeres resultará en una feminización de la vejez y, por tanto, el consiguiente aumento de mujeres con padecimientos crónico-degenerativos deberán ser considerados en la creación o modificación de las políticas de salud, que tengan como objetivo prevenir y tratar enfermedades como la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón.

Resulta prioritario preparar y crear la infraestructura necesaria para la atención de las enfermedades típicas de la vejez y establecer mecanismos de capacitación o especializa-

ción de los agentes de salud en cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad de los adultos mayores, con el fin de ofrecer atención por personal que elabore un buen diagnóstico para la detección oportuna de padecimientos crónico-degenerativos y, además, ofrezca las mejores alternativas para su tratamiento.

Debido a que se ejercerá una gran presión sobre los servicios de salud, probablemente no se cuente con suficientes recursos humanos y materiales para poder satisfacer la demanda, por lo que las personas de 65 años de edad y más tendrán que contar con apoyos informales y formales que faciliten o alivien dichas circunstancias, con el objeto de poder hacer frente a los altos costos, cuidados y tratamientos que implican padecer cualquiera de las enfermedades que, en la mayoría de los casos, les provocará la muerte. Los apoyos de los que haga uso este grupo poblacional tienen y tendrán un rol preponderante, de ahí la importancia de generar políticas de salud que garanticen el acceso a los servicios médicos de alguna institución de salud, que palien los síntomas y retarden el fallecimiento, así como de generar políticas sociales que modifiquen la actitud social ante la vejez y reviertan el negativismo que existe hacia ella. Asimismo, es necesario diseñar políticas que coadyuven a que la institución de la familia pueda hacer frente a las transformaciones culturales, económicas y sociales que la vejez trae consigo.

¿De qué mueren las mujeres y los hombres en México?

Patricia Nilda Soliz,¹ Rafael Lozano Ascencio.¹
Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. México.

Cuando nos preguntamos: ¿de qué muere la gente en nuestro país? obtenemos diferentes respuestas si juntamos a toda la población, o la separamos por sexo, por edad o por cualquier otra variable de interés particular.

En los cuadros I y II se presentan las 15 principales causas de muerte a escala nacional en mujeres y hombres, respectivamente, para el año 2004.^{1,2} Las cifras corresponden al número de defunciones, a la tasa de mortalidad y a su contribución porcentual.

En el caso de las mujeres (cuadro I), los primeros lugares están ocupados por enfermedades crónico - degenerativas como diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, y las enfermedades hipertensivas. Sin embargo, también figuran enfermedades transmisibles —infecciones respiratorias agudas bajas—, las asociadas a estilos de vida -enfermedad pulmonar obstructiva crónica- o las relacionadas con la alimentación —desnutrición calórico proteica—. Los tumores también constituyen causas importantes de muerte; los más destacados son el tumor maligno del cuello del útero y el de mama, seguidos del tumor maligno del hígado.

El cáncer del cuello del útero representa uno de los mejores ejemplos de las *enfermedades del rezago epidemiológico*. Los casos de esta enfermedad se concentran en las mujeres que pertenecen a los estratos más desfavorecidos, particularmente con menor nivel de educación y en las que tienen barreras geográficas o culturales para acudir a los servicios de salud y realizarse la prueba de detección oportuna de cáncer. A pesar de los innegables avances en el control de la mortalidad por esta causa, México sigue teniendo una tasa relativamente elevada de mortalidad por cáncer del cuello del útero, de acuerdo con su nivel de desarrollo.

Es importante mencionar que a pesar de que la tendencia de la mortalidad por cáncer de mama se ha estabilizado en los últimos años, se prevé que en los próximos cinco años se constituirá como el cáncer más frecuente en el sexo femenino.

En cuanto a los hombres (cuadro II), las primeras dos causas de muerte son también diabetes mellitus y enfermedad isquémica del corazón; sin embargo, el riesgo de morir por diabetes es más alto en las mujeres (63.9 por 100 000) que en los varones (54.1); mientras que ocurre lo contrario para la enfermedad isquémica del corazón (53.4 en hombres vs 42.4 en mujeres). Sigue en orden de frecuencia entre los hombres, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con una tasa 3.25 veces mayor en hombres que en mujeres.

En la mortalidad masculina destacan las causas relacionadas con la violencia, como los



CUADRO I

Principales causas de mortalidad en mujeres México, 2004

Orden	Clave CIE 10a Rev	Descripción	Defunciones	Tasa 1/	%
	A00-Y98	Total	210 991	398.4	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	33 827	63.9	16.0
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	22 464	42.4	10.6
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	14 195	26.8	6.7
4	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 114	15.3	3.8
5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	7 062	13.3	3.3
6	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6 912	13.1	3.3
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	6 590	12.4	3.1
8	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 356	12.0	3.0
9	N00-N19	Nefritis y nefrosis	4 983	9.4	2.4
10	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	4 249	8.0	2.0
11	C53	Tumor maligno del cuello del útero	4 245	8.0	2.0
12	C50	Tumor maligno de la mama	4 164	7.9	2.0
13	C22	Tumor maligno del hígado	2 546	4.8	1.2
14	C16	Tumor maligno del estómago	2 452	4.6	1.2
15	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2 234	4.2	1.1
	R00-R99	Causas mal definidas	4 713	8.9	2.2
		Las demás	75 885	143.2	31.5

1/ Tasa por 100 000 mujeres.

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de mortalidad 2004. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

accidentes de vehículo de motor (tránsito) y los homicidios. En estos últimos, aunque la cifra ha mostrado un descenso, debe recordarse que la mayor parte de ellos ocurren en hombres en edad productiva, por lo que el evitar las muertes por esta causa tendría un impacto importante en la ganancia de salud de toda la población.

Las defunciones debidas al VIH/SIDA ocupan el lugar 15 entre las principales causas de muerte en los hombres en México. Pocas enfermedades reciben tanta atención de los medios como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A partir del inicio de la pandemia de este síndrome en 1981, más de 30 millones de personas han muerto. Solamente en 2003 se estima que tres millones de personas en el mundo, 500 000 de ellas menores de 15 años de edad, murieron a consecuencia de los graves trastornos ocasionados por la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, aunque en los últimos años la tasa de mortalidad por esta causa ha mostrado una tendencia descendente; debido al envejecimiento paulatino de la población, el número absoluto de casos se ha incrementado año con año, lo que provoca mayor demanda y costos de atención.

Hasta el momento se ha presentado la información tradicional de mortalidad con el desglose de las principales causas de muerte; surge la duda de si los datos responden a la interrogante ¿qué está matando realmente a la población en México?; es decir, ¿son la diabetes mellitus o la enfermedad cerebrovascular las causas que matan realmente a la población, o son atribuibles —a su vez— a otros factores que habitualmente no se analizan?

Empleando la “Medición comparativa de riesgos para la salud”, que constituye un elemento clave para la prevención de las

CUADRO II

Principales causas de mortalidad en hombres México, 2004

Orden	Clave CIE 10a Rev	Descripción	Defunciones	Tasa 1/	%
	A00-Y98	Total	261 078	498.3	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	28 364	54.1	10.9
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	27 986	53.4	10.7
3	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20 505	39.1	7.9
4	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	12 775	24.4	4.9
5	2/	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	11 537	22.0	4.4
6	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10 691	20.4	4.1
7	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9 560	18.2	3.7
8	X85-Y09, Y87.1	Homicidios	8 050	15.4	3.1
9	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	7 621	14.5	2.9
10	N00-N19	Nefritis y nefrosis	5 788	11.0	2.2
11	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	5 138	9.8	2.0
12	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 604	8.8	1.8
13	C61	Tumor maligno de la próstata	4 515	8.6	1.7
14	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	4 070	7.8	1.6
15	B20-B24	VIH/SIDA	3 903	7.4	1.5
	R00-R99	Causas mal definidas	4 730	9.0	1.8
		Las demás	91 241	151.5	30.4

1/ Tasa por 100 000 hombres.

2/ V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0.

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de mortalidad 2004. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

enfermedades y las lesiones, el panorama puede ser diferente.

El enfoque es similar a otros ejercicios de evaluación de riesgos, en el sentido de que aplica el conocimiento de investigaciones epidemiológicas sobre los factores de riesgo y la probabilidad de exposición de la población a dichos factores, con el cual se construye un marco conceptual y metodológico consistente para la medición del impacto de los diversos factores de riesgo en la salud. Nos permite conocer no sólo los principales factores de riesgo que se asocian estadísticamente con las muertes, sino también identificar la magnitud de tal asociación.

En las figuras 1 y 2 se presenta el porcentaje de muertes atribuibles a los factores de

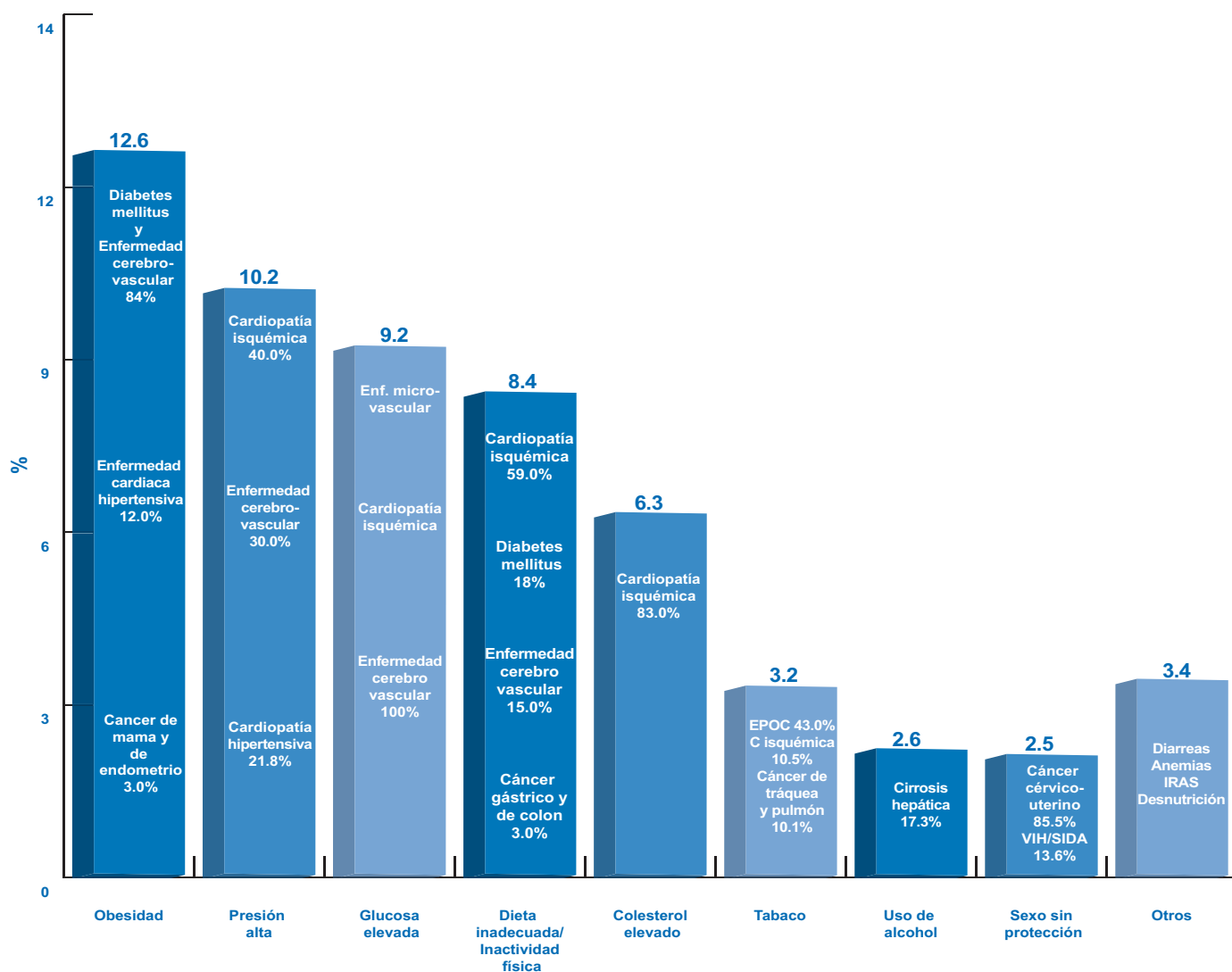
riesgo asociados a las principales causas de muerte para mujeres y hombres, respectivamente, en México.³

En el caso de las mujeres el índice de masa corporal elevado, es decir, la obesidad y el sobrepeso, constituye uno de los principales factores de riesgo asociado con la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular, y las cardiopatías hipertensiva e isquémica.

La presión arterial alta y la glucosa elevada causan alrededor de 10 de cada 100 muertes debidas a cardiopatía isquémica y al daño microvascular asociado a diabetes. También los factores asociados con el estilo de vida, como la dieta con bajo consumo de frutas y vegetales, y la inactividad física se relacionan con dichas causas de muerte.

FIGURA 1

Muertes atribuibles a factores de riesgo ¿Qué está matando realmente a las mujeres en México?



*Para algunos factores de riesgo el total de muertes no suma el 100% debido a que se presentan sólo las más importantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Universidad Harvard. INSP. Comparative Risk Assessment in México 1999-2003.

*Otros. Deficiencia de vitamina A y de zinc, anemia por deficiencia de hierro, agua, saneamiento, bajo peso.

La importancia del consumo de sustancias adictivas se evidencia con el tabaco y el uso de alcohol, ambos causantes de casi 6 de cada 100 muertes en mujeres; el tabaco se asocia con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y con la cardiopatía isquémica.

El sexo sin protección es responsable de un porcentaje menor de defunciones, en comparación con los anteriores factores; sin embargo, se asocia de manera muy importante con el cáncer de cuello del útero.

En último lugar figuran los factores de riesgo asociados con desnutrición y pobreza. La agrupación de "otros" incluye las deficien-

cias de vitamina A y de zinc, anemia por deficiencia de hierro, la falta de agua potable, el saneamiento escaso y el bajo peso al nacer. Juntos son responsables de 3 de cada 100 muertes asociadas, principalmente, con diarreas, anemia, infecciones respiratorias agudas y desnutrición.

A diferencia de las mujeres, en los hombres el factor de riesgo más importante es el uso de alcohol asociado principalmente con la cirrosis hepática y lesiones accidentales e intencionales y en menor medida con problemas de salud mental como dependencia, abuso de alcohol y psicosis alcohólica. La relación entre enfermedad isquémica del corazón y el consumo de

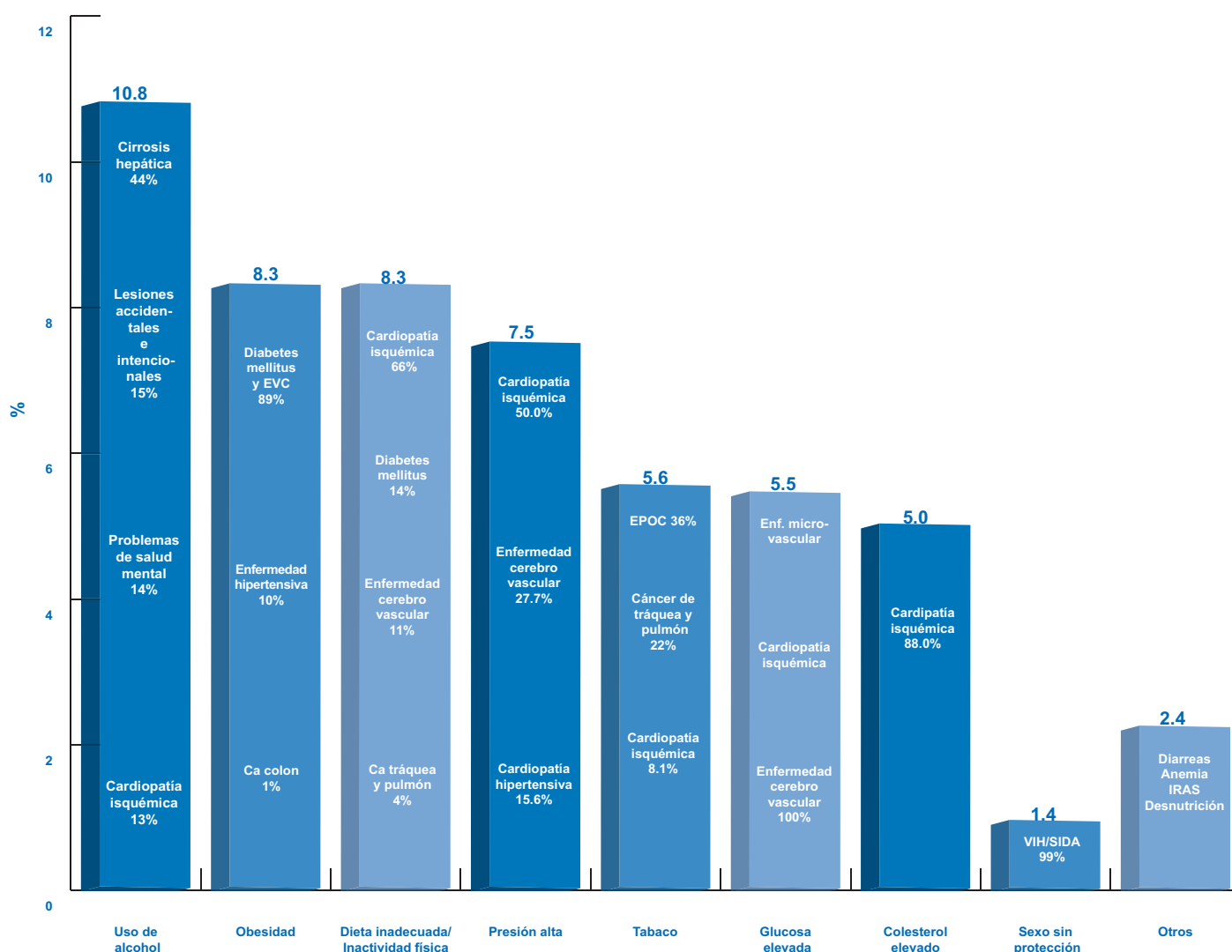
Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Secretaría de Salud. Base de datos de mortalidad 2004. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad>.

2. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/poblacion/poblacion.htm>.

FIGURA 2

Muertes atribuibles a factores de riesgo ¿Qué está matando realmente a los hombres en México?



*Para algunos factores de riesgo el total de muertes no suma el 100% debido a que se presentan sólo las más importantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Universidad Harvard. INSP. Comparative Risk Assessment in México 1999-2003.

*Otros. Deficiencia de vitamina A y de zinc, anemia por deficiencia de hierro, agua, saneamiento, bajo peso.

alcohol es compleja, ya que algunos patrones, como la ingesta cotidiana de bebidas con baja cantidad de alcohol (vinos de mesa), reducen el riesgo, mientras que otros patrones como el consumo ocasional de grandes cantidades (“borracheras semanales”) de bebidas con alto contenido alcohólico (destilados), incrementan la carga de enfermedad isquémica del corazón.

La obesidad es responsable de 8 de cada 100 muertes debidas, en su mayoría, a cardiopatía isquémica y a diabetes mellitus. La dieta inadecuada y la inactividad física causan el mismo número de muertes que la obesidad; la diferencia radica básicamente en que se asocian a enfermedad cerebrovascular.

Un poco más de 7 muertes de cada 100 son debidas a cardiopatía isquémica, daño microvascular por diabetes y enfermedad cerebrovascular, atribuibles a la presión arterial alta y a la glucosa elevada.

El tabaco es el factor de riesgo que ocasionó 5.6 de cada 100 muertes en hombres, en 2004, principalmente por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica. El sexo sin protección se asoció principalmente a defunciones por VIH-SIDA.

En último lugar —igual que en las mujeres—, los factores de riesgo “otros” asociados con

Referencias

³ Secretaría de Salud/Universidad Harvard/Instituto Nacional de Salud Pública. Health metrics. Mexico Health Metrics 2005 Report. Comparative Risk Assessment. México, DF: SSA; 2006. Documento no publicado. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/metrica/areas/mcr.html>.

⁴ 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.

la pobreza y la desnutrición ocasionaron alrededor de 2 de cada 100 defunciones en hombres.

Al comparar los factores de riesgo entre sexos se evidencia la importancia que cobran la obesidad, la presión arterial alta y la glucosa elevada, las cuales subyacen en alrededor de 32% de las muertes en mujeres y de sólo 20% en hombres.

El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud que va en aumento; según la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)⁴ 19 hombres y 28 mujeres de cada 100 adultos mayores de 20 años de edad presentaban obesidad (cuadro III). Menos de la mitad de la población adulta masculina y femenina presentaba valores de peso normales. En el ámbito internacional, México presenta el mayor porcentaje de población con sobrepeso y obesidad (62.3%), en comparación con el resto

de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Para el año 2000, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 35 por cada 100 adultos de 20 años de edad o más, y de 7 para la diabetes mellitus⁴ (cuadros IV y V).

Por otra parte, el uso de alcohol, como factor asociado, es cinco veces más alto en hombres que en mujeres. De manera similar, pero en menor magnitud, el tabaco representa un factor de riesgo con más muertes en hombres.

El sexo femenino tiene más muertes atribuibles a sexo sin protección, casi el doble, principalmente debido al peso del cáncer cervicouterino en la mortalidad femenina, y por factores asociados con la pobreza y desnutrición, en comparación con el sexo masculino.

CUADRO III

Distribución porcentual de la población de 20 años de edad o más, según índice de masa corporal y sexo				
Sexo	Peso normal (<25)	Sobrepeso (25 a 29.99)	Obesidad (≥30)	Total
Hombre	40.2	40.6	19.2	47.1
Mujer	35.6	35.8	28.6	52.9
Total	37.7	38.1	24.2	100.0

Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. México, 2003.

CUADRO IV

Distribución porcentual de la población de 20 años de edad o más, según sexo y diabetes mellitus			
Sexo	Por DX médico previo	Hallazgo encuesta	Total
Hombre	5.5	1.7	7.2
Mujer	6.2	1.6	7.8
Total	5.8	1.7	7.5

Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. México, 2003.

CUADRO V

Distribución porcentual de la población de 20 años de edad o más, según sexo e hipertensión arterial			
Sexo	Por DX médico previo	Hallazgo encuesta	Total
Hombre	8.8	29.4	38.2
Mujer	15.6	17.3	32.9
Total	12.5	22.9	35.4

Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. México, 2003.

A manera de conclusión

En México se vive una transición epidemiológica, alejándose de los patrones de riesgo y enfermedades típicos de países pobres en desarrollo y acercándose a los patrones de países desarrollados. El grupo de factores de riesgo asociados con la desnutrición y la pobreza, el bajo peso al nacer (binomio madre-niño), deficiencia de vitamina A, zinc y hierro, contaminación en interiores y falta de agua, saneamiento básico e higiene deficiente contribuyen menos al total del peso de la enfermedad que el grupo de factores asociados con la obesidad, la presión arterial, glucosa y colesterol elevados, entre otros.

En el ámbito nacional, los factores de riesgo que se asocian con una dieta basada en el consumo de alimentos de alta carga energética (almidones y grasas) pero de bajo contenido proteico y vitamínico, entre los que destacan la obesidad, glucosa, presión arterial y colesterol elevados, y los que se asocian con el consumo de sustancias adictivas, como el alcohol y el tabaco, son los principales responsables de las muertes. Factores de riesgo de estilo de vida —inactividad física, bajo consumo de frutas y vegetales (dieta inadecuada)— y ambientales —contaminación ambiental urbana— cobran moderada importancia.

Enfocarse en el factor de riesgo permite conocer bajo otra visión el estado de salud de la población, y responder a la interrogante ¿qué está matando realmente a la población?; facilita la aplicación de medidas preventivas, una mejor evaluación de los programas prioritarios y la asignación adecuada de recursos.

La integración y el análisis de datos sobre mortalidad apoyan la toma de decisiones y orientan la asignación de recursos, pero no son suficientes. Por lo tanto, es conveniente profundizar en el tema del análisis comparativo y la explicación de la distribución de los riesgos, con el fin de disminuir, con los medios actualmente disponibles, aquella proporción de muertes que son evitables.

Mujeres en la ciencia y la tecnología, Hispanoamérica y Europa

María Luisa Rodríguez Sala, Judith Zubieta García

Coordinadoras. Mujeres en la ciencia y la tecnología, Hispanoamérica y Europa. México, DF: Instituto de Investigaciones Sociales / Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.

El texto reúne varios trabajos, estudios de campo y revisiones históricas y bibliográficas acerca del lugar que las mujeres han ocupado y ocupan en el desarrollo de la ciencia y la tecnología en diferentes disciplinas en México, Latinoamérica y algunos países europeos.

En los trabajos se destacan las percepciones, actitudes y enfoques en los diferentes contextos sociales, a la vez que nos descubren que las restricciones para la formación académica de las mujeres tienen un común denominador: los supuestos de sumisión e incapacidad para desarrollarse intelectualmente, que nos muestran un conjunto de paradigmas sociales prácticamente inamovibles hasta finales del siglo XIX, en dos contextos, el europeo y el de América Latina. Para ello se hace una reflexión acerca del pensamiento y la concepción que los hombres de ciencia tenían respecto de las mujeres, particularmente en los siglos XIX, XX y los albores del XXI cuando, independientemente de tener referentes de las capacidades de la mujer en diferentes ramas de la ciencia y la tecnología, primaba de manera general el pensamiento de que la *raison d'être* de la mujer era la de esposa y madre.

Son revisados con ojo crítico los aportes inéditos de mujeres anónimas describiendo, y a la vez descubriendo, la importancia del elemento femenino en el desarrollo de las ciencias.

Sin caer en lugares comunes, las autoras nos llevan de la mano a través de la historia reciente para mostrar cómo históricamente la mujer se ve enfrentada a una doble discriminación, la de género y la económica, ya que la educación ha sido permitida en la mayoría de los casos a las mujeres con cierta posición económica, lo que les posibilitaba delegar sus tareas domésticas en otras manos.

La mayoría de autoras coinciden en que a pesar de haberse insertado en diferentes ámbitos de la ciencia y la tecnología, no se ha modificado de manera significativa la condición de sumisión, ni de secundariedad de las mujeres en todos los ámbitos. Esta condición de secundariedad les permite aportar ideas, conocimiento y esfuerzos que, sin embargo, no les son reconocidos como propios, ya que la creatividad les ha sido expropiada.



Así, las actividades significativas de las mujeres en el campo científico han sido invisibilizadas, en razón de la discriminación de género permitiéndoles, en el mejor de los casos, actividades con el título de “asistentes”, contribuyendo así de manera anónima a las actividades y prestigio de sus esposos o profesores. Sin embargo, es patente la invisibilidad de las mujeres en los registros y acervos documentales de la historia científica.

Podemos concluir de la lectura que el acceso de las mujeres a la educación superior no constituye una garantía ni para la conclusión de los estudios, ni para la obtención de un grado y, desde la perspectiva productiva, tampoco garantiza su inserción en el mercado de trabajo, situaciones todas que reflejan, por una parte, las desventajas en las que se encuentran las mujeres y, por la otra, el costo para el país en su conjunto por no contar con sus aportaciones.

Vale la pena destacar varias preguntas planteadas por las autoras, sobre las cuales el lector o la lectora deberán reflexionar: ¿cuáles son las alternativas para vencer la barrera entre el trabajo doméstico y el remunerado? ¿Cómo cubrir la ausencia de modelos, estímulos y motivación en las actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico? ¿Cómo evaluar las diferencias en la valoración que hombres y mujeres hacen de su profesión y cómo modificar los propios conceptos de la mujer que hace que muchas de ellas tienden aún a elegir preponderantemente aquellas carreras que resultan ser una prolongación de las actividades que tradicionalmente han desempeñado sus antecesoras, madres o tutoras?

*Carlos Arturo Campos Nava
Dirección General Adjunta de Equidad de Género
Secretaría de Salud, México.*



Anorexia y bulimia en ¡hombres!

Los trastornos de la conducta alimentaria están caracterizados por graves alteraciones en la ingesta. Dentro de esta clasificación¹ se encuentran la anorexia y la bulimia; estos dos tipos de trastornos alimentarios se consideran propios de la adolescencia o de la edad adulta, ya que es precisamente en esta etapa de la vida cuando se desencadenan dichas patologías.

Por anorexia se entiende una baja excesiva de peso —85% menos de peso de lo que sería normal— como resultado del sometimiento a dietas restrictivas, aunado a un temor mórbido a engordar y, por ende, a la insatisfacción y distorsión con la imagen corporal —se perciben obesos, desproporcionados—. Además, en las mujeres, pérdida de la menstruación —amenorrea— durante los últimos tres meses.

Por bulimia se entiende la ingesta excesiva de alimento en un tiempo en el que cualquier

persona no podría comer esa cantidad de alimento, con posteriores sentimientos de culpa por haber comido en exceso y la búsqueda de conductas compensatorias.

Generalmente, cuando se habla de personas con anorexia y bulimia se señalan como la anoréxica o la bulímica, y difícilmente se le da un sentido masculino a la palabra, lo que ha generado que se piense que estos dos tipos de trastornos de la alimentación son propios de las mujeres, lo cual es erróneo, como lo han señalado Kirszman y Salgueiro.² Por su parte, Andersen (1990, en Kirszman y Salgueiro, 2002) ha señalado que si los hombres padecen en menor medida trastornos alimentarios, en relación con las mujeres, es debido a que para ellos existe menor presión social respecto a la dieta; sin embargo, en grupos que se dedican a actividades específicas, como el deporte o el modelaje, esta presión es alta, generando en ellos el culto al cuerpo.



Estudios recientes han demostrado que la anorexia y la bulimia no son exclusivas de las mujeres como se pensaba y que también los varones tienden a presentarlas. En la Ciudad de México, Mateo³ reportó que de 237 hombres, 34 (14.35%) presentaron algún síntoma de trastorno alimentario. Por su parte, Escarria y Haro,⁴ en un estudio realizado en el estado de Nuevo León, México, con 117 estudiantes, hallaron que 43 (12.7%) de ellos presentaron sintomatología de trastorno: anorexia 0.3%, bulimia 9.7% y mixta 2.7%.

En un estudio efectuado por Guadarrama⁵ en 2003, en la ciudad de Toluca, Estado de México, se encontró que de 176 sujetos, 11 (3.2 %) presentaron síntomas, así: anorexia 0.9%, bulimia 1.4% y mixta 0.9%.

Por su parte, Rodríguez, Orozco, Torres y Mendoza,⁶ en 2004, hicieron en la ciudad de Toluca un estudio con 298 estudiantes de secundaria y preparatoria, y encontraron que 8.7% presentaron anorexia, 7.7% bulimia y 2% ambas.

Lo anterior ha demostrado que los hombres no son un grupo exento de padecer este tipo de trastornos; además, hay consistencia en los factores de riesgo que pueden presentar los hombres en relación con el trastorno alimentario, ya que ellos —en comparación con las mujeres— se ven más proclives a recurrir a atracones y, por ende, a conductas compensatorias como uso de laxantes, diuréticos y ejercicio excesivo.

La anorexia y la bulimia son patologías que no se pueden seguir considerando como exclusivas de la mujer, ya que cada día la publicidad —lenta pero progresiva— se dirige hacia los varones, ocasionando que cada vez más hombres se sometan a dietas y a hacer ejercicio, con el fin de estar más delgados, pero éstos no son más que medios para sobrellevar la vida emocional, ya que ser delgado se ha convertido en sinónimo de aceptación, éxito y seguridad.⁷⁻⁹

Rosalinda Guadarrama Guadarrama
*Maestra en Psicología Clínica, Profesora Investigadora,
 Centro Universitario UAEM Temascaltepec,
 Estado de México, México.*



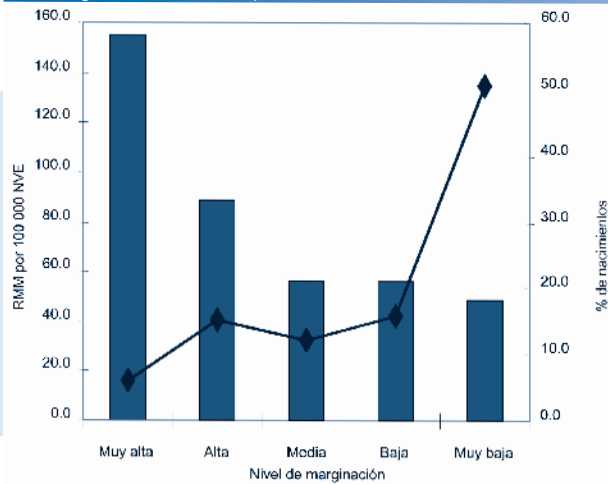
Referencias

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV). Madrid: Masson; 1994.
2. Kirszman D, Salgueiro M. El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Madrid: TEA; 2002.
3. Mateo O. Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados (Tesis de Licenciatura). México: Universidad Nacional Autónoma de México-Iztacala; 2002.
4. Escarria A, Haro M. Anorexia, bulimia y factores de riesgo en residentes de una universidad (Tesis de Maestría). México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2000.
5. Guadarrama G. Evaluación y detección de sintomatología de trastornos alimentarios y factores cognitivos asociados (Tesis de Maestría). México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2003.
6. Rodríguez J, Orozco A, Torres N, Mendoza A. Prevalencia de sintomatología de anorexia y bulimia en hombres adolescentes y su relación con la influencia del modelo estético corporal. En: Memorias del III Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología; 2004 sep 27-29; Acapulco, Guerrero, México.
7. Toro J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España: Ariel; 1996.
8. Sherman T, Thompson A. Bulimia: una guía para familiares y amigos. México, DF: Trillas; 1999.
9. Costin C. Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. México: Diana; 2002.

PARA DESCIFRAR

¿DÓNDE Y CUÁNTAS?

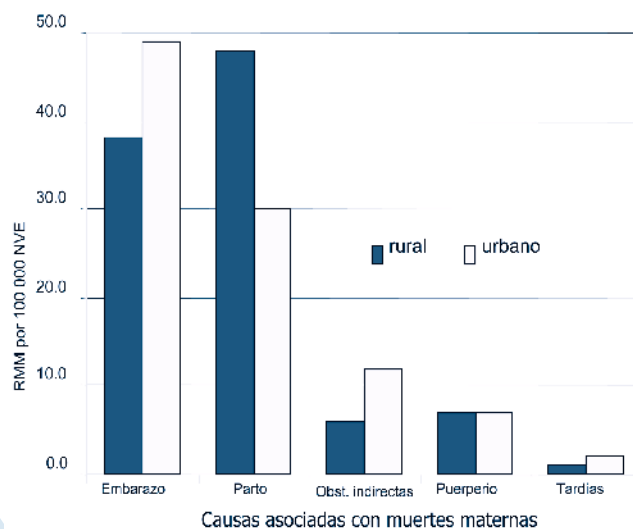
Razón de mortalidad materna y porcentaje de nacimientos, por niveles de marginación. México, 2002



Aunque el riesgo de morir por una causa materna es mayor en las comunidades de alta marginación, el mayor número de muertes maternas ocurre en las áreas menos marginadas.

Fuente: INEGI/SSA: Defunciones. Bases de datos 2002. CONAPO: Población y Nacimientos. Proyecciones de Población.

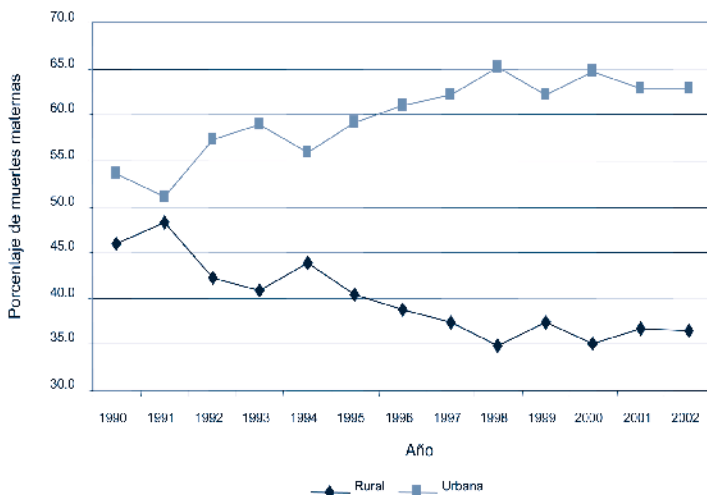
Mortalidad materna, por tamaño de localidad. México, 2002



En el medio urbano, la mayor parte de las muertes maternas se asocia con el embarazo, mientras que en localidades rurales la mayor parte de esas defunciones se asocia con el parto.

Fuente: INEGI/SSA: Defunciones. Bases de datos 2002. CONAPO: Población y Nacimientos. Proyecciones de Población.

Porcentaje de muertes maternas, según tamaño de localidad, 1990-2002



Dos de cada tres muertes maternas ocurren en localidades urbanas.

Fuente: INEGI/SSA: Defunciones. Bases de datos 1990-2002. CONAPO: Población y Nacimientos. Proyecciones de Población.

NOTIGÉNERO

SEPTIEMBRE

VI Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género.

Lugar y fecha: Zaragoza, España, del 11 al 15 de septiembre de 2006. Informes, inscripción y recepción de ponencias: Secretaría Técnica: Asun Santesteban genciber@unizar.es

VI Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género.

Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza (SIEM), Facultad de Medicina B, Planta Baja. C/ Domingo Miral s/n. E-50.009 Zaragoza (España). Teléfono y Fax: +34 976 761708. Web: <http://wzarunizar.es/siem/>

6º Congreso Mundial de Estados Depresivos. Simposio Internacional de Desórdenes Adictivos.

Lugar y fecha: Mendoza, Argentina, del 27 al 30 de septiembre de 2006. Organiza: El Instituto de Neurociencias y Humanidades Médicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, en Mendoza, Argentina. Contacto: Prof. Jorge Nazar. Rivadavia 122, 1º piso, Dpto. 25 - CP (5500) Mendoza, Argentina. Tels: 54-261-4295662 / 4311209 Fax: 4294264. Informes: www.casabiertaweb.com.ar

OCTUBRE

VIII Congreso Brasileño de Salud Colectiva y el XI Congreso Mundial de Salud Pública. La Salud en un Mundo Globalizado: Rompiendo Barreras Sociales, Económicas y Políticas.

Lugar y fecha: Río de Janeiro, Brasil, del 21 al 25 de octubre de 2006. Convoca: Federación Mundial de las Asociaciones de Salud Pública (World Federation of Public Health Associations/WFPHA). Informes: <http://www.saudecoletiva2006.com.br/espanhol/presentacion.php> Contacto: Luciana Chagas. Profissional Nacional OPAS/OMS. Correo electrónico: <http://www.saudecoletiva2006.com.br/espanhol/presentacion.phg> Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 Cep- 70800400 - Brasília - DF - Brasil.

NOVIEMBRE

XXX Congreso Panamericano de Gastroenterología.

Lugar y fecha: Cancún, México, del 11 al 16 de noviembre de 2006. Informes: Correo electrónico: ewolpert@panamericano2006.org.mx <http://www.panamericano2006.org.mx/>

II Congreso Internacional sobre Salud y Trabajo.

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, del 21 al 24 de noviembre de 2006. Contacto: Dra. María Esther Linares Fernández, Presidenta del Comité Organizador. Correo electrónico: insatdir@infomed.sld.cu

DICIEMBRE

19º Congreso Mundial de Diabetes.

Lugar y fecha: Ciudad del Cabo, Sudáfrica, del 3 al 7 de diciembre de 2006. Informes: www.idf2006.org Contacto: Anne Pierson, Directora de RRPP, anne@idf.org o +32-2-5431623 (móvil +32-475-343788); o Chloe Harkness-Pierre, Administradora del Programa. Correo electrónico: chloe@idf.org o +32-2-5431635.

14th International on Cancer Nursing 2006.

Lugar y fecha: Toronto, Canadá, del 27 de septiembre al 1º de octubre de 2006. Informes: ISNCC Secretariat, 108 Chestergate Macclesfield Cheshire SK11 6DU United Kingdom. Correo electrónico: secretariat@isncc.org Web: <http://www.isncc.org/> Tel/Fax: +44 162 566 9588.

3er. Congreso Mundial sobre Calidad en la Práctica Clínica.

Lugar y fecha: Thessaloniki, Grecia, del 28 de septiembre al 1º de octubre de 2006. Informes: Triana Tours & Congress S.A. 75, Egnatia street, 546 35 Thessaloniki - Greece. Tel: +30 2310 256 194-5, Fax: +30 2310 256 196. Correo electrónico: salonica@trianatours.gr Web: salonica@trianatours.gr

I Congreso Mundial de Nutrición y Salud Pública y VII Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).

Lugar y fecha: Barcelona, España, del 28 al 30 de septiembre de 2006. Informes: Secretaría Científica. SENC Parc Científic de Barcelona. Baldiri Reixac 4-6 08028 Barcelona, España. Correo electrónico: senc@pcb.ub.es. Web: senc@pcb.ub.es Secretaría Técnica. Reunions i Ciencia. Calàbria, 273-275. ent. 1ª - 08029 Barcelona, España. Tel. +34 934 108 646 / Fax +34 934 303 263. Correo electrónico nutrition2006@reunionsciencia.es

IX Congreso Nacional de Medicina Interna, el Simposio Internacional de Hipertensión Arterial y el Taller Internacional de Diabetes Mellitus.

Lugar y fecha: Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba, del 23 al 27 de octubre de 2006. Informes: Lic. Migdalia Luna Cisneros. OPC palacio de Convenciones de la Habana, Cuba. Teléfono: 537 208 6176. Fax: 537 202 8382. Correo electrónico: <http://www.saudecoletiva2006.com.br/espanhol/presentacion.php>

VIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género.

Lugar y fecha: Córdoba, Argentina, del 25 al 28 de octubre de 2006. Organiza: Programa Interdisciplinario de Estudios de Mujer y Género, Centro de Investigaciones María Saleme de Burnichón, Facultad de Filosofía y Humanidades - Universidad Nacional de Córdoba y Programa de Discurso Social, Centro de Estudios Avanzados - Universidad Nacional de Córdoba. Informes: VIII. mujerygenero@gmail.com

Diplomado Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, de noviembre de 2006 a mayo de 2007. Convoca: El Centro Nacional de Educación Sexual (CEN-ESEX). Modalidad semi presencial, una semana cada mes. Fecha límite de admisión: 14 de octubre de 2006. Informes: Correo electrónico: iartiles@infomed.sld.cu aalfonso@infomed.sld.cu

XIV Congreso Latinoamericano de Nutrición.

Lugar y fecha: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, del 12 al 16 de noviembre de 2006. Informes: Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Rua João Penteado 1096. São Paulo. Tel: 55 16 3921 2906. Correo electrónico: slan@slanbrasil.org Dirección de Internet: <http://www.slanbrasil.org>

PUBLICACIONES RECIENTES

Zúñiga-Herrera E, coord. México ante los desafíos del desarrollo del milenio. México, DF: Consejo Nacional de Población; 2005.

Comisión Especial para Conocer y Dar Seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Femicidios en la República Mexicana y a la Recuperación de Justicia Vinculada. Violencia feminicida en 10 entidades federativas de la República Mexicana. México, DF: H Congreso de la Unión; 2006.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. México. Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México. México, DF: PNUD; 2006.

