

MÉXICO  
2010

Bicentenario  
Independencia

Centenario  
Revolución



# GÉNERO Y SALUD

## EN CIFRAS

Volumen 8 • No. 2

Mayo - Agosto 2010

Gobierno  
Federal

SALUD



**1 Presentación**

Yuriria A. Rodríguez Martínez

**4 La Diabetes Mellitus en México: Algunas Reflexiones Socioculturales del Padecimiento**

Olivia López Sánchez

**18 Género y Enfermedad. ¿Es posible el Autocuidado de la Diabetes en Casa?**

Laura Elena Trujillo Olivera

**27 Acciones de Mejora de Atención a Usuaris Obstétricas para disminuir la Violencia Institucional**

María Teresa Silvia Tinoco Zamudio

José Luis Martínez Toledo

Rosa Elena Gamiño Ortiz

**35 Para Compartir**

- Los Refugios que brindan Atención a Mujeres que viven Violencia Extrema, a sus Hijas e Hijos  
Dora Rodríguez Soriano

- Violencia contra las Mujeres: Reporte Internacional de la ONU

**45 Para Descifrar**

**47 NotiGénero**

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO  
Y SALUD REPRODUCTIVA



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

#### SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Maki Esther Domínguez Ortiz

#### CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Aurora del Río Zolezzi

#### COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Luis Botello Lonngi

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Imilse Arrue Hernández

#### SECRETARÍA TÉCNICA

Imilse Arrue Hernández

Cecilia Robledo Vera

#### REVISIÓN DE ESTILO

Ma. Adriana Ulloa Hernández

#### *Diseño gráfico y editorial:*

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

#### *Impresión offset:*

Digital Color Proof, S.A. de C.V., Francisco Olaguibel 47, Col. Obrera, C.P. 06800, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir el 25 de Octubre de 2010.

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:*

cecilia.robledo@salud.gob.mx

Homero 213, 3er piso

Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo

C.P. 11570, México, D.F.

Tel: 01 (55) 2000 3500, ext. 59 132 y 59 186

#### *Consulta en línea:*

<http://www.generoyasaludreproductiva.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 Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal–.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es.

# Presentación

El boletín **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS**, en un continuo interés por develar el vínculo entre la salud/enfermedad de mujeres y hombres y las construcciones sociales relativas al género femenino y masculino, presenta este número 2 del volumen 8, el cual aborda en sus artículos dos problemáticas prioritarias para la salud pública de México: la diabetes mellitus y la atención en los servicios de salud a mujeres embarazadas.

El primer ensayo, elaborado por la Dra. Oliva López Sánchez, se titula La diabetes mellitus en México: algunas reflexiones socioculturales del padecimiento. La autora plantea como objetivo “reflexionar sobre las perspectivas actuales y futuras del rumbo que tomará la diabetes mellitus en los próximos años y las implicaciones en la salud de la población mexicana” y busca presentar las medidas propuestas por organismos nacionales e internacionales para enfrentar este padecimiento. Además, brinda argumentos sobre la importancia de partir de una visión multidimensional de la enfermedad, basada en la antropología de la salud y la perspectiva de género para la interpretación de los datos epidemiológicos desagregados por sexo, y la incorporación de estos elementos en la prevención y la atención de las personas con diabetes mellitus.

López Sánchez, también presenta las tendencias estadísticas de la diabetes a partir de las cuales problematiza las interpretaciones clásicas de la enfermedad y aquellas más recientes que pretenden ser novedosas. De igual manera, presenta algunos costos de la economía familiar involucrados en la atención a un/a paciente con diabetes y algunas implicaciones económicas y de desarrollo para nuestra sociedad, a causa de este padecimiento.

Oliva López Sánchez inicia su ensayo a partir de las cifras que confirman que la diabetes mellitus ocupa la primera causa de muerte en México por encima de las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y los tumores malignos. Con la información sistematizada de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, donde se mostró que la prevalencia de diabetes en los adultos

mayores de 20 años a nivel nacional fue de 7%, se añaden evidencias que marcan la importancia de orientar esfuerzos para atender a la población mexicana con este padecimiento. Desde la perspectiva de género, los datos de esta encuesta también revelan la importancia de atender el padecimiento de acuerdo con las necesidades específicas de las mujeres y de los hombres, si consideramos las diferencias en la prevalencia entre las mujeres mayores de 20 años, la cual es de 7.3%, y, de los hombres, siendo del 6.5%.

Según la misma ENSANUT 2006, que la prevalencia de la diabetes sea mayor en las mujeres se delinea más claramente mientras mayor es la edad, siendo que en el grupo de edad de 50 a 59 años, la prevalencia llegó a un 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres, mientras que en el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres.

López Sánchez afirma que debemos analizar en el contexto de la cultura de género el hecho de que los principales factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus son el sobrepeso y la obesidad. Argumenta la necesidad de identificar y reconocer que el comportamiento de la gente está pautado por códigos socioculturales que estructuran simbólica y materialmente las relaciones entre hombres y mujeres, lo que definitivamente tiene repercusiones en los mapas epidemiológicos que desagregan por sexo la clasificación de las enfermedades como en el caso de la diabetes mellitus. Singular reflexión nos sitúa este ensayo al cuestionar la necesidad de comprender cuáles son los aspectos, experiencias, factores de la vida de las mujeres, que las coloca en mayores riesgos de desarrollar padecimientos crónicos no transmisibles como la diabetes mellitus y, sobre todo, por qué su ruta de padecimiento es completamente diferente a la de los varones.

Con base en los argumentos de la Dra. López Sánchez, podemos decir que el género conforma un conjunto de condiciones y características en torno a la vida de las mujeres y de los hombres, las cuales influyen en la posibilidad y la manera de desarrollar este tipo de enfermedades, de detectarlas y de buscar y recibir atención

médica. Esto también se debe tomar en cuenta para poder desarrollar campañas integrales de prevención así como para brindar una mejor atención en los servicios de salud.

Seleccionado como segundo artículo de esta edición por tratar la misma temática, la enfermedad de diabetes mellitus, les presentamos “Género y enfermedad: ¿es posible el autocuidado de diabetes en casa?” con autoría de la Dra. Laura Elena Trujillo Olivera.

Desde otra mirada y en otro contexto, el trabajo de esta autora “se propone profundizar en la comprensión de las circunstancias que limitan el autocuidado, particularmente aquellas que se derivan de la desigualdad de género en el espacio doméstico.” Con un enfoque de género, la autora analiza sociológicamente algunas desigualdades en la salud de mujeres y hombres, tomando en cuenta los componentes biológicos de la enfermedad, pero integrando elementos del entorno social para explicar dichas desigualdades.

Como bien lo dice la Dra. Trujillo Olivera, hay muy pocos estudios sobre la diabetes mellitus, que analicen y presenten sus resultados desde la perspectiva de género. Ella inicia su análisis abordando el contexto socioeconómico de cambios en la conformación y dinámica de los grupos domésticos, debido a la sostenida crisis económica en México y a transformaciones socioculturales asociadas al mercado laboral, la escolaridad y un proceso de emigración creciente. Sostiene que entre dichos cambios se puede observar una modificación de los arreglos domésticos, de las relaciones intergeneracionales e intergeneracionales así como modificaciones en las prácticas de la alimentación y el ejercicio físico de la población, componentes centrales del autocuidado en personas que viven con diabetes mellitus.

La autora subraya que la situación económica en que vive la población en Chiapas, fundamentalmente en condiciones de pobreza, interviene en el comportamiento epidemiológico de la diabetes, en particular en la falta de autocuidado de las personas.

Este interesante trabajo permite reflexionar, desde la perspectiva de género, sobre el fenómeno del autocuidado en el ámbito doméstico de mujeres y hombres que viven con diabetes mellitus en una zona seleccionada de Chiapas, a partir de un estudio cualitativo realizado en tres colonias populares de Tuxtla Gutiérrez.

Los hallazgos de investigación muestran claras diferencias entre mujeres y hombres vinculadas al género, por tanto, a la construcción social de la feminidad y de la masculinidad. Por ejemplo, que el autocuidado en casa es más fácil y posible para los hombres que para las mujeres; esto puede deberse a ciertas condiciones de género que les permiten tener un manejo de recursos económicos dentro del grupo doméstico, así como una mayor autonomía y más apoyos por parte de otros familiares y personas para recibir atenciones en el tratamiento de su enfermedad; sin embargo, el que tengan mejores posibilidades de autocuidado no implica necesariamente que lo logren y tengan mejor control de su padecimiento.

Por otra parte, los resultados también muestran algunas dificultades que desde la construcción de la masculinidad y las demandas sociales de ser fuerte y dominante, representan en los hombres limitaciones para su autocuidado, incluso, para buscar atención médica y un diagnóstico oportuno.

En el caso de las mujeres, las entrevistas mostraron cómo el género establece dificultades diferenciadas para ellas, en tanto el autocuidado requiere que también ellas dejen de hacer otras cosas para el cuidado de los demás miembros del grupo doméstico y dediquen tiempo para cuidarse y atenderse a sí mismas; además de que requieren de tiempo y dinero para poder hacerlo. Sin embargo, en la medicación ellas presentaron una mejor regularidad en el apego a su tratamiento farmacológico, especialmente en las que tienen más apoyo por parte de otras mujeres como sus hijas o nueras.

Además, este estudio revela cómo la violencia doméstica también es una problemática que tienen que enfrentar las mujeres con diabetes, lo que dificulta su autocuidado y control del padecimiento.

Tanto el ensayo de la Dra. Trujillo Olivera como el de la Dra. López Sánchez, brindan una serie de argumentos que denotan la importancia de considerar las necesidades diferenciadas por género para comprender las problemáticas de salud en torno a la diabetes mellitus, así como para la formulación de programas de atención integral ante este padecimiento.

Otra temática que aborda esta edición 8.2 de **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS**, es el artículo de la Mtra. Tinoco Zamudio y colaboradores/as titulado Acciones de Mejora en Atención a Usuarias Obstétricas para disminuir Violencia Institucional. En este trabajo, la autora y sus colaboradores presentan una investigación operativa en administración de servicios de salud, con una intervención de mejora continua que se basa en la investigación “Factores socioculturales de género y violencia familiar identificados en la mortalidad materna en Michoacán 2006”; en el cual se estudiaron 60 defunciones maternas.

La pregunta sobre ¿Cómo lograr la participación de los profesionales de la salud, para identificar y modificar paradigmas socioculturales de género propios, que inciden en su desempeño profesional relacionado con la atención obstétrica? Dio origen a la investigación que se presenta. Para responderla desarrollaron un proyecto de intervención en el Hospital General de Uruapan, Michoacán, que inició con un diagnóstico situacional; un análisis epidemiológico de los casos de mortalidad materna. Posteriormente, ya como parte de la intervención, realizaron un taller de sensibilización en género dirigido al personal de salud con el objetivo de darles a conocer la manera en que el género influye en el desempeño profesional y en la relación médico/a-paciente, y cómo esto a su vez puede estar relacionado con los problemas en la calidad de la atención y la ocurrencia de muertes maternas en los hospitales.

Después desarrollaron un proceso de mejora continua desde un enfoque gerencial, basado en el supuesto de que cualquier trabajador o trabajadora “puede hacer aportaciones valiosas para mejorar los procesos de trabajo y que no hay personal más experto que el que se encuentra al interior de su propia organización”.

De acuerdo con este grupo de autoras/es, la intervención de mejora continua posibilitó que el personal del hospital identificara la problemática y elaborara estrategias colaborativas para brindar un mejor servicio tomando en cuenta el análisis de género. Además, incluyó una autoevaluación y la reorientación de los servicios propuesta por el personal de salud participante. Finalmente, este trabajo expone algunas recomendaciones las cuales pueden ser un disparador de ideas para que la perspectiva de género sea considerada en el desempeño del personal de salud y los servicios que ofrecen a la población, en particular a las mujeres embarazadas.

Les invitamos a conocer estas tres propuestas que integran el volumen 8.2 de **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS** que, de manera heterogénea, motivan la continua necesidad de interiorizar y articular la estrecha relación que existe entre la salud, la enfermedad y el género.

Asimismo, este número incluye la sección *Para Compartir* en la que se presenta una cápsula sobre el tema de los refugios para mujeres que viven violencia en México. La Dra. Dora Rodríguez relata la estrategia de la Secretaría de Salud para apoyar la protección a mujeres en situación de violencia extrema, así como a sus hijas y sus hijos. En este ensayo nos presentan desafíos, retos y avances de singular importancia para contribuir al cumplimiento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) y la NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. La sección *Para Compartir* finaliza exponiendo algunos fragmentos de la campaña ÚNETE del Secretario General de las Naciones Unidas, dirigida a la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas, que esperamos renueve los esfuerzos para avanzar en ese objetivo.

Para adicionar a la información expuesta en los trabajos publicados en este número, la sección *Para Descifrar* expone otros apuntes estadísticos de la diabetes mellitus, ubicados para invitar a la reflexión y al análisis de las cifras desde la perspectiva de género.

Con este número, la boletín **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS** persevera en la divulgación de algunos resultados de estudios y evidencias sobre las múltiples inequidades de género y la desigualdad que merma la salud de las mujeres y de los hombres en México, al tiempo que reitera la invitación al público lector para que envíe sus comentarios y sus trabajos de investigación, con el fin de que el Comité Editorial los revise y considere para los próximos números.

**Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez**  
Directora de Género y Salud  
Dirección General Adjunta de Equidad de Género  
Centro Nacional de Equidad de Género  
y Salud Reproductiva

# La Diabetes Mellitus en México

## Algunas Reflexiones Socioculturales del Padecimiento

Dra. Oliva López Sánchez<sup>i</sup>

El mundo debe actuar ahora si quiere resolver este problema que amenaza con consumir economías mundiales y llevar sistemas de salud a la bancarrota.

**Martin Sillin** - *Presidente de la Federación Internacional de la Diabetes*



<sup>i</sup> Profesora-Investigadora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

## INTRODUCCIÓN

El mapa epidemiológico de los países está en íntima relación con el nivel de desarrollo de sus sociedades, de tal suerte que la erradicación de las enfermedades infecciosas y el aumento en la esperanza de vida de las personas eran considerados indicadores del desarrollo socioeconómico. En la actualidad, las enfermedades infectocontagiosas han sido sustituidas por las crónicas no transmisibles en proporciones semejantes en los países de ingresos bajos, medios y altos; tal es el caso de la diabetes mellitus, enfermedad que en México ocupa la primera causa de muerte, por encima de las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y los tumores malignos.<sup>1</sup>

Se calcula que en el mundo hay 180 millones de personas que son diabéticas, se estima que 80% de los decesos por esta enfermedad ocurre en los países más pobres; en México existen diez millones de personas con diabetes, de las cuales tres millones ignoran que la padecen.<sup>2</sup> En el 2007 se contabilizaron 65 mil defunciones como consecuencia de las complicaciones de la diabetes en nuestro país.<sup>3</sup> La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006<sup>4</sup> mostró que la prevalencia de diabetes en los adultos mayores de 20 años a nivel nacional fue de siete por ciento, mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres.

En los últimos años el sector sanitario de los distintos países, así como las organizaciones mundiales que vigilan la salud de la población de este planeta y diversas organizaciones no gubernamentales, se han enfocado a implementar múltiples programas para enfrentar las altas cifras de personas con diabetes. No obstante las millonarias inversiones que apoyan las acciones de estos organismos, la enfermedad aumenta de manera alarmante. La diabetes se ha convertido en una pandemia en el siglo <sup>a a</sup> I y de seguir así millones de

personas estarán condenadas a una vida dolorosa y devastadora. En tanto, las economías mundiales se verán fuertemente afectadas por las inversiones en materia de salud que ello representará, amén de una población enferma poco productiva.

El personal de salud en sus diferentes especialidades tiene un reto de gran envergadura, pues el tema de la salud no sólo involucra el diagnóstico y el tratamiento médico. Investigaciones sociales abocadas al campo de la salud-enfermedad han puesto en evidencia que la procuración de una vida sana tiene orígenes diversos y la atención a la salud involucra otras áreas poco atendidas en la lucha contra las enfermedades crónicas que deben considerar la educación, la prevención y la atención. Esta última es la que en nuestro país es más notoria por parte del sector salud; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a partir del año 2002 está llevando a cabo una campaña de prevención a través del programa PrevenIMSS.<sup>ii</sup> En tanto que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) mediante el PrevenISSSTE<sup>iii</sup> ofrece orientación médica en línea a sus derechohabientes desde el 2005.

En la actualidad el tema de la educación ha cobrado una relevancia mayor, debido a que diversos sectores relacionados con la salud están reconociendo que uno de los elementos para enfrentar la diabetes es la educación y la prevención en los grupos de alto riesgo, lo que representa una labor titánica si reconocemos que la educación debe estar encaminada a una concientización sobre los estilos de vida que involucra hábitos de alimentación, actividad física, relaciones emocionales, relaciones familiares, cuidados y atención al cuerpo, íntimamente influenciados por una cultura de género que promueve que hombres y mujeres tengan una relación muy diferente con sus cuerpos en la que el olvido y la postergación de la atención a la salud es marcadamente diferente y en detrimento de las mujeres.

ii Dentro del proceso de mejora de atención médica, el IMSS ha diseñado e implantado la estrategia de **Programas Integrados de Salud**, más conocida como **PrevenIMSS**. Se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad: **niños/as** (menores de 10 años) **adolescentes** (de 10 a 19 años) **mujeres** (de 20 a 59 años) **hombres** (de 20 a 59 años) y **adultos/as mayores** (de 60 y más años). Página web: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/>

iii En el 2005, el ISSSTE dio a conocer un servicio en línea para ofrecer información en salud con una orientación médica seria a cargo de un grupo de expertos y expertas del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado: [www.issste.gob.mx/aconseja](http://www.issste.gob.mx/aconseja), la página ofrece a sus derechohabientes y al público en general información médica en un lenguaje llano sobre enfermedades crónicas no trasmisibles. Consta de tres secciones: prevención, evaluación y atención; esta última está dirigida a las personas que ya padecen una enfermedad crónica.

El objetivo de este ensayo es reflexionar sobre las perspectivas actuales y futuras del rumbo que tomará la diabetes mellitus en los próximos años y las implicaciones en la salud de la población mexicana. Queremos exponer las medidas que los organismos internacionales y nacionales están llevando a cabo para combatir la diabetes y posteriormente queremos discutir sobre la pertinencia de incorporar una visión multidimensional de la enfermedad, basada en las propuestas de la antropología de la salud y la perspectiva de género en la interpretación de los datos epidemiológicos desagregados por sexo que justifican la incorporación de la perspectiva de género en la prevención y atención de la diabetes.

Nos interesa abordar las tendencias estadísticas de la diabetes en los próximos años con la intención de discutir las interpretaciones clásicas de la enfermedad y otras que parecen novedosas y que no lo son del todo. De igual manera, pretendemos esbozar algunos de los costos de todo tipo que representa para la familia tener un/a paciente con diabetes, así como las implicaciones económicas y de desarrollo para una sociedad en la que más de 50% de la población adulta fallecerá por diabetes en los próximos 20 años según las proyecciones de los organismos internacionales de salud.

## LAS CIFRAS

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) varios millones de personas viven en nuestro país con una enfermedad crónica, esta población incluye niños, adultos, ancianos, mujeres y hombres de todos los estratos sociales y aunque con diferentes circunstancias de vida materiales y simbólicas, todos ellos comparten una enfermedad crónica.

Los datos ofrecidos por la OPS en 1990 muestran el mayor porcentaje de defunciones por causas no transmisibles en las diferentes regiones del mundo, excepto en el África del sur del Sahara y en los países del Medio Oriente. En América Latina las defunciones por enfermedades crónicas alcanzaron 58.1%, mientras que las infecciosas, las maternas y perinatales ocuparon 33.4%.<sup>5</sup> En 1994, América registró 28 millones de casos de diabetes, de los cuales 15 millones se encontraban en Estados Unidos y Canadá, y 13 millones en América Latina y el Caribe. En 1996 la diabetes fue considerada una pandemia por sus cifras, alcanzó 110 millones de casos.<sup>5</sup>

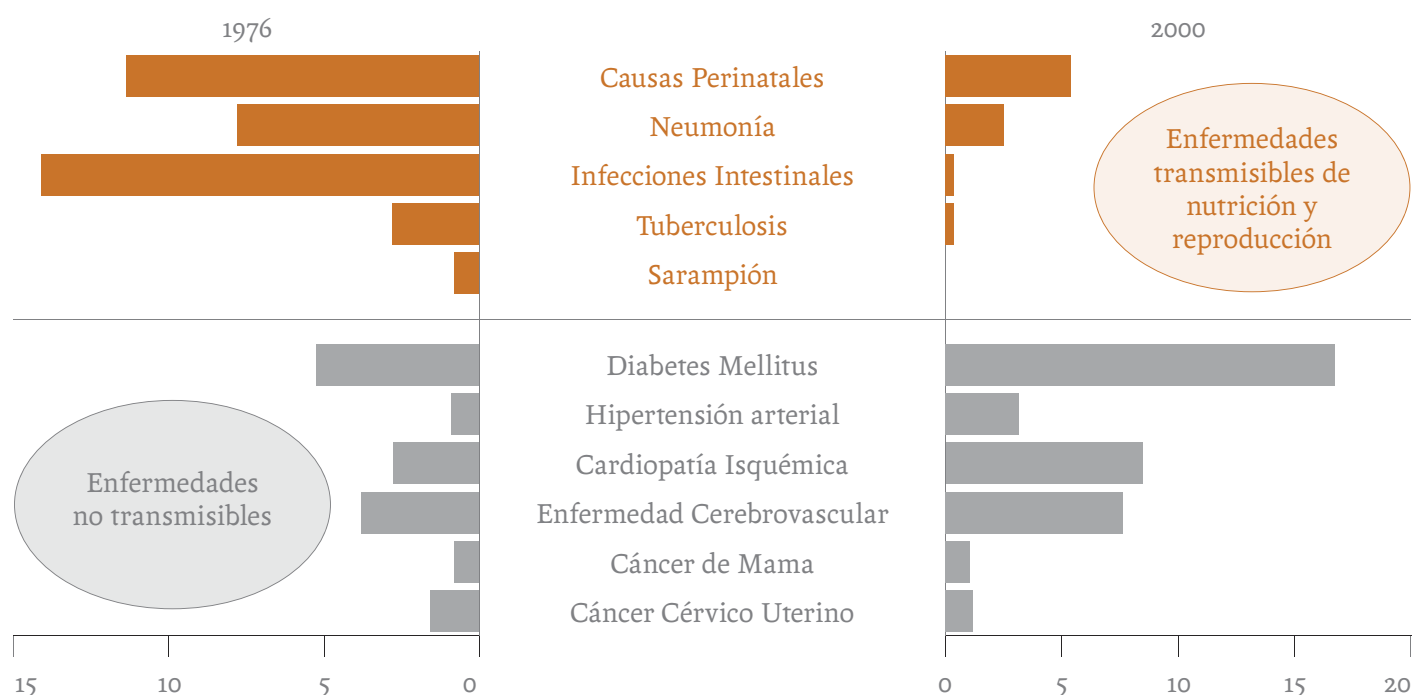
Según la OMS, en el año 2008 más de 180 millones de personas en el mundo la padecían,<sup>6</sup> y se estima que para el año 2025 la cifra de personas con diabetes en el mundo aumentará a 350 millones, el mayor impacto se verificará en Asia.<sup>7</sup> En el 2005 murieron en el mundo 1.1 millones de personas por causa de dicho padecimiento y 80% de las defunciones ocurrieron en países pobres. Casi la mitad de quienes fallecieron tenían menos de 70 años y 55% eran mujeres.

El panorama epidemiológico en el caso mexicano es el siguiente: en 1955 se registró una tasa de mortalidad por diabetes mellitus de 5 por 100 mil habitantes;<sup>8,9</sup> para 1980 la cifra ascendió a más del doble, es decir 12 por 100 mil habitantes y para 1990 se elevó a 31.8 por cada 100 mil habitantes. Durante el 2005, en México se registraron 6.5 millones de personas con diabetes según datos proporcionados por Rafael Bravo, endocrinólogo y director médico de la compañía farmacéutica Novo Nordisk.<sup>10</sup>





## FIGURA 1 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS EN PORCIENTO



En 25 años se registró un profundo cambio en el perfil de la mortalidad.

**Fuente:** IMSS, Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS, junio 2002.

México ocupa el cuarto lugar mundial en frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 y el segundo en obesidad. Esta última es una de las causas principales en la alteración de los niveles de glucosa en la sangre y además existe una relación directa entre estos dos padecimientos y la mortalidad por afecciones cardiovasculares, debido a que 80% de los infartos al corazón son presentados por pacientes con diabetes.<sup>11</sup>

En el mes de octubre de 2006, la Secretaría de Salud del D.F. informó que durante los últimos cinco años, la diabetes mellitus se ha mantenido como una de las principales causas de muerte entre la población capitalina. En tres décadas las defunciones por este padecimiento se incrementaron en 300%. En ese informe, enviado a la Asamblea Legislativa del D.F. (ALDF) por el entonces Secretario de Salud del D.F., Ricardo Barreiro, reconoció que la diabetes mellitus se había convertido en un problema de salud pública al representar la segunda causa de muerte entre los capitalinos/as después

de las enfermedades del corazón. De acuerdo con el informe que recibieron los diputados de la ALDF, la diabetes pasó de una tasa de mortalidad de 19% en 1960 a 80.3% en 2002. En el 2004, la tasa de mortalidad por dicha patología llegó a 89.4 por ciento.<sup>12</sup> En el 2007, La Secretaría de Salud del gobierno del D.F. detectó cuatro mil nuevos casos de diabetes.<sup>13</sup> En el 2008, con base en cada Encuesta Nacional de Salud se dio a conocer que se calcula un aumento del 25 por ciento de enfermos/as de diabetes.<sup>14</sup>

Rosa María Aguilar, Presidenta de la Asociación Mexicana de Educadores en Diabetes informó que, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, una persona de cada 10 mexicanos/as mayores de 20 años tiene diabetes y que personas de 60 años y más son las más afectadas, pues una de cada cuatro la padece; existe una población oculta de menores de 40 años que ignora que la tiene, es decir 4 de cada 10 la padecen y desconocen su enfermedad.<sup>7</sup>

## LOS TRASTORNOS

La diabetes es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula el nivel de azúcar en la sangre), o bien, cuando el cuerpo no puede utilizar de forma eficiente la insulina que produce; por tal razón, las personas que la padecen tienden a tener elevados los niveles de glucosa en sangre, lo que origina daños, especialmente en nervios y vasos sanguíneos.

Conforme evoluciona este padecimiento va dañando el funcionamiento total del cuerpo; daña el sistema cardiovascular, los ojos, los riñones y el sistema nervioso. Entonces aparece la retinopatía diabética que es una de las causas más importantes de ceguera en estos/as pacientes. Se calcula que tras 15 años de padecer la diabetes, aproximadamente 2% de los/as pacientes pierden la vista y 10% desarrolla debilidad visual severa y glaucoma. La neuropatía diabética es un trastorno en los nervios y afecta hasta 50% de las personas con diabetes. Sus síntomas más comunes son dolor, entumecimiento y debilidad en pies y manos que, aunados a los problemas de circulación sanguínea, aumentan las probabilidades de úlceras en las piernas y con ello el riesgo de amputarlas.<sup>15</sup> La diabetes también provoca insuficiencia renal, se estima que entre 10 y 20% de quienes la padecen la desarrollan. De igual manera, el riesgo de una enfermedad cardíaca está empatado

con la diabetes y en muchas ocasiones los síntomas de infartos, tales como el dolor del brazo, no son percibidos por quien la padece por la misma alteración en el sistema nervioso.

Durante las últimas encuestas de salud se han identificado una serie de problemas en el tratamiento y en el control de la diabetes. Por ejemplo, baja cobertura en las actividades de detección temprana de la enfermedad. Asimismo, elevada pérdida de personas diagnosticadas con diabetes que no regresaron a sus citas médicas para confirmar el diagnóstico y recibir tratamiento. El abandono de los tratamientos se imputa a diferentes causas de las cuales no se ofrecen datos. Para contrarrestar la falta de control de dicha población, la Secretaría de Salud del D.F. creó un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles, el cual organiza una base de datos de pacientes con diabetes y de personas en riesgo.<sup>iv,16</sup> “El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2 (SVEHDM-2) es una herramienta que permite el análisis del proceso de atención que se brinda al paciente en el segundo nivel y, de manera indirecta, del primer nivel, ya que coadyuva en la toma de decisiones incrementando la asertividad de las decisiones.”<sup>16</sup>

## EL FUTURO “DULCE” NOS AMARGA LA VIDA

Ante las alarmantes cifras de personas diabéticas en todo el mundo, en 1994 se instituyó el Día Mundial de la Diabetes que se conmemora el 14 de noviembre con el propósito de tomar las medidas necesarias para combatir esta pandemia.<sup>v</sup> Cada año, la celebración acuña un lema relacionado con la dirección de las acciones de atención en materia de salud sobre dicho padecimiento. En el 2006 esta celebración se llevó a cabo bajo una intensa campaña de concientización para evitar que

este mal siga afectando a más personas en el mundo. La conmemoración tuvo por lema “Diabetes: somos iguales, somos diferentes”, “Cuidados para todos los diabéticos”;<sup>17</sup> en el 2007 el lema fue “Unidos por la diabetes”<sup>18</sup> y en el 2008, dadas las altas cifras de diabetes que se están presentando entre la población infantil y adolescente, el lema fue “Ningún niño debería morir de diabetes”.<sup>19</sup>

iv El Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica brinda información acerca de los casos de acuerdo al lugar, institución y semana de notificación, sexo y grupo de edad del/la paciente, pero sin dar oportunidad para el seguimiento y la evaluación de los casos, motivo por el cual y apoyados en la NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica, se desarrolló un sistema especial para la vigilancia epidemiológica de la diabetes.

v El día internacional de la diabetes es un reconocimiento al investigador Charles Banting, quien sintetizó por primera vez la insulina y descubrió su relación con los niveles de glucosa en la sangre. Sin embargo, el objetivo principal del Día Mundial de la Diabetes es garantizar la asistencia sanitaria de las y los pacientes diabéticos.

En el 2009, con el lema “Educar y prevenir” se invitó a los gobiernos a incrementar las estrategias políticas eficientes en la prevención de la diabetes. En suma, el objetivo del Día Mundial de la Diabetes es insistir en la prevención, el diagnóstico precoz y asegurar la elección del tratamiento más adecuado; medidas indispensables para hacer frente eficazmente a esta pandemia. La medida que se ha considerado prioritaria es combatir la obesidad, pues sigue siendo un factor de alto riesgo en la etiología de la diabetes tipo 2.

Se estima que los gastos de atención y prevención de la diabetes en el 2007 estuvieron a nivel mundial entre 215 y 375 billones de dólares. Las personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud erogan 25% de sus ingresos anuales para su tratamiento. Situación que se constituye en una de las principales causas de pobreza extrema por los altos gastos que requieren los tratamientos para esta población. La Secretaría de Salud estimó que el tratamiento de la diabetes en México a lo largo del 2007 representó 34% del presupuesto de servicios sociales del país.

Asimismo, la Secretaría de Salud informó que los costos indirectos y directos para el tratamiento de la enfermedad son de 330 y 100 millones de dólares anuales, respectivamente.<sup>20,21,22</sup> Los últimos datos sobre el impacto económico de la diabetes en México los ofreció el Secretario de Salud federal, Dr. José Ángel Córdova Villalobos, en el marco de la 51 Reunión de la Pharmaceutical Research And Manufactures of America

(PhRMA) realizada en abril de 2009 en San Antonio, Texas, en la que aseguró que: “En México, 80% de los diabéticos recibe tratamiento inadecuado y el gasto de la atención de los pacientes hospitalizados representa hasta 34% del presupuesto de las instituciones”.<sup>23</sup> Los costos del cuidado de las/os pacientes diabéticos crece anualmente a 317 millones de pesos y “de no implementar intervenciones oportunas, la diabetes podría llevar a la bancarrota al sistema de salud del país en la próxima década”.<sup>22</sup> La diabetes consume uno de los porcentajes más elevados del presupuesto en salud en México.

Algunos especialistas aseguran que en la población mexicana existe predisposición genética a padecer la diabetes; las cifras son el fundamento para esta afirmación, a lo que se añaden los malos hábitos de alimentación y la vida sedentaria ocasionando una alta prevalencia de la enfermedad. El Dr. Jesús Umate Rodríguez ex Secretario de Salud asegura que la diabetes es un problema genético y racial, “por lo que hay razas como la mexicana que tienen propensión a tener diabetes y complicaciones en el riñón”.<sup>24,20,25</sup> Otros, como el Dr. Carlos Aguilar Salinas, investigador del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, por el contrario, opinan que debido al incremento tan alto (25%), no se puede hablar de factores genéticos en el caso de la diabetes, pues estos no cambian en un periodo de diez años, sólo se puede explicar por una modificación en el estilo de vida.<sup>14,26</sup>

## VISIONES SOCIOCULTURALES Y CULTURA DE GÉNERO EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES

El aumento tan alarmante de casos de diabetes puede ser debido, en parte, a factores heredo-familiares, pero los de tipo socio-culturales están siendo más determinantes en la modificación de nuestros estilos de vida como es el caso de las diferencias en las que se manifiesta y se caracteriza la diabetes según el género, pues las mujeres están más expuestas, por tradición cultural, a postergar su autocuidado y por ende la adaptación a la enfermedad se torna más compleja que entre los varones, quienes en la mayoría de las veces son atendidos y cuidados por las mujeres de su familia.<sup>27</sup>

Las prácticas culturales, el sistema de creencias y las condiciones materiales de la heterogénea población en México son aspectos que se suman a los riesgos de padecer una enfermedad metabólica como la diabetes tipo 2.

El neoliberalismo ha generado nuevas relaciones con el entorno y las personas que afectan sus estilos de vida y su sistema de valores basados en el consumo<sup>28</sup> en los que la gente se ve expuesta, entre otras cosas, a consumir dietas hipercalóricas y con ello aumenta el riesgo de la obesidad y de generar otros trastornos metabólicos.<sup>29</sup>

Nos parece que reconocer el impacto, tanto de los factores genéticos como de los culturales en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles debe ser una necesidad frente al fracaso de la atención de la diabetes tipo 2, como muchos de los/as investigadores/as en este campo lo han reconocido el año anterior.

“La diabetes ya no se debe abordar desde el aspecto de prevención y enfermedades crónicas asociadas”, sino también desde la perspectiva de los modelos de atención que están mostrando ser ineficientes, ya que un importante número de pacientes con diabetes no está

recibiendo el tratamiento porque no está siendo detectado/a, lo que ha resultado no sólo en la mortalidad prematura, sino en una calidad de vida deficiente para quien la padece.<sup>30</sup>

Las cifras tan elevadas están llevando a los/as especialistas a pensar en un cambio de paradigma en el manejo de la diabetes que requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad, y de otras miradas y voces que coadyuven en la mejora de la atención de las personas diabéticas considerando su propia idiosincrasia, su edad, su género y sus sistemas de creencias.

### Ganas continuas de beber, comer y orinar... síntomas de la diabetes que no suelen ser reconocidos.

Cuatro de cada diez personas menores de 40 años presentan trastornos metabólicos (diabetes, triglicéridos altos e hipertensión) y desconocen su enfermedad. Los especialistas aseguran que existe entre la población una escasa conciencia del riesgo de padecer diabetes, lo que contribuye con un diagnóstico tardío en donde el promedio del tiempo que transcurre entre padecer diabetes y recibir tratamiento puede ser hasta de ocho años. Hay quienes aseguran que en 80% de los casos, la aparición de la enfermedad puede retrasarse o evitarse con una alimentación sana y mayor actividad física.<sup>14</sup>

Lamentablemente, los hábitos de alimentación y los estilos de vida sedentarios están poniendo en alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus a la población más joven; el Dr. Adolfo René Méndez Cruz, investigador de la carrera de medicina de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala,<sup>vi</sup> ha dado a conocer en sus investigaciones realizadas entre la población estudiantil que, por sus hábitos de alimentación, 55.6% de esa comunidad estudiantil universitaria se encuentra en riesgo de padecer diabetes mellitus y otro trastorno metabólico.<sup>vii</sup>

Courtney Guthreau, responsable de la organización civil Project HOPE-México (por sus siglas en inglés *Health Opportunities for People Everywhere*)<sup>viii</sup> presente en 30 países en el mundo, asegura que uno de los obstáculos principales para detener la diabetes en México, y para que quien la padezca tenga un buen control, es el miedo experimentado por el/la paciente, en tanto percibe la enfermedad desde la experiencia de sus familiares o amigos/as que la han sufrido y tuvieron una dolorosa ruta de padecimiento, caracterizada por una vida de sufrimiento, cuyo fin es la muerte.



vi La Universidad Nacional Autónoma de México acogió la Tercera Reunión Internacional sobre Diabetes UNAM/DICYT, 10 de octubre de 2008. Disponible en: <http://www.dicyt.com/noticias/la-prevalencia-de-la-diabetes-aumenta-entre-la-poblacion-mexicana> [2009 junio 28].

vii Según resultados de una investigación sobre alteraciones metabólicas, que realizó a un grupo de jóvenes, a los 17 años los y las jóvenes ya llevan un estilo de vida arriesgado, difícil de modificar. Además, se encontró que padecen hipercolesterolemia (colesterol en la sangre, por encima de los niveles normales), triglicéridos elevados y glucosa alta.

viii Desde 1958 el Project HOPE ha venido trabajando en diferentes países para que los cuidados de salud estén al alcance de todas las personas del mundo, especialmente de la población infantil. Actualmente su trabajo incluye la educación para el personal de salud y voluntarios/as ofreciendo medicamentos y estrategias que faciliten la salud de las personas, entrenan a especialistas en salud dentro de las comunidades y combaten la tuberculosis y el SIDA. Actualmente atienden la diabetes. Consultar: [www.projecthope.org](http://www.projecthope.org)

Dicha representación de la diabetes es lo que hace que la mayor parte de la población de mexicanas y mexicanos se resista a recibir un diagnóstico médico que tenga que ver con la diabetes o con una alta propensión a padecerla. Muestra de lo anterior es que existen casos en los que las personas tardan años en aceptar que son diabéticas a pesar de que todos los síntomas (ganas continuas de orinar, sed y ansiedad por comer constantes) están presentes. Esta actitud se presenta de manera generalizada entre la población sin importar su extracción sociocultural. La mayoría acude a algún servicio de salud cuando están presentes complicaciones mayores.<sup>27</sup>

Otros/as especialistas aseguran que es necesario cambiar el modelo médico y educativo y que el nuevo debe inspirar confianza a la población, que les informe que si bien la diabetes no es curable sí pueden aspirar a tener una buena calidad de vida mediante el autocuidado de su salud.<sup>x</sup> Existe la propuesta denominada “Cinco

pasos para el autocuidado”,<sup>31</sup> iniciativa encabezada por Project HOPE-México que tiene como meta capacitar a las personas enfermas con la intención de mejorar su calidad de vida. Dicho proyecto busca modificar las representaciones de la experiencia del padecimiento doloroso, por las experiencias de gente que ha conseguido tener una vida digna a pesar de su diabetes. A pesar de que las propuestas de educación para la salud dirigidas a las personas diabéticas son loables y dignas de mencionarse, se han dejado de lado otro tipo de aspectos culturales profundamente relacionados con la manifestación, trayectoria y autocuidado de la diabetes. La cultura impone representaciones y prácticas corporales-emocionales distintas según el sexo de las personas, dando lugar a una cultura de género.<sup>x</sup> Este concepto es fundamental para entender que los hombres y las mujeres manifestarán padecimientos distintos, en tanto que la enfermedad también es una construcción social al igual que el género.<sup>32</sup>

### Se requiere más dinero y menos sabor para una dieta más saludable.

Los informes epidemiológicos dados a conocer por los organismos internacionales de salud y los nacionales ponen en evidencia que existe una creciente prevalencia de diabetes entre las mujeres y que son ellas las que están sufriendo la peor parte de la pandemia.<sup>33</sup> Los datos incluyen a la población femenina de los países más pobres de América Latina en los que el origen étnico-racial también es una constante en los datos y que es tomado como un factor de aumento de riesgo en el aumento de los niveles de glucosa.

En México las cifras no son muy distintas, la prevalencia es mayor entre la población femenina; de 1990 a 2007 la diabetes aparece como una causa de mortalidad mayor entre las mujeres que entre los varones.<sup>34</sup>

De hecho, en el 2000 la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres.<sup>35</sup> Actualmente es la primera causa de muerte en hombres y mujeres en México, pero como han señalado algunas investigadoras, se encuentran diferencias por sexo en el comportamiento epidemiológico, lo que nos lleva a suponer que es justamente una serie de aspectos que forman parte de la cultura de género lo que propicia estas diferencias.<sup>27</sup>

Tomando en cuenta que los principales factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus son el sobrepeso y la obesidad y que su distribución por sexo también coloca a las mujeres como la población con mayor prevalencia,<sup>34</sup> este dato debe ser analizado en el contexto de la cultura de género.

ix La OMS y la OPS están impulsando proyectos de autocuidado a través de financiamientos con organismos no gubernamentales, tal es el caso del proyecto VIDA, por sus siglas en inglés, *Veracruz Initiative for Diabetes Awareness* (Proyecto Veracruz para el Mejoramiento de la Atención a la Diabetes), bajo la supervisión de la Oficina Regional de la OPS para las Américas en México. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-vida-veracruz.htm>

x Intentando trascender la categoría de género, que de pronto puede resultar un concepto vacío, Elsa Muñiz propone la categoría de cultura de género, la cual pretende ser una herramienta de mayor alcance, en tanto que explicita su sentido histórico porque reconoce “la existencia creación y recreación- de códigos de conducta basados en elaboraciones simbólicas promotoras de las representaciones hegemónicas de lo femenino y lo masculino”.

Es importante que identifiquemos y posteriormente reconozcamos que el comportamiento de la gente está pautado por estos códigos socioculturales a los que hemos hecho mención y que estructuran simbólicamente y materialmente las relaciones entre hombres y mujeres, lo que definitivamente tendrá repercusiones en los mapas epidemiológicos que desagregan por sexo la clasificación de las enfermedades, pero que es necesario interpretar estas diferencias desde una visión crítica que nos permita comprender qué de la vida de las mujeres, las coloca en mayores riesgos de desarrollar padecimientos crónicos no transmisibles como la diabetes mellitus y sobre todo por qué su ruta de padecimiento es completamente diferente a la de los varones. Si consideramos que parte de los códigos socioculturales norman de manera hegemónica las funciones sociales que se deben realizar según el sexo de las personas, podemos suponer que las diferencias genéricas están influyendo en varios niveles de la enfermedad.

Por un lado, se ha encontrado que la detección de la diabetes en mujeres es más tardía que en los varones y, una vez detectada, no acuden con tanta regularidad a sus controles médicos. Mientras que los varones, tienen una detección menor a las mujeres, pero una vez que son diagnosticados llevan un mejor control médico.<sup>26,34</sup> Tradicionalmente el cuidado de los otros: niños, niñas, ancianos y enfermos, ha sido una labor femenina, lo que lleva a las mujeres a postergar sus propias necesidades de cuidado, entre las que se encuentran las visitas médicas preventivas, de tratamiento y control de enfermedades previamente diagnosticadas.

La mayoría de las veces, son las propias mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus, quienes tienen que implementar su autocuidado; controles, administración de medicamentos, cambio de hábitos alimenticios y programa de actividad física, que se deben realizar sin menoscabo de las responsabilidades domésticas que incluyen la administración económica y de tiempo que poco margen de movilidad les deja, sobre todo a las mujeres de los sectores sociales más deprimidos.

Cocinar una dieta baja en glucosa implica aumentar el gasto por alimentos e invertir más tiempo porque las mujeres terminan haciendo dos o tres menús al día para toda la familia, lo que pone en crisis su economía. Muchas veces prefieren hacer un solo menú y postergan su dieta porque culturalmente una buena comida está definida por su sabor y condimentos y no tanto por su valor nutricional. Por otro lado, el autocuidado también incluye, entre otras medidas, la medicación en tiempo y forma para un control eficiente de la enfermedad, la cual no se lleva a cabo de la manera idónea por la mayoría de las mujeres.

Se plantea que entre las medidas que podrían beneficiar a la población diabética, estaría la administración de toma única, es decir, ofrecer medicamentos que contengan las sustancias capaces de disminuir los niveles de glucosa en la sangre, consumidos una vez al día; la simplificación de los tratamientos ayudaría a que las personas los siguieran de mejor manera.<sup>xi,36</sup> Esta medida de toma única podría coadyuvar en el manejo eficiente de los niveles de glucosa de la población diabética en general y en particular sería de gran ayuda a la población femenina cuyo tratamiento de la diabetes se simplificaría; se tornaría más llevadera la conjugación del autocuidado y el cuidado de otros.



xi Los médicos españoles proponen las sulfonilureas de toma única como la alternativa para conseguir la adherencia y la reducción de efectos adversos, como el riesgo de las hipoglucemias. Conseguir esta simplificación en el tratamiento es una obligación de los médicos y de la industria farmacéutica han señalado el Dr. Ramón Gomis, jefe de Servicio de Endocrinología del Hospital Clinic de Barcelona y el Dr. Edelmiro Menéndez, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Central de Asturias.

El exceso de peso y la obesidad en las mujeres están asociados con aspectos biológicos y funciones fisiológicas femeninas relacionadas con los procesos hormonales y la reproducción: embarazo y lactancia, además de las condiciones socioeconómicas y las representaciones sobre lo femenino y lo masculino, que definen en gran medida sus estilos de vida, lo que impacta su salud y en consecuencia, su estado nutrimental. La cultura promueve mensajes contradictorios para las mujeres; refuerza estereotipos de belleza caracterizados por la delgadez, a la vez que oferta comida a través de todos los medios posibles de comunicación. Las mujeres están en mayor contacto con los alimentos: los compran, los preparan, los administran y los sirven, pues culturalmente es una actividad femenina por excelencia, tal situación las coloca en una vulnerabilidad mayor al consumo excesivo de comida.

Por otro lado, es común que mujeres que realizan actividades extradomésticas, frecuentemente consuman alimentos en la calle y terminen eligiendo comida de alto nivel calórico, pero bajo costo, para no poner en

riesgo su escasa economía doméstica. Aún es visible cierta tendencia de las mujeres a ofrecer la mejor comida a los varones de la familia: esposo e hijos, al valorarse por encima la vida y el desempeño del varón con respecto del de la mujer.<sup>37</sup> Como señalan algunos/as investigadores/as, la oferta de comida procesada y sus bajos costos, en comparación con alimentos no procesados, define el rumbo del consumo de los primeros por encima de los segundos porque priva el aspecto económico más que el valor nutricional, situación que es completamente comprensible en el contexto de crisis económica y miseria en el que cada día más familias viven en México.<sup>36</sup>

La actividad física es otro de los fenómenos que también muestra diferencias según el sexo de las personas y que está relacionado de manera inexorable con la cultura de género; los estereotipos sociales promueven de manera más específica la actividad física y una actitud positiva hacia el deporte entre la población masculina que entre la femenina.<sup>36</sup>

## PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: NUEVAS TRIBUS URBANAS COMERCIALIZACIÓN DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS PARA SU CALIDAD DE VIDA

Si consideramos que la diabetes mellitus puede acompañar a buena parte de la población durante más de la mitad de su vida, tendremos que entender que existen elementos subjetivos con un sustento material que muestra que las personas diabéticas son conjuntos sociales que se están convirtiendo en las nuevas “tribus” o “etnias”, o en lo que podríamos llamar los nuevos grupos de etnoenfermos/as que demandan, no sólo servicios médicos, sino diversos productos para adaptarse a la vida cotidiana con mejor calidad de vida.<sup>38</sup>

Las personas con diabetes se han convertido en una comunidad que demanda insumos y servicios para poder incorporarse de manera más adaptada a los estilos de vida actuales de una sociedad que se organiza globalmente y que percibe ciertos productos como una necesidad fundamental para su sobrevivencia.

Tal es el caso de la bebida única en el mundo para diabéticos que “la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México en convenio con la empresa Coca-Cola Company, está preparando, la cual [...] es una alternativa en un país como México, donde la población es una de las mayores consumidoras de refrescos del mundo, tan sólo después de los Estados Unidos de Norteamérica, porque en el territorio nacional hay desconfianza en el agua potable, se carece de la misma en algunas zonas rurales o por simple costumbre.”<sup>39</sup>

Dicha bebida contiene proteínas, sales, minerales, vitaminas y fitoestrógenos. La bebida incluye componentes naturales como derivados del tomate, tamarindo y ajo, así como néctar.<sup>40</sup> Se trata de un complemento nutricional que apoyará al tratamiento médico para



retrasar las complicaciones de la diabetes, ya que se ha evaluado el efecto de sus ingredientes en la función celular pancreática y hepática en ratas diabéticas (con quienes se comparte el 80% del genoma) y en pacientes con inicio temprano de la diabetes, incluyendo a los de comunidades indígenas. Se espera que la bebida salga pronto a la venta en presentaciones de 200 ó 250 ml. Se recomendará que se beba tres veces al día.

Existen publicaciones periódicas como *Diabetes hoy*, órgano oficial de comunicación de la Federación Mexicana de Diabetes, A.C., que tienen el objetivo de apoyar el interés de la población con diabetes en productos

comercialmente disponibles y evitar anuncios que puedan confundirlos. Según su línea editorial, los productos anunciados pretenden apoyar a pacientes diabéticos/as a elevar su calidad de vida ofreciendo sustitutos de azúcar, alimentos bajos en carbohidratos y glucómetros, entre otros, que ayuden en el control de la diabetes y en la prevención de la misma.<sup>xii</sup> También existen programas radiofónicos<sup>xiii</sup> y televisivos<sup>xiv</sup> encaminados a informar sobre estilos de vida que resultan de alto riesgo para quien padece diabetes en los que tanto especialistas como población afectada ofrecen sus vivencias a la audiencia.

## PERSPECTIVAS CRÍTICAS EN TORNO A LA COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

La reiterada insistencia sobre la necesidad de introducir un cambio en la mentalidad de la sociedad respecto al modo de ver la diabetes e incrementar las medidas de identificación de los grupos de alto riesgo, son los ejes conductores señalados por el personal de salud para reducir la prevalencia de la diabetes.<sup>xv,37</sup> No obstante, el panorama epidemiológico de la diabetes nos lleva a observar que las medidas sobre educación para la salud dirigidas a toda la población y las estrategias médicas de prevención y atención a la diabetes deben incluir otros aspectos socioculturales que permitan una comprensión más amplia de la enfermedad que, además de tener en cuenta cómo las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en el desarrollo de la diabetes entre hombres y mujeres, reconozca cómo y porqué lo que hemos denominado cultura de género tiene relación directa y marca una diferencia notoria en la aparición y ruta de la diabetes entre hombres y mujeres. El acceso a los recursos y su control afecta de manera diferencial la salud de ambos.

Todo lo anterior nos invita a reflexionar sobre la importancia de considerar posturas críticas que incorporen elementos socioculturales para explicar, prevenir y atender a la población en riesgo de padecer diabetes mellitus. Es fundamental rebasar visiones que sólo reconocen la unidimensionalidad biológica de la enfermedad y apenas consideran como factores predisponentes a los de orden sociocultural, cuando en realidad son de la mayor relevancia para interpretar los datos epidemiológicos que por sexo y adscripción étnico-racial ofrece la diabetes mellitus.

La antropología de la salud propone una visión multidimensional que permite recuperar la condición social, cultural y política-económica de la enfermedad.<sup>41</sup> La gran deuda de la biomedicina en sus investigaciones es la escasa importancia que se le ha dado a los factores sociales y culturales en el desarrollo de la enfermedad. Aun cuando muchas de las prácticas y representaciones culturales de los grupos humanos están íntimamente relacionadas con su alta predisposición a desarrollar cierto tipo de enfermedades como las crónicas no transmisibles.<sup>42</sup>

<sup>xii</sup> <http://www.fmdiabetes.org>

<sup>xiii</sup> Con D de diabetes en el 1060 AM, Radio Educación, los viernes de 12 a 13 horas.

<sup>xiv</sup> Platícame con Emilio Fernández. Educación en salud y entretenimiento para toda la familia. Considerado el primer programa de educación en diabetes en la TV. Mexicana. Sábados 8:30 a.m. y miércoles 5:00 a.m. por el canal 40.

<sup>xv</sup> Café de Redacción Madrid, reunión organizada por las y los médicos españoles con motivo del Día Mundial de la Diabetes.



## Los factores socioculturales afectan a la condición biológica de la enfermedad de la siguiente manera:

- a) La construcción social de la enfermedad refiere condiciones de normalidad y anormalidad consensuadas culturalmente.
- b) La mediación de la cultura en los hábitos de riesgo asociados a la enfermedad, particularmente los referidos a la cultura de género, en los que ciertos grupos se tornan más vulnerables como el caso de las mujeres, los niños y los pobres.
- c) La pobreza, la edad, el género, el estado nutricional, el hacinamiento, la resonancia emocional, todos ellos son factores que participan en el desarrollo de los padecimientos.

La biomedicina únicamente reconoce el papel mediador de los factores socioculturales en la enfermedad como algo secundario o como elementos que predisponen una condición natural y genética, pero no como un elemento fundamental en el desarrollo del padecimiento, su atención y prevención.<sup>41</sup>

De acuerdo con algunas/os investigadores sociales, la incorporación de los aspectos socioculturales de la enfermedad y de la vida cotidiana de las personas enfermas, es un elemento indispensable para entender los procesos de salud-enfermedad.<sup>9</sup> La poca atención que se le ha otorgado a estos aspectos, los vincula con creencias, ignorancia y posturas anticientíficas, más que con elementos subjetivos y simbólicos que forman parte de un proceso en la construcción de la enfermedad; elementos tan importantes como el curso, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Otros elementos socioculturales poco reconocidos, que apunta Martínez Hernández,<sup>41</sup> en el desarrollo de las enfermedades, son la emocionalidad y sus correlatos psicobiológicos y neuroquímicos en el empeoramiento o mejoramiento de la enfermedad,<sup>xvi,41</sup> a los que sumamos, la relación entre la emocionalidad, el estado de salud y la red social, la reciprocidad de largo aliento y ayuda mutua entre ciertos grupos vulnerables; los efectos intersubjetivos de la soledad en personas de la tercera edad y la transferencia emocional en la red social y el intercambio social; todos son factores que participan en el desarrollo de los padecimientos y, la cultura de género, que se convierte en el contexto de este escenario epidemiológico.<sup>43</sup>

Se requiere buscar la lógica interna de la enfermedad y su correspondencia con otros órdenes de la vida social como la organización social del cuerpo para entender el crecimiento exponencial de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

## ¿CUÁLES SON LAS TAREAS PENDIENTES

Definitivamente se requiere de mayor investigación de tipo cualitativa que nos ayude a documentar cómo intervienen los aspectos subjetivos y materiales de la cultura de género en el desarrollo y manifestación de la diabetes en hombres y mujeres.<sup>34</sup> Es importante recuperar los significados, representaciones y prácticas de la ruta de la diabetes en grupos diversos. También consideramos que el sentimiento que viven hombres y mujeres ante la enfermedad, los síntomas, el diagnós-

tico y los tratamientos son elementos poco explorados que, como se afirma en el trabajo “Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso de la Diabetes Mellitus”,<sup>35</sup> nos puede ayudar a entender por qué si la prevalencia de diabetes entre hombres y mujeres mayores de 20 años es muy parecida, se mueren más mujeres que hombres por esta causa.

<sup>xvi</sup> Las expectativas sociales y subjetivas ante un proceso entendido como nocivo podrían actuar sobre el aumento de la vulnerabilidad a padecer enfermedades como resultado del desequilibrio inmunitario inducido por las emociones y sus efectos neuroquímicos. Un buen ejemplo de esta influencia son los estudios del impacto de la viudez en el mayor riesgo de mortalidad y el riesgo de enfermedades coronarias.

Incorporar una visión multidimensional que, además del género, considere aspectos multiculturales, con toda seguridad ofrecerá otros elementos en la discusión y propuestas de intervención y prevención de la diabetes. Por supuesto que el trabajo aplicado en la promoción de la salud y la prevención de la diabetes mellitus debe incluir estos aspectos intersubjetivos, multiculturales y psicoafectivos presentes en la población diagnosticada o en riesgo de padecer diabetes mellitus.

En otras palabras, la recuperación y análisis de la experiencia de la ruta de construcción del padecimiento cobra una importancia significativa para entender cómo

y por qué se enferman las personas. La recuperación de estas experiencias ayudará a poner en evidencia que las personas enfermas no son entes aislados, sino entes sociales que comparten una cultura y formas de enfermar. Aspiramos a evitar algunos errores señalados por Scheper-Huges y Lock<sup>44</sup> quienes advierten que muchas veces al analizar los sistemas sociales para explicar la salud, se ha tendido a despersonalizar a la persona enferma porque se deja de lado lo particular, lo existencial, el contenido subjetivo de la enfermedad, del sufrimiento y la curación, así como el proceso de construcción de la enfermedad que en su conjunto forman parte de la experiencia de vida de cada persona.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de las Principales causas de mortalidad general, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx> [2009 junio 20].
2. Organización Mundial de la Salud Diabetes. Nota Descriptiva N 312. Noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index>. [2009 junio 18].
3. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de las Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupos de edad 2007. México: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx> [2009 junio 20].
4. Olaiz G, Rivera ±, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M y Sepúlveda ±, eds. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud; 2006: 80.
5. Torres M. Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. México: Universidad de Guadalajara. Coordinación General Académica. Unidad para el Desarrollo de la Investigación y el Posgrado; 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota Descriptiva N 312. Noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index> [2009 junio 18].
7. Mueren cada hora seis personas por diabetes mellitus en México. El Universal 7 de noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/ciudad> [2007 junio 28].
8. Zubirán S. 1960, citado en Mercado F± Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara; 1996.
9. Mercado F± Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara; 1996.
10. Diabetes mellitus, primera causa de muerte en México. La jornada, Salud 14 de noviembre de 2006. Disponible en: [www.jornada.unam.mx/](http://www.jornada.unam.mx/) [2007 agosto 23].
11. En México, 10 millones afectados por diabetes. La jornada, Salud 8 de noviembre de 2006. Disponible en: [www.jornada.unam.mx/](http://www.jornada.unam.mx/) [2007 agosto 22].
12. Cuenca A. Reporta Salud incremento de 300% en muertes por diabetes. La jornada 18 de octubre de 2006. Disponible en: [www.jornada.unam.mx/](http://www.jornada.unam.mx/) [2007 agosto 22].
13. Diagnostican a 4 mil diabéticos en 2007. El Universal. 14 de noviembre de 2007. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/ciudad> [2009 junio 28].
14. Aumentan 25% cada año casos de diabéticos en México. El Universal 28 de octubre de 2008. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/notas/> [2009 junio 28].
15. Diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS Mex 1997; 35(5):353-368. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/091998.htm> [2007 agosto 27].
16. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/DM-2.htm> [2010 marzo 02].

17. Objetivo a corto plazo: “ganar años a la diabetes”. Gaceta Médica digital PDF. Disponible en: [http://www.fundaciondiabetes.org/adjuntos/11\\_2006%5C16\\_g.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/adjuntos/11_2006%5C16_g.pdf) [2008 junio 20].
18. Día Internacional de la Diabetes. Universidad Maimónides. Disponible en: [http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2007/11/dia\\_mundial\\_de\\_la\\_diabetes\\_1.html](http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2007/11/dia_mundial_de_la_diabetes_1.html) [2009 junio 28].
19. Clínica diabetológica Dr. Antuña de Alaiz. Disponible en: <http://www.clinidiabet.com/es/nuestraclinica/noticias/2008/04.htm> [2009 junio 28].
20. El costo de vivir con diabetes. 10 de septiembre de 2007. México: Brújula de compra de Profeco. Disponible en: [www.profeco.gob.mx](http://www.profeco.gob.mx) [2009 junio 28].
21. Se puede retrasar la diabetes e incluso evitarla. El Universal 15 de noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/ciudad> [2007 agosto 06].
22. Villarreal-Rios E, Salinas-Martinez AM, Medina-Auregui A, Garza-Elizondo ME, Nunez-Rocha G, Chuy-Diaz ER. The cost of diabetes mellitus and its impact on health spending in Mexico. Arch Med Res. 2000 Sep-Oct; 31(5):511-4. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/bibliografia> [2009 junio 28].
23. Necesario mantener vigilancia epidemiológica para frenar enfermedades en México. México: Comunicado de la Dirección General de Comunicación Social, Secretaría de Salud; 5 de Abril de 2009. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/salud/?contenido=43843> [2009 marzo 4].
24. Umate ± Medicina conductual y autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. Medicina Conductual en México. México: Porrúa; 2004.
25. La diabetes podría extinguir a las poblaciones indígenas en un siglo, La Jornada 14 de noviembre de 2006. Disponible en: [www.jornada.unam.mx/](http://www.jornada.unam.mx/) [2007 agosto 23].
26. Diabetes: Mueren 70 mil personal al año en México. Gaceta UNAM. 2008; 4107:10.
27. Salcedo AL, García de Alba ±E, Frayre M±, López B. Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención, Rev. Med. Inst. Mex. del Seguro Social 2008; 46(1):73-81.
28. Giddens, A. Un mundo desbocado, los efectos de la globalización en nuestras vidas. México: Taurus; 2002.
29. Disponible en: <http://www.cenave.gob.mx/adulto/descargas/pdf/proyectos%205%20pasos/AGS.pdf> [2010 marzo 2].
30. López R. Sesión Plenaria: El desafío en la atención de la Diabetes. Riesgo Cardiometabólico: un tsunami anunciado. 13 Congreso de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, Mor; 2009. Disponible en: <http://www.congisp2009.org> [2009 marzo 4].
31. Courtney G, Castañeda A. Cinco pasos para el autocuidado-empoderamiento de la gente para el cuidado de ellos mismos y otros. Diabetes Voice 2005 Sept; 50:38-40.
32. Muñiz E. Historia y género. Hacia la construcción de una historia cultural del género. En: Pérez-Gil E, Ravelo P, coords. Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México. México: CIESAS-Porrúa; 2004: 31-55.
33. Torres C, Barceló A. Injusticia social y necesidades no cubiertas: mujeres y diabetes en las Américas. Diabetes Voice 2009 Mayo; 54(Núm. Especial):17-20.
34. Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: [www.sinais.salud.gob.mx](http://www.sinais.salud.gob.mx).
35. Del Río A, Rodríguez Y, Robledo C, Blas I. Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus en México. **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS** 2009 Enero-abril; 7(1):3-16.
36. Redacción. Gaceta Médica Madrid 2006 Nov. 12. Disponible en: [www.gacetamedica.com](http://www.gacetamedica.com) [2007 agosto 20].
37. González de León D, Bertrán M, Salinas A, Torre P, Mora F, Pérez-Gil, S. La epidemia de la obesidad y las mujeres. **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS** 2009 Enero-abril; 7(1):17-31.
38. Maffesoli M. El tiempo de las tribus. El declinamiento del individualismo en las sociedades de masas. Barcelona: Icaria; 1990.
39. Ramón V. Preparan bebida única en el mundo para diabéticos. Gaceta UNAM 2006 Nov 16 (941):8.
40. Preparan UNAM y refresquera bebida para diabéticos. El Universal 15 de noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/ciudad> [2007 junio 28].
41. Martínez Á. Metáforas ocultas: sobre invisibilidad del poder biomédico. En: Pérez-Taylor R, ed. Las expresiones del poder. IV Coloquio Paul Irchhoff. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas: UNAM; 2005: 219-235.
42. Martínez Á. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
43. Enríquez R. Voces de la pobreza: malestar emocional femenino y redes sociales: un estudio comparativo sobre jefaturas de hogar pobres. Guadalajara: ITESO, Centro de Investigación y Formación Social; 1997.
44. Scheper-Huges N, Lock M. Speaking Truth to ions: metaphors, reification and pedagogy of patients Medical Anthropology. quarterly 1986; 17(5): 136-140.

# Género y Enfermedad

## Es posible el Autocuidado de la Diabetes en Casa

Dra. Laura Elena Trujillo Olivera<sup>i</sup>



<sup>i</sup> Coordinadora de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Autónoma de Chiapas.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo <sup>a</sup> <sup>a</sup>, el cambio en los estilos de vida asociados a la urbanización en Latinoamérica ha contribuido en gran medida a generar factores de riesgo condicionando la dominancia de las enfermedades crónicas y degenerativas.<sup>1,2</sup> En México, los cambios epidemiológicos se asocian al envejecimiento poblacional, ambos fenómenos se advierten en un contexto donde las políticas públicas, en particular las sanitarias, no garantizan la provisión de servicios a la población más vulnerable, empobrecida por la sostenida crisis económica de los últimos 25 años.<sup>3</sup>

La epidemia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), es un reto para el sistema de salud, puesto que se admite el escaso apego al tratamiento medicamentoso<sup>4</sup> y, por ende, el mínimo control metabólico, que eventualmente incrementará la incidencia de complicaciones. En este sentido, el autocuidado adquiere mayor relevancia.

El autocuidado (AC) se comprende como ese conjunto de conductas adoptadas por las personas, de manera voluntaria y reflexiva, producto de la comprensión de la propia enfermedad; individualmente o con acompañamiento de una o más personas, con el fin de contribuir al control de la enfermedad y, en última instancia, al propio bienestar.<sup>5</sup>

Aunque podría suponerse que las personas mayores de 50 años reciben apoyo moral y económico de familiares, en el caso de quienes viven con DM2 no es posible generalizar debido a que, subrepticamente, se incorporan las desigualdades en razón de clase, etnia y género,<sup>1,2</sup> haciendo sinergia con las dificultades económicas imperantes. Por esta razón, el trabajo se propone profundizar en la comprensión de las circunstancias que limitan el autocuidado, particularmente aquellas que se derivan de la desigualdad de género en el espacio doméstico.

Género, es una categoría analítica que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca del deber ser de hombres y mujeres, usadas para justificar la desigualdad.<sup>6</sup>

El género es una división de los sexos socialmente impuesta.<sup>7</sup> Las relaciones de género implican posiciones jerárquicas y conflicto por el acceso/control de los recursos disponibles; es por ello que la condición de hombres y mujeres es asimétrica; los roles e identidades de género así como la autonomía de unas y otros para ejecutar las acciones indispensables para el autocuidado podrían explicar la manera en que éste se produce.

Las desigualdades de género en la salud de hombres y mujeres se entienden como diferencias innecesarias, evitables e injustas;<sup>8</sup> en este trabajo serán analizadas con un enfoque sociológico, que sin descartar el sustrato biológico, incorpora elementos del entorno social en la explicación de estas diferencias en salud de hombres y mujeres. Se ubica así, en la propuesta del análisis integrado de los aspectos biológicos y sociales para la comprensión de las diferencias en la ocurrencia y evolución de distintas enfermedades.<sup>9</sup>

En México hay pocos estudios sobre diabetes mellitus analizados desde la perspectiva de género;<sup>10</sup> los existentes tratan temas reproductivos, de salud mental y en tercer lugar las enfermedades crónicas, en general, con enfoque cuantitativo. Información relativamente reciente, documenta que la conformación y dinámica de los grupos domésticos está en un proceso de cambio, vinculada a la sostenida crisis económica en México y a transformaciones socioculturales asociadas al mercado laboral, la escolaridad y un proceso de emigración creciente, entre otros aspectos importantes, que modifican no solamente los arreglos domésticos, sino las relaciones intergenéricas e intergeneracionales en su interior, alterando el pacto intergeneracional de apoyo y la capacidad de negociación de hombres y mujeres en su interior.<sup>11</sup> Asimismo, se han modificado las prácticas de la alimentación y ejercicio físico de la población, componentes centrales del autocuidado en personas que viven con diabetes mellitus.

El contexto económico en que vive la población chiapaneca, históricamente empobrecido para las mayorías, confiere mayor complejidad al comportamiento epidemiológico de la diabetes, en particular asumiendo que el autocuidado que las personas pueden otorgarse depende de las capacidades económicas y humanas de los integrantes del grupo doméstico.

El autocuidado incluye tareas en distintos momentos de la vida cotidiana de las personas: observación y significación de malestar y síntomas, seguimiento y ajuste de las indicaciones médicas, búsqueda de información, ajuste en la alimentación y actividad física, que coinciden en señalar la existencia de capacidad de agencia y autoeficacia<sup>12</sup> además de elementos emocionales propicios para el control del padecimiento.<sup>13</sup>

## METODOLOGÍA E INFORMANTES

El estudio se realizó durante el 2006, en tres colonias populares de Tuxtla Gutiérrez (Chiapas), elegidas porque los factores de riesgo de las enfermedades crónicas son más frecuentes en estratos socioeconómicos bajos.<sup>14</sup> El proyecto fue financiado por el Sistema Institucional de Investigación de la Universidad Autónoma de Chiapas, en la recolección de información empírica únicamente participó la autora.

La información empírica se obtuvo mediante entrevistas en profundidad, herramienta de la metodología cualitativa, útil para generar versiones alternativas o complementarias de la reconstrucción de la realidad, como vía de acceso a los aspectos de la subjetividad humana que dan cuenta de los motivos y orientaciones psicosociales que inciden en el comportamiento social de los individuos.<sup>15</sup> Comprende 23 entrevistas en profundidad a 16 mujeres y siete hombres diagnosticados como diabéticos, complementado con 16 entrevistas a familiares cercanos de cada informante. Los criterios fueron no tener una crisis metabólica y aceptar participar en el estudio.

Los encuentros se llevaron a cabo, previa cita, en el domicilio del o la participante. Resultó sorprendente la intensa necesidad de hablar de las dificultades para llevar a cabo el tratamiento que se relacionan con limitaciones económicas, de tiempo y la percepción de ser dignas de merecer atención. Debido a esta necesidad

En este trabajo consideramos relevantes algunos elementos del escenario doméstico, en particular la composición e interacciones dentro del grupo doméstico, perfiladas por las relaciones de género, que asumimos habrían de condicionar las decisiones y acciones individuales en la vida del grupo y con ello, desigualdades de género en el autocuidado de la diabetes mellitus. Se propone explorar el fenómeno del autocuidado, desde la perspectiva de género, de mujeres y hombres que viven con DM en el espacio doméstico, bajo el supuesto de que las relaciones intergeneracionales e intergeneracionales, moduladas por los elementos culturales y económicos confieren ciertas particularidades al autocuidado en las personas que viven con una enfermedad crónica.

de hablar sobre su enfermedad, en particular de las mujeres y de dos varones, los encuentros fueron extensos. Cada entrevista se integró de al menos dos encuentros, máximo cuatro.

Paralelamente se tomaron notas de campo con la observación de la condición material de vida de las y los participantes y de algunos elementos de la interacción entre los integrantes del grupo doméstico durante los encuentros.

Al momento de concertar el primer encuentro se explicó el objetivo del trabajo y se solicitó verbalmente la aprobación para grabar la conversación. La clave para asegurar la confidencialidad de las personas es alfanumérica: se usó un número consecutivo, seguido del sexo (H y M para hombres y mujeres), la edad en años; la condición civil y la colonia de residencia.





Las categorías de análisis para el autocuidado (AC) fueron identificadas desde las transcripciones textuales, es decir, los cuatro aspectos fueron mencionados por las y los participantes al preguntárseles: qué hace para cuidarse; cómo se cuida por tener diabetes; fueron mencionadas otras acciones no incluidas en este documento. Con esta información se elaboró una propuesta ajustada a tareas individuales realizables en casa<sup>13,16</sup> que comprenden cuatro aspectos críticos para el control de diabetes:

1. Conocimiento sobre la enfermedad
2. Alimentación
3. Medicación
4. Actividad física

que aportan puntos en un recorrido de Ausente (-) a Presente (+++), (ver Cuadro 1), formando un gradiente divisible en cuatro segmentos iguales, que conforman

cuatro categorías: Ausente (1 a 3 puntos); Débil (4 a 6 puntos); Flexible (7 a 9 puntos) y Rígido (10 a 12 puntos). De acuerdo con la literatura, la mejor categoría para el autocuidado (AC) es la Flexible, debido a que el control de azúcar en sangre depende de múltiples factores externos, cuyo reconocimiento permite ajustar alimentación y medicamentos. La forma rígida de AC tiene el problema de ser insostenible por largos períodos y presentar dificultades al control metabólico, por lo que se considera como no deseable desde el punto de vista médico. Por ello, la calificación otorgada a cada categoría no es equivalente al valor en puntos que tiene para el AC, sino que constituye solamente una guía para la clasificación de los enfermos y enfermas. Esta clasificación ofrece la posibilidad de identificar en el interior de cada categoría los aspectos del AC en los que cada enfermo(a) coloca el énfasis, así como aquellos que no son importantes para él o ella.

**CUADRO 1**  
**CRITERIOS ELEMENTALES DE AUTOCUIDADO DE DIABETES**

ASPECTOS	CONOCE DM	ALIMENTACIÓN	MEDICACIÓN	ACTIVIDAD FÍSICA
-	Tiene ideas populares sobre el origen y evolución de la enfermedad.	Sin cambios.	Sigue tratamiento alternativo, naturista, espiritista o tradicional.	Sin cambios. No evita el sedentarismo.
+	Identifica las complicaciones, sabe cuándo tiene alto nivel de azúcar en sangre; lo ha incorporado irregularmente a su vida diaria.	Incorporó mayor cantidad y tipo de vegetales y frutas a su alimentación, continúa con sus hábitos de consumir alcohol y alimentos no recomendados.	Acepta que el medicamento le beneficia, lo toma irregularmente pues lo suspende cuando mejoran los síntomas.	Realiza escasa actividad aeróbica, lo habitual, de manera irregular durante la semana.
++	Tiene información sobre cuidado de la alimentación, además de reconocer altibajos en los niveles de azúcar en sangre. Usa regularmente esta información en su vida diaria.	Consumo más frutas y vegetales, evita alimentos no recomendados pero consume eventualmente bebidas alcohólicas y/o gasificadas. Toma pozol blanco.	Toma medicamentos regularmente, modifica a voluntad la dosis, independiente de la sintomatología.	Realiza actividad aeróbica adicional a sus quehaceres diarios, pero de forma irregular.
+++	Reconoce síntomas, complicaciones, cuidados que debe atender. Ha buscado información activamente en distintas fuentes, la aplica a su vida diaria.	Cuida la calidad y cantidad de alimentos consumidos y evita bebidas alcohólicas y/o gasificadas.	Toma medicamentos y reconoce cuándo ajustar la dosis, conforme a su percepción de estar normal en niveles de azúcar en sangre.	Realiza actividad física aeróbica de manera regular durante toda la semana, además de sus quehaceres, reconoce beneficios.

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, ALGUNOS RESULTADOS SOBRE LAS Y LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

En el trabajo participaron siete hombres y 16 mujeres. Entre los hombres, la edad promedio fue de 58.4 años (desviación estándar 9.1); excepto por un viudo que convivía con la hija única, los demás vivían en pareja y su posición era de jefatura. Todos tenían una actividad productiva no calificada; sólo uno de ellos tenía empleo estable y acceso a la seguridad social. La escolaridad promedio era primaria incompleta, sólo uno de ellos dijo haber concluido la secundaria. Cinco participantes eran católicos, dos más y sus grupos domésticos, Testigos de Jehová.

La edad promedio de las mujeres fue de 49.6 años (desviación estándar 11.8). Cuatro de ellas eran jefas de hogar, dos por viudez y dos por abandono de la pareja. En seis de 16 casos las mujeres participantes del estudio se dedicaban exclusivamente a ser amas de casa, las restantes tenían alguna actividad económica en el comercio informal y trabajo por cuenta propia; sólo una mujer tenía empleo formal en la docencia de nivel medio superior (bachillerato). Únicamente tres mujeres tenían servicio médico de seguridad social, dos de

ellas afiliadas por otro/a integrante del grupo doméstico. Entre las mujeres había tres, alrededor de los 60 años de edad, que no sabían leer ni escribir; dos de ellas concluyeron la formación secundaria y una obtuvo título universitario. El resto había cursado algún grado de educación básica. Excepto por una mujer, esposa de un Pastor de la Iglesia del Nazareno, las mujeres eran católicas.

Los/as informantes provenían de tres colonias populares de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, y fueron ubicados/as dentro de un gradiente socioeconómico reconocido con base en las características materiales de la vivienda, incluida la propiedad del inmueble y la actividad productiva predominante de quien más ingresos aporta, por periodicidad del ingreso o por cantidad,<sup>ii</sup> en tres estratos: “Bajo-bajo” (n=9), “Medio-bajo” (n=9) y “Medio-alto” (n=5). En síntesis, la información proviene de población urbana, en situación de pobreza, que se ha señalado como una de las condiciones que determinan la calidad del control de DM2.<sup>17</sup>

## AUTOCUIDADO DE LA ENFERMEDAD: LA VISIÓN DE CONJUNTO

Cuatro de los siete hombres entrevistados se ubicaban en la categoría de Autocuidado débil (AC) (57.1%), debido principalmente a irregularidad en la medicación (Cuadro 2); dos se encontraban en la categoría Flexible (28.6%) y uno tenía Autocuidado Rígido (14.3%). Aunque tenían mayor conocimiento de DM que las mujeres, así como un mejor ajuste en su alimentación, las decisiones que tomaban en los demás aspectos resultaron por lo general en comportamientos no apropiados o irregulares para el control de la enfermedad.

Seis de las 16 mujeres (37.5%) reportaron condiciones que las ubican en la categoría de Autocuidado Ausente, cinco (31.2%) en Débil, dos reportaron acciones de Autocuidado Flexible (12.5%) y tres tienen un Autocuidado Rígido (18.75%) (Cuadro 2). La actividad física y la alimentación fueron los aspectos más críticos en el Autocuidado de las mujeres.

Esta información hace pensar que el Autocuidado en casa es más fácil o más factible para los hombres que para las mujeres, se tiene presente que el estudio incluyó a pocos varones y el promedio de evolución de DM por sexo es similar (promedio 9.5 años). Es posible que esta mayor posibilidad de Autocuidado para los hombres se encuentre vinculada a su posición, autonomía y acceso a los recursos monetarios y no monetarios dentro del grupo doméstico independientemente de la composición de éste, lo cual no necesariamente se traduce en un mejor AC y control del padecimiento.

ii Por la ocupación productiva individual, en ocasiones el ingreso se limita a dos veces por año, como en los agricultores; otras veces el ingreso es mínimo pero constante, como en el caso de los vendedores ambulantes de frituras y golosinas.



**CUADRO 2**  
**CATEGORÍAS DE AUTOCUIDADO DE LA DIABETES MELLITUS EN HOMBRES Y MUJERES**

EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	AÑOS*	CONOCE DM	ALIMENTACIÓN	MEDICACIÓN	AC/ FÍSICA	PUNTUACIÓN	CATEGORÍA	
Hombres	48	Albañil	Sabe leer	14	++	+	-	++	5	Débil
	48	Taxista	Primaria Inc.	9	++	+	+	-	4	Débil
	59	Peón	Sabe leer	4	++	+	+	++	6	Débil
	66	Jubilado	Primaria Inc.	15	+	++	++	-	5	Débil
	55	Carpintero	Primaria	6	++	++	++	+++	9	Flexible
	60	Comerciante	Secundaria	16	++	++	++	++	8	Flexible
	73	Comerciante	Primaria	2	+++	+++	+++	++	11	Rígido
Mujeres	41	Ama de Casa	Primaria Inc.	5	+	+	+	-	3	Ausente
	42	Carnicera	Primaria Inc.	3	+	+	-	-	2	Ausente
	43	Comerciante	Primaria Inc.	3	+	+	+	-	3	Ausente
	52	Ama de Casa	Primaria	20	+	+	+	-	3	Ausente
	52	Cocinera	No sabe leer	14	+	+	+	-	3	Ausente
	52	Carnicera	Primaria Inc.	4	-	-	-	++	2	Ausente
	37	Ama de Casa	Secundaria	4	++	+	++	+	6	Débil
	55	Comerciante	Primaria	15	+	++	+	+	5	Débil
	61	Costurera	No sabe leer	5	+	+	++	+	5	Débil
	66	Ama de Casa	No sabe leer	25	++	+	+	-	4	Débil
	76	Comerciante	Primaria Inc.	22	+	++	+	++	6	Débil
	37	Comerciante	Primaria Inc.	12	+++	++	+++	+	9	Flexible
	38	Profesora	Licenciatura	10	+++	++	+++	+	9	Flexible
	35	Ama de Casa	Técnica en Enfermería	5	+++	+++	+++	+	10	Rígido
	47	Empleada Doméstica	Primaria Inc.	3	+++	+++	+++	+++	12	Rígido
59	Ama de Casa	Secundaria	3	+++	+++	+++	+	10	Rígido	

\* Años de Evolución de Diabetes Mellitus.  
Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este trabajo evidencian que en el interior de los grupos domésticos los hombres entrevistados tenían mejores condiciones para llevar a cabo el AC de su salud, entre otras razones por su posición de autoridad frente al grupo, por el control de los recursos económicos, por tener mayor libertad para relacionarse con otros hombres de mayor escolaridad que les proporcionaban información y por tener a su lado a una mujer, esposa o hija, que les otorgaba atenciones, especialmente en lo que se refiere a la alimentación, sin embargo, estas ventajas no se traducían en un mejor Autocuidado de diabetes.

En la población de México, durante el año 2000 se reporta escasa diferencia en prevalencia de diabetes, calculada en 7.2 y 7.8 por cada cien hombres y mujeres mayores de 20 años, respectivamente.<sup>18</sup> La composición por sexo del grupo de participantes en este estudio (2.2 mujeres por cada hombre) se interpreta como evidencia de que los hombres se mostraron reacios a hablar de sí mismos y de su salud.

En este estudio sólo participan varones de más de 40 años, pero hay mujeres a partir de 30 años de edad, asumiendo que ellos se demoran más en buscar atención médica.<sup>18</sup> El temor al diagnóstico puede ser un elemento explicativo de esta demora, ya que les significa una seria amenaza para su vida y función, particularmente dentro del grupo doméstico, afirmación que se apoya en que la salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de la masculinidad.<sup>19</sup>

Los hombres suelen tener más presión social que las mujeres para encarnar el estereotipo dominante de género y sus comportamientos son más arriesgados en diferentes momentos y circunstancias de la vida. Rehusar la atención médica y ocuparse de su cuidado se entiende como respuesta a estas presiones; seguir las indicaciones médicas les coloca en posición desventajosa frente a otros varones, incluyendo al personal de salud, que contribuye a reforzar la noción de que los hombres son, naturalmente, más saludables.<sup>20</sup> Aceptar la condición de enfermo implica modificar las formas habituales de interacción doméstica, su posición se debilita y la autoridad se desvanece ante el grupo doméstico, donde la pareja se percibe como competencia en la provisión del grupo doméstico, que es su principal referente genérico.<sup>21</sup>



Una vez reconocidos como enfermos, el reposicionamiento de los hombres en el grupo doméstico es generador de tensión, temor a lo desconocido, sensación de vulnerabilidad, lo que probablemente impulsa su apetencia por saber más acerca de la evolución del padecimiento. La información que obtienen contiene elementos intolerables (ceguera, amputación y dependencia) que anticipan un desenlace fatal expedito, una suerte de sentencia mortal. Probablemente por eso tienden a rebelarse ante las indicaciones médicas, rechazándolas o bien modificando la prescripción del medicamento, sin base en la percepción de mejoría sino en la insistencia por controlar la situación, objetivo que no logran. El efecto se acentúa con la limitada participación del personal médico, que no se relaciona adecuadamente con las y los enfermos, pues las representaciones sociales de unos y otros son diferentes.<sup>22</sup>

No obstante, se registraron hombres y mujeres en las distintas categorías de Autocuidado, evidenciando la multiplicidad de respuestas a la enfermedad, condicionadas por elementos de la interacción de las y los integrantes del grupo doméstico y sus particularidades. Como se ha señalado, el apoyo emocional que reciben las personas con DM de sus parejas, al acompañarlas en su tratamiento, compartir su ejercicio y un plan de alimentación, influye favorablemente en la percepción de autoeficacia.<sup>23</sup> Por el contrario, cuando la o el enfermo no adopta el cuidado necesario, en la pareja aparecen sentimientos de ira y frustración, además de temor por el pronóstico. La enfermedad tiene un impacto negativo en las relaciones de pareja, particularmente en las conflictivas, lo que a su vez resulta en serias dificultades para realizar el autocuidado tanto en hombres como en mujeres.

Si bien ellos tienen oportunidad de ingerir una alimentación adecuada gracias a la atención otorgada por las mujeres en el hogar, en muchos casos la desaprovechan al consumir licores, además de bebidas ricas en azúcares como el pozol. Para las mujeres, una modificación en la alimentación significa invertir más tiempo y dinero, además de la resistencia del resto de los integrantes del grupo doméstico, a quienes les resulta desagradable el ajuste a la alimentación. A ello contribuyen la falta de recursos económicos o el control sobre los mismos para cocinar un platillo especial para ellas. Todas, además, consumen eventual o regularmente bebidas gasificadas, lo que no contribuye al control de la enfermedad. Se ha reportado que una dieta adecuada reduce los factores de riesgo para desarrollar DM y provoca mayor control de azúcar en sangre, incluso con mejor efecto que los medicamentos hipoglucemiantes.<sup>24</sup>

En este trabajo, también se documentó el consumo de bebidas alcohólicas por algunas mujeres quienes reportaron que en su juventud bebían más que actualmente, pues sus condiciones físicas asociadas a la enfermedad, al descuido, y a las relaciones intrafamiliares conflictivas, ya no se los permitía.

Respecto a la edad, parece haber un patrón en la manera como la medicación se regulariza conforme aumenta la edad de las mujeres, especialmente en quienes existe una disminución de la violencia doméstica y el apoyo otorgado por hijas y nueras.

Los hombres reciben apoyo de sus esposas, las mujeres reciben apoyo de otras mujeres de su grupo pero no de los esposos, semejante a lo que afirman otros

trabajos.<sup>25</sup> Sin embargo, lo relevante es que los maridos suelen ser la fuente de estrés y conflicto emocional para las enfermas pues aquellos ven reducidas las atenciones que ellas les brindan (alimentación, cuidado de la ropa, limpieza de casa, entre las más importantes) y perciben a la mujer enferma como una carga que no están dispuestos a soportar.

El hogar es el espacio que representa mayor riesgo de violencia hacia las mujeres, entendida como “ todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.<sup>6</sup> En el caso de DM la violencia de género empeora el autocuidado entre otras razones por la alteración metabólica que provoca la crisis emocional en las mujeres que la sufren. Las mujeres enfermas que viven unidas son violentadas por sus parejas en seis de cada diez casos, evento frecuentemente vinculado al alcoholismo de la pareja, así como de los componentes del estereotipo tradicional del ser hombre en México: demostrar su valentía, beber en exceso, ser potentes sexualmente y engendrar muchos hijos.<sup>26</sup>

De esto se infiere que uno de los obstáculos más importantes para el autocuidado de las mujeres que viven con DM sea la violencia de la pareja, la cual se acentúa cuando ellas dependen económicamente de ellos, lo que a su vez es resultado de su nula o baja escolaridad y de asumir patrones tradicionales de comportamiento dentro del hogar.

Indudablemente que la capacidad de agencia, independientemente del sexo, es un requisito para aplicarse a la tarea de cuidar de sí mismas, pero en condiciones de desigualdad de género y dependencia económica las dificultades se incrementan considerablemente. Las relaciones de pareja sostenidas en un contexto más igualitario favorecerían la percepción de autoeficacia y autonomía en las mujeres con DM.

El propósito de este trabajo es aportar una mirada que permita visibilizar las desigualdades de género, tratar de comprender cómo es que la enfermedad se presenta y la manera en que tanto hombres como mujeres enfrentan (o no) la atención necesaria para aprender a vivir con diabetes mellitus. Estas páginas son un pálido reflejo de los conflictos que miles de personas viven cotidianamente en sus hogares, conflictos que no deben pasar inadvertidos por el personal de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salgado, Nelly y Rebeca. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Sal Pub Mex* 2007; 49(4):515-521.
2. Salgado, Nelly, Rebeca, Mónica Espinoza, Alberto Palloni. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Sal Pub Mex* 2007; 49(supl4): S436-S447.
3. Ortiz, Guillermo. Círculos virtuosos y viciosos: crecimiento y reducción de la pobreza en América Latina. México: Banco de México; 2006. Disponible en: [Consultado en agosto 16 de 2007] [www.banxico.org.mx/publicadorFileDownload/download?documentId=%7b1E92BD95-C8A0-D21F-4344-173036612038%7d](http://www.banxico.org.mx/publicadorFileDownload/download?documentId=%7b1E92BD95-C8A0-D21F-4344-173036612038%7d).
4. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud. México D. F. 2007. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx> [Consulta febrero 11 de 2008].
5. Collière, Marie-Françoise. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a la práctica de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.
6. Castro, Roberto e Irene Cacique. Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes. Informe Nacional sobre violencia y salud. México: Secretaría de Salud. 2006: 123-166.
7. Rubin, Gayle. 1986. El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. En Lamas M. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG/UNAM/Porrúa; 1986: 35-96.
8. Rohlf Izabella, Carme Borrell, M do C Fonseca. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*, 2000; Supl. 3(14):60-71.
9. Bird, Chloe y Patricia Rieker. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine* 1999; 48:745-755.
10. Cerón Prudencia, Constanza Sánchez, Cecilia Robledo, Aurora del Río Zolezzi, Laura Pedrosa, Hilda Reyes, Berta Cerón, Guadalupe Ordaz, Gustavo Oláiz. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003. *Sal Pub Mex* 2006; 48:332-340.
11. Salles, Vania y Rodolfo Tuirán. Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México. Familias y relaciones de género en transformación, Schmuckler B. coord. México: The Population Council y EDAME<sup>a</sup>; 1998: 83-126.
12. Sousa, Valmi y Maclene Zauszniewski. Toward a theory of diabetes self-care management. *The Journal of Theory Construction & Testing* 2005; 9(2):61-67.
13. Sigurðardóttir, Árun. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14:301-314.
14. OPS. Organización Panamericana de la Salud. La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles". *Rev Panam Salud Pública* 1997; 2(6):420-427.
15. Vela, Fortino. Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En Tarrés ML compil. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: FLACSO/El Colegio de México; 2004: 63-95.
16. Toljamo, Maisa y Maija Hentinen. 2001. "Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus". *Journal of Advanced Nursing* 34(6):780-786.
17. Ruiz, Miguel, Antonio Escolar, Eduardo Mayoral, Florentino Corral e Isabel Fernández. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl1):15-24.
18. Olaiz, Gustavo, Rosalba Rojas, Carlos Aguilar, Juan Rauda, Salvador Villalpando. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Sal Pub Mex* 2007; 49(Supl 3):S331-S337.
19. De Keijzer, Benno. Hasta donde el cuerpo aguante. En Cáceres C. et. al. compil. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. 2001: 137-152. Disponible en <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm> [Consultado 27 noviembre 2006].
20. Courtenay, Will. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 2000; 50:1385-1401.
21. Montesinos, Rafael. La masculinidad ante una nueva era. *El Cotidiano* 2002; 16(113):37-46.
22. Torres, Teresa, Manuel Sandoval, Manuel Pando. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):101-110.
23. Trief Paula, Robert Ploutz, Kirsten Dee Britton y Ruth Weinstock. The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen *Ann Behav Med* 2004; 27 (3): 148-154.
24. Sartorelli, Daniela; Laércio Franco y Marly Cardoso. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo dois: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(1):7-18.
25. Robles, Leticia y Francisco Mercado. El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente. Familia, Salud y Sociedad, compilado por Francisco Mercado. México: UdeG/INSP/CIESAS/ Colegio de Sonora; 1993: 310-343.
26. Gilmore, David. El rompecabezas de la masculinidad. En *Hacerse Hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós, 1994: 15-39.

# Acciones de Mejora en Atención a Usuarias Obstétricas para disminuir la Violencia Institucional

M.S.P. María Teresa Silvia Tinoco Zamudio<sup>i</sup>

M.S.P. José Luis Martínez Toledo<sup>ii</sup>

Dra. Ma. Rosa Elena Gamiño Ortiz<sup>iii</sup>



<sup>i</sup> Jefa de Departamento de Salud Reproductiva, Servicios de Salud de Michoacán.

<sup>ii</sup> Coordinador de Enseñanza e Investigación del Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos”, Servicios de Salud de Michoacán.

<sup>iii</sup> Coordinadora Estatal de Arranque Parejo en la Vida, Servicios de Salud de Michoacán.

Este trabajo corresponde a una investigación operativa en administración de servicios de salud que tuvo como finalidad una intervención de mejora continua. Tiene como sustento los resultados del análisis retrospectivo de la investigación “Factores socioculturales de género y violencia familiar identificados en la mortalidad materna en Michoacán 2006”; en él, se estudiaron 60 defunciones, obteniéndose los siguientes resultados: la violencia familiar estuvo presente casi en la mitad (48.3%) de las muertes estudiadas. La violencia institucional se presentó en una proporción mayor que la violencia familiar al registrarse en el 80% de las causas; 76% de las mujeres sufrió ambos tipos de agresión.

La bibliografía analizada permite reconocer que para ejercer el poder, las personas o grupos que lo detentan, deben poseer recursos superiores que las personas que obedecen; recursos, que éstas valoran y necesitan. Lo anterior, se refiere no sólo a bienes materiales o económicos, sino también a la aprobación social, al prestigio, a servicios que brindan. Los prestadores de servicios de salud, ante las mujeres que reciben su atención, son influenciados por condiciones socioculturales de género, mitos y creencias entre los que se pueden mencionar,

lo que deben ser y hacer las mujeres y los hombres, paradigmas que comprometen su salud; ponen en evidencia el mayor valor que la sociedad asigna a los hombres, lo cual ha originado una posición de desventaja para las mujeres y se traduce en un menor acceso a servicios y recursos, significando una inequidad de género, situación que favorece la violencia individual, familiar e institucional.<sup>1</sup>

Es necesario reflexionar sobre el impacto de las condiciones socioculturales de género en la calidad de la prestación de servicios en el sector salud, donde no se suele considerar a la mujer embarazada como un ser integral, con todos los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Para transformar de objeto a sujeto de derecho a la mujer embarazada, los profesionales de la salud deben abocarse a otorgarle la atención del evento obstétrico, sin valorar factores o condiciones que comprometan su integridad profesional. Y es válido considerar si al hacerlo, se trata de un problema ético o de un problema de desempeño contaminado con prejuicios y paradigmas socioculturales en los que está inmerso el personal.

### Las principales formas de violencia institucional ejercida por el personal de los servicios de salud hacia las mujeres embarazadas, identificadas en el diagnóstico situacional referido, fueron:

1. No evaluar el riesgo obstétrico.
2. Elaborar historias clínicas incompletas.
3. Realizar interconsultas de manera inoportuna.
4. Omitir diagnósticos diferenciales.
5. Cometer incongruencias diagnóstico-terapéuticas.
6. No detectar ni notificar casos de violencia familiar.
7. No asegurarse de obtener un consentimiento informado por parte de la paciente y/o sus familiares.

Los significados encontrados en la entrevista de expertos/as, conducen a reconocer la importancia de los roles de género presentes a nivel institucional, e identifican la violencia de género ejercida por las y los prestadores

de servicios que brindan atención obstétrica y que contribuyen directamente a la muerte materna en el estado de Michoacán.

El análisis estadístico sobre la violencia institucional reflejó, con base en la estimación del riesgo poblacional atribuible, cómo al mejorar el indicador de incongruencia diagnóstica terapéutica disminuiría hasta 93% la frecuencia de muertes maternas, 80% si se informara y corresponsabilizara a la paciente de su riesgo obstétrico, 54% con la evaluación médica de riesgo obstétrico y 50% si se realizara un diagnóstico diferencial basado en evidencias médicas.

Estos indicadores señalan a los servicios sanitarios como uno de los determinantes de salud, según Lalonde,<sup>2</sup> de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este problema de salud pública, ya que se encuentran asociados a problemas de actitud de los y las profesionales de la salud y orientan a trabajar en estos factores de riesgo así como en sus causas, para disminuir la muerte de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. El presente proyecto de intervención se planteó con la siguiente interrogante:

### Cómo lograr la participación de las y los profesionales de la salud, para identificar y modificar paradigmas socioculturales de género propios, que inciden en su desempeño relacionado con la atención obstétrica

Para dar respuesta a esta pregunta de investigación, se llevó a cabo el proyecto de intervención en el Hospital General de Uruapan, Michoacán. Este se inició con un taller de sensibilización en género, entendiendo como género a las maneras de cada sociedad para simbolizar la diferencia sexual y fabricar las ideas de lo que deben ser y hacer los hombres y mujeres; poniendo en claro que el término de género no es “mirada de mujer” sino es el estudio de las relaciones humanas de mujer/hombre; mujer/mujer y hombre/hombre,<sup>3</sup> que tiene que ver con el desempeño profesional del personal de salud y en la relación médico/a-paciente, factores contribuyentes a la muerte materna.

En una segunda etapa se implementó un proceso de mejora continua que representa un nuevo enfoque gerencial, sustentándose en el supuesto de que cualquier trabajador/a puede hacer aportaciones valiosas para mejorar los procesos de trabajo y que no hay mejores expertos/as que los de su propia organización, este enfoque, se basa en tres pilares de la calidad.

1. Enfoque a clientes.
2. Análisis de los procesos.
3. Trabajo en equipo.

Las y los profesionales de salud ciertamente trabajan para clientes externos y la organización pero, en primera instancia, lo hacen para sí mismos, como lo señala la teoría psicológica de Abraham Maslow (teoría sobre la motivación humana). El autor formula una jerarquía de necesidades humanas y define que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados, así como la necesidad de trascender a través del tiempo,<sup>4</sup> necesidades que la o el profesional de la salud cubre para sí mismo a través de su propio desempeño, y que al incorporarse en un equipo de mejora, se da la oportunidad de tener un reconocimiento como ser pensante y sensible, con pleno respeto a sus ideas y a su persona.

Durante este proceso de sensibilización fue importante mantener a las/os participantes informadas/os e involucradas/os en los procesos de toma de decisión que tienen que ver con su actuar diario, socializando lo aprendido con el equipo de forma integral.

La intervención de mejora continua permitió a las personas involucradas identificar la problemática existente, elaborar planes y estrategias para lograr la mejora en la prestación del servicio. Un factor esencial fue el apoyo de las autoridades locales, estatales y federales con voluntad política para llevar a cabo esta investigación operativa.



## INVESTIGACIÓN OPERATIVA

Consistió en la administración de servicios con una intervención en mejora continua y en un proyecto educativo que se sustentó en un estudio de factibilidad integral y un marco lógico, el cual incluyó aspectos de aceptación del producto en el mercado actual y futuro en el Estado. Dichos aspectos técnicos debían asegurar: su pertinencia en el hospital, el costo financiero, el análisis costo-beneficio, la aceptación social que se tiene tanto

por la población como por las y los profesionales de la salud, el sustento legal que legitimó la intervención, la pertinencia política y la posibilidad administrativa. La organización del proyecto se estableció por etapas, considerando necesidades de recursos humanos y materiales, el reclutamiento, actividades, adquisición, almacenamiento y utilización como se muestra en el Cuadro I.

**CUADRO 1**  
**ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO**

Nº	ACTIVIDAD	PERSONAL	RECLUTAMIENTO	ACTIVIDADES	CONTRATACIÓN
1.	Conformación del equipo capacitador.	Tres personas que faciliten el proceso.	Personal del nivel estatal con experiencia en metodología participativa y enfoque de género.	Invitación personalizada. Presentación del proyecto.	Personal adscrito al departamento de salud reproductiva.
2.	Sesiones informativas negociación del proyecto.	Directivos/as.	Dirección, subdirección y departamentos de salud reproductiva y enseñanza y cuerpo de gobierno del hospital general.	Sesiones de trabajo.	Personal directivo de la Secretaría de Salud de Michoacán y del hospital.
3.	Equipo de mejora.	20 personas.	Personal que atiende eventos obstétricos, líderes y representantes sindicales del hospital.	Selección e invitación formal a participar en el proyecto.	Personal adscrito al hospital general de Uruapan.

## ESTRUCTURA DEL PROYECTO EDUCATIVO

### Objetivo General

Desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje participativo, que permita fortalecer los conocimientos y habilidades conceptuales, metodológicas y prácticas de mejora continua con análisis de género, en la formulación de planes para transversalizar el género en el servicio de obstetricia del Hospital General de Uruapan "Dr. Pedro Daniel Martínez".

El eje metodológico incluyó métodos para el análisis de género mediante un ejercicio reflexivo de la propia realidad institucional y el eje de aplicación es la elaboración de planes para la mejora continua con perspectiva de género, como se señala en el Cuadro 2.

### Metodología de la enseñanza aprendizaje

Fueron consideradas dos fases:

1. La convocatoria interna de debates analíticos, con la conducción de facilitadores/as.
2. El entrenamiento en metodología participativa, consultoría integral colaborativa con talleres de aplicación de herramientas de mejora continua para elaborar un diagnóstico situacional y un plan de acción que contribuyó a disminuir la violencia institucional cometida en la prestación de los servicios.



**CUADRO 2**  
**CARTA DESCRIPTIVA**

Nº. DE SESIÓN	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO EDUCATIVO	TÉCNICAS EDUCATIVAS	MEDIOS DE ENSEÑANZA	EVALUACIÓN
1. Enfoque de género y su impacto en los servicios de salud.	Experiencia vivencial de construcciones de género.	Identificar género como construcción sociocultural que propicia la desigualdad social en relación al sexo.	Taller vivencial.	Proyector y Pintarrón.	Formativa, a través de retroalimentación.
	La masculinidad en las desigualdades de género.	Conocer las relaciones entre masculinidades: hegemonía, subordinación, complicidad y marginación.			
	Violencia institucional.	Comprender el marco normativo y legislativo en los servicios de salud.	Debate analítico.	Proyector.	
2. Metodología participativa.	Consultoría Integral Colaborativa (CIC).	Conocer la CIC como un nuevo enfoque gerencial.	Taller.	Proyector y Pintarrón.	
	Herramientas de la CIC: papel de la o el facilitador, plano de análisis, nuevo enfoque de problemas, proceso de análisis y solución de problemas.	Aplicar herramientas metodológicas en el trabajo grupal.			
3. Diagnóstico situacional.	Necesidades sentidas y manifiestas de las y los clientes internos y externos de la organización.	Aplicar herramientas para identificar la situación actual de la atención gineco-obstétrica, con perspectiva de género en el hospital.	Taller.	Pintarrón.	
4. Plan de acción.	Elaborar planes de acción.	Emplear herramientas de mejora continua para la calidad de respuesta al diagnóstico situacional.			

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la primera fase se implementó un taller participativo vivencial, con la finalidad de unificar el manejo del concepto de género y sus implicaciones en la salud de los seres humanos, ya que los criterios personales de los y las profesionales de la salud a ese respecto, trascienden con un impacto negativo en la salud de la población.

Dicho concepto está presente en la relación médico/a-paciente y en la prestación del servicio, permea las relaciones intrapersonales, interpersonales y extrapersonales de las y los profesionales de salud como individuos y como personas, les producen negación o encubrimiento de sus propios sentimientos y valores propios, que se ven amenazados con esta nueva demanda social de transversalidad de género.



En la segunda fase, se dio a conocer el plan de trabajo del equipo facilitador con base en la metodología de Consultoría Integral Colaborativa (CIC). Michael Doyle, señala que el nombre de “integral”, expresa que abarca a toda la organización, sus procesos de trabajo, funciones, estructuras.<sup>5</sup>

La expresión “colaborativa” destaca que no se utiliza el esquema “tradicional”, en el cual la o el consultor acude a la empresa desde una posición de experta/o, sino como un/a colaborador/a de la empresa. Además, concibe los procesos de la consultoría con una participación directa e interactiva con directivos y otras/os integrantes de la organización.

La misión de la o el consultor no es la de “resolver los problemas de la organización”, ni siquiera decir qué tienen que hacer para resolverlos. Su papel es preparar al equipo gerencial y generar sinergia entre sus integrantes para que ellas/os, que son los más conocedores de sus realidades, encuentren sus propias soluciones. Su objetivo estratégico es “dotar a la organización de su propia capacidad de cambio”.<sup>5</sup>

En la CIC, la o el consultor es un facilitador que aporta enfoques y técnicas que posibilitan a cada miembro de la organización el análisis de sus problemas, la realización de diagnósticos, la generación y evaluación de alternativas de solución; de estrategias y planes de acción; facilita dinámicas grupales y les capacita para que puedan potenciar su conocimiento (Figura 1).

**FIGURA 1**  
**CONSULTOR/A O FACILITADOR/A**



El componente de evaluación fue fundamental para lograr los propósitos de esta investigación y su integración consta de un enfoque de la estructura, el proceso y resultado para el equipo directivo, que se muestra en la siguiente tabla (Cuadro 3).

**CUADRO 3**  
**EVALUACIÓN**

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Dirección del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplimiento de los objetivos planteados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal capacitado.</li> <li>Diagnóstico situacional.</li> <li>Plan de acción.</li> </ul>
Integración del equipo facilitador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de sensibilización en género del equipo de mejora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusión de la perspectiva de género en los planes de acción producto del taller.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar técnicas grupales de metodología participativa y de mejora continua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico situacional y plan de acción.</li> </ul>
Integración del equipo de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar herramientas de calidad para realizar un diagnóstico situacional y plan de acción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir el proceso de atención de urgencias obstétricas como prioritario para su atención inmediata.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones realizadas para la conformación de planes de acción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis multicausal con diagrama causa-efecto del servicio de urgencias obstétricas.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis y priorización de los problemas de servicio de urgencias obstétricas.</li> <li>Planes de acción para mejorar el servicio de urgencias obstétricas.</li> </ul>

El equipo de mejora requiere asimismo de elementos precisos que permitan la operacionalización de las variables, el monitoreo de las acciones de mejora, por lo que se construyeron los indicadores descritos en el Cuadro 4.

**CUADRO 4**  
**INDICADORES**

RECURSOS BÁSICOS DEL SERVICIO	INDICADORES	DISCRIMINADO
Objetivos del proyecto.	<u>Nº de objetivos logrados.</u> Nº de objetivos planteados.	Dirección del proyecto.
Personal sensibilizado en género.	<u>Nº de criterios logrados.</u> Nº de criterios que deberían alcanzar por lista de cotejo.	
Utilización de técnicas de metodología participativa.	<u>Nº de criterios logrados.</u> Nº de criterios que deberían alcanzar por lista de cotejo.	
Diagnóstico situacional.	<u>Nº de componentes integrados.</u> Nº componentes programados.	
	Grado de satisfacción por la calidad del diagnóstico mediante encuesta a integrantes del equipo de mejora.	
Plan de acción.	<u>Nº de problemas atendidos.</u> Nº de problemas seleccionados.	
	Grado de satisfacción mediante encuesta al equipo de mejora.	
Mejora continua en el servicio de urgencias obstétricas, con perspectiva de género.	<u>Nº de sesiones del equipo de mejora.</u> Nº de notas de urgencias de mujeres embarazadas con apego a protocolos de atención.	Equipo de mejora.
	Nº total de notas de urgencias a mujeres embarazadas, mediante hojas de verificación.	Dirección del proyecto. Equipo de mejora. Cuerpo de gobierno del hospital.
	Nº de indicadores Sí calidad y de aval ciudadano, <u>que se complementa para corroborar la perspectiva de género.</u> Nº total de indicadores.	

El presente trabajo pone en evidencia la necesidad inminente de establecer un programa de capacitación permanente en género y prevención de la violencia institucional. El proceso de mejora continua realizado, permitió la autoevaluación y reorientación de los servi-

cios por parte de las y los profesionales de salud involucrados, así como la gestión de recursos adicionales. El trabajo en equipo es elemental para lograr el impacto en la calidad de los servicios de salud.

## RECOMENDACIONES

1. Se propone a las autoridades sanitarias que se instituya el Programa de Capacitación Permanente en Género y Prevención de la Violencia Institucional.
2. Establecer vinculación para el trabajo en conjunto con la Secretaría de la Mujer y con el Consejo Interinstitucional por la No Violencia.
3. Utilizar estrategias de marketing social para difundir y promocionar proyectos de mejora continua en el sector salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual. Estrategia. México, DF: Secretaría de Salud; 2004.
2. Lalonde M. Determinantes de Salud. Canadá: Organización Panamericana de la Salud; 1974.
3. Lamas M. La perspectiva de género: una herramienta para construir la equidad entre mujeres y hombres. México, DF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF; 1998.
4. Boeree G. Teorías de la personalidad Abraham Maslow 1908-1970. Traducción al castellano: Gautier R. Disponible en: [www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow](http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow).
5. Doyle M. Creando grandes cambios organizacionales. La Habana, Cuba: CETED. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos52/procesos-gerenciales-cuba/procesos-gerenciales-cuba2.shtml>

## REFERENCIAS ADICIONALES

---

1. Elu MC, Santos-Pruneda E. A lo largo del camino. México: CPMSR/IMES, AC; 2005.
2. Moreno R. et al. Acciones de mejora para la competencia y desempeño de los trabajadores de la salud para la disminución de la mortalidad materna en Michoacán. México DF: Tercer Foro Nacional por la Calidad en Salud; 2005.
3. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 1 de febrero de 2007.
4. Bourdieu P. La dominación masculina. México: La ventana. Revista de Estudios de Género 1996; 3:7-95.
5. Conell R. La organización social de la masculinidad. En: Valdés T., Olavarría ± Masculinidad/es, poder y crisis. Chile: Isis International-FLACSO, 1997; 24:31-48.
6. Bermont H. Cómo ser un consultor de éxito en su propia especialidad. Buenos Aires: Editorial Granica; 1997.
7. Block P. Consultoría sin fisuras. Buenos Aires: Editorial Granica; 1994.
8. Pérez-Narbona ± El proceso de la consultoría integral colaborativa de nuevo tipo. La Habana: CETED, Serie: Consultoría Núm. 3; marzo de 1989.
9. Schein E. Consultoría de procesos. Su papel en el desarrollo organizacional. 2 ed. Vol. 1. Argentina: Addison- esley; 1990.
10. Durán L. Becerra F. Gasca R. Sánchez R. Mejoría continua de la calidad de la atención en servicios de salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México; 1998.
11. Secretaría de Salud, Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud; 2001.
12. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
13. Martínez ±R. Manual de implantación de un proceso de mejoramiento de la calidad. México: Panorama Editorial; 1998.
14. elly RM. Manual de solución de problemas para el mejoramiento de la calidad. México: Panorama editorial; 1997.
15. Secretaría de Salud. Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad. Atención hospitalaria. México: Secretaría de Salud; 2003.

## Los Refugios que brindan Atención a Mujeres que viven Violencia Extrema, a sus Hijas e Hijos

Dra. Dora Rodríguez Soriano<sup>i</sup>



<sup>i</sup> Consultora del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, **CNEGRS**.

Según lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar se ual y contra las mu eres riterios para la prevención y atención*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril del 2009, en su numeral 4.22 del apartado 4, los refugios son el:

**Espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva de género. El domicilio no es de dominio público.**

Los primeros refugios para mujeres que viven violencia extrema, sus hijas e hijos, surgieron en México en la década de los 80, como respuesta de las mujeres en solidaridad con aquellas que se encontraban en situación de violencia extrema. Posteriormente, dichos refugios se constituyeron a través de la iniciativa de algunas organizaciones de la sociedad civil; de manera modesta, sin modelo de atención y con el objetivo fundamental de salvaguardar la integridad física y la vida de las mujeres. A más de dos décadas, se ha incrementado el número de refugios: de 16 que eran subsidiados con recursos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el año 2003, pasaron a 31 en el año 2009. Se tiene perfilado un modelo de atención, el cual se está adaptando por las organizaciones de la sociedad civil.

La Secretaría de Salud, a través del CNEGSR, ha realizado acciones orientadas a la atención hacia estas mujeres y a establecer los criterios y requisitos para la profesionalización y fortalecimiento de los refugios, así como a transferir los recursos a las organizaciones de la sociedad civil y a instituciones públicas para la operación de los mismos. Ha realizado acciones orientadas a contribuir a la sustentabilidad financiera de los refugios y ha actualizado los lineamientos de operación bajo los cuales deben funcionar.

En materia legislativa, se ha apegado a lo estipulado en la *ey- eneral de Acceso de las u eres a una Vida libre de Violencia* (LGAMVLV) y a la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, *Prestación de servicios de salud riterios para la atención médica de la violencia familiar* convertida ahora en la NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar se ual y contra las mu eres riterios para la prevención y atención*.

En la LGAMVLV se señala que los servicios que se deben brindar en los refugios son hospedaje, alimentación, vestido y calzado; también se plantea que al ingreso (voluntario) la atención otorgada por personal capacitado y especializado debe ser integral y debe incluir: servicio médico (orientado a la recuperación física), asesoría jurídica, apoyo psicológico, programas reeducativos integrales, capacitación, bolsa de trabajo y que la estancia máxima debe ser de tres meses. El apoyo psicológico debe sustentarse en la perspectiva de género y debe orientarse a la recuperación psicológica. La asesoría legal debe orientarse a brindar información sobre instancias encargadas de proveer asistencia jurídica gratuita a las mujeres.

En la NOM 046 se detalla la atención que las mujeres deben recibir en los refugios, donde se debe proporcionar seguridad y protección, así como atención integral, entendida como el manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar y sexual, servicios de consejería y acompañamiento. En el mismo sentido, indica que su operación debe sustentarse en un manual de procedimientos, contar con una ruta crítica, haciendo énfasis en que tanto el personal directivo como operativo deben capacitarse.

En dicho documento también se indica la obligatoriedad por parte del personal de los refugios de notificar a la Secretaría de Salud los casos que atiendan. Asimismo, se establece que los servicios de psicología, además de orientarse a facilitar la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia, deben valorar el grado de riesgo y la capacidad resolutoria de las mujeres.

Por su parte, los servicios médicos deben promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y sexual.

En dicha norma se señala que el apoyo legal deberá realizarse por personal sensible y capacitado, con obligatoriedad de notificar al Ministerio Público cuando se detecte a una persona en situación de violencia familiar y/o sexual en el refugio.

Por su parte, el personal de trabajo social en los refugios realiza una labor de orientación sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir a recibir otros servicios, acciones de referencia y contrarreferencia para dar continuidad al tratamiento y a la rehabilitación de las mujeres.

La NOM 046 delimita los rubros en los que el personal directivo y operativo debe capacitarse: marco conceptual y jurídico, factores asociados a la violencia familiar, sexual y de género hacia las mujeres, estrategias de detección, evaluación de riesgo, elaboración de planes de vida y de seguridad, referencia y contrarreferencia. Así como los protocolos de atención a los diferentes tipos de violencia familiar: física, psicológica y sexual.

(Los cuales están descritos en el Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, de la Secretaría de Salud).

Otro de los referentes en materia de refugios es el Programa de Acción Específico 2007-2012 *Prevención y atención de la violencia familiar y de género* que se coordina en una de las áreas del CNEGSR donde se plantea el contribuir a que las mujeres, sus hijos e hijas, que viven en violencia extrema cuenten con espacios seguros que les brinden protección, atención médica, psicológica y orientación legal e indica que las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben realizar acciones orientadas a dar soporte a los refugios.

De esta forma, se reconoce un avance significativo en materia de refugios, quizá no suficiente con respecto a la dimensión del problema de salud pública que representa la violencia familiar en México, pero los servicios que se brindan se van mejorando, los modelos de atención se van perfeccionando y adaptando a nuevas circunstancias y contextos en los que se genera la violencia hacia las mujeres, de esta forma, en el periodo del año 2003 al 2009 se ha atendido a 7,879 mujeres y a 15,513 niños y niñas. En suma, se ha ingresado a estos refugios a 23,392 personas.

**CUADRO 1**  
**INGRESOS A REFUGIOS**

AÑO	Nº DE REFUGIOS	Nº DE MUJERES	Nº DE NIÑOS	Nº DE NIÑAS	TOTAL DE POBLACIÓN
2003	16	532	1,596		2,128
2004	19	1,319	2,184		3,503
2005	22	850	2,210		3,060
2006	24	934	858	885	2,677
2007	27	1,140	1,067	1,028	3,235
2008	34	1,588	1,497	1,452	4,537
2009	31	1,516	1,318	1,418	4,252
Total	31	7,879	15,513		23,392

Fuente: Navarro-Márquez LN, Martínez M. Los refugios para mujeres que viven violencia familiar extrema. *GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS*; 5(3).  
Actualización: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Secretaría de Salud; 2009.

A pesar de los avances citados, el tema de los refugios plantea nuevos retos, entre los que se pueden citar: la necesidad de contar con un modelo de atención a las niñas y niños, hijas e hijos de las mujeres que ingresan a ellos, en virtud de que deben ser reconocidos no sólo como testigos de la violencia familiar sino como sujetos de algún tipo de violencia. Sólo algunos refugios cuentan con este mecanismo de atención y faltaría incorporarlo como un requisito fundamental en todos ellos.

Es importante indicar la necesidad de revisar integralmente los modelos terapéuticos a través de los cuales se les brinda la atención y rehabilitación psicológica a las usuarias de los refugios, con el fin de homogeneizarlos para dar cabal cumplimiento a la NOM 046 donde se establece que se deberá utilizar el enfoque sistémico integral y con perspectiva de género.

Uno de los retos más importantes, sin duda, es el relacionado con la profesionalización y actualización del personal que labora en los refugios, la NOM 046 señala que se debe ofrecer capacitación en el marco conceptual, jurídico (este rubro implica una actualización constante de las reformas que se han venido generando en las entidades federativas respecto a la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia hacia las mujeres); en materia de detección, evaluación de riesgo y elaboración de planes de seguridad, referencia y contrarreferencia. Particular atención merece la detección y atención a la violencia sexual tanto en las mujeres como en sus hijas e hijos, quienes con frecuencia son sujetas y sujetos a este tipo de abuso.

Otro desafío consiste en garantizar que se cuente con presupuesto definido y estable para su operación.

Por otra parte, la LGAMVLV señala la necesidad de fortalecer la reinserción de las mujeres a su vida productiva, lo que plantea serios retos para que la capacitación del trabajo en los refugios responda a las necesidades del mercado laboral local y/o regional, de manera que las mujeres cuenten con las habilidades y conocimientos para insertarse en éste en mejores condiciones. En este mismo sentido, es imperativo desarrollar una estrategia orientada a establecer vínculos con los diversos sectores laborales que permitan el acceso de las mujeres a empleos o contar con los recursos para autoemplearse.

Finalmente, la procuración de justicia para las mujeres que viven violencia extrema continúa representando uno de los retos más importantes para que las mujeres puedan protegerse de quienes ejercen violencia hacia ellas: la atención y toma de sus declaraciones ante los Ministerios Públicos, la expedición de medidas de protección oportunas, entre ellas, la posibilidad de que sea el generador de violencia el que deba salirse de la casa, la agilidad en el trámite de pensiones alimenticias, entre otros recursos que permiten garantizar la protección legal de las mujeres, de sus hijas e hijos y no sólo la física.

El balance a la luz de esta breve reflexión es que sin lugar a dudas se ha avanzado en el tema de la atención a mujeres que viven en violencia extrema, no obstante, el camino por recorrer vislumbra retos importantes que han sido señalados, los cuales se resolverán en la medida en que la sinergia entre los esfuerzos de las organizaciones civiles y las entidades públicas, así como la claridad en las mujeres con relación a sus derechos y su ejercicio pleno, se dirijan al mismo horizonte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicada en el DOF el 1 de febrero de 2007.
2. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en el DOF el 16 de abril de 2009.
3. Navarro-Márquez LN. Los refugios para mujeres que viven violencia familiar extrema: alternativa de atención y protección. En **GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS** Sept-Dic. 2007; 5(3).
4. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y atención de la violencia familiar y de género. México: Secretaría de Salud; 2008.

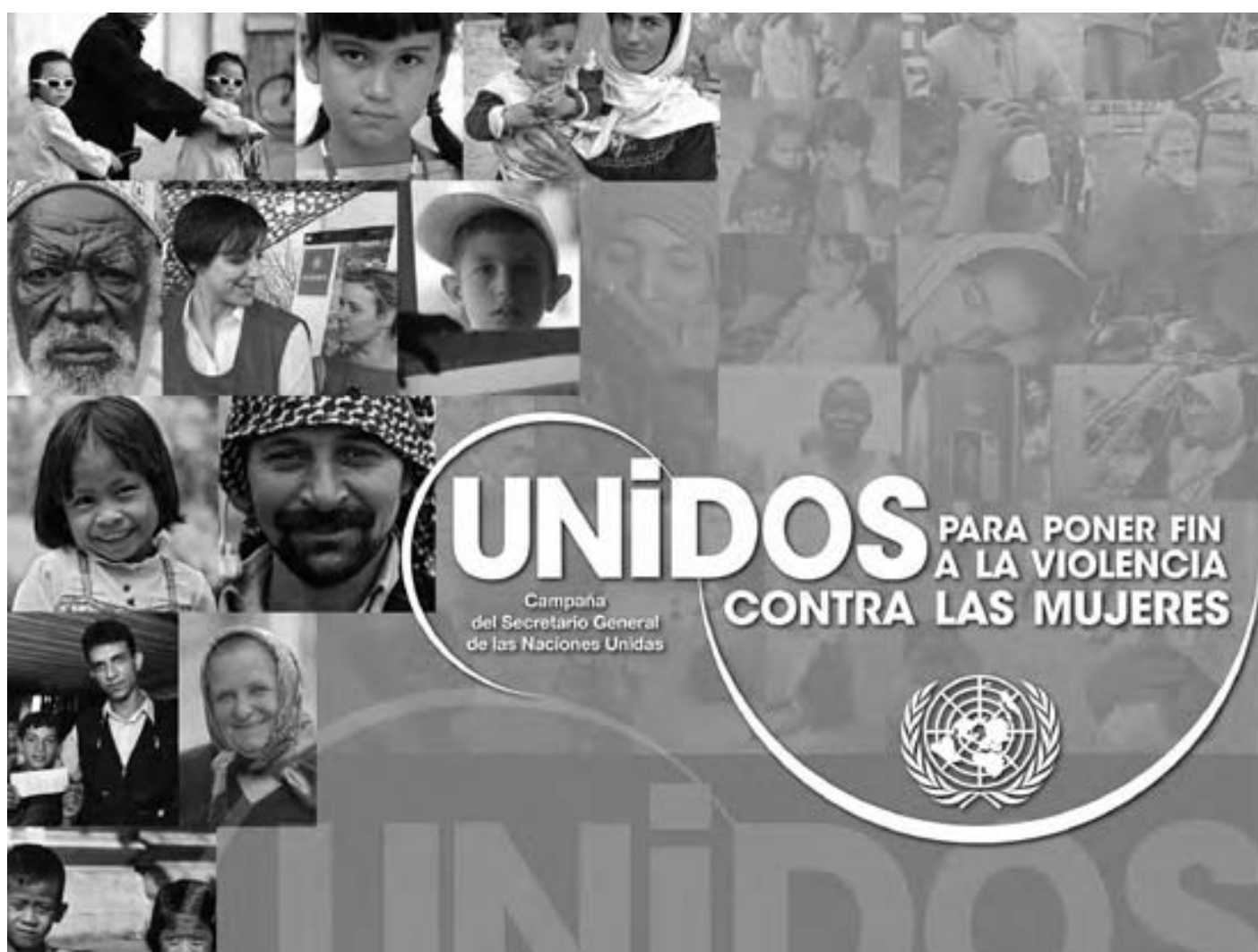


## Violencia contra las Mujeres: Reporte Internacional de la ONU

Hay una verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra las mujeres nunca es aceptable, nunca es perdonable, nunca es tolerable.

**Ban Ki-Moon**

*Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas*



Nota: Ver campaña completa en este link: <http://www.un.org/es/omen/endviolence/about.shtml>

## EL PROBLEMA

Hasta el 70 por ciento de mujeres, experimenta violencia en el transcurso su vida.

Las mujeres entre 15 y 44 años de edad, corren mayor riesgo de ser violadas o maltratadas en casa que de sufrir cáncer, accidentes de vehículos, guerra y malaria, según estadísticas del Banco Mundial.

La violencia contra las mujeres puede expresarse de muchas formas: física, sexual, psicológica y económica. Estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor.

Algunos tipos de violencia, como el tráfico de mujeres, cruzan las fronteras nacionales. Las mujeres que experimentan violencia sufren de una variedad de problemas de salud y disminuye su capacidad para participar en la vida pública. La violencia contra las mujeres afecta

a familias y comunidades de todas las generaciones y refuerza otros tipos de violencia prevalecientes en la sociedad.

La violencia contra las mujeres también agota a las mujeres, a sus familias, comunidades y naciones. No se confina a una cultura, región o país específico, ni a grupos particulares de mujeres en la sociedad. Las raíces de la violencia contra la mujer yacen en la discriminación persistente contra las mujeres.

## VIOLENCIA POR PARTE DE UNA PAREJA ÍNTIMA

La forma más común de violencia experimentada por mujeres a nivel mundial, es la violencia física inflingida por una pareja íntima, incluyendo ser golpeadas, obligadas a tener relaciones sexuales o abusadas de alguna otra manera.

Un estudio de la OMS en 11 países determinó que el porcentaje de mujeres que han sido sujetas a violencia sexual por una pareja íntima varía del 6 por ciento en Japón al 59 por ciento en Etiopía.

Diversas encuestas mundiales sugieren que la mitad de las mujeres que mueren a causa de un homicidio son asesinadas por su esposo, o pareja actual, o anterior.

- En Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y los Estados Unidos, entre 40 y 70 por ciento de las mujeres víctimas de asesinato fueron muertas por sus parejas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- En Colombia, cada seis días se reporta una mujer asesinada por su pareja o pareja anterior.

La violencia psicológica o emocional por parte de parejas íntimas también se encuentra muy extendida.



## VIOLENCIA SEXUAL

Se calcula que a nivel mundial, una de cada cinco mujeres se convertirá en víctima de violación o intento de violación en el transcurso de su vida.

Obligar al matrimonio a temprana edad, una forma de violencia sexual, es común a nivel mundial, especialmente en África y Asia meridional. Las jóvenes con frecuencia son obligadas a contraer matrimonio y a tener relaciones sexuales, con los consiguientes peligros para su salud, como la vulnerabilidad al VIH/SIDA, limitando, por otra parte, su asistencia a la escuela.

Uno de los efectos del abuso sexual es la fístula traumática ginecológica: una lesión que resulta del desgarro severo de los tejidos vaginales y puede provocarle incontinencia a la mujer y perjudicarle en sus relaciones sociales.

## VIOLENCIA SEXUAL DURANTE CONFLICTOS

Con frecuencia es una estrategia deliberada que se emplea a gran escala, por grupos armados para humillar a los oponentes, aterrorizar a las personas y destruir sociedades.

Las mujeres y las niñas pueden también estar sujetas a la explotación sexual, por aquellos que están obligados a protegerlas.

La violencia sexual durante conflictos es una grave atrocidad de la actualidad que afecta a millones de personas, principalmente a mujeres y niñas.

Mujeres de todas las edades, desde infantes hasta abuelas, han sido sistemáticamente sometidas a violentos abusos sexuales en manos de fuerzas rebeldes o militares.

La violación se ha usado durante mucho tiempo como una táctica de guerra, con violencia contra mujeres durante o posteriormente a conflictos armados en cada zona de guerra internacional o no internacional.

- En la República Democrática del Congo se reportan aproximadamente 1,100 violaciones al mes, con un promedio de 36 mujeres y niñas violadas cada día. Se cree que más de 200,000 mujeres han sufrido de violencia sexual en ese país desde que inició el conflicto armado.
- La violación sexual de mujeres y niñas también es omnipresente en el conflicto de la región de Darfur, en Sudán.
- Entre 250,000 y 500,000 mujeres fueron violadas durante el genocidio de 1994 en Rwanda.
- La violencia sexual fue una forma de agresión recurrente durante la guerra civil que duró 14 años en Liberia.
- Entre 20,000 y 50,000 mujeres fueron violadas durante el conflicto de Bosnia, a principios de la década de 1990.

## LA VIOLENCIA Y EL VIH/SIDA

La inhabilidad de las mujeres para sortear prácticas sexuales sin riesgo y de rechazar el sexo no deseado, está estrechamente relacionada con el alto índice del VIH/SIDA.

El sexo no deseado resulta en un riesgo mayor de excoiación y sangrado, y facilita la transmisión del virus.

- Las mujeres que son golpeadas por sus parejas tienen una probabilidad 48% mayor de infectarse con el VIH/SIDA.
- Las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables al sexo forzado y tienen mayor riesgo de ser infectadas con el VIH/SIDA.
- Más de la mitad de las nuevas infecciones del VIH a nivel mundial ocurren entre personas jóvenes de 15 a 24 años de edad y más del 60 por ciento de la juventud que ha sido infectada con el VIH en este intervalo de edades, son mujeres.

## MUTILACIÓN DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS/ AMPUTACIÓN DE ÓRGANOS GENITALES

La mutilación de órganos genitales femeninos/amputación de órganos genitales (FGM/C, por sus siglas en inglés), se refiere a diversos tipos de operaciones de mutilación tradicionales, realizadas en mujeres y niñas.

- Se calcula que más de 130 millones de niñas y mujeres vivas actualmente han sido sometidas a FGM/C, principalmente en África y algunos países del Oriente Medio.
- Se piensa que dos millones de niñas tienen riesgo de ser sometidas a una mutilación de los órganos genitales al año.

## ASESINATO POR CAUSA DE LA DOTE

- El asesinato por causa de la dote es una práctica brutal donde la mujer es asesinada por su esposo o sus parientes políticos debido a que la familia no cumple con las exigencias de la dote, que es un pago realizado al momento del matrimonio como regalo a la nueva familia.
- Aunque las dotes o pagos similares prevalecen a nivel mundial, los asesinatos por dote ocurren especialmente en Asia meridional.



## TRÁFICO DE PERSONAS

---

- Según los cálculos, entre 500,000 y dos millones de personas son traficadas anualmente en situaciones que incluyen prostitución, mano de obra forzada, esclavismo o servidumbre.
- Mujeres y niñas suman alrededor del 80 por ciento de las víctimas detectadas.

## VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

---

- La violencia antes y durante el embarazo tiene graves consecuencias en la salud, tanto para la madre como para el bebé. Conlleva a embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el embarazo, incluyendo el aborto espontáneo, parto antes de término y bajo peso al nacer.
- El infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo y el abandono sistemático de las niñas son prácticas generalizadas en Asia meridional y oriental, Norte de África y el Oriente Medio.

## «HOMICIDIO POR HONOR»

---

- En muchas sociedades, las víctimas de la violación, las mujeres sospechosas de practicar el sexo prematrimonial y las mujeres acusadas de adulterio, han sido asesinadas por sus familiares debido a que la profanación de la castidad de la mujer, es considerada como una ofensa al honor de la familia.
- El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) calcula que la cifra anual mundial de mujeres víctimas de lo que se denominan “homicidios por motivos de honor”, puede llegar a 5,000.

## DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA

La violencia contra mujeres detenidas por la policía es común y abarca casos de violencia sexual, prácticas inapropiadas de vigilancia, registros al desnudo realizados por hombres, y la exigencia de actos sexuales a cambio de privilegios o cumplimiento de necesidades básicas.

Muchas mujeres se enfrentan a múltiples formas de discriminación y a riesgos cada vez mayores de violencia.

- En Canadá, la probabilidad de las mujeres indígenas de morir como resultado de la violencia, es cinco veces mayor que la de otras mujeres de la misma edad.
- En Europa, Norteamérica y Australia, más de la mitad de las mujeres discapacitadas ha experimentado abuso físico, frente a una tercera parte de mujeres no discapacitadas.

## COSTOS Y CONSECUENCIAS

Los costos de la violencia contra la mujer son sumamente altos, y comprenden los costos directos de los servicios para el tratamiento y apoyo a las mujeres maltratadas y a sus hijos, así como para poder enjuiciar a los ofensores.

Los costos indirectos están relacionados con la pérdida de empleo y productividad y lo que representan en dolor y sufrimiento humano.

- El costo de la violencia doméstica entre parejas, solamente en los Estados Unidos sobrepasa los 5,800 millones de dólares al año: de ellos, 4,100 millones de dólares en servicios directos médicos y de atención médica, en tanto que la pérdida de la productividad representa cerca de 1,800 millones de dólares.
- Un estudio de 2004 en el Reino Unido estimó el total de los costos directos e indirectos de la violencia doméstica, incluidos el dolor y el sufrimiento, en 23,000 millones de libras esterlinas al año ó 440 libras por persona.

Al analizar las cifras sobre mortalidad por Diabetes Mellitus (DM) en los primeros ocho años del presente siglo, que publica el Sistema Nacional de Información en Salud, se constata la tendencia al incremento de la mortalidad por este padecimiento crónico.

- Ha habido una mayor mortalidad en las mujeres que en los hombres, no obstante, la mortalidad en los varones ha aumentado en mayor proporción.
- Para 2008 fallecían casi 20 varones más que en el año 2000 por causa de DM, en comparación con el incremento de 15 decesos en las mujeres en el mismo lapso.

## TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS (DM) SEGÚN SEXO, POR CADA 100 MIL PERSONAS EN LA REPÚBLICA MEXICANA

AÑO	HOMBRES	MUJERES
2000	42.7	51.7
2001	45.2	54.6
2002	50.4	58.1
2003	55.6	62.7
2004	55.8	64.8
2005	60.2	68.8
2006	69.0	68.6
2007	63.9	67.9
2008	63.4	73.6

Tasa por 100,000 hombres y mujeres todas las edades.

Fuente: INEGI, Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

En la República Mexicana, de acuerdo con los datos de los cuadros sobre mortalidad en mujeres y en hombres por causa enfermedades no transmisibles, según entidad federativa de residencia habitual (2000-2008)<sup>i</sup> la

tasa de mortalidad por DM más alta para las mujeres, fue la registrada en el estado de Coahuila y, para los hombres, en el Distrito Federal.

### EN EL 2005 SE REPORTÓ LA MÁS ALTA MORTALIDAD POR CAUSA DE DM EN EL PAÍS PARA AMBOS SEXOS

Para los varones, el Distrito Federal fue la entidad con la tasa más elevada  
= 131.4

Para las mujeres, Coahuila fue la entidad con la tasa más elevada  
= 146.1

<sup>i</sup> Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud. Tasa por 100,000 estandarizada por edad con el método directo de la OMS, usando la distribución promedio por edad de la población mundial de 2000 a 2025.

## LAS TASAS DE MORTALIDAD MÁS BAJAS EN EL PAÍS SE CONCENTRARON EN EL SURESTE DEL PAÍS DE 2000 A 2008: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

PARA LOS HOMBRES	PARA LAS MUJERES
Yucatán tuvo la tasa más baja en 2000, 2002 y 2008, en este último año fue = 61.4	Guerrero tuvo la tasa más baja en 2000 a 2006, en este último año fue = 61.0
Chiapas, en 2001, 2004 y 2007, en este último año fue = 62.0	Sinaloa, en 2007 fue = 66.9
Campeche, en 2005 - 2006, en este último año fue = 62.9	Oaxaca, en 2008 fue = 74.3
Quintana Roo, en 2003 fue = 56.6	

Otros datos de interés respecto a las consecuencias de DM en la salud y en el gasto público, nos los proporciona el comparar los egresos hospitalarios de hombres y mujeres.

### EGRESOS HOSPITALARIOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS POR CAUSA DE DM 2004-2008, POR CADA 100 MIL HABITANTES EN LA REPÚBLICA MEXICANA

AÑO	HOMBRES	MUJERES
2004	57.251	70.783
2005	58.823	71.407
2006	62.589	74.320
2007	67.588	77.471
2008	70.375	80.293
Total	316.626	374.274

- En México, del 2004 al 2008, fueron hospitalizados cerca de 700 mil habitantes en instituciones públicas del país, por causa de este padecimiento.
- Como puede apreciarse, 57,648 mujeres más respecto a los varones, requirieron de hospitalización, por complicaciones asociadas a la DM.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cubo Dinámico de Egresos Hospitalarios, 2004-2008.



## **2º Congreso Latinoamericano sobre trata y tráfico de personas: Migración, Género y Derechos Humanos.**

*Puebla, México, del 21 al 24 de septiembre del 2010*

Organiza: Universidad Iberoamericana de Puebla

<http://www.tratacongreso2010.org/>

## **VIII Coloquio Internacional Multidisciplinario de Estudios de Género**

*México, D.F., del 4 al 6 octubre del 2010*

Organiza: La Coordinación Nacional de Antropología, la Dirección de Etnología y Antropología Social del Instituto Nacional de Antropología e Historia

<http://beatrizgarrido.nireblog.com/post/2010/01/29/viii-coloquio-internacional-multidisciplinario-de-estudios-de-genero>

## **XV Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual**

*Alicante, España, del 21 al 23 de octubre del 2010*

Organiza: Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual

<http://www.congresosexologia2010.com/bienvenida>

## **III Congreso de Estudios de Género en el Norte de México**

*Monterrey, Nuevo León, México del 4 al 5 de noviembre del 2010*

Organiza: Colegio de la Frontera Norte, Universidad Autónoma de Nuevo León

<http://www.colef.mx/Gaceta/ModuloExtra.asp?Codigo=1081#1>

## **Curso Aplicado sobre Intervención Psicológica de Violencia de Género**

*Granada, España del 11 al 12 de Noviembre del 2010*

Organiza: Instituto Superior de Psicología Clínica y de la Salud

[http://www.ispcs.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=309:violencia-de-genero&catid=65:portada](http://www.ispcs.es/index.php?option=com_content&view=article&id=309:violencia-de-genero&catid=65:portada)

## **IV Coloquio Internacional de Estudios de Varones y Masculinidades Políticas Públicas y Acciones Transformadoras**

*Montevideo, Uruguay del 28 al 30 de octubre del 2010*

Organiza: Universidad de la República de Uruguay

<http://www.coloquiomasculinidades.org/Presentacion>

## **III Experta/o en Género y Salud**

*Granada, España, del 18 de octubre del 2010 al 11 de junio del 2011*

Organiza: Escuela Andaluza de Salud Pública

<http://www.easp.es/web/formacion/index.asp?idSub=298&idSec=298&idCab=298>

# 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.
5. El texto deberá redactarse con lenguaje incluyente, no sexista.

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: 58-97.

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: 2 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, comps. 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.

6. 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

7. 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).
8. 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](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx)

[www.bicentenario.gob.mx](http://www.bicentenario.gob.mx)