

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

Volumen 7 • No. 2

Mayo - Agosto 2009



**GOBIERNO
FEDERAL**

**MÉXICO
2010**

SALUD

Presentación

Aurora del Río Zolezzi

Masculinidad y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México. Realidades y retos

Yuriria A. Rodríguez Martínez

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

Gustavo Nigenda López
Mariana López Ortega
Cecilia Matarazzo
Clara Juárez

Comentario al trabajo: Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género

Héctor Ávila Rosas

Mujeres y hombres bebiendo cerveza. Etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec

Sergio Lerín Piñón
Marinella Miana Borruso

Para Compartir Documentar inequidades de género en salud

Cecilia Robledo Vera

Para Descifrar

NotiGénero



Vivir Mejor

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

BOLETÍN • GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Villalobos

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Dra. Maki Esther Domínguez Ortiz

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Gabriela Villarreal Levy

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Imilse Arrue Hernández

Héctor Ávila Rosas

Luis Botello Lonngi

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagić

Cecilia Robledo Vera

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Rafaela Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

SECRETARÍA TÉCNICA

Cecilia Robledo Vera

Imilse Arrue Hernández

Diseño gráfico y editorial:

arte i diseño, Don Juan 73-7, Col. Nativitas, C.P. 03500, México, D.F.

Impresión offset:

Ediciones Corunda, S.A. de C.V., Tlaxcala 17, Col. Barrio San Francisco, C.P. 10500, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir el 30 de septiembre de 2009.

El tiraje consta de 2,000 ejemplares.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 – 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVA DE DERECHOS

Licitud de Título: En trámite, con el folio

04-2006-062612483500-01

Comentarios y correspondencia:

boletin.generoy salud@salud.gob.mx

cecilia.robledo@salud.gob.mx

Homero 213, 3er piso

Colonia Chapultepec Morales

11570, México, D.F.

Tel: 01 (55) 52 63 91 00, extensión 3078

Consulta en línea:

<http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx>

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. Indizada en la base de datos Periódica, del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex –Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal–. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores.

Presentación

El boletín *Género y Salud en Cifras* tiene múltiples aspiraciones, una de ellas es legitimar la importancia de comprender las causas de las enfermedades de mujeres y hombres, de niños y niñas; para complementar la construcción de indicadores sobre la salud/enfermedad. Las cargas de género, vistas como estereotipos, mitos, elementos de la construcción de masculinidad y feminidad, entre otros, tienen un papel crucial en la construcción de la salud y en todo el proceso de la atención a la enfermedad.

Las causas o determinantes sociales están arraigadas en el imaginario grupal e individual en forma de hábitos, costumbres, tradiciones o mandatos. Actúan de manera inconsciente, naturalizada, por lo tanto, su modo invisible de guiar los comportamientos, desprotege y hace vulnerables a las mujeres y, a pesar de su aparente posición de dominio, afecta la salud de los hombres.

La invitación a la lectura de este nuevo número de *Género y Salud en Cifras* va en torno a decodificar estas construcciones, hacerlas visibles, transformarlas.

En este marco se presentan tres artículos de diversas temáticas y abordajes metodológicos que coinciden en hacernos un llamado desde la perspectiva de género.

Introduciéndonos en el tema de la atención no formal a la salud Gustavo Nigenda y colaboradoras, en "Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género", nos ubican en un tema de gran sensibilidad y actualidad: la dinámica familiar en relación con la atención a miembros con enfermedades crónicas no transmisibles y discapacitados para, particularmente, identificar qué integrantes de las familias dedican más tiempo al cuidado de las personas enfermas y discapacitadas, así como aspectos sobre la calidad de la atención y la forma en la que la estructura familiar se ajusta y redefine funciones por el hecho de tener una persona enferma o discapacitada a quien hay que proporcionarle cuidados específicos. Por otro lado, se exploraron, algunas respuestas institucionales y comunitarias ante el incremento de la demanda de atención de la población envejecida y discapacitada.

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

En el siguiente artículo, Rodríguez Martínez, documenta los efectos del alcohol como factor de riesgo para los accidentes y las enfermedades del hígado, y su impacto en la salud de los hombres. A decir de la autora "la cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado" son una de las principales causas de muerte de hombres en México. En 2005 ocupó la segunda causa de muerte en hombres de 15 a 64 años de edad con 14,534 casos y una tasa de 45.1 por 100 mil habitantes, 5 veces más alta que en el caso de las mujeres. Para 2007 esta clasificación ocupó la tercera causa de muerte en hombres con 20,941 casos y una tasa de 40.2 por 100 mil habitantes, resultando ser 4 veces más alta que la de esta causa de muertes en mujeres cuya tasa fue de 12.9 por 100 mil habitantes con 6,905 casos.

Como es conocido los determinantes sociales de la salud son factores que estimulan, marcan y definen una diferente estratificación social en los grupos humanos y, por ende, diferente posición social respecto al acceso y control de los recursos. El modelo de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) toma en cuenta indicadores tradicionales (ingreso y educación), indicadores innovadores (género, sexualidad y etnia) e indicadores intermedios (condiciones de vida, disponibilidad de alimentos,...).

En dicho marco teórico se adscribe el artículo “Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México: realidades y retos”, donde su autora, Rodríguez Martínez a partir de un análisis documental presenta algunos problemas prioritarios de salud de los varones en el contexto mexicano. Describe datos epidemiológicos de las principales causas de morbi-mortalidad en los hombres en México, para sustentar algunas prioridades en investigación e intervención interdisciplinaria en salud considerando al género como determinante social de la salud.

La autora hace énfasis en que la relación entre la construcción social de las masculinidades, las subjetividades de los varones, y sus identidades han sido eje de muchas discusiones conceptuales, metodológicas para la comprensión de las masculinidades y la aproximación a proyectos de acción dirigidos a la atención de las problemáticas como la violencia contra las mujeres y contra los mismos hombres, así como temáticas sobre la experiencia y diversidad sexual, la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, señala la necesidad de avanzar una línea investigativa fundamental, que relacione la masculinidad y la perspectiva de género con los problemas de salud que no necesaria o directamente se vinculan con la sexualidad, la reproducción, o las consecuencias de la violencia física contra sí mismos, contra otros hombres o contra las mujeres.

La autora también sugiere un desafío para las organizaciones internacionales de incorporar realmente la perspectiva de género, al analizar reportes internacionales de problemas de salud como los accidentes viales, donde ni siquiera desagregan los datos por sexo y mucho menos, se analizan con perspectiva de género. Ejemplo de ello, es el caso del *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, es hora de pasar a la acción*, de la OMS,ⁱ en el cual la palabra “género” no aparece en todo el documento y la palabra “sexo” aparece sólo como parte de la nota metodológica pero no se utiliza como variable para desagregar y presentar cuadros por sexo. Llama la atención, ya que –éste es un problema de salud pública donde los afectados son mayoritariamente los hombres y en el que el género se encuentra presente como determinante social de esta problemática.

En “Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México: realidades y retos”, se confirma a

partir de las cifras documentadas que las muertes por homicidios, accidentes y, en general, la violencia son factores de riesgo y determinantes de salud de los varones.

En este artículo se reconoce una sugerente invitación a comprender en su diversidad y profundidad las dimensiones de la construcción de las masculinidades y su impacto en la salud. Nos plantea el desafío de incursionar en esta relación de poderes, saberes, imaginaria, mitos, costumbres. Nos estimula a visualizar los determinantes sociales que afectan ostensiblemente la salud de los hombres.

En este orden temático, Robledo Vera, nos alerta sobre la necesidad de documentar Inequidades de Género en Salud, en su ensayo, sitúa la importancia de mostrar cómo y con qué magnitud se ve afectada la salud de mujeres y hombres de diversas edades y condiciones sociales en relación con las desigualdades de género. En este sentido la autora señala tres rutas críticas: los datos oficiales, desagregados por sexo y edad; el análisis de los procesos que intervienen en el continuo salud-enfermedad, a través de la implementación de encuestas; y la investigación.

Ratificamos el compromiso de *Género y Salud en Cifras* de estimular la construcción de rutas científicas interdisciplinarias para lograr que el trabajo en salud con perspectiva de género cuestione permanentemente la desigualdad social entre mujeres y hombres y alcance los objetivos éticos y políticos de desarticularla y transformarla en igualdad y condiciones equitativas para mantener la salud de mujeres y hombres de todas las edades.

Género y Salud en Cifras sigue abogando por que la investigación entre las ciencias médicas, incluyendo la epidemiología, y las ciencias sociales con perspectiva de género, avancen en sustentar con evidencias científicas, el impacto del sistema tradicional de género, sobre la salud de los hombres y las mujeres, las niñas y los niños, de manera que se formulen líneas de intervención y políticas públicas más efectivas y eficientes para mejorar la salud de la población y erradicar las inequidades de género.

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

i Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, es hora de pasar a la acción. Ginebra; 2009.

Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México. Realidades y retos

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez ^{i, ii}



- i Directora de Género y Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México. Trabajo basado en la Ponencia del mismo nombre, presentada en coautoría con la Dra. Aurora del Río Zolezzi en el III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y las Masculinidades, realizado en Medellín, Colombia, en diciembre de 2008.
- ii Agradezco a la Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, por la información y las reflexiones compartidas sobre la salud de los hombres en nuestro país y la importancia de abordarla desde la perspectiva de género.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es mostrar que en el ámbito de la salud de los hombres en México contamos con una serie de datos del Sistema Nacional de Información en Salud de los cuales se pueden derivar algunas preguntas y reflexiones en cuanto al género como determinante social de la salud, y algunos retos en este campo en materia de investigación y de intervención interdisciplinaria en políticas de salud pública. A partir de un análisis documental se presentarán algunos problemas prioritarios de salud de los varones en el contexto mexicano. Se describirán las cifras epidemiológicas de las principales causas de morbi-mortalidad en los hombres en México, para sustentar algunas prioridades en investigación e intervención interdisciplinaria en salud considerando al género como determinante social de la salud.

Como sabemos, actualmente los estudios de género, en torno a las identidades masculinas y los hombres, cuentan con un grupo de líneas de investigación e intervención relacionadas con las diferentes dimensiones de las masculinidades y las variables que la constituyen a partir de la raza/etnia, la clase, la orientación sexual. Particularmente, la relación entre la construcción social de las masculinidades, las subjetividades de los varones, y sus identidades, junto con la interrelación de éstas con las problemáticas sobre la violencia contra las mujeres y contra los mismos hombres, o con temáticas sobre la experiencia y diversidad sexual, su salud sexual y reproductiva, han sido eje de muchas discusiones conceptuales y metodológicas para la comprensión de las masculinidades y la aproximación a proyectos de acción dirigidos a estos temas. Sin embargo, está pendiente avanzar una línea investigativa fundamental en esta época, que relacione la masculinidad y la perspectiva de género con los problemas de salud que no necesaria o directamente se vinculan con la sexualidad, la reproducción, o las consecuencias de la violencia física contra sí mismos, contra otros hombres o contra las mujeres.



Para el mundo, el consenso alcanzado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, marcó el parte aguas para el reconocimiento de la desigualdad social de género como asunto de justicia y derechos humanos relacionado con la salud, y sentó las bases de líneas de acción para establecer condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho a la salud en situación de igualdad entre mujeres y hombres¹. La crítica y el trabajo del movimiento feminista fue trascendental para ese logro consensuado entre los diferentes gobiernos y actores sociales que participaron.² Las denuncias y exigencias feministas impulsaron el giro alcanzado en los conceptos de salud y desarrollo enmarcados en los instrumentos jurídicos internacionales de derechos humanosⁱⁱⁱ para el combate contra la violación de los derechos de las mujeres en cuanto a su salud, particularmente la salud reproductiva, y el uso de la categoría de género como eje central en la investigación y la acción en estas materias.

Las líneas internacionales desarrolladas para atender los problemas de salud que afectan a las sociedades, también fueron impactadas en los últimos 14 años por los consensos de Cairo y Beijing, dando como resultado el reconocimiento del género, como un determinante social del estado de salud de los pueblos, así como de los procesos y condiciones en torno a las enfermedades de las mujeres pero también de los hombres.^{3,4,5}

iii Como la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer, 1989; Convención Internacional de los Derechos del Niño, 1991; Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción, Viena, junio de 1993.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD: CONCEPTOS BÁSICOS

De acuerdo con el desarrollo de las ciencias biomédicas, cada vez es más importante el reconocimiento de que, en el campo de la salud, es fundamental considerar las características biológicas del individuo y sus manifestaciones corporales para identificar las condiciones de salud, o en su caso, diagnosticar padecimientos, proponer terapéuticas farmacológicas y/o físicas, psicológicas, además de establecer un pronóstico de posible evolución y mejora.^{iv} En cuestiones de salud también el sexo, esto es, las características anatómicas y fisiológicas que diferencian a la especie humana en 2 tipos masculino/hombre y femenino/mujer es una variable fundamental que puede determinar diferencias en todos los campos, no sólo el reproductivo, debido a los procesos biológicos y metabólicos corporales.⁵

Además del sexo, en el ámbito de la salud también se debe considerar al género. El género como construcción social e histórica establece los atributos socialmente construidos, por lo que cada cultura, de acuerdo con la época y el grupo social, otorga sentidos y significados diferentes a lo que significa ser hombre o ser mujer. El género establece límites,⁶ esto es, la gama de posibilidades socialmente esperadas y demandadas, de la experiencia de vida para las mujeres y los hombres, fundamentadas en un modelo anatómico de dos sexos diferentes y complementarios para la reproducción. Esta gama de posibilidades es más restringida debido al peso de las instituciones culturales que convencionalmente han construido y sostenido esas diferencias a través del tiempo.

Como categoría social, el género empezó a desarrollarse conceptualmente a partir del análisis de Gayle Rubin,⁷ quien en 1975, con su artículo “El tráfico de mujeres: notas sobre la

“economía política” del “sexo”, marcó “el despegue de la utilización de dicha categoría en las ciencias sociales a mediados de los años setenta”. Desde entonces, muchas autoras y autores han contribuido en la discusión conceptual del género.^v

Más allá de la biología, la categoría de género avanza y nos permite vincular el análisis de las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres⁸ y sus efectos o relaciones con las condiciones de salud. Los límites del género,⁶ es decir, la gama de posibilidades socialmente esperadas de la experiencia de vida para las mujeres y los hombres, basada en la anatomía sexualmente diferenciada, y que se restringe debido al peso de las instituciones culturales que convencionalmente han construido y sostenido esas diferencias, también determinan condiciones sociales, culturales y económicas que generan inequidades e injusticia social en el ámbito de la salud.

Desde esa conceptualización, cabe recordar que luego de las preguntas planteadas por el feminismo académico sobre qué es ser mujer y qué papel o lugar tiene en la sociedad, y ante los cambios sociopolíticos y económicos de las últimas décadas, se hizo necesario abordar la cuestión de qué es ser hombre y qué papel juega en la sociedad. Como explica Nelson Minello⁹ después de la década de los sesentas y con el avance dado en los estudios sobre la situación de las mujeres,^{vi} se iniciaron los estudios sobre los hombres y las masculinidades en la década de los años setentas con la finalidad de conocer y comprender la formación de la masculinidad y el papel de los hombres en los cambios sociales a partir de sus experiencias cotidianas en un marco socio-histórico y cultural.^{vii}

iv Actualmente existen evidencias de la relación entre las diferencias biológicas por sexo y las reacciones o respuestas ante una enfermedad o un medicamento. Un ejemplo, es la evidencia que hay de que la sensibilidad de las mujeres a la exposición química es mayor a las de los hombres debido a las diferencias biológicas por sexo en la absorción, el metabolismo y la expulsión de grasas. Específicamente, en lo que respecta a los tratamientos antiretrovirales contra el VIH, las mujeres son más propensas a experimentar eventos adversos asociados con la toxicidad mitocondrial, una mayor incidencia de daños en la piel y toxicidad del hígado, así como diferentes perfiles de lipodistrofia comparado con los hombres (Forum for Collaborative HIV Research. Report of the Workshop: Sex and Gender Issues in HIV Disease. November 4-5, Washington (DC): The George Washington University Medical Center; 2002. Debido a estas diferencias biológicas el impacto de eventos adversos en las mujeres UDI y con VIH es doblemente mayor.

v Véase por ejemplo a Scott, 1990; de Barbieri, 1992 y 1996; Lamas, 1996, 1996a, 1996b, 1999; Rubin, 1984 y 1996).

vi Como menciona Minello⁹, el auge de este tipo de estudios en Estados Unidos dio origen a los llamados Women's Studies y espacios académicos específicos para su desarrollo.

vii Como afirma Minello⁹, además de espacios académicos interesados en el estudio de la masculinidad, surgieron grupos y medios de comunicación escritos en los que se manifestó un interés por parte de algunos hombres, de incorporarse a la discusión social y política acerca del género y de la experiencia de los hombres y sus masculinidades.

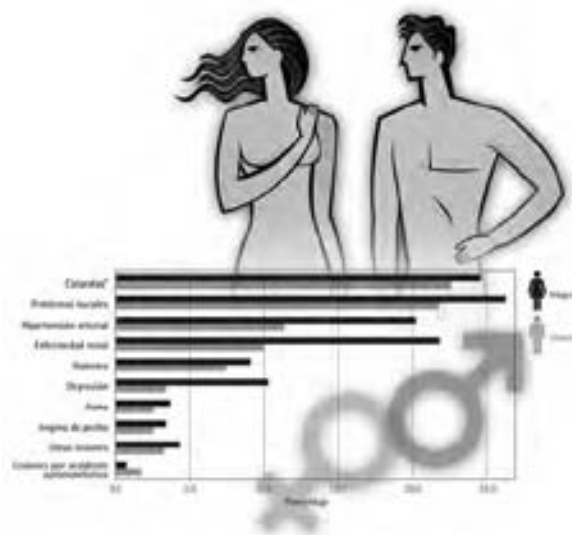
Es así como surgió la noción de ‘masculinidad’; como una subcategoría de la categoría de género. Sus orígenes estarían situados en la segunda mitad de la década de los años 70 y principios de los 80.¹⁰ El movimiento de mujeres en el mundo entero, no sólo en la academia, generó una serie de preguntas en torno a qué es ser hombre, de qué manera participan los hombres en las relaciones de poder y opresión hacia las mujeres, cómo están o no cambiando esas concepciones, debería cambiar o cómo deberían ser los hombres. Asimismo, el movimiento gay y los efectos de la epidemia del VIH/SIDA movilizaron los cuestionamientos sobre el deber ser masculino y su relación en las desigualdades sociales. Posiblemente no eran preguntas nuevas, pero sí la manera de plantearlas en términos del análisis de las relaciones de poder entre hombres y mujeres lo cual creó un interés paralelo y renovado en explorar cuestiones acerca de los hombres y sus roles sociales, especialmente en países desarrollados como Estados Unidos e Inglaterra. Como es sabido, estas perspectivas han permeado la discusión y los estudios de la masculinidad en América Latina.⁹

Según Amuchástegui¹¹ es posible que los esfuerzos por construir el concepto de masculinidad han surgido de una reacción ante la equiparación hecha entre el término género con los estudios y trabajo sobre las mujeres. Esta autora pone en tela de juicio la pertinencia de continuar en la construcción de un concepto equívoco de masculinidad y propone desplazar la discusión teórica hacia el concepto de género de manera que los hombres o lo masculino sea considerado como construcción cultural. Reconociendo los riesgos de seguir reforzando la construcción del concepto de masculinidades múltiples, la idea es hacer “... el análisis del género como una categoría relacional, dado que su función, cuando menos en la cultura occidental, es la construcción de diferencias –incluyendo jerarquías– entre dos términos (lo masculino y lo femenino, las mujeres y los hombres, la masculinidad y la feminidad”.¹¹ Así, la autora propone hablar de la “construcción social de la masculinidad” para designar los discursos sociales que tratan de definir al término masculino del género, como parte de las construcciones históricas particulares, y que se presentan a los hombres como referencia para los significados de sus propias experiencias sin que necesariamente estén reducidos a someterse a sus mandatos. Esto nos llevaría a entender la masculinidad como un proceso social, de manera que se podría comprender la

dinámica de la subjetividad de género a través de conocer los significados que los hombres construyen con base en su experiencia y a partir de contextos históricos y sociales específicos.¹¹

Con lo hasta ahora expuesto, podemos afirmar que en la comprensión de las diferencias y lugares jerárquicos que delimitan lo masculino, las masculinidades, o a los hombres, y su relación con el otro término, lo femenino, las feminidades y las mujeres, también es fundamental para entender cómo pueden estar determinando condiciones para vivir y enfrentar una enfermedad, y lo que conllevaría su atención y tratamiento para los hombres en condiciones equitativas y de ejercicio ciudadano de derechos con respecto a las mujeres. En las ciencias de la salud es relativamente reciente la incorporación de la variable “sexo” y el reconocimiento de sus diferencias biológicas; sin embargo, todavía hay muchos especialistas que las consideran como “irrelevantes” en tanto en muchos padecimientos no se observan a primera vista, o incluso, aunque haya problemas de salud pública en donde las diferencias por sexo se hacen evidentes cuando se desagregan los datos con base en esta variable.

Actualmente, existen muchas investigaciones que documentan diferencias biológicas entre hombres y mujeres, en los diferentes niveles de fisiología como el molecular, celular, hormonal e inmunológico, así como en cuanto al funcionamiento metabólico y de estructura corporal, que de alguna u otra manera intervienen en sus condiciones de salud y el desarrollo de enfermedades y sus posibilidades de tratamiento y recuperación.



Por otro lado, también es muy reciente la difusión de evidencias que develan la relación del género con los problemas de salud de hombres y mujeres, así como sus aportes como categoría de análisis para comprender la construcción de las identidades masculinas y femeninas y las inequidades de género y su impacto en la salud en general y todos los procedimientos involucrados en su cuidado y atención.¹² Luego de más de 30 años de la construcción de la categoría de género, hoy en día todavía se publican reportes internacionales de problemas de salud como los accidentes viales, donde no se desagregan los datos por sexo y mucho menos, se analizan con perspectiva de género. Es el caso del *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, es hora de pasar a la acción*, de la Organización Mundial de la Salud¹³ donde la palabra “género” no aparece en todo el documento y la palabra “sexo” aparece sólo como parte de la nota metodológica pero no se utiliza como variable para desagregar y presentar cuadros por sexo. Llama la atención ya que éste es un problema de salud pública donde los afectados son mayoritariamente los hombres y en el que el género se encuentra presente como determinante social de esta problemática.

En los últimos 30 años se ha documentado el papel de la construcción social del ser hombre o mujer, es decir, del género, en la salud y las enfermedades. Desde la perspectiva de género se pueden identificar los riesgos establecidos por el tipo de actividad y los patrones de comportamiento que las demandas de la masculinidad o la femineidad establecen; la influencia del género en la percepción de los síntomas de enfermedad, el momento de búsqueda de atención médica, o en la manera en que se asume o no el papel de enfermo/a y de cuidador/a. También se ha mostrado su impacto en las condiciones de posibilidad de acceso a los servicios de salud, las necesidades específicas y la calidad de la atención médica, y las condiciones de apego al tratamiento para las mujeres y para los hombres.

En el campo de la salud pública, el género es una categoría fundamental para comprender y atender mejor los problemas de salud, su prevención y la promoción de la salud. La Organización Mundial de la Salud, como órgano rector internacional de las políticas de epidemiología y de salud pública, ha legitimado y fundamentado al género como uno de los determinantes sociales de la salud,^{4,5} colocando a esta categoría como eje en el análisis de la salud pública.

Investigar y atender en servicios los problemas de salud de la población, ha implicado incluir la variable sexo en los análisis y comparaciones, lo que lleva a considerar condiciones y diferencias bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de manera sistemática para proponer una mejor terapéutica médica, vigilancia epidemiológica y el avance de la investigación particularizada en lo que a farmacología clínica se refiere.

Y más allá de los aspectos biológicos, el trabajo en salud con perspectiva de género también conlleva el cuestionamiento de la desigualdad social entre mujeres y hombres y los objetivos éticos y políticos de desarticularla y transformarla en igualdad y condiciones equitativas para mantener la salud de ellas y ellos.

Por eso, los organismos internacionales rectores en salud han establecido que es fundamental eliminar las inequidades de género en salud; es decir, las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia de mujeres y hombres; en la distribución y acceso diferencial a los recursos (metodológicos / tecnológicos / financieros / humanos) entre mujeres y hombres según sus necesidades específicas y diferenciadas; la contribución de las mujeres y los hombres para el financiamiento de su salud según su capacidad económica, y no su necesidad de servicios; y una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres al cuidado de la salud en la casa, la comunidad y las instituciones de salud.³⁻¹⁴ Todo eso contribuirá en el logro de la igualdad de género en la vida y la salud de la población.



MASCULINIDAD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PROBLEMAS DE SALUD DE LOS HOMBRES

Ahora bien. En lo que se refiere a la salud de los hombres, diversos estudios internacionales han identificado algunos elementos anatómicos y fisiológicos que están determinando de manera específica su salud y las posibilidades de sobrevivir, incluso, desde el primer mes de vida. Por ejemplo, según especialistas, las condiciones biológicas del nacimiento de un bebé varón⁵ están directamente relacionadas con una mayor tasa de mortalidad perinatal en los niños en comparación con las niñas. Esto se evidencia en las cifras de muerte perinatal de varones en países como México, siendo por ejemplo que entre el año 2000 y el 2005, la tasa de muerte de hombres por afecciones en el periodo perinatal no ha bajado de 17.8, siendo siempre mayor que la de muerte de mujeres por la misma causa.¹⁵

Otros ejemplos sobre el impacto de las diferencias biológicas y el factor sexo en la salud de los hombres se pueden identificar en relación con las estructuras y funciones asociadas a la reproducción como es el caso del cáncer de próstata, testículo y pene, lo que correspondería, por ejemplo, al cáncer cérvico uterino y de mama, o la mortalidad materna, para el caso de las mujeres. También se presentan repercusiones en la salud de los hombres a causa de las condiciones biológicas como las referentes a los efectos sistémicos de andrógenos y testosterona en la acumulación temprana de más grasa abdominal y los problemas del metabolismo de lípidos como el colesterol y los triglicéridos.

La relación de estas características biológicas en la salud de los hombres se observa en datos epidemiológicos. Por ejemplo, en México la tasa de mortalidad por cáncer de próstata ha ido en aumento, pasando de 7.7 a 9.0 por 100 mil habitantes entre 2000 y 2005. En 2005 murieron 4,788 hombres debido a este padecimiento, que se ubicó en la treceava causa de muerte de hombres en general y la cuarta causa de defunción hospitalaria de hombres por tumores malignos¹⁵. También podemos mencionar que entre los años 2000 y

2005, las dos primeras causas de muerte de hombres han sido la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón, para las cuales las dislipidemias son un factor de riesgo importante.^{15, viii}

Además, debemos recordar que en las últimas dos décadas muchos estudios realizados en América Latina han demostrado las diversas maneras en que los hombres latinos viven la masculinidad.¹⁶ Algunas de ellas, desarrolladas desde las ciencias sociales, han mostrado ya la relación entre mortalidad de hombres y estereotipos masculinos, como los estudios de Bonino,¹⁷ o bien, se han referido a la relación entre la masculinidad y los problemas de salud en los hombres, como es el caso de los trabajos de Benno de Keijzer.¹⁸ Específicamente, en el caso de México, los estudios en el tema de las masculinidades se han desarrollado en mayor grado, en vinculación con el tema de la salud, la sexualidad y la reproducción.¹⁹

Desde las ciencias sociales, estos estudios nos han mostrado que, como ya apuntaba Mirandé²⁰ los hombres no conforman un conglomerado homogéneo e invariable, y no actúan en automático siguiendo un único modo masculino; sino que a partir de los mandatos sociales se presenta una variedad de modalidades de masculinidad que además de ser diferentes en muchos casos, llegan a ser contradictorias. Por ello, es muy importante avanzar en los estudios y análisis sobre las masculinidades y su influencia en los problemas de salud de los hombres, para comprender cómo los viven e identificar elementos de base para su abordaje que puedan ser incorporados a las líneas de acción de la salud pública.

Aunque no debemos soslayar que generalmente los datos epidemiológicos y las experiencias de vida de las mujeres y su salud, reflejan que son ellas las que generalmente tienen mayores desventajas, sabemos que las demandas sociales de la masculinidad, sus roles y estereotipos tradicionales, también están influyendo en la salud de los hombres.

viii Aunque pudiera haber otros factores que podrían ser investigados desde las ciencias biomédicas y su intercambio interdisciplinario con las ciencias sociales, para tener mayor comprensión sobre cómo intervienen en una mayor prevalencia de este tipo de padecimientos en los hombres, o en su caso, en las mujeres, así como sobre cómo adaptar las intervenciones clínicas y psicosociales para prevenir y/o controlar estas enfermedades.

MORBI-MORTALIDAD DE LOS HOMBRES EN MÉXICO: DATOS RELEVANTES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PENDIENTES

Los datos epidemiológicos del Sistema Nacional de Información en Salud^{ix} reflejan la necesidad de indagar las maneras en que el género influye en las condiciones de salud de los hombres; sobre todo en algunos padecimientos que no necesariamente estarían vinculados con la sexualidad. Por eso, enfatizamos la necesidad de incorporar esta categoría en la investigación, el análisis de las causas de morbi-mortalidad más importantes en este sector de la población, así como en su atención en servicios de salud, incluidas la prevención y la promoción de la salud. Por razones de espacio y tiempo, expondremos el ejemplo de tres de ellas. Se trata de la cirrosis, vinculada a las adicciones; la depresión; y los accidentes de tránsito en vehículo motor.

En primer lugar abordaremos lo relativo a la clasificación de lo que se denomina “cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado”, una de las principales causas de muerte de hombres en México. En 2005 ocupó la segunda causa de muerte en hombres de 15 a 64 años de edad con 14,534 casos y una tasa de 45.1 por 100 mil habitantes, lo que representó 5 veces más alta que la tasa de esta causa de muerte en mujeres. Para 2007, esta clasificación ocupó la tercera causa de muerte en hombres con 20,941 casos y una tasa de 40.2 por 100 mil habitantes, resultando ser 4 veces más alta que en mujeres cuya tasa fue de 12.9 por 100 mil habitantes con 6,905 casos. Si bien, es cierto que hacen falta investigaciones con enfoque de género sobre la contribución de las otras enfermedades del hígado a estas cifras desagregadas por sexo, y más allá, la investigación sobre la contribución del consumo excesivo de alcohol a la mortalidad por cirrosis por sexo, lo que interesa aquí es destacar que estas cifras son sugerentes de la necesidad de indagar más en estos temas, tomando en cuenta al género como un determinante social, de manera que se logre tener evidencias sobre su influencia o no en estos padecimientos diferenciales por sexo.

Si consideramos que este padecimiento hepático generalmente se relaciona al consumo de alcohol y drogas, el análisis epidemiológico de este padecimiento tendría que considerar la capacidad corpórea del sexo masculino de una menor sensibilidad a la exposición de químicos, y metabolizar de manera más lenta el alcohol contenido en las bebidas. Pero también debe tomar en cuenta las circunstancias derivadas del género, en las que generalmente los hombres son interpelados por los mandatos de la masculinidad en sus grupos sociales, y la construcción subjetiva identitaria de su ser “hombre”. Esta interrelación del sujeto y su subjetividad con las demandas sociales establecen condiciones para acceder e ingerir bebidas alcohólicas, en muchas ocasiones de manera adversa a su salud. No debemos olvidar que el alcoholismo como problema de adicciones, ha sido combatido en México por muchos años con programas de la sociedad civil, de apoyo grupal como el de Alcohólicos Anónimos pero también con campañas de prevención y atención en los servicios de salud mental. De hecho, en México los modelos de atención a las adicciones generalmente están dirigidos a los hombres, dejando desprotegidas a las mujeres que tienen algún tipo de adicción y que, al ser mujeres, la estigmatización tiene un mayor peso para ellas. Sin embargo, es evidente que los servicios de atención a las personas con adicciones no se realizan con perspectiva de género y no toman en cuenta las condiciones sociales de la masculinidad y la feminidad, que enmarcan para las mujeres y para los hombres dificultades para combatir su problema, al menos en cuanto a su salud en lo individual.

ix Véase en www.sinais.gob.mx

Ante esto se requiere investigación-acción que, a partir de análisis epidemiológicos y psicosociales, con perspectiva de género, se develen aspectos útiles para la concientización de los hombres y sobre esta problemática, su participación en las posibles soluciones para la prevención de las adicciones como consumidores de alcohol y/o drogas pero también como compañeros de quienes las consumen persistentemente; su co-responsabilidad en la educación de los hijos/as y en el fomento del autocuidado de la salud. También resulta indispensable realizar investigación longitudinal, de cohortes, que muestre los resultados obtenidos de los programas de acción contra las adicciones en el sector salud, educativo, judicial, y que permitan evidenciar las mejores prácticas y corregir aquellas que no contribuyan con los objetivos previstos ante esta compleja problemática.

Por otra parte, en salud pública es necesario considerar que los estereotipos y roles de lo masculino, como parámetros sociales, donde un “verdadero hombre” debe mostrarse fuerte, valiente, heterosexual, duro y nada afectuoso, propician mecanismos y situaciones en las que un hombre enfrenta dificultades que le impiden o limitan la expresión de sus afectos y emociones, principalmente las referidas al cariño, ternura, compasión. Si consideramos que los modelos de identidad masculina se han conformado, separando la emotividad de la racionalidad, como lo plantea Seidler,^{21,22} entonces es entendible que se esperen conductas más racionales y menos emotivas de parte de los hombres lo que a su vez estaría influyendo en su percepción corporal y psico-emocional. Al ingerir bebidas alcohólicas, aparece en “la borrachera”, el aval social para los hombres para manifestar debilidades, cobardías, alegrías o en su caso tristezas y frustraciones, o comportamientos que de otra manera posiblemente no los realizaría nunca.²³ La posibilidad de los hombres de expresar afectos de ternura, cariño, confianza o tristeza y frustración asociada a la ingesta de bebidas alcohólicas puede estar asociada a una depresión.

Este es el segundo padecimiento que requiere una aproximación con perspectiva de género, considerando la construcción social de la masculinidad como el marco a partir del cual los hombres cuentan con pocas posibilidades para expresar sus tristezas, angustias y desilusiones. Para ello, y de manera relacional, debemos destacar que en México, la primera causa de pérdida de años de vida saludable^x en las mujeres

de 15 a 44 años, es la depresión unipolar. Esta información está ya trabajada en nuestro país.²⁴ Sin embargo en el caso de los hombres no se ha analizado de manera puntual aunque a nivel internacional se sabe que los padecimientos como la cirrosis, el consumo de alcohol y los accidentes y lesiones son causa de la mayor pérdida de años de vida saludable para ellos. Vale destacar aquí que estas enfermedades también se encuentran en la lista de las primeras 10 causas de muerte de hombres en México.



En cuanto a la depresión en los hombres, nos interesa destacar que no está siendo analizada ni atendida considerando el género. De hecho, tampoco en las mujeres. En el caso de ellas, existe una vasta gama de investigaciones que muestran sus intersecciones con sus condiciones de género derivadas de los mandatos de la feminidad y el sistema patriarcal que permea las relaciones sociales y las políticas públicas todavía en México.^{25,26,27,28} Se trata de investigaciones que han sido fundamento de líneas de intervención particularmente en unidades especializadas como el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En contraste, la depresión en los hombres no es un tema de investigación de gran interés; como tampoco lo es su reconocimiento, su detección oportuna, su prevención y atención. Tal vez las dificultades familiares y sociales evidentes ante el caso de un hombre adicto al alcohol o a las drogas pueden estar ocultando un caso de depresión. En 2006, en México el otorgamiento de servicios de salud mental en unidades médicas no psiquiátricas registró un total de 252,201 sesiones individuales de consulta para mujeres a causa de un problema mental, además de 2,884 sesiones a causa de una adicción farmacológica, y 1,458 casos de adicción al alcohol. En cambio, se registraron 151, 325 sesiones individuales de consulta para hombres a causa de un problema mental, 7, 070 por adic-

x Se trata de una medida de carga de enfermedad que se ha desarrollado recientemente para valorar de otra manera los daños generados en una persona a causa de un determinado padecimiento que no necesariamente la llevan a la muerte.

ción farmacológica y 4, 877 por adicción al alcohol. En una rápida comparación tenemos que las sesiones para mujeres por problema mental son mayores en un 67.3%. En cambio, las sesiones por adicción farmacológica para hombres son mayores a las de mujeres en un 145%, así como las realizadas para ellos por adicción al alcohol, mayores en un 234% más.

Ante estos datos, cabe preguntar ingenuamente si la menor cantidad de sesiones individuales para hombres a causa de un problema mental se debe a que hay mucho menos hombres con depresión que mujeres. Pero siendo críticos, habrá que preguntar si esto ocurre por la falta de reconocimiento de la sociedad, sus instituciones, y de los hombres mismos, a sus problemas de depresión; por la poca o casi nula promoción de la salud mental para ellos lo cual no fomenta su propio cuidado y la importancia de que acudan a solicitar atención profesional; o acaso estos datos también reflejan la ausencia de difusión de los servicios de salud mental para los hombres, la falta de horarios disponibles para que ellos puedan acudir a estos servicios, y, en algunos casos, la falta de sensibilidad por parte de algunos profesionales de la salud ante los aspectos de género y las masculinidades. Estas preguntas simples pueden ser fuente de indagaciones complejas y sistematizadas que den elementos para la comprensión de la salud mental de los hombres, de la depresión como concepto relacional al género para ellos y para las mujeres, para un mayor conocimiento sobre la relación de algunos problemas mentales como la depresión con la conformación de la masculinidad, y sus necesidades de atención a estos y otros padecimientos.

En tercer lugar, podemos ejemplificar con otro problema de salud pública, que eminentemente no tiene una etiología de carácter biológico. Nos referimos a las lesiones. Particularmente aquellas originadas en accidentes de tránsito en vehículos de motor como las ocasionadas por agresiones, lesiones autoinfligidas y homicidios. Las primeras, resultado de accidentes automovilísticos fue la quinta causa de muerte en hombres en 2002, 2004 y 2005. Desde el año 2002 la tasa de mortalidad de hombres por accidentes de tránsito en automóvil no ha bajado de 14.4, aumentando año por año y siendo para 2006 de 17.4; mientras que para las mujeres ha oscilado entre 4.1 y 4.8. Esto significa que los hombres mueren al menos 3 veces más que las mujeres a causa de un accidente automovilístico. A estas cifras podemos agregar las del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática,²⁹ las reflejan que, de 2000 a 2006, más del 90% de los conductores en un accidente automovilístico son hombres.

Otras cifras relevantes son las de accidentes automovilísticos como la primera causa de muerte en hombres jóvenes. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, en México, del total de preadolescentes y de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad que sufrieron daños a la salud por un accidente de choque de o entre vehículos de transporte, en los últimos 12 meses antes del levantamiento de esta encuesta, 6% refirieron haber estado bajo los efectos del alcohol cuando tuvieron el accidente, lo que en las mujeres disminuye a menos de 3%. Además, alrededor del 60% fueron hombres.

Benno de Keijzer³⁰ en México y Gary Barker en Brasil³¹ han abordado esta problemática pero todavía quedan múltiples vacíos para comprender las circunstancias que, desde el género, favorecen las prácticas de riesgo en hombres jóvenes que les llevan a tener tres veces más accidentes automovilísticos, teniendo como resultado secuelas de discapacidad física o, incluso, la muerte.

Finalmente, cabe mencionar que otro problema de lesiones son las agresiones y homicidios, que en el caso de las mujeres no aparecían en las primeras 20 causas de muerte en las cifras de entre 2001 al 2005; pero en el caso de los hombres se mantuvo entre la 7ª y la 8ª causa de muerte en ese mismo periodo. Para 2007, el SINAIS¹⁵ publicó que para el total de hombres las agresiones fueron la octava causa de muerte mientras que para las mujeres no aparece dentro de las primeras 10 causas de muerte. Si observamos los datos por edad, para los hombres de 15 a 19 años fue la segunda causa de muerte con una tasa de 11.3 por cada 100 mil hombres en ese rango de edad, siendo que para las mujeres de ese mismo rango de edad fue la quinta causa de muerte, con una tasa de 2.1 por cada 100 mil mujeres en ese rango de edad.



La violencia entonces, aparece en estas cifras como un determinante de la salud de los varones y un factor de riesgo³², en tanto condición de posibilidad para la ocurrencia de agresiones y homicidios. Esto tiene relación con las dificultades que el sistema de género impone a la masculinidad y su profunda negación del cuerpo junto con el rechazo a la manifestación de sus emociones lo que a su vez, contribuye también a que los hombres enfrenten grandes dificultades para el reconocimiento y la expresión de sus dolores y afectaciones físicas y emocionales. El sistema de género establece una sanción social para ellos ante dichas manifestaciones, como una falta de virilidad.

Para quienes estudiamos el género, nos puede parecer obvia la interrelación entre su construcción social, la masculinidad, y estos padecimientos mayoritariamente concentrados en hombres dadas las condiciones sociales en que se les presentan de manera constante los mandatos de una masculinidad arriesgada, valerosa, alejada de los atributos de la femineidad, empujándolos a exponerse a mayores posibilidades de riesgo de sufrir un accidente. Sin embargo, todavía no contamos con un cuerpo sólido de resultados de investigación, cualitativa y cuantitativa, con evidencias científicas que permitan sustentar intervenciones con acciones específicas para la difusión de medidas preventivas, el incremento de la concientización de esta problemática y su vinculación con el género y los mandatos de la masculinidad socialmente legitimada.

Ante estos datos quedan pendientes algunas preguntas para la investigación interdisciplinaria, como por ejemplo, ¿qué relación tiene el género y la masculinidad con este problema

de salud de los hombres?; ¿de qué manera influyen los mandatos de la masculinidad en las decisiones, o en términos de Butler, en las 'elecciones pre-reflexivas' con las que los sujetos eligen de manera preconsciente actuar de una u otra manera ante la alternativa de conducir a alta velocidad?; ¿qué sucede cuando un hombre joven elige no conducir a alta velocidad, o definitivamente, no conducir su auto si ha tomado algunas cervezas?; ¿en qué horarios y bajo qué condiciones ocurren más frecuentemente los accidentes automovilísticos con conductores hombres jóvenes y qué tiene que ver esto con sus relaciones afectivas con otros hombres, con mujeres, o con los miembros de su familia?

Estos datos relevan la urgencia de indagar más la relación entre el género y los problemas de salud de los hombres en cuanto a su participación en accidentes automovilísticos; la falta de conciencia de su responsabilidad y posibilidades de prevenirlos; las múltiples consecuencias en su vida y su salud que quedan como secuelas permanentes afectando su desarrollo, su calidad de vida, su convivencia familiar y social. De igual manera, necesitamos ese tipo de investigaciones para recolectar resultados que contribuyan a sensibilizar de una manera más eficaz a las autoridades de salud sobre la necesidad de producir campañas de difusión y de prevención de accidentes con perspectiva de género. Al mismo tiempo, es necesario desarrollar investigación sobre las vías a través de las cuales el autocuidado de la salud y la toma de medidas de prevención sean revisados como parte de un ejercicio ciudadano del derecho al cuidado de la salud en la que también los hombres (y las mujeres) pueden participar activamente, desde su propia autodeterminación.

CONCLUSIONES

Aún cuando en México, el sistema de salud ha logrado avances importantes en materia de Protección Social en Salud, todavía presenta debilidades por el rezago social, los riesgos, y los problemas de salud emergente, así como las brechas en la atención a la salud de las mujeres y los hombres, cada vez más documentadas. Por eso, es indispensable que la investigación interdisciplinaria entre las ciencias médicas, la epidemiología, y las ciencias sociales con perspectiva de género, avancen en sustentar con evidencias científicas, el impacto del sistema tradicional de género, sobre la salud de los hombres (y de las mujeres también) de manera que se formulen

líneas de intervención y políticas públicas más efectivas y eficientes para mejorar la salud de la población.

En México, los datos oficiales de salud reflejan la importancia de considerar al género como categoría relacional de la construcción social del deber ser masculino, la conformación de subjetividades y su vinculación en la manera en que los hombres se enferman, viven sus padecimientos, buscan atención médica, se hacen cargo del cuidado de su salud y de otras personas, y alcanzan o no el logro de una buena adherencia terapéutica.

Si bien, posiblemente no en todos los padecimientos de los hombres tienen una etiología vinculada al género, todo el proceso involucrado en la ocurrencia, atención y tratamiento a una enfermedad en ellos, como en las mujeres, involucra al género en tanto construcción social de la masculinidad que establece patrones de comportamiento y valoración, roles y estereotipos, normas y parámetros de convivencia y relaciones personales para los hombres en todos los ámbitos de su vida y cotidianidad.

La perspectiva de género ha sido una herramienta conceptual y metodológica fundamental para develar las desigualdades sociales que impactan prioritariamente en las mujeres, incluyendo su salud. Sin embargo, habría que avanzar en aplicarla en la investigación de salud pública y epidemiológica sobre los problemas de salud de los hombres (y de las mujeres también) y en la formulación de intervenciones y medidas preventivas y de promoción de la salud que coadyuven a su libre ejercicio del derecho a la protección de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Family Care International -FCI- Acción para el siglo XXI y Derechos Reproductivos para Todos, Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos recomendadas en el Programa de Acción de la CIPD celebrada en El Cairo en septiembre de 1994. Nueva York: FCI; 1994.
2. Jusidman C. La experiencia de la participación de México en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Pekín. En: García B, coord. Mujer, género y población en México. México: El Colegio de México / Sociedad Mexicana de Demografía; 1999. p. 483-544.
3. Organización Panamericana de la Salud. Taller Género, salud y desarrollo. Guía para facilitadores. Mujer, salud y desarrollo. Washington (DC): OPS - División de la Salud y Desarrollo Humano; 1997.
4. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies; 2005.
5. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karolinska Institutet; 2007.
6. Butler J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En: Lamas M, compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG / Miguel Ángel Porrúa; 1996. p. 303-26.
7. Rubin G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad en Vance C, compiladora. Placer y peligro. Boston: Roultdge & Kegan Paul, 1984. p.113-190.
8. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Amelang J.S. y Nash M, coordinadoras. Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia, Esp: Edicions Alfons El Magnanim/Institución Valenciana D' Estudis I Investigación; 1990. p. 23-56.
9. Minello N. Masculinidad/es: un concepto en construcción. Revista de Ciencias Sociales. número 61, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes / Instituto Nacional de Antropología e Historia / Universidad de la Ciudad de México / El Colegio de México / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología / Plaza y Valdés Editores, 2002, pp. 11-30.
10. Szasz I. Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. En: Lerner, S editora. Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano y Sociedad Mexicana de Demografía; 1998. p. 137-62.

11. Amuchástegui A. La navaja de dos filos: la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades. *La Ventana, Revista de estudios de género*. 2001; (14):102-25.
12. Buvinic M, Médici A, Fernández E, Torres A.C. Gender Differentials in Health. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DV, et al, editores. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2 nd ed. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006. p.195-210.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, es hora de pasar a la acción. Ginebra; 2009.
14. Organización Panamericana de la Salud. *Gender, Health and Development in the Americas* Washington (DC): OPS/ Population Reference Bureau; 2003.
15. Anuarios. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud, México. Véase en <http://www.sinais.salud.gob.mx>
16. Valdés T, Olavarría J, editores. *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Colección. Ediciones de las Mujeres, Número 24, Santiago, Chile: Isis Internacional/FLACSO Chile; 1997.
17. Bonino L. Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. Conferencia presentada en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina; 1989.
18. de Keijzer B. *La enfermedad y la muerte en los hombres: masculinidad y salud*. México: Fundación MacArthur; 1994.
19. Lerner S, editora. *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México; 1998.
20. Mirandé A. Los hombres latinos y la masculinidad: un panorama general. *La Ventana* 1997; (8): 8-45.
21. Seidler V. *Rediscovering Masculinity: Reason, Language and Sexuality*. London: Routledge; 1986.
22. Seidler V. *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*. México, Paidós / PUEG-UNAM / Ciesas; 2000
23. de Keijzer B. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Boletín Género y Salud en Cifras*. 2003 sep – dic; 1(3): 3-7
24. Lozano R. El peso de la enfermedad de las mujeres en México. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Innovación y Calidad / Dirección General de Información en Salud; 2006.
25. Lara, MA. *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. México: Pax México; 1997.
26. Lara MA. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental*. 1999;;121-27.
27. Ramos L, Jiménez RE, Saltijeral MT, Caballero MA. Necesidades de atención a la salud mental en mujeres violadas. *Salud Mental* 1997 Julio; 20 Supl 2: 47-54.
28. López O ¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina? En: López RS, coordinador. *Lo corporal y lo psicossomático*. Tomo I. México: Plaza y Valdés; 2002.
29. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Véase en www.inegi.gob.mx
30. de Keijzer B. La masculinidad como factor de riesgo. En: Tuñón E, coordinador. *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa, Tabasco: El Colegio de la Frontera Sur y Universidad Autónoma de Tabasco; 1998.
31. Barker G. *¿Qué ocurre con los muchachos?* Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2000.
32. Núñez G. Los hombres y el conocimiento: reflexiones epistemológicas para el estudio de los hombres como sujetos genéricos” en *Desacatos Revista de Antropología Social*, 2004, 15-16.

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

Gustavo Nigenda Lópezⁱⁱ

Mariana López Ortegaⁱⁱⁱ

Cecilia Matarazzo^{iv}

Clara Juárezⁱⁱ



-
- i Una versión de este artículo fue publicada en la compilación Una mirada de género en la investigación en salud pública en México, en el 2007, por la Secretaría de Salud. Se integra con el consentimiento de las autoras y el autor.
- ii Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
- iii Escuela de Higiene y Medicina Tropical. Londres, Reino Unido de Gran Bretaña.
- iv Consultora Independiente.

INTRODUCCIÓN

Este artículo tiene como objetivo mostrar algunos de los resultados de una investigación que exploró el tema de los cuidados a la salud en el hogar. En ella se buscó conocer la dinámica familiar en relación con la atención a miembros con enfermedades crónicas no transmisibles y discapacitados para, particularmente, identificar qué integrantes de las familias dedicaban más tiempo al cuidado de las personas enfermas y discapacitadas, así como aspectos sobre la calidad de la atención y la forma en la que la estructura familiar se ajusta y redefine funciones por el hecho de tener una o un miembro enfermo o discapacitado a quien hay que proporcionarle cuidados específicos.

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

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

ANTECEDENTES

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

El primer fenómeno es el envejecimiento. México, al igual que otros países de América Latina, ha logrado reducir su tasa global de fecundidad en los últimos 30 años de 6.1 a 2.1 hijos.¹ El efecto de tal disminución sobre la estructura poblacional es que ésta ha dejado de verse como una pirámide con la base ensanchada, para tomar la forma de un barril, donde las edades intermedias empiezan a representar la mayoría de la población. Es inevitable que esta tendencia continúe y en los próximos años el crecimiento proporcional de las edades mayores será muy evidente. De hecho, de acuerdo con estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, cuando 10% de la población es mayor de 65 años de edad se considera que esta población tiene un avanzado grado de envejecimiento. En México actualmente la población mayor de 65 años de edad alcanza 7.3%, aun cuando hay una variación regional importante y se estima que en

menos de 20 años este grupo representará más de 10% del total de la población.¹

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

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

El cuarto se refiere a los cambios que se han llevado a cabo en el sistema de salud durante los últimos 20 años, al igual que otros países de la región, México ha reformado su sistema de salud con el propósito de alcanzar metas de cobertura, distribuir los recursos disponibles de manera equitativa entre la población nacional, mejorar la calidad de la atención y aumentar la eficiencia de las instituciones del sistema en el ámbito local y buscar contrapartes financieras en los estados de la federación para el sostenimiento de la operación de

los servicios⁴. Este proceso se ha desarrollado con muchas dificultades y sus consecuencias son todavía difíciles de sopesar. La reforma ha ensayado distintas estrategias para hacer más eficiente el uso de recursos en salud, aumentar la equidad y la calidad, y lograr la cobertura universal. En el ámbito hospitalario, los criterios de eficiencia han representado un ejercicio importante con logros todavía por evaluar⁵.

JUSTIFICACIÓN

A mediados de la década de los noventa del siglo XX, organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) comenzaron a reconocer el aumento de la población adulta mayor y a interesarse por el impacto de este hecho en el incremento de los recursos, tanto públicos como privados, destinados a los cuidados de este sector.⁶ En una estimación reciente, la OCDE⁷ muestra que el nivel proyectado de costos de atención para la población mexicana tenderá a crecer en menor medida que lo que crecen en promedio los países de la Organización. Esto se atribuye principalmente a que la población mexicana presenta un uso poco intensivo de la tecnología hospitalaria, lo cual podría implicar que una proporción importante de estas necesidades serán atendidas en otros ámbitos, incluyendo el hogar.

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

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

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

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

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

DESARROLLO

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

Durante la segunda fase se realizó un estudio cualitativo para identificar experiencias relatadas por integrantes de las familias

en relación con el cuidado de personas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, sus oportunidades perdidas en los campos de estudio, el trabajo o el tiempo libre, sus expectativas sobre la demanda de tiempo en el futuro, el impacto sobre su propia salud y el apoyo que esperarían obtener de las instituciones gubernamentales. Para conocer estos aspectos, se realizaron grupos focales y se efectuaron entrevistas en profundidad con diversos actores sociales interesados en el tema o que tienen participación directa en la atención a población mayor de 65 años de edad.

RESULTADOS

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

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

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

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE REALIZAN CUIDADOS, POR SEXO
ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO
ENUT 2002. MÉXICO

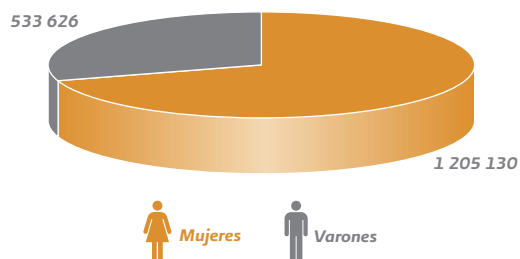


FIGURA 2
PORCENTAJE DE CUIDADOS REALIZADOS, POR SEXO
ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO
ENUT 2002. MÉXICO

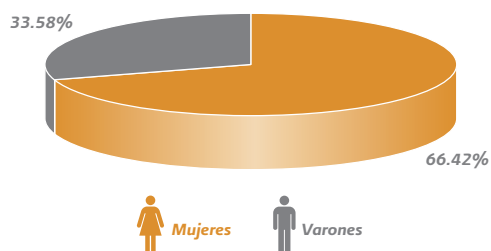
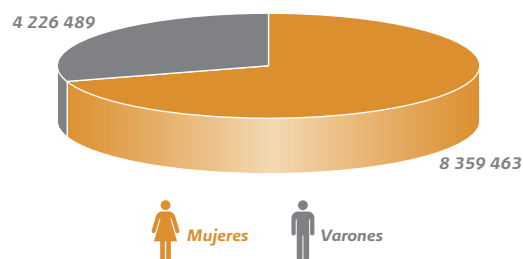
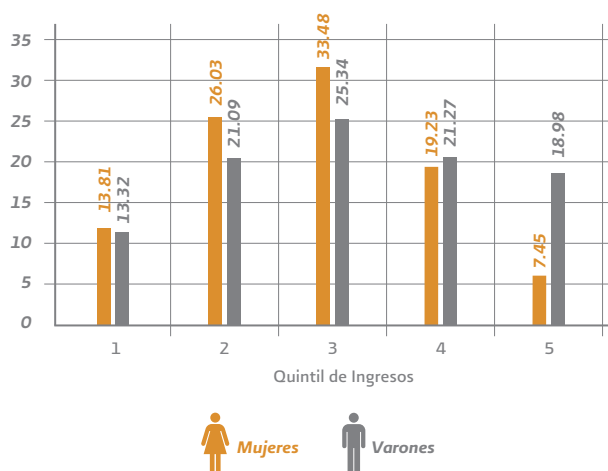


FIGURA 3
DISTRIBUCIÓN DE HORAS DEDICADAS A LOS CUIDADOS, POR SEXO
ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO
ENUT 2002. MÉXICO



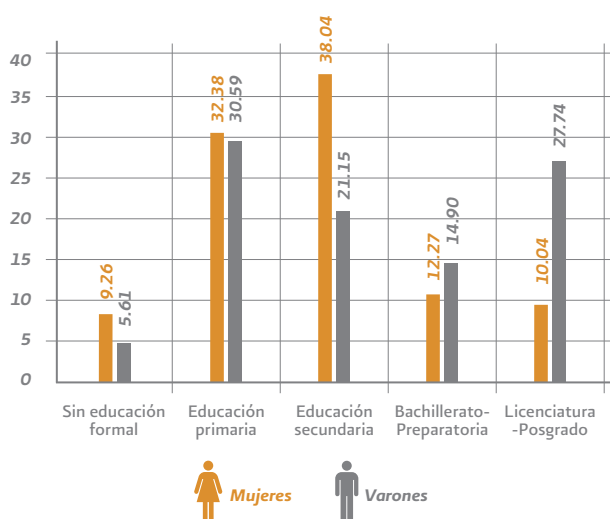
Analizando la información disponible por quintil de ingresos, se observa que 60% de las mujeres que realizaron actividades relacionadas con cuidados a la salud en el hogar se concentra en el segundo y tercer quintil, mientras que para los varones el tiempo dedicado a esas labores es muy similar en todos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

FIGURA 4
PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES QUE REALIZARON CUIDADOS,
POR QUINTIL DE INGRESOS
ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO
ENUT 2002. MÉXICO



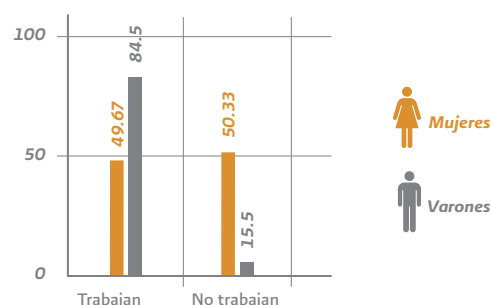
El análisis por nivel de escolaridad muestra que tanto para mujeres, como para varones la mayor carga de tiempo dedicado a estas actividades se concentra en las personas sin instrucción, así como en aquellas con grados de primaria y secundaria. Respecto a los varones, se puede observar que un alto porcentaje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

FIGURA 5
PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES QUE REALIZARON CUIDADOS,
POR ESCOLARIDAD
ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO
ENUT 2002. MÉXICO



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

FIGURA 6
PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES QUE REALIZARON CUIDADOS,
POR CONDICIÓN DE OCUPACIÓN
ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO
ENUT 2002. MÉXICO



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Una situación sobre la que las instituciones tienen diferentes perspectivas es sobre las altas hospitalarias tempranas; para algunos, reintegrar a la persona a su entorno social es lo mejor para garantizar una pronta recuperación. Para esto sugieren que es necesaria la capacitación de la familia para que puedan brindar una atención de calidad al interior del hogar. Esta argumentación se sustenta en la perspectiva de la corresponsabilidad entre las instituciones de salud y la familia para trabajar en conjunto en la recuperación de la persona. Sin embargo, consideran que la población es muy dependiente de los servicios institucionales de salud y que se practica cada vez menos el autocuidado.

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Nacional de Población. Situación demográfica de México. México, DF: CONAPO; 2003.
2. García B, Blanco M, Pacheco E. Género y trabajo extradoméstico. En: García B, coord. Mujer, género y población en México. México, DF: COLMEX; 1999.
3. Ariza M, De Oliveira O. Universo familiar y procesos demográficos. En: De Oliveira O, Ariza M, coord. Imágenes de la familia en el cambio de siglo. México, DF: UNAM; 2004.
4. Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social. Reflexiones sobre las reformas en la seguridad social. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Serie de estudios núm. 34. México, DF; 1997. Disponible en: <http://vinculando.org/salud/saludenfermedad.htm>. [2006 noviembre 15].
5. Frenk J. Reformar sin deformar: la necesidad de una visión integral en la transformación del sistema de salud mexicano. En: Frenk J, ed. Observatorio de la salud. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.
6. Conferencia Económica para América Latina. Salud y envejecimiento. En: las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina; 2003.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2005.
8. Weiner J. The role of informal support in long-term care. En: Brodsky J, Habib J, Hirshfeld M, Ed. Key policy Issues in long term care. Ginebra: World Health Organization; 2003: 3-24.
9. Provoste P. Los cuidados domésticos e institucionales de la salud y enfermedad provistos por las mujeres. En: SARE. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Euskadi, Estado Español: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer; 2003.
10. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. Gac Sanit 2001;15(6):498-505.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo. México, DF: INEGI; 2002.
12. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Atención al envejecimiento. México, DF: SSA Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud; 2001.
13. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento. Programas de Estudio. México, DF: ISSSTE; 2003.
14. Comas-Herrera A, Wittenberg R, ed. European study of long-term care expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs. Discussion Paper. DG. 2003. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/ltc_study_en.pdf. [2006 noviembre 15].
15. Esteban ML. Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. En: SARE 2003, Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Euskadi, Estado Español: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer; 2003.

Comentario al trabajo:

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

Dr. Héctor Ávila Rosasⁱ



ⁱ Investigador del Instituto Nacional de Pediatría.

El trabajo presenta un análisis sobre algunos aspectos de las y los cuidadores de enfermos, en particular de las personas mayores y con severas incapacidades. La información es rica y vasta y el documento cubre aspectos útiles para el desarrollo de mejores políticas y programas de salud.

Es conveniente destacar algunos aspectos que pueden enriquecer la perspectiva que el autor y las autoras presentan y que puede ser útil para quienes lean tan interesante escrito.

Puede considerarse que muchas de las acciones que llevan a cabo las familias que tienen un o una integrante que requiere de cuidados especiales, son consecuencia directa de las características de nuestro sistema de salud. Si se propone un modelo de asistencia médica y social de cobertura universal y con recursos que permitan disponer de casas de día, apoyo profesional, medicamentos suficientes y acceso a servicios cercanos, por señalar sólo algunas de las características deseables, las respuestas familiares serían distintas y sus preocupaciones otras. Lo anterior no excluye el hecho de que probablemente tales acciones y preocupaciones tendrán un fuerte componente de género, pero que el modelo operante determina que las familias cubran servicios que una buena y eficiente organización social y política debiera otorgar.

Es también interesante revisar aspectos de violencia. Es conocido que en medios de alta restricción educativa, social y particularmente económica, el verse obligados a cuidar de un familiar con alta dependencia puede llevar a actos de violencia psicológica, económica, física y en ocasiones sexual. Es un tema relevante que obliga a que sea considerado cuando se decide que el sistema de salud no asume la responsabilidad de este tipo de cuidados y determina que sean otros quienes los cubran. Igualmente estas situaciones tienen un fuerte componente de género que debería ser motivo de análisis extensos y propuestas concretas.

La estructura cambiante de la composición de la familia en nuestra sociedad está lejos de ser un modelo idóneo para establecer sobre su base el cuidado de personas con alta dependencia. Familias uniparentales, ingresos cada vez más insuficientes que llevan a la necesaria integración de mujeres a las fuerzas laborales, modelos de desarrollo personal que

llevan, por otra parte a que las mujeres ya no consideren como su ideal el trabajo doméstico, grupos marginales económicos donde cada miembro de la familia tiene que realizar actividades que le reditúen ingresos económicos para sobrevivir, personas que viven solas por decisión propia o por marginación, son algunos de los considerandos sobre el concepto de familia que nos permitirá pensar en qué tipo de acciones y decisiones se deben proponer e implementar cuando se trate de personas con alta dependencia.



Es conveniente revisar con gran detalle la información de la Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo 2002. Hay dos formas, una entrando a su base de datos, es gratuita y sólo requiere de registro previo,ⁱⁱ o consultando el documento de tabulaciones básicas.ⁱⁱⁱ Se puede consultar información sobre personas dedicadas al cuidado de menores, enfermos o personas con limitaciones físicas o mentales, con un nivel de desglose muy interesante e indudablemente separadas por sexo.

ii http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/enut_2310.asp?s=est&c=10885

iii http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/enut/2002/ENUT_2002_TBD.pdf

Mujeres y hombres bebiendo cerveza. Etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec

Dr Sergio Lerin Piñónⁱ

Dra Marinella Miano Borrusoⁱⁱ



i Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

ii Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente artículo es adoptar la perspectiva de género,¹ en el estudio de problemas emergentes y de gran impacto negativo entre la población mexicana, como es el consumo, uso y abuso de bebidas alcohólicas en comunidades indias, mestizas o de campesinado tradicional. Aunque la sociología, la medicina social, la psicología, entre otras, y en especial la antropología han trabajado el tema de manera abundante, en la literatura especializada están ausentes la descripción y el análisis desde el género de las normas culturales del consumo, la alcoholización y la borrachera.

Una orientación que trabaje alrededor de la diferencia debe recuperar los daños que ocasiona el alcohol en hombres y mujeres, sean éstos más evidentes para unos y menos visibles para otros. Este trabajo trata de contribuir a llenar este hueco, recuperando los daños diferenciales en la salud de hombres y mujeres y la función que éstas cumplen en la distribución y comercialización del alcohol, “costumbre” comercial que ha sido exitosamente apropiada por la industria cervecera nacional en las comunidades zapotecas del Istmo de Tehuantepec.

LA EXALTACIÓN DE LA COSTUMBRE. PERMISIVIDAD INTERGENÉRICA

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

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

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

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

Si se pregunta a alguien de Juchitán por qué toma tanto, las respuestas giran alrededor de algunas funciones positivas: *“me pone alegre, me siento mejor con mi gente”, “me relaja, me da gana de hablar”, “es la costumbre, siempre los juchitecos hemos tomado”.* Pero también encontramos opiniones que aluden a los problemas de salud y convivencia provocados por el acelerado proceso de alcoholización en la zona: *“diario hay accidentes en la carretera”* (por conducir borracho),

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

“ya toman los chavitos que van a la secundaria”, “murió por lo de siempre: por borracho”, “tengo diabetes, pero no puedo parar de tomar”. La excepción a la regla la expresó una mujer a quien, aun siendo juchiteca, no se le acepta del todo su abstinencia: *“Yo casi nunca voy a las fiestas porque no tomo, me dicen aguada, las señoras no me hacen caso”.*

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

En cuanto a la norma de beber, podemos afirmar que es tan mal visto quien no bebe como quien lo hace en exceso, lo cual está muy mal considerado pues el imaginario del bebedor es saber tomar, no tomar hasta emborracharse o caer, aunque más de las veces en la realidad suceda lo contrario; quien se emborracha rápidamente o hasta perder el sentido es alguien que no sabe tomar, sinónimo de no saber convivir con los otros. Se toma cerveza para entrar en contacto y permanecer constantemente en un estado eufórico para dar vuelo a la imaginación, a las emociones, a la palabra. Es permitido inclusive emborracharse, hombre o mujer que se emborrache siempre será amorosamente asistido/a por sus compañeros/as y familiares, pero las reglas de convivencia exigen que el bebedor no pierda el control de sí mismo y

de sus acciones, como faltar el respeto a una mujer, agredir con expresiones fuertes, salirse de la plática con tonterías, quebrantar las reglas y faltar a los modales. Cuando uno ya no está en condición ha llegado el momento de alejarse, pues no puede compartir su experiencia imaginaria o real con los otros.^v En Juchitán los mecanismos de control para beber son explícitos, pero tal vez menos regulados de los que se describen en el trabajo de Pozas para las comunidades chamulas a través del rol de niño copero, quien respeta la ronda, el tiempo y la cantidad de bebida conforme al estatus y jerarquía.

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

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

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

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

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

LAS CANTINAS, DE ABOLENGO O MALA MUERTE, COMO LUGAR DE INTERACCIÓN INTRAGÉNERO MASCULINO

Las formas del beber y sus significaciones son diferentes en las fiestas y en las cantinas, unas son ocasiones comunitarias integrativas donde participan hombres y mujeres, mientras la cantina es un espacio de socialización intragénico masculino, al cual tiene acceso con un rol significativo (en virtud de su “masculinidad”) el homosexual, muxe, en zapoteco.⁴ Éste -que posee en la sociedad zapoteca un estatus social valorado en relación con las funciones familiares y sociales que desempeña- puede ser el dueño de la cantina, en este caso será un muxe adulto, y con más frecuencia en el caso de ser joven, puede ser camarero, cocinero o trabajador sexual. Las mujeres que trabajan como camareras en algunas cantinas pueden ser ocasionalmente trabajadoras sexuales.^{vi} La cantina entonces es el lugar por excelencia de iniciación y variadas prácticas sexuales de los hombres, ya sea con una trabajadora sexual o un muxe. En el caso de los jóvenes es también el lugar donde se “vuelven adultos” a través de la ingesta de alcohol; la primera borrachera –en compañía de un tío, de los primos y amigos– es de rigor y es el ritual obligatorio para legitimar el paso de la adolescencia a la adultez masculina. Alcohol, música y sexo son los ingredientes necesarios e indispensables. La cantina es el lugar donde los hombres pueden dar espacio a la emotividad, a las lágrimas, al dolor y la nostalgia, que viene siempre acompañada y enfatizada por una guitarra y el canto de las canciones zapotecas.^{vii}

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

Si bien en todo el territorio nacional la cantina es el lugar bohemio por excelencia, en la cultura juchiteca los hombres, artistas o no, intelectuales o no, cronistas o no son los “dueños” de la palabra y la imaginación de la cultura local, es decir la producción cultural –la música, la poesía, las artes plásticas, la narrativa, sea popular o de alta cultura– es un factor importante en la construcción de la masculinidad y

un ámbito de poder que necesita su propio territorio de expresión. Algunas cantinas del centro ofrecen algo más que cerveza y botana y se han vuelto lugares de producción y difusión cultural. El desaparecido Ra’ bacheeza, por ejemplo, era famoso por las exposiciones de pintura y escultura, las presentaciones de libros, de poetas y narradores y conciertos de música local. El Bar Jardín sigue el ejemplo con exposiciones periódicas de pinturas. La Flor de Cheghigo, es lugar de encuentro de los artistas y de quien se dedica a la vida bohemia. En algunas ocasiones, sobre todo con los que llegan de la capital o del extranjero, las cantinas y sus rituales son en cierto sentido exhibidos. Cuando Macario Matus era director de la Casa de la Cultura, uno de los primeros itinerarios para los que llegaban a Juchitán era la visita a las más típicas cantinas y a las más famosas cantineras, para mostrar, con malicia entretrejida de orgullo, una de las maneras de convivir y enlazar relaciones de los juchitecos (y de ellos con las mujeres no juchitecas).



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

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

Lo que acontece en las cantinas ilustra los roles y hábitos sociales, los mecanismos de transacción y la estructuración de los espacios masculinos. Uno de los trabajos más importantes es el de Stross.⁵ La cantina mexicana como un lugar para la interacción, quien opina que “el problema reside en encontrar y emplear un marco de referencia adecuado para la descripción de la estructura de la situación de la cantina, focalizando, al mismo tiempo, el proceso de interacción social”. La borrachera en la cantina no sólo es individual sino ante todo un hecho social. Kearney, en su estudio El rol del borracho en un pueblo oaxaqueño, nos dice que con suma

frecuencia lo que define el rol del borracho es la borrachera social, en el poblado de Amilpas lo que sucede en realidad es que los borrachos no lo son tanto, sino que aparentan con el fin de realizar acciones que de otra manera no serían aceptadas.

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

DAÑOS A LA SALUD EN HOMBRES Y MUJERES

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

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

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



LOS DAÑOS SOCIALES E INDIRECTOS PARA LAS MUJERES

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

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

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



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

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

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

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

LA POLÍTICA DE COMERCIALIZACIÓN DE LAS CERVECERAS. EL CASO DE LAS TABERNAS

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

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

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



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

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

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

Para introducir el uso de la cerveza, las empresas reclutaron como agentes de venta, substituyendo las viejitas, a jóvenes mujeres solas, madres solteras, viudas o abandonadas, es decir las más necesitadas económicamente, y que eran también jefas y sostén de familia. Se formó la moderna categoría social de las taberneras, mujeres guapas y agresivas comercialmente, que se dedican a vender cerveza en puestos que ellas montan con una hielera, unas sillas o bancas para los clientes y su capital de cartones a la entrada de las Velas,^{xii} de las fiestas privadas o cuando hay celebraciones tanto religiosas como civiles.

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

x Las viejitas, descrito por Pozas, Lewis y Bunzel, entre otros.

xi El consumo per cápita de 1925 que era de 3.5 L salta a 14.4 L para la década de los 50.

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

A ellas se les dio facilidades de todo tipo, que se incrementaron a raíz de la competencia comercial entre las compañías a partir del decenio de los 60: comisiones, regalías y bonos. Ser tabernera tiene su prestigio y encanto, además de ser un oficio; a estas mujeres les está socialmente permitido tener una sexualidad más libre pero siempre bajo normas sociales, lo que se aprovecha para hacerse de un capital. Una buena tabernera debe tener la gracia necesaria para entretener y atender a sus clientes creando un ambiente de alegría y compañerismo, son mujeres con una gran capacidad de deleitar con su forma de ser, de platicar y hasta saber escuchar las penas de sus clientes cuando se abandonan a confidencias personales. Debe tener además la capacidad de beber junto con sus clientes sin perder nunca el control y sobre todo el dinero. Una buena tabernera conversa, cuenta chistes cachondos, habla en doble sentido, ríe y provoca las risas, construye un ambiente alegre y suelto. Los hombres les tienen cierto respeto cuando no miedo, porque ellas saben muchos de sus "secretos" y con su lengua filosa pueden acabar con la reputación de más de uno. Hay taberneras famosas que se han vuelto mitos de la historia local. Tal es la entrañable Manuela León, o Rosa Pina *"que tenía un lunar a un lado de la boca pero puesto quién sabe cómo que se veía muy chula, muy coqueta"* o La Gringa, que hace años nos contó:

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

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

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

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

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

Uno de los comercios que más se ha difundido entre las mujeres, de todas las edades y condición familiar, es vender cerveza y refrescos en su propia casa.^{xiv 12} Las compañías cerveceras junto con la Coca Cola con mucha facilidad dan en consignación un refrigerador, y en el peor de los casos una nevera y los cartones de "caguamas". Estos minidepósitos familiares se han incrementado notablemente en los últimos

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

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

diez años. En este sector informal no existe un censo, aunque según la Regiduría de Salud el volumen del rubro comercial se calcula en 500 depósitos de la Corona y 250 de la Carta Blanca, de los cuales sólo 20% está registrado.^{xv} La sola Corona distribuye cotidianamente en Juchitán un promedio de 5,000 cartones en los días feriales y en temporadas no festivas^{xvi}, cantidad que se decuplica en ocasión de las Velas mayores durante todo el mes de mayo y otras temporadas.

El impuesto que genera la cerveza en los establecimientos formales constituye una importante entrada del municipio, ciertamente inferior a las utilidades que se generan en el

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

A MANERA DE SÍNTESIS

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

En Juchitán beber cerveza es reconocido como un elemento distintivo respecto de otras formas de tomar, en las que la borrachera es perseguida como un fin en sí misma. Para la población juchiteca la alcoholización funciona como un medio masificado, ritualizado y de libertad de expresión al “alucine”, a la dimensión imaginativa, a la palabra, a lo inesperado, a la convivencia, siempre en reciprocidad, cuestión que representa una de las dimensiones de la identidad zapoteca. El éxito de la cerveza en el Istmo consiste precisamente en el hecho de que permite un estado de alegre ebriedad y por un tiempo prolongado, acto altamente valorado en la socialización.

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

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

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

xv Dato proporcionado por el Regidor de Salud en una entrevista en 2006.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Szasz I. Pensando en la salud reproductiva de hombres y mujeres. En: Bronfman M, Denman C, ed. Salud reproductiva. Temas y debates. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:35-37.
2. Pozas R. Juan Pérez Jolote. Biografía de un tzotzil. México-Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1998.
3. Bunzel R. Chichicastenango. Guatemala: José de Pineda Ibarra- Ministerio de Educación; 1981.
4. Miano-Borruso M. Hombres, mujeres y muxe en el Istmo de Tehuantepec. México, DF: INAH y Plaza y Valdés; 2002.
5. Stross B. La cantina mexicana como un lugar para la interacción. En: Menéndez EL, ed. Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1991.
6. Kearney M. El rol del borracho en un pueblo oaxaqueño. Citado en: Menéndez EL. Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1987.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Base oficial INEGI 2002-2003-2004. Disponible en página de Servicios de Salud de Oaxaca: www.sso.gob.mx.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas vitales 2002. Base de datos. Causas seleccionadas de mortalidad. México, DF: INEGI; 2002.
9. Lewis O. Una muerte en la familia Sánchez. México, DF: Joaquín Mortiz; 1970.
10. Flanet V. Viviré si Dios quiere: un estudio de la violencia en la Mixteca de la Costa. México, DF: Instituto Nacional Indigenista; 1977.
11. Bernal SVM et al. El alcoholismo en México. Negocio y manipulación. 3ª Ed. México, DF: Editorial Nuestro Tiempo; 1989.
12. Lewis O. Antropología de la pobreza. Cinco familias. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1959.
13. Kaufman M. Hombres: placer, poder y cambio. República Dominicana: CIPAF; 1989.

Documentar inequidades de género en salud

Cecilia Robledo Veraⁱ



ⁱ Subdirectora de Documentación de Inequidades. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Habida cuenta de las desventajas sociales que afectan de forma distinta a las mujeres y los hombres de diversas edades, es indispensable determinar cómo esas desventajas se relacionan con su salud.

La visión del Programa de Acción *Igualdad de Género en Salud* es que mujeres y hombres ejerzan su derecho a la protección de su salud en servicios con programas y actividades con perspectiva de género, recibiendo atención a sus necesidades específicas con base en evidencias científicas, en beneficio de la equidad y la no discriminación.

En congruencia con ello, se establece como objetivo general avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género. La finalidad es reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y los hombres determinado por los roles, estereotipos y relaciones desiguales de género.

Es justamente en ese sentido que resulta importante documentar la situación de salud de mujeres y hombres de diversas edades y condiciones sociales, mostrar cómo y con qué magnitud se ve afectada la salud en relación con las desigualdades de género que es necesario erradicar.

Una condición esencial para avanzar es contar con datos que nos indiquen las diferencias en morbilidad y mortalidad para mujeres y hombres de distintos grupos de edad.

Aunque a nivel internacional se reconocen las diferencias en morbilidad y mortalidad entre mujeres y hombres, en muchos países, incluyendo el nuestro, ha sido hasta fechas recientes que se ha producido conocimiento al respecto, cuando al tratar de identificar las diferencias entre mujeres y hombres en muchos casos se encontraron sólo datos globales. Fue entonces más patente la necesidad de estimular la desagregación por sexo y grupos de edad de todos los registros estadísticos relacionados con morbilidad, mortalidad, acceso a los servicios de salud y utilización y calidad de éstos. Las estadísticas demográficas y de salud diferenciadas por sexo proporcionan indicadores para conocer (aunque con ciertas limitaciones) las desigualdades en materia de salud.

Así, un primer paso hacia el conocimiento de las inequidades intergenéricas e intragenéricas en salud consiste en contar con fuentes de datos oficiales desagregadas por sexo y edad que ilustren la situación actual y analizarlas.

Para elaborar un diagnóstico de salud que fundamente el desarrollo de un sistema de monitoreo realista hacia la equidad en salud entre hombres y mujeres, es necesario conjuntar todos los datos que tengamos a la mano, realizar un análisis correlacional y estudiar cómo influyen los roles de género en la distribución y magnitud de los padecimientos entre hombres y mujeres.

Una segunda vía, son las encuestas para captar datos sobre salud-enfermedad, utilización de servicios y calidad de la atención que, desde su diseño deben contar con perspectiva de género, es decir, tener la intención implícita y explícita de identificar las desigualdades entre mujeres y hombres y entre personas del mismo sexo, de cada grupo de edad; pero sobre todo, cuando se realiza el análisis de datos es indispensable buscar la relación que tiene con las identidades y roles femenino y masculino, respectivamente, así como con sus relaciones de poder.

Una tercera vía es estimular la investigación de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, y entre personas del mismo sexo pero de diferentes edades, así como la investigación que relacione la situación de salud con las condiciones socioeconómicas y culturales asociándolas con el género.

Hartigan¹ afirma que la prevención, el control de las enfermedades, la vigilancia y la investigación han estado dominados por las teorías biomédicas e individuales sobre la causalidad de la enfermedad, sin dar importancia a los factores socioeconómicos, políticos y culturales (entre ellos el género) también determinantes. Contraer una enfermedad depende de la interacción entre lo biológico y lo social, padecer la enfermedad tiene una base mucho más social. En ese sentido, resulta oportuno aplicar la perspectiva de género en el análisis de los procesos citados, pues el considerar la interacción del género con los factores fisiológicos e inmunológicos y su acción sobre los riesgos o la protección hacia las enfermedades, además de contribuir al enfoque integral de la problemática, puede proveer de soluciones innovadoras enfocadas humanísticamente.

Así, para comprender y explicar cabalmente las inequidades en el panorama de salud-enfermedad de mujeres y hombres de diferentes edades y condiciones sociales es necesario considerar algunos elementos básicos de orden sociodemográfico y cultural que lo enmarcan ya que “el principio que subyace a la necesidad de introducir el género en el análisis de la salud es el concepto de equidad. Un requisito indispensable para lograr la equidad en la salud consiste en reconocer que los distintos grupos tienen necesidades diferentes. El análisis de la salud según el género contribuye a la equidad porque proporciona los conceptos y métodos que permiten identificar y tratar esas necesidades”¹; requisito indispensable para diseñar las intervenciones sensibles al género aplicables a la investigación, prevención y control de las enfermedades.

En ese sentido, es de gran relevancia el trabajo interdisciplinario que integre datos sociodemográficos y culturales relacionándolos con la situación epidemiológica de los padecimientos estudiados.

Entre los campos, temas de estudio y análisis con el fin de crear nuevas estrategias para atender las necesidades diferenciadas cabe señalar algunos ejemplos:

- La correlación entre el estado conyugal de mujeres y hombres con su situación de salud.
- La incidencia de numerosas enfermedades en las mujeres, vinculada a su dedicación de tiempo completo al trabajo del hogar, y su consecuente búsqueda de atención en los servicios médicos. De igual manera, en los hombres, su dedicación a ciertos tipos de trabajo; el manejo de su propio estado de salud y su (in)asistencia a los servicios.
- Las encuestas y otras estrategias para estimar la morbilidad no registrada de mujeres y hombres que por “razones de trabajo” o por otras razones de género no son tempranamente diagnosticados (las mujeres postergan su atención por priorizar la de otros y los hombres no desean mostrar ningún tipo de debilidad).
- En términos de la organización de los servicios de salud y de las consecuencias en la salud de las propias mujeres, hay que considerar la carga que representa para ellas el cuidado de las y los niños, enfermos y ancianos, así como de los sistemas comunitarios de salud. Es necesario conocer mejor este fenómeno social, para impulsar nuevas formas de participación de los hombres en la atención doméstica a la salud.
- Las condiciones en que las poblaciones se exponen a diferentes fuentes de contaminación o disponen de agua apta para satisfacer sus necesidades afecta diferencialmente la salud de mujeres y hombres, por lo que es otro tema importante analizar.

En congruencia con lo señalado, el Programa de Acción Es-

pecífico *Igualdad de Género en Salud* ha promovido y continúa promoviendo la desagregación por sexo y edad de todas las estadísticas de salud como base para identificar desigualdades; también impulsa la realización de estudios e investigaciones que provean de evidencias científicas como fundamento de estrategias para alcanzar la equidad en salud. En esa misma dirección, busca proveer al personal de investigación en salud de temas esenciales para conocer la situación de salud con perspectiva de género que retroalimenten nuestras acciones.

Otra labor importante es la difusión de información básica

para público general, y de datos y resultados de estudios e investigaciones para personal de salud, así como profesionales interesados en la temática, mediante folletos, guías, manuales, libros y el boletín cuatrimestral *Género y Salud en Cifras*. Todas estas publicaciones se han generado tanto en forma impresa como en forma electrónica que es posible encontrar en la página web del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Las y los invitamos a consultarlas en:

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HARTIGAN, P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. OPS y Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional N° 7, 2001.

TASA DE MORTALIDAD¹ POR TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE DROGAS, ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS² POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL	HOMBRES ²					MUJERES ²						
	15 A 24 AÑOS	25 A 34 AÑOS	35 A 44 AÑOS	45 A 54 AÑOS	55 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	15 A 24 AÑOS	25 A 34 AÑOS	35 A 44 AÑOS	45 A 54 AÑOS	55 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS
NACIONAL³	0.5	3.3	8.2	12.6	17.5	25.9	0.1	0.1	0.3	0.9	0.9	2.5
<i>Aguascalientes</i>	0.9	5.9	5.7	30.2	42.4	22.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.2
<i>Baja California</i>	0.3	1.7	2.4	5.5	2.7	8.8	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	1.5
<i>Baja California Sur</i>	0.0	1.8	2.3	18.2	6.9	9.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Campeche</i>	0.0	1.6	9.7	8.4	14.5	0.0	0.0	0.0	1.9	2.8	0.0	0.0
<i>Coahuila de Zaragoza</i>	0.0	1.4	2.8	3.3	8.3	15.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	1.4
<i>Colima</i>	1.8	2.0	2.4	16.8	5.8	19.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.8
<i>Chiapas</i>	0.7	9.7	21.0	26.8	32.6	29.5	0.2	0.6	0.8	2.3	0.9	0.0
<i>Chihuahua</i>	0.3	1.0	6.8	11.9	17.5	18.2	0.0	0.4	0.0	0.6	0.0	2.1
<i>Distrito Federal</i>	0.4	1.2	5.8	7.8	6.5	11.4	0.0	0.0	0.3	0.4	0.6	0.8
<i>Durango</i>	0.0	2.7	6.3	7.5	14.2	16.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Guanajuato</i>	0.4	4.0	9.8	19.7	13.1	27.3	0.4	0.0	0.9	1.7	2.1	2.7
<i>Guerrero</i>	0.3	6.4	9.5	9.4	16.9	25.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	2.9
<i>Hidalgo</i>	1.4	3.0	8.7	10.0	24.8	41.6	0.4	0.0	0.0	1.7	2.7	5.3
<i>Jalisco</i>	0.2	3.6	8.1	12.5	13.0	17.1	0.0	0.2	0.4	0.9	0.0	0.9
<i>México</i>	0.3	1.6	5.5	8.1	13.4	24.3	0.1	0.2	0.2	1.4	1.0	4.3
<i>Michoacán de Ocampo</i>	0.5	4.8	15.9	18.5	28.0	38.0	0.0	0.0	0.4	1.0	0.8	5.0
<i>Morelos</i>	0.0	4.1	11.0	13.5	16.0	36.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	3.5
<i>Nayarit</i>	0.0	0.0	8.1	2.2	16.4	23.2	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0
<i>Nuevo León</i>	0.5	0.0	0.3	1.9	3.3	5.8	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0
<i>Oaxaca</i>	2.4	10.1	20.5	33.5	45.2	66.5	0.0	0.0	1.3	2.9	3.4	7.8
<i>Puebla</i>	0.6	6.9	17.0	29.9	50.6	53.4	0.0	0.0	0.3	1.6	2.4	4.0
<i>Querétaro de Arteaga</i>	0.0	5.2	11.8	12.5	28.3	58.0	0.6	0.0	0.0	1.3	0.0	7.4
<i>Quintana Roo</i>	0.0	3.3	9.0	6.1	8.3	6.3	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>San Luis Potosí</i>	0.9	5.9	11.6	7.5	25.2	31.0	0.0	0.0	0.6	0.9	0.0	1.2
<i>Sinaloa</i>	0.0	0.9	3.3	6.1	3.6	15.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5
<i>Sonora</i>	0.9	2.4	4.5	14.4	15.3	35.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Tabasco</i>	0.0	0.0	4.5	6.6	0.0	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0
<i>Tamaulipas</i>	0.0	0.7	2.2	2.7	3.5	6.5	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0
<i>Tlaxcala</i>	0.0	3.5	7.4	8.9	30.5	38.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3
<i>Veracruz Llave</i>	0.6	7.0	13.4	20.5	26.1	32.7	0.1	0.0	0.4	0.3	1.6	2.0
<i>Yucatán</i>	0.5	2.6	5.8	5.8	10.8	22.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Zacatecas</i>	0.0	4.3	4.8	13.8	15.9	18.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0

*/. OPS/OMS Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10); claves F10 a F19 con dígito 2 en cuarto carácter.

1. Tasa por 100 habitantes, de su respectivo grupo de edad

2. No incluye defunciones con edad no especificada.

3. No incluye defunciones registradas en México de residentes habituales en el extranjero.

Fuente: Defunciones. Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAVIS; Cubo dinámico de información en mortalidad, 2006. Población: Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población por edad y sexo 2005-2050.

TASA DE MORTALIDAD¹ POR ACCIDENTES DE TRAFICO DE VEHICULO DE MOTOR ^{*/} POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL	HOMBRES ²						MUJERES ²					
	15 A 24 AÑOS	25 A 34 AÑOS	35 A 44 AÑOS	45 A 54 AÑOS	55 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	15 A 24 AÑOS	25 A 34 AÑOS	35 A 44 AÑOS	45 A 54 AÑOS	55 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS
NACIONAL³	27.6	30.7	26.5	28.7	32.2	48.9	6.5	5.4	5.9	6.8	10.0	16.9
<i>Aguascalientes</i>	51.3	23.7	23.0	49.6	27.0	41.2	10.2	7.9	2.6	5.8	6.7	21.5
<i>Baja California</i>	9.9	10.0	10.1	6.8	11.9	17.7	3.7	0.8	6.1	2.2	6.5	9.3
<i>Baja California Sur</i>	69.8	66.0	64.6	65.6	62.3	57.7	14.8	10.5	10.4	20.0	14.9	35.9
<i>Campeche</i>	11.7	31.3	42.5	33.8	33.8	27.3	5.1	2.9	1.9	2.8	9.4	15.8
<i>Coahuila de Zaragoza</i>	26.6	23.0	16.7	23.8	29.1	26.7	6.1	4.2	4.9	4.7	5.2	8.5
<i>Colima</i>	40.7	43.0	36.1	43.7	46.4	59.6	9.1	0.0	11.9	6.7	11.2	23.1
<i>Chiapas</i>	6.1	8.4	9.3	8.1	4.8	14.7	1.3	1.1	2.6	2.3	1.9	1.1
<i>Chihuahua</i>	33.6	19.6	26.7	30.2	30.7	53.4	7.2	5.6	4.2	8.1	10.1	8.4
<i>Distrito Federal</i>	16.9	20.5	15.1	18.8	22.4	49.3	5.4	4.4	2.9	6.1	8.5	21.7
<i>Durango</i>	47.4	51.6	46.2	40.3	49.7	68.7	8.1	4.9	10.6	9.5	21.5	27.9
<i>Guanajuato</i>	38.2	39.3	35.9	38.0	49.3	64.6	7.8	7.7	5.0	7.8	7.7	13.5
<i>Guerrero</i>	17.4	27.3	21.3	25.9	32.6	33.6	2.5	4.2	9.8	7.8	8.5	14.7
<i>Hidalgo</i>	31.8	38.9	27.5	29.1	37.9	49.6	10.5	5.5	9.4	7.6	9.3	10.6
<i>Jalisco</i>	41.3	43.2	35.8	36.0	42.0	85.2	12.4	9.3	7.6	10.5	12.0	28.3
<i>México</i>	27.6	30.4	21.4	25.2	32.5	52.8	6.9	4.9	5.9	6.0	12.1	19.3
<i>Michoacán de Ocampo</i>	36.5	36.0	32.3	28.9	21.7	42.2	4.9	7.1	6.0	6.2	9.5	21.3
<i>Morelos</i>	21.7	21.9	20.2	14.7	20.0	40.3	7.1	4.4	9.3	1.1	7.3	10.4
<i>Nayarit</i>	49.1	65.3	51.6	54.0	78.6	116.1	3.3	10.5	12.4	10.4	34.9	28.1
<i>Nuevo León</i>	21.3	21.8	22.5	25.3	31.8	32.2	6.1	5.2	4.3	8.7	9.7	12.7
<i>Oaxaca</i>	28.1	42.3	40.6	38.9	28.1	49.4	5.8	5.5	4.9	7.6	7.7	20.9
<i>Puebla</i>	25.6	29.9	28.1	30.8	32.8	47.4	4.8	5.6	6.3	8.2	14.6	18.9
<i>Querétaro de Arteaga</i>	38.3	44.4	38.9	45.7	43.7	70.2	8.9	9.4	5.1	14.4	4.7	19.6
<i>Quintana Roo</i>	30.9	39.2	26.0	36.4	41.5	38.0	4.8	6.8	9.3	8.3	8.4	24.5
<i>San Luis Potosí</i>	24.6	27.2	27.3	28.2	37.0	54.9	8.7	2.1	8.5	6.0	12.0	13.5
<i>Sinaloa</i>	35.8	49.7	43.7	45.2	48.5	59.4	8.2	6.7	6.5	6.7	11.9	20.4
<i>Sonora</i>	42.3	46.9	34.1	47.2	56.9	72.8	11.5	11.0	10.9	15.2	17.4	12.9
<i>Tabasco</i>	34.1	38.8	58.0	56.8	47.7	60.4	4.3	8.3	5.0	5.4	3.8	8.6
<i>Tamaulipas</i>	19.7	23.1	23.8	28.0	30.2	24.7	7.5	5.9	7.0	6.5	13.7	16.2
<i>Tlaxcala</i>	34.5	37.1	25.0	13.3	26.7	49.4	6.3	2.0	6.6	8.0	6.8	22.2
<i>Veracruz Llave</i>	16.7	25.3	22.8	19.6	20.3	32.3	2.9	3.2	4.6	3.4	6.8	10.0
<i>Yucatán</i>	28.2	40.8	34.3	30.1	43.2	48.9	4.9	4.4	4.0	4.3	3.3	8.3
<i>Zacatecas</i>	45.7	50.1	21.7	50.0	31.8	40.6	12.3	4.5	4.3	6.2	19.0	18.3

*/ OPS/OMS Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10): claves V02-V04 (1.-, 9), V09.2-V09.3, V09.9, V1.2-V1.4 (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

- 1 Tasa por 100 habitantes, de su respectivo grupo de edad
- 2 No incluye defunciones con edad no especificada.
- 3 No incluye defunciones registradas en México de residentes habituales en el extranjero.

Fuente: Defunciones. Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIIS; Censo dinámico de información en mortalidad, 2006. Población: Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población por edad y sexo 2005-2050.

CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

- 4.5 millones de personas han consumido drogas: incremento de 29% en comparación con el 2002.
- El número de adictos a drogas ilegales aumentó en 50% al pasar de 307 mil en el 2002, a 465 mil en 2008
- La marihuana es la droga de mayor uso: 4.4%.
- El consumo de cocaína se duplicó en los últimos 6 años: de 1.2 a 2.5%.
- La razón de consumo de cocaína es de 4.6 hombres por una mujer.
- El número de mujeres de 12 a 25 años dependientes de cocaína y drogas de diseño aumentó 6 veces.

Fuentes: ENA 2002, 2008, CONADIC, INP_{RFM}, DGE, INEGI. México



* Más de cinco copas por ocasión.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

Fuente: Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General de los Centros de Integración Juvenil.

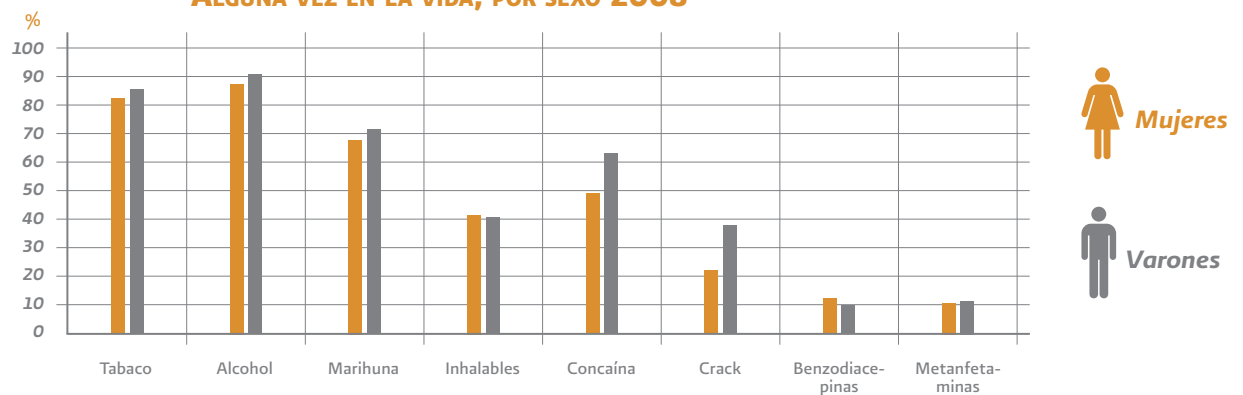
Ponencia: Salud Mental y Adicciones, Foro Internacional La salud desde la perspectiva de género, 22 y 23 de julio de 2009, Cámara de Diputados LX Legislatura, Comisión de Equidad y Género y Secretaría de Salud, Ciudad de México.

VIOLENCIA Y ADICCIONES

Problemas articulados con graves costos sociales:

- 63% de los actos delictivos cometidos por jóvenes se comenten bajo el influjo de alcohol y otras drogas (SISVEA, 2002).
- 41% de los delitos se comenten bajo los efectos del alcohol o drogas (II Encuesta Nacional de Seguridad, 2002).
- Primera causa de muerte en jóvenes: accidentes asociados al consumo de alcohol (SSA, 2006).
- Incremento de embarazo adolescente entre 12 y 19 años de edad (600 mil embarazos, 2006).

PRINCIPALES DROGAS DE CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, POR SEXO 2008



Fuente: CIJ Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México 2008.

Fuente: Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General de los Centros de Integración Juvenil.

Ponencia: Salud Mental y Adicciones, Foro Internacional La salud desde la perspectiva de género, 22 y 23 de julio de 2009, Cámara de Diputados LX Legislatura, Comisión de Equidad y Género y Secretaría de Salud, Ciudad de México.

VIOLENCIA DE PAREJAS EN MUJERES ATENDIDAS EN CIJ		
	GRUPO 1 (%)	GRUPO 2 (%)
Casadas / unión libre	82.3	82.7
Hogar	41.9	43.0
Trabaja	56.4	56.7
Violencia alguna vez	68.4	87.4
Violencia de pareja actual	35.5	73.3
Ha usado alcohol	10.6	21.7
Ha usado DUM o ilegales	13.2	22.7

Grupo 1 Parejas de no usuarios Grupo 2 Parejas de usuarios Edad 34-38

Fuente: Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General de los Centros de Integración Juvenil.

Ponencia: Salud Mental y Adicciones, Foro Internacional La salud desde la perspectiva de género, 22 y 23 de julio, Cámara de Diputados LX Legislatura, Comisión de Equidad y Género y Secretaría de Salud, Ciudad de México.

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN HOMBRES, REGISTRADOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD 2008

CÓDIGO*	AFECCIÓN PRINCIPAL	NÚMERO	PORCENTAJE
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	4,436	25.5
F20	Esquizofrenia	3,647	21.0
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	2,006	11.5
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	1,277	7.3
F31	Trastorno afectivo bipolar	932	5.4
	Todas las otras afecciones por atención a la salud mental	5,077	29.2
	TOTAL	17,375	100

* Códigos: OPS/OMS Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10).¹

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SAEH 2008.

**PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTES
DE VEHÍCULO DE MOTOR EN HOMBRES,
REGISTRADOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE
LA SECRETARÍA DE SALUD Y LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
DE TODOS LOS GRUPOS DE EDAD. 2008**

VÍCTIMA Y MODO DE TRANSPORTE	CÓDIGO*	CAUSA EXTERNA DE LA LESIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
Peatón	V03	Peatón lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta	5,349	32.5
	V04	Peatón lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús		
	V09	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados		
Motociclista	V23	Motociclista lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta	2,094	12.7
	V24	Motociclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús		
	V29	Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados		
Ocupante de automóvil	V43	Ocupante de automóvil lesionado por colisión con otro automóvil, camioneta o furgoneta	7,485	45.5
	V44	Ocupante de automóvil lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús		
	V49	Ocupante de automóvil lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados		
		Otras	1,712	10.3
		TOTAL	16,640	100

* Códigos: OPS/OMS Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10): claves V02-V04 (1,9), V09.2-V09.3, V09.9, V24-V29 V43 - V44, V49

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SAEH 2008.

Fuente: Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General de los Centros de Integración Juvenil.

Ponencia: Salud Mental y Adicciones, Foro Internacional La salud desde la perspectiva de género, 22 y 23 de julio, Cámara de Diputados LX Legislatura, Comisión de Equidad y Género y Secretaría de Salud, Ciudad de México.

1. Diplomado de Extensión a Distancia en Estudios de Género

Chile.

De Agosto 2009 a Enero 2010.

Universidad de Chile-FACSO-Dpto. de Antropología Centro Interdisciplinario de Estudios de Género.

Duración: 1 Semestre

Informes: http://www.cebem.org/cmsfiles/cursos/Programa_Diploma_Extension_Estudios_de_genero.pdf

2. Curso: Facilitador/a en Sexualidad, Género y Diversidad

Montevideo, Uruguay.

Del 12 de Agosto al 30 de Noviembre del 2009.

Centro de Estudios de Género y Diversidad Sexual

Informes: http://www.portalsida.org/Events.aspx?org=0&ovr=0&sort_by=EVENT_START_DATE__ASC&page_id=2

3. VII Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología

Oaxtepec Morelos, México.

Del 24 al 27 de septiembre 2009.

Informes: <http://www.femess.org.mx/>

4. "Diversidad y Poder en América Latina"

Buenos Aires, Argentina.

Del 29 de Septiembre al 2 de Octubre 2009.

Informes: http://www.portalsida.org/Events.aspx?org=0&ovr=0&sort_by=EVENT_START_DATE__ASC&page_id=3

5. XIV Congreso Colombiano de Sexología y Educación Sexual

Medellín, Colombia.

Del 10 al 11 de Octubre 2009.

"Salud Sexual y Reproductiva y Derechos: Enfoque Interdisciplinario con Perspectiva de Género"

Informes:

<http://www.acotecpsi.com/Home/eventos/xivcongresocolombianodesexologiayeducacionsexualoctubre-medellincolombia>

6. Segundo Congreso de Estudios de Género en el Norte de México

Tijuana, Baja California, México.

Del 15 al 17 de octubre de 2009.

Informes: <http://www.colef.mx/eventos/evento.asp?Evento=1024>

7. Encuentro Aprendizaje de la Sexualidad: Salud y Derechos en Contexto Cultural

Puerto Vallarta, Jalisco, México.

Del 5 al 8 de Noviembre del 2009.

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=8678

8. Primer Taller Internacional de Estudios de Género y Socioculturales

Moa, Cuba.

Del 10 al 13 de Noviembre del 2009.

Instituto Superior Minero Metalúrgico

Informes: <http://eues.unizar.es/?modulo=noticias&id=223>

9. Primer Congreso Internacional de Cultura y Género

Elche (España).

Del 11 al 13 de noviembre de 2009.

El evento es organizado por el Seminario Interdisciplinar de Estudios de Género de la Universidad Miguel Hernández

Informes: <http://blogs.umh.es/congresocuerpo/>

10. XVIII Symposium Internacional de Sexualidad "Sexo Total"

Caracas, Venezuela.

Del 19 al 20 de Noviembre del 2009.

Informes: <http://www.ciudadaniasx.org/content/blogcategory/16/60/>

INFORMACIÓN PARA AUTORAS Y AUTORES

El objetivo del boletín *Género y Salud en Cifras* es promover y difundir resultados de investigación científica, estudios, ensayos, reseñas, noticias, e información estadística sobre temas de género y salud en México. Esta publicación está dirigida a tomadores/as de decisión, a personal que labora en el campo de la salud y a interesados/as en la temática. Las normas para los trabajos a publicar en el boletín son:

1. El texto tendrá extensión mínima de 1 000 palabras y máxima de 5 000.
2. Los trabajos se entregarán en archivo electrónico, escrito en párrafos a doble espacio, con fuente tipo Arial de 12 puntos para el texto principal, y para las notas y aclaraciones con Arial de 10 puntos. Las páginas deberán numerarse.
3. Las notas a pie de página servirán para precisar el contenido del texto principal o para aclarar el sentido de la discusión. No deberán exceder los seis renglones. La llamada de estas notas se hará con números romanos o letra superíndice (o "volada").
4. Las referencias bibliográficas se marcarán con números arábigos superíndice en el texto, y su especificación se hará al final del documento con fuente Arial 10 puntos. En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el número que se le asignó la primera vez que se presentó en el documento y especificar las páginas correspondientes.

Las referencias se estructurarán de acuerdo con los lineamientos de Vancouver de la siguiente manera:

Artículos publicados en revistas

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen: página inicial-final del artículo.

Ejemplo:

Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994 Oct 8;309(6959):911-8.

Libros

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Casa Editora; año.

Ejemplos:

Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.

Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª ed. México: Limusa; 1999.

Nota:

No es necesario consignar la primera edición; a partir de la segunda, se escribe en números arábigos y abreviatura: 2ª ed. - 2nd Ed., a continuación del título del libro. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, se debe citar a continuación del año, precedido de punto y coma, y seguido de dos puntos, se indica la primera y la última página del capítulo consultado, separadas por un guión.

De compiladores/as o editores/as

López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comp. Género y política en salud. México, DF: Grupo Fogra; 2003.

Capítulo de un libro

Figueroa JG. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos. En: García B, coord. Mujer, Género y Población en México. México: El Colegio de México: Sociedad Mexicana de Demografía; 1999: 61-101.

5. Los artículos y ensayos podrán incorporar cuadros o figuras. El llamado de éstos se hará dentro del texto y se incorporarán al final del mismo en páginas separadas como anexos; atenderán el siguiente criterio:

“En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

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

Insertar cuadros I y II

6. Las figuras pueden ser gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas, entre otros. Las gráficas se entregarán como anexos en su archivo original (es decir, con la tabla numérica con la que se creó la gráfica (la hoja de cálculo de Excel y la gráfica correspondiente)).
7. La redacción de los artículos o los ensayos deberá ser clara, libre de jerga y sin tecnicismos innecesarios; se sugiere el empleo de subtítulos o apartados para lograr una mejor comprensión.



GÉNERO Y SALUD
EN CIFRAS

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx