

Género y Salud en Cifras

Vol. 2, no. 2

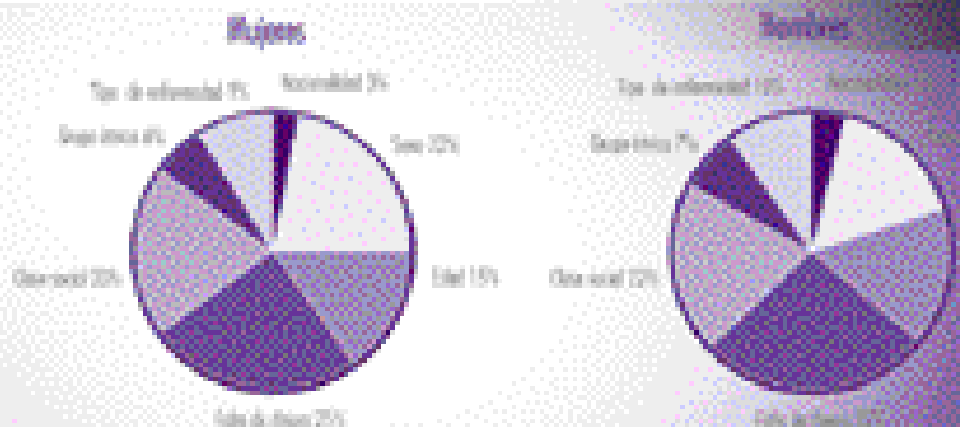
Mayo - Diciembre 2004



CONTENIDO

- Presentación** 2
Aurora del Río Zolezzi
- Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema de salud mexicano** 5
Esteban Puentes Rosas, Tania Martínez Monroy
- Necesidades de salud y jefatura del hogar en áreas urbano marginadas** 13
Laura P. Torres Arreola, Héctor Gómez Dantés, Hortensia Reyes Morales, Patricia Tomé, José Luis Vázquez Martínez.
- El riesgo de ejercer violencia física contra la pareja: cuándo y por qué Hallazgos de un estudio con varones trabajadores en la Ciudad de México** 21
Juan Manuel Contreras Urbina

Principales causas de maltrato, por sexo, en atención ambulatoria. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002





Secretaría de Salud
Boletín Género y Salud
en Cifras

Directorio

Secretario de Salud
Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo
Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Dr. Rafael Lozano Ascencio
Dra. Ana Langer Glas

Comité Editorial
Dr. Héctor Avila Rosas
Dr. Mario Bronfman Pertzovsky
Dr. Roberto Castro Pérez
Dra. Sonia Fernández Cantón
Dr. Héctor Gómez Dantés
Dr. Benno de Keijzer Fokker
Mtra. Ma. de la Paz López Barajas
Mtra. Ma. Isabel Monterrubio Gómez
Dr. Gustavo Olaiz Fernández
Dra. Laura Pedrosa Islas
Dra. Blanca Rico Galindo
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Ivonne Szasz Pianta
Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez
Lic. Raúl Wong Luna
Lic. Elena Zúñiga Herrera

Editor
Alonso Restrepo

Secretaria técnica
Mtra. Blanca E. López Contreras

Publicación cuatrimestral.
Editada y distribuida por
el Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud
Reproductiva y la Dirección
General de Información
en Salud.

Los materiales publicados
son responsabilidad de sus autores.

Comentarios y correspondencia
escribir a blopez@salud.gob.mx
Guadalajara 47, piso 7
Col. Roma C. P. 06700
México, D. F.

Presentación

Aurora del Río Zolezzi

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

La salud de las poblaciones humanas es un complejo proceso que responde a múltiples determinantes, tanto individuales como del entorno en el que se desarrollan, biológicos, económicos, sociales y culturales. Entre estos últimos revisten especial importancia los roles y estereotipos de género que influyen en la exposición a factores de riesgo para la salud, en las necesidades de salud derivadas de esta exposición, en el acceso y control de los recursos personales, familiares y comunitarios para la atención a la salud y, por ende, en la utilización de los servicios, y en la calidad tanto técnica como interpersonal de los servicios recibidos.

Tradicionalmente se han identificado las necesidades de salud de las mujeres con los aspectos estrictamente biológicos ligados a la función reproductiva, sin tomar en consideración otras necesidades particulares de salud que tienen su origen en características biológicas diferentes entre hombres y mujeres y, mucho menos, en las implicaciones de orden social que los roles genéricos tienen sobre la percepción de las propias necesidades de salud, los motores de la demanda de atención, los factores habilitadores, las barreras para la utilización de los servicios de salud y la satisfacción de usuarias y usuarios de los mismos.

Un aspecto de particular importancia en este sentido es distinguir entre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres y el control que tienen sobre el uso de los recursos, lo que convierte el proceso de detección de una necesidad de salud en una demanda de atención y, finalmente, en la utilización de un servicio.

Con frecuencia los servicios de salud están disponibles y son teóricamente accesibles para las mujeres a través de mecanismos claramente establecidos; sin embargo, éstas no siempre tienen el control del uso de los recursos necesarios para convertir ese acceso teórico en una utilización concreta. Los recursos que se requieren van desde la legitimidad del uso del tiempo en la atención a la propia salud de las mujeres, la decisión de destinar los recursos monetarios para el pago del transporte, de la cuota de recuperación o tarifa del servicio, la disponibilidad de apoyo para el cuidado de menores y/o enfermos durante la ausencia de las mujeres para su atención, entre otros.

La percepción de la calidad del proceso de atención, el nivel de satisfacción con el mismo y sus resultados varían dependiendo de las expectativas que tienen quienes utilizan los servicios. En general, hombres y mujeres tienen expectativas

diferentes respecto del proceso de atención y ponen distinto énfasis en los componentes del proceso; por ejemplo, para los hombres pueden ser más importantes los aspectos relacionados con la explicación sobre la naturaleza de sus molestias y la prescripción de exámenes y medicamentos; mientras que para las mujeres puede ser más importante el trato amable y a la vez respetuoso por parte de quienes prestan los servicios de salud, o el tiempo de espera.

En este número del boletín *Género y Salud en Cifras* se presentan tres reportes de resultados de investigación operativa en salud, con temas especialmente originales.

En su artículo sobre Necesidades de salud y jefatura del hogar en áreas urbano marginadas, Laura P Torres Arreola y colaboradores, presentan un análisis de los datos de la Encuesta sobre Necesidad de Salud en Areas Urbano Marginadas (ENSAUM-2003), realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social durante 2003, a través del que comparan los patrones de utilización de servicios de salud de las mujeres jefas de hogar, con los de mujeres no jefas de hogar.

Llaman particularmente la atención algunos hallazgos que confirman la necesidad de reforzar los mensajes que priorizan el cuidado de la salud de las mujeres por sí mismas. Las mujeres jefas de hogar reportaron haberse realizado la detección oportuna del cáncer, tanto cervicouterino como mamario, con menor frecuencia que las no jefas de hogar; la prevalencia de resultados positivos fue semejante en ambos grupos, sin embargo, la proporción de las que resultaron positivas y que recibieron atención y tratamiento fue menor entre las jefas de hogar que entre las no jefas.

El artículo que en esta ocasión presentan Esteban Puentes y Tania Martínez sobre la percepción del trato que reciben usuarias y usuarios del sistema de salud en México resulta controversial desde la perspectiva de género.

En México hay pocos trabajos que analizan las diferencias en la calidad de la atención a la salud que reciben hombres y mujeres, así como la percepción que sobre la misma tienen los usuarios y las usuarias. Diversos estudios realizados en otros países han reportado consistentemente que las mujeres suelen recibir servicios de menor calidad, tanto técnica como interpersonal, que los varones y que, si se utilizan instrumentos de medición que permitan controlar las expectativas, las mujeres también reportan menor satisfacción, sobre todo con la calidad del trato y la información que reciben de los proveedores sobre sus problemas de salud.

Es en este sentido que los resultados reportados por los autores sobre el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED, 2002) resultan particularmente sorprendentes. En este trabajo se establece una mayor satisfacción de las mujeres usuarias de servicios de salud con la calidad del trato recibido. Sin embargo, entre quienes reportaron malos tratos, las mujeres declararon con mayor frecuencia que la causa principal del maltrato era precisamente su condición de género.

A pesar de lo controversial de los resultados de este trabajo, el Comité Editorial de *Género y Salud en Cifras* decidió publicarlo porque, en primer término, la metodología descrita en el mismo es apropiada para el tipo de estudio realizado; en

segundo lugar, para estimular la discusión de los resultados entre las lectoras y los lectores de nuestra publicación y, potencialmente, promover así la ejecución de un mayor número de investigaciones que analicen los posibles diferenciales de calidad de la atención asociados al género que se pueden estar presentando en diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Como ya se ha convertido en una norma, en este número también publicamos un artículo que trata sobre las características del fenómeno de la violencia de género en nuestro país. En esta ocasión se trata del artículo El riesgo de ejercer violencia física contra la pareja: cuándo y porqué. Hallazgos de un estudio con varones trabajadores en la Ciudad de México. En éste, Juan Manuel Contreras Urbina, presenta los resultados de una muestra de 500 hombres, trabajadores de clase media baja y baja, contratados por tres organizaciones diferentes, localizadas en la Ciudad de México.

La prevalencia de violencia física alguna vez hacia la pareja conviviente es cercana a 34%, mientras que en los últimos 12 meses fue de 12.2%, cifras muy próximas a lo informado por mujeres usuarias de servicios de salud en el Distrito Federal, en la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, realizada en 2002, por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública.

Hay muchos resultados de gran interés en este estudio, en particular en lo que hace referencia a la descripción de los “motivos” de las agresiones, pero quizás el aporte más importante del mismo sea el estudio de la violencia de género vista desde la perspectiva de los agresores. Falta quizás incorporar el análisis teórico desde la construcción de la masculinidad, sin embargo, la simple descripción de los resultados es ya una aportación de gran valor.

Con este quinto número creemos seguir en el camino de presentar evidencias sobre posibles inequidades de género que tienen impacto sobre la salud de las mujeres y los hombres en nuestro país, e invitamos a nuestros lectores a hacernos llegar sus comentarios respecto de lo publicado en estas páginas, así como sus contribuciones las que serán revisadas con gran entusiasmo por el Comité Editorial.

Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema de salud mexicano

Esteban Puentes Rosas, Tania Martínez Monroy.
Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México.

Siempre que un individuo interactúa con el sistema de salud hay una serie de factores más allá del tratamiento médico que influyen en su bienestar. Uno de los objetivos esenciales de los sistemas de salud es fortalecer todos esos factores, con el fin de responder a las expectativas de sus usuarios en lo que tiene que ver con los aspectos no médicos de su relación con los proveedores de servicios de salud.¹ Esta capacidad de responder a las expectativas no médicas ha sido denominada como trato adecuado y, con fines de operacionalizarlo y de abarcar los diferentes aspectos relacionados con la interacción entre usuarios y proveedores, se ha dividido en ocho componentes o dominios: 1) *autonomía*, definida como la capacidad del

atención no ha provocado molestias adicionales a las que produjeron dicha búsqueda; 6) *capacidad de elección del proveedor*; 7) *apoyo social*, que se refiere a la posibilidad de mantenerse en contacto con amigos y familiares cuando se está hospitalizado, y 8) *condiciones de los servicios y comodidades básicas*. Tanto la definición de trato adecuado como su operacionalización fueron consensuados en reuniones de expertos, coordinados por la Organización Mundial de la Salud.²

Algunos de estos dominios tienen más relación que otros en cuanto a su asociación con el sexo de los usuarios. Por ejemplo, las condiciones de las comodidades básicas en



usuario para participar en la toma de decisiones respecto a su salud; 2) *trato digno*, que significa que los usuarios de los servicios deben ser tratados como seres humanos – no como “pacientes” – en pleno uso de sus derechos fundamentales; 3) *comunicación*, que mide la forma en la que el usuario recibe información sobre su padecimiento y tratamiento; 4) *confidencialidad*, que evalúa si el usuario tiene control sobre el manejo de la información relacionada con su salud; 5) *atención pronta*, que evalúa si todo el tiempo transcurrido desde que se inicia la búsqueda de

realidad son un aspecto estructural que ofrece las mismas ventajas y desventajas, tanto para hombres como para mujeres. En sentido opuesto, es más plausible hallar diferencias entre hombres y mujeres en dominios como el de autonomía o trato digno, particularmente cuando se evalúan estas diferencias con su interacción con edad y escolaridad. También, en el caso de la capacidad de elección, pueden encontrarse diferencias asociadas al sexo de los usuarios, toda vez que ha sido documentado que existen ciertas preferencias sobre el sexo y la edad del médico tratante.³

Aunque existen estudios previos sobre la asociación entre satisfacción y sexo del usuario, la satisfacción del paciente suele estar fuertemente asociada al desenlace de la atención, por lo que el papel que juega el componente interpersonal no médico no está bien determinado. Además, la satisfacción de los pacientes no depende sólo de la calidad de la atención, sino de una compleja mezcla de expectativas individuales y necesidades percibidas, las cuales suelen estar mediadas por experiencias previas.^{4,6} El trato adecuado, tanto conceptual como metodológicamente, evita enfrentarse con estas desventajas y se enfoca exclusivamente en los aspectos no médicos de la interacción entre proveedores y usuarios, considerando que el componente clínico se verá reflejado en la medición de las condiciones de salud. Para lidiar con el problema de las expectativas, la aproximación metodológica usa una serie de pequeñas historias ficticias, pero verosímiles, las cuales son denominadas viñetas que permiten medir y controlar las expectativas de los usuarios en relación con los diversos componentes del trato adecuado.^{7,8}

El objetivo del presente trabajo es mostrar algunos resultados relacionados con la percepción del trato brindado en el sistema de salud mexicano, enfocándose principalmente en las diferencias entre hombres y mujeres. Se muestran también algunas evidencias sobre las diferencias existentes en el nivel de expectativas que existen entre hombres y mujeres y, finalmente, algunos resultados que incorporan el ajuste por expectativas, y algunas cifras relacionadas con reporte de maltrato en los servicios de salud.

Material y métodos

Los datos para la elaboración de este trabajo se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED, 2002), realizada en México, entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, por la Secretaría de Salud con la participación del Instituto Nacional de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud. La ENED es una encuesta con diseño muestral probabilístico, por conglomerados y polietápico, con un total de 38 746 individuos entrevistados. El diseño muestral de la encuesta fue calculado para permitir hacer inferencias en el ámbito estatal cuando la prevalencia de la variable estudiada fuera al menos de 3%.

La información sobre trato proviene de entrevistas realizadas a individuos mayores de 18 años de edad seleccionados aleatoriamente y que hubieran tenido una experiencia clínica en el último año o una experiencia quirúrgica en los últimos cinco años. A cada uno de los entrevistados se les interrogaba directamente acerca de su percepción sobre cada uno de los dominios que componen el trato adecuado, con escalas tipo Likert que permitían al sujeto entrevistado calificar su experiencia en una escala de cinco opciones que iban de “muy malo” a “muy bueno”. Con fines descriptivos se consideró que un individuo aprobaba su

experiencia si calificaba ésta como buena o muy buena.

Adicionalmente, la encuesta contenía una serie de reactivos, llamados “viñetas”, que presentan breves historias ficticias a los entrevistados, para medir sus expectativas sobre los servicios, con el fin de realizar ajustes posteriores que permitieran comparar a todos los entrevistados sobre una misma base. (Ver anexo 1, en el cual se muestran, a manera de ejemplo, las cinco viñetas correspondientes al dominio de acceso a redes de apoyo social).

En este estudio se consideraron rurales las localidades con menos de 2 500 habitantes; urbanas las poblaciones de 2 500 a 99 999 habitantes, y ciudades o áreas metropolitanas aquellas con 100 000 y más habitantes.

En todos los casos, las estimaciones puntuales y el cálculo de la varianza se efectuaron tomando en cuenta el muestreo complejo de la ENED 2002.

Resultados

Utilización de servicios de salud

El 58% de los informantes fue del sexo femenino. La mediana de edad fue de 37 años. El 46.5% tenía estudios máximos de primaria y 23% de la población vivía en el medio rural. El 56% reportó no tener ningún tipo de seguro médico; 41% de los informantes manifestó recibir servicios médicos a través de alguno de los subsistemas de seguridad social y sólo 1.5% de los entrevistados manifestó tener algún tipo de seguro voluntario.

El 71.3% de los encuestados reportó haber necesitado asistencia médica para ellos o para alguno de sus hijos menores de 12 años de edad. El 57.9% de los encuestados reportó haber recibido asistencia médica ambulatoria o a domicilio durante los últimos 12 meses, y 19.8% refirió haber estado hospitalizado durante los últimos cinco años. La asistencia ambulatoria se efectuó principalmente en unidades privadas (38.5%), seguida de la Secretaría de Salud (28.4%) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (25.1%).

Las mujeres utilizaron con más frecuencia los servicios de salud que los hombres. Del total de usuarios de atención ambulatoria, 52% residía en áreas metropolitanas y 24.2% en comunidades rurales; en relación con la atención hospitalaria, los porcentajes correspondientes son 57% y 19%, respectivamente.

Percepción del trato recibido en los servicios de salud

En términos generales, las mujeres presentaron mayores porcentajes de aprobación que los hombres para siete de los ocho dominios del trato. El único dominio donde no se observa esta situación es en la atención pronta en el

CUADRO I

*Porcentajes de aprobación para el trato adecuado por tipo de atención y sexo. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002				
Dominios	Ambulatoria		Hospitalaria	
	%Mujeres	%Hombres	%Mujeres	%Hombres
Trato digno	89.3	87.0	87.0	86.0
Atención pronta	75.6	75.8	82.1	80.2
Comunicación	88.8	87.6	88.8	85.8
Autonomía	86.2	84.9	83.4	82.6
Confidencialidad	89.3	88.4	87.0	84.4
Capacidad de elección	83.4	82.0	77.0	73.8
Condición de las comodidades básicas	88.6	87.6	86.7	84.8
Apoyo social	- - -	- - -	85.2	82.8

*Por porcentaje de aprobación se entiende que los individuos contestaron muy bueno o bueno.

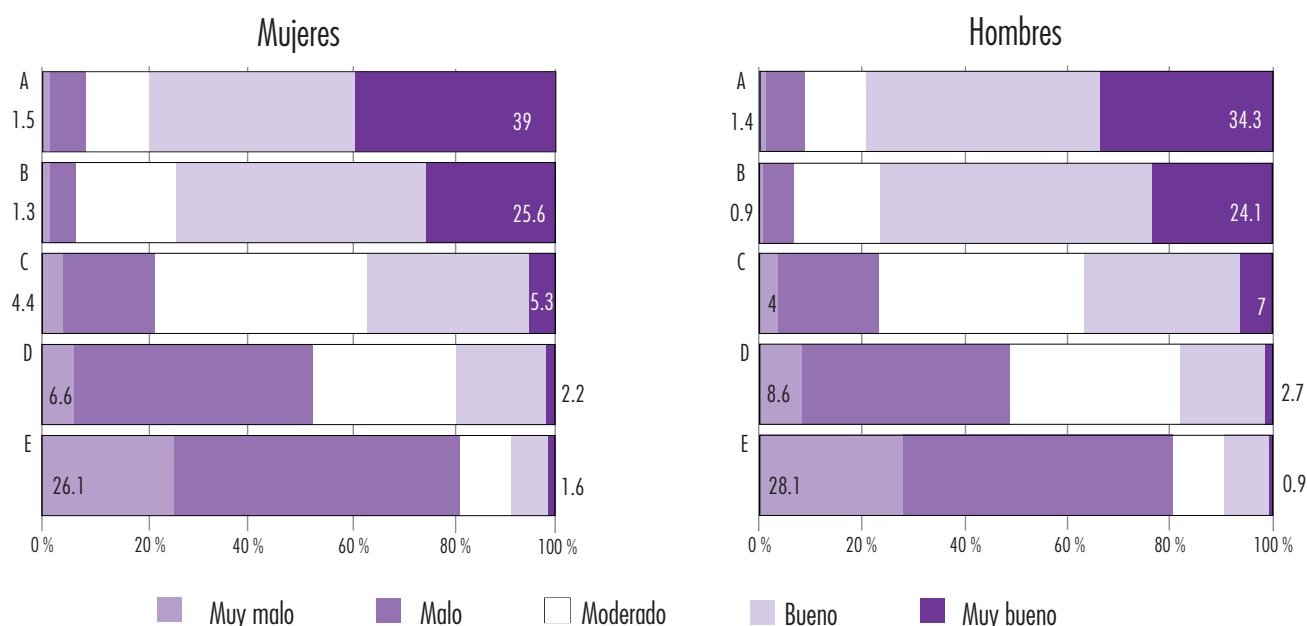
ámbito de la atención ambulatoria. Las mayores diferencias se observan en la comunicación y en la capacidad de elección en la atención hospitalaria (cuadro I).

Las diferencias entre sexos estuvieron influidas por variables como la edad y la escolaridad. En algunos casos, como en la atención pronta, al analizar sólo a los individuos mayores de 60 años de edad las diferencias entre sexos, que fueron mínimas (1.9 puntos porcentuales), se acrecentaron hasta alcanzar seis puntos. En otros casos,

por el contrario, las diferencias que se observaron en las respuestas crudas de hombres y mujeres se diluyen. Esta es la situación en capacidad de elección, en la cual la diferencia, que era de cuatro puntos, desaparece por completo. De hecho, aquí se observa el efecto contrario, las diferencias se maximizan cuando se analiza sólo a individuos menores de 40 años de edad, estrato en el cual los porcentajes se separan por cinco puntos porcentuales.

FIGURA 1

Calificaciones otorgadas al grupo de viñetas* relacionadas con acceso a redes de apoyo social en individuos mayores de 60 años de edad. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002



* Las letras A a E se refieren a cada una de las cinco viñetas presentadas, siendo A la mejor situación descrita y E la peor de las situaciones.

Viñetas

Un análisis exhaustivo de las variables que se asocian a las expectativas de la gente mostró que la variable más fuertemente asociada a ellas fue el tipo de institución donde la gente se atendía, lo cual, a su vez, puede estar indicando que las experiencias previas determinan en gran medida lo que los usuarios esperan de los servicios que se les brindan.⁹ Por ejemplo, el análisis de cómo influyen algunas variables en la probabilidad de responder en alguna de las categorías ordinales presentadas, muestra que los individuos más educados ubican sus puntos de corte (el nivel de desempeño en el que ellos deciden cambiar de una categoría a la siguiente) en un nivel más alto, lo mismo que sucede en el caso de los usuarios de servicios privados, cuando se compara con usuarios de la seguridad social. Por el contrario, los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud ubican sus puntos de corte en niveles más bajos que los usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes fueron usados como categoría de referencia en este ejercicio.

En relación específicamente con el sexo de los usuarios, se observan sutiles diferencias en todos los dominios. Las diferencias más notables se detectan cuando se controla por edad. Si se analizan sólo usuarios de 60 años o más de edad, se observa que las mujeres califican mejor que los hombres el mismo tipo de situaciones (figura 1). Por ejemplo, para la situación específica descrita en la mejor viñeta de apoyo social,* el porcentaje de mujeres que calificó como muy buena esta situación (39%) es significativamente superior al porcentaje correspondiente en los hombres (34.3%). En el mismo sentido, las mujeres que calificaron como muy buena (1.6%) la peor situación** descrita en la serie de viñetas es, nuevamente, mayor que en los hombres (0.9%).

Similar situación puede observarse en los dominios de comunicación y de trato digno. En los otros cinco dominios se observan diferencias, pero de menor magnitud.

Trato adecuado ajustado por expectativas

La evidencia de que la edad, el sexo, la escolaridad y el tipo de institución donde se recibe la atención son variables que modifican las expectativas de la población y, por lo tanto, pueden provocar que las respuestas otorgadas de manera directa a las preguntas sobre trato se encuentren sesgadas, justifica la utilización de metodologías que permitan controlar estos factores. Los análisis exploratorios realizados con otras variables no mostraron evidencia de que dichas variables, como el ingreso o el gasto per cápita, influyeran en las respuestas a las preguntas sobre trato. El cuadro II muestra los resultados (en una escala de 0 a 100) para cada uno de los dominios de trato adecuado después de incorporar la información obtenida con las viñetas y de ajustar por edad, sexo, escolaridad y proveedor del servicio. El efecto de estos ajustes puede observarse claramente en el dominio de comunicación, donde los porcentajes crudos presentaban diferencias significativas, y en las calificaciones ajustadas se ha diluido prácticamente por completo dicha diferencia. (ver cuadro II)

No obstante, para la mayor parte de las estimaciones, las mujeres siguen manteniendo mejores calificaciones que los hombres, diferencia que es particularmente más marcada en el caso de la capacidad de elección. En sentido opuesto, las diferencias entre sexos en atención pronta ambulatoria, en comunicación y en condiciones de las comodidades básicas, no son estadísticamente significativas.

En todos los casos la variabilidad de las calificaciones individuales es menor entre las mujeres, lo cual indica que no sólo reciben un mejor trato, sino que las variaciones entre las mujeres usuarias de servicios de salud son menores.

Interacción entre las variables asociadas a trato y percepción

Cuando sólo se analiza a los habitantes de áreas rurales, las diferencias entre hombres y mujeres se hacen más pequeñas y sólo son significativas en el caso de confidencialidad y trato digno. En el caso de las áreas metropolitanas, las diferencias son significativas en los mismos dos dominios, a los cuales se agrega el de autonomía. En todos los casos mencionados las calificaciones son mejores entre las mujeres.

* Cuando René estuvo hospitalizado pudo recibir visitas durante todo el día. Cada vez que necesitó comunicarse con su familia, su trabajo o sus amigos pudo hacerlo fácilmente. ¿cómo calificaría la posibilidad de mantenerse en contacto con el mundo exterior mientras estuvo internado? (ENED 2002).

** Cuando Sergio estuvo en el hospital no pudo recibir visitas ni regalos de sus familiares. En el hospital no había teléfonos, de manera que no pudo tener noticias del exterior. ¿cómo calificaría la facilidad para recibir visitas de familiares y amigos? (ENED 2002).

CUADRO II

Dominios	Ambulatoria		Hospitalaria	
	%Mujeres	%Hombres	%Mujeres	%Hombres
Trato digno	82.2*	80.9*	81.2*	80.3*
Atención pronta	70.2	69.9	71.8*	70.5*
Comunicación	82.4	82.3	80.2	80.0
Autonomía	68.2*	67.5*	66.9*	65.4*
Confidencialidad	69.1*	68.1*	67.2*	66.2*
Capacidad de elección	60.2	59.8	57.1*	54.8*
Condición de las comodidades básicas	82.2	81.8	82.3	80.3
Apoyo social	- - -	- - -	78.8*	77.6*

*Diferencia estadísticamente significativa (p<0.05)

‡ Las cifras se presentan en una escala continua de 0 a 100, con cifras ajustadas por edad, sexo, escolaridad y proveedor del servicio.

Del mismo modo, un análisis por diferentes grupos de edad muestra que las diferencias entre hombres y mujeres son consistentes, independientemente del grupo de edad estudiado, en los dominios de autonomía, trato digno y confidencialidad.

Una situación ligeramente diferente se presentó cuando se analizaron los resultados por condición de aseguramiento: en este caso, entre los usuarios que se atendieron en unidades de la seguridad social, se encontraron diferencias

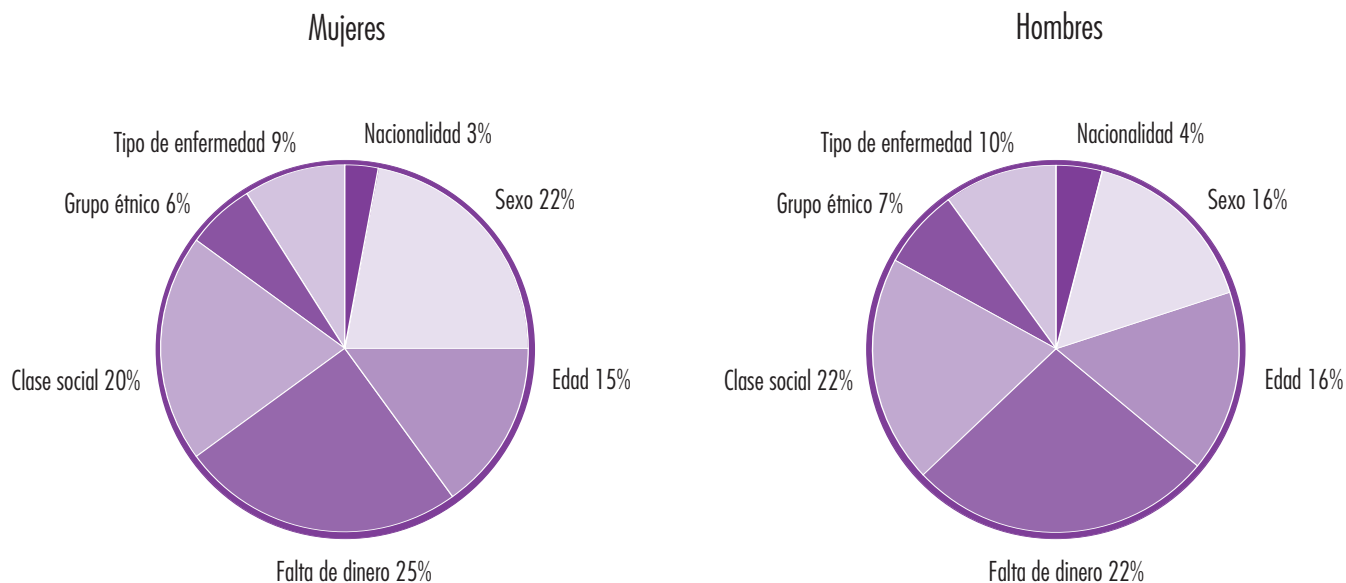
significativas, además de los dominios mencionados anteriormente, en capacidad de elección y en atención pronta.

Maltrato

La frecuencia de reportes de maltrato es similar en hombres (2.8%) y mujeres (2.7%) en la atención ambulatoria. En la atención hospitalaria, en cambio, la frecuencia de maltrato es alrededor de 50% más alta en hombres que en mujeres (5.3% y 3.4%, respectivamente).

FIGURA 2

Principales causas de maltrato, por sexo, en atención ambulatoria. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002



Sin embargo, son notables las diferencias en el tipo de causa de maltrato referida por los individuos afectados. En ambos sexos las principales causas de maltrato son de origen económico (falta de dinero o clase social), las cuales suman entre 39 y 47%, dependiendo del sexo y el ámbito de atención, pero en las mujeres es más frecuente el maltrato asociado precisamente con su propia condición de mujer. La figura 2 muestra estas diferencias en el caso específico de la atención ambulatoria.

Discusión

El trato adecuado tiene un valor intrínseco: tratar adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud impacta directamente en el bienestar de éstos. Un sistema preocupado por los aspectos no médicos de la interacción entre usuarios y proveedores genera una dinámica que contribuye a mejorar la salud al favorecer que los usuarios “se abran” ante el médico y asimilen mejor la información sobre su salud.^{5,10}

Cuando se habla de trato no sólo es importante el nivel promedio alcanzado; también es importante identificar las posibles diferencias en el trato que se brinda a diferentes tipos de usuarios. No puede asumirse que un sistema de salud brinda un trato adecuado si se trata adecuadamente a algunos mientras que a otros se les humilla o se les hace esperar largos minutos para ser atendidos.¹¹

Tradicionalmente, la medición del trato brindado por el sistema de salud se ha efectuado a través de encuestas de satisfacción. Sin embargo, este tipo de evaluaciones enfrenta diversas limitaciones. Por un lado, este concepto generalmente no se mide a través de un continuum que vaya desde completamente insatisfecho hasta completamente satisfecho, lo que hace que las mediciones resulten en una dicotomía no siempre fácilmente explicable y que dificulta la calibración del nivel real de calidad de los servicios.² Por otro lado, la satisfacción del paciente es resultado no sólo de la interacción no médica, sino de todos los componentes que intervienen en la relación entre médicos y usuarios, y está fuertemente modulada por las expectativas sobre lo que sucederá y sobre lo que debería suceder, las cuales,

a su vez, están relacionadas con el contexto social y con las experiencias previas en la utilización de servicios.^{4,6}

Para controlar el efecto de las expectativas se ha sugerido el uso de pequeñas historias que son presentadas a los entrevistados, con el fin de que sean calificadas en la misma forma como evalúan su propia interacción con el sistema de salud.⁸ Un trabajo previo mostró que la variable más fuertemente asociada a estas expectativas es el lugar donde se atiende la gente; sin embargo, los resultados mostrados en este trabajo indican que también existen algunas diferencias en las expectativas entre hombres y mujeres respecto a ciertos dominios del trato adecuado: comunicación, trato digno, apoyo social.⁹

Estas diferencias deberían ser tomadas siempre en cuenta cuando se evalúa el trato mediante auto-reporte. Sin embargo, a pesar de estas diferencias en las expectativas, los resultados ajustados muestran que, efectivamente, las mujeres reciben, en términos generales, un mejor trato que los hombres. Es evidente que los resultados mostrados en este trabajo sólo se refieren a un estrecho margen de todo el fenómeno de la atención a los usuarios, sin embargo, pueden contribuir al aportar datos y evidencias para estudios que profundicen más en el tema.

Llama la atención el hecho de que los dominios donde las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen significativas y constantes a favor de las mujeres son aquellos más fuertemente asociados a derechos humanos básicos.¹² Particularmente las diferencias son consistentes en el caso de la autonomía. Autonomía incorpora el concepto de empoderamiento. En ciertos ámbitos se ha considerado el derecho a rehusar los tratamientos como un elemento necesario del derecho individual a la auto determinación. No obstante, el derecho a rehusar tratamiento no es absoluto y debe considerarse de manera conjunta con factores como el bienestar público y la competencia real del paciente para tomar su decisión.² Impulsar la autonomía de los usuarios de los servicios de salud implica cambiar de raíz el modelo predominante en la atención médica, el cual suele ser el paternalista.¹³

Referencias

1. Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: From the system to the provider. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6): 439-446.
2. Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. En: Murray CJ, Evans DB. Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization; 2003: 573-596.
3. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32:1216-1223.
4. Murphy-Cullen CL, Larsen LC. Intercation between the socio-demographic variables of physicians and their patients: Its impact upon patients' satisfaction. *Soc Sci Med* 1984; 19: 163-166.
5. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38:509-516.
6. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci Med* 1997; 44: 85-92.

Aunque bajas, las cifras de maltrato presentadas en este documento no son despreciables. En sentido estricto no debería ser admisible ni un sólo reporte de maltrato. Uno de los reclamos más comunes entre los usuarios de los servicios de salud es el de “humanizar” el trato en éstos.¹⁴ Llama la atención la importancia que tiene en el caso de las mujeres el maltrato asociado a su propia condición de mujer. Esto tiene raíces, fundamentalmente, en una tradición social y educativa que debería ser atendida precisamente en esos ámbitos. Los maltratos más frecuentes, en términos generales, están asociados a cuestiones económicas, las cuales en ocasiones también tienen raíces culturales, pero que pueden deberse al diseño y estructura de los servicios de salud, en los cuales, a veces, el servicio puede ser negado si no se es beneficiario de la seguridad social o si no se demuestra la capacidad de pago.

Después de identificar cuál es la situación del sistema de salud mexicano en materia de trato, es necesario impulsar las acciones que puedan corregir las fallas detectadas. Tomando en cuenta el fuerte componente educativo involucrado en los dominios que muestran desempeños más deficientes, una estrategia para corregir las fallas es impulsar una fuerte campaña de sensibilización entre las nuevas generaciones de trabajadores de la salud. Lograr mejorar el trato ofrecido en los servicios de salud favorecerá la utilización de éstos por quienes así lo requieran, mejorará el bienestar de la población en general y es una muestra de respeto por los derechos fundamentales de los usuarios.¹²

ANEXO 1

Se presentan las cinco viñetas del dominio de acceso a redes de apoyo social. Cada una de las viñetas debía ser calificada en la misma escala ordinal utilizada para evaluar el desempeño del sistema en el dominio correspondiente. El sexo del personaje de la viñeta era ajustado para que empatara con el sexo del entrevistado. Se le pedía a cada uno de los entrevistados que asumiera que él se encontraba en la situación descrita para hacer una valoración más adecuada. Tal y como se aplicaron, las viñetas no están

ordenadas, para no influir en las calificaciones de los entrevistados.

1. Cuando Rubén estuvo ingresado en el hospital pudo recibir visitas durante todo el día. Cada vez que necesitó comunicarse con su familia, su trabajo o sus amigos, pudo hacerlo fácilmente, ¿cómo calificaría la posibilidad para recibir visitas de familiares y amigos?

2. La esposa de Juan dio a luz en el hospital, él pudo visitarla a cualquier hora de la mañana o de la tarde. Su esposa pudo estar en comunicación con su familia y amigos una vez al día, ¿cómo calificaría la posibilidad para recibir visitas de familiares y amigos?

3. Cuando Paco estuvo ingresado en el hospital durante dos semanas, su familia lo visitó cada día en el horario de la tarde, pero durante el resto del día permaneció solo. Tenía poca lectura o posibilidad de hacer algo. De vez en cuando, las enfermeras le traían un radio para que lo escuchara durante unas horas, ¿cómo calificaría la posibilidad de mantenerse en contacto con el mundo exterior mientras estuvo ingresado?

4. La esposa de Samuel sólo puede visitarlo en el hospital por las tardes, debido a los horarios y porque tiene que cuidar a sus hijos. En una ocasión llevó consigo a sus hijos, y la enfermera, que estaba leyendo el periódico, dijo que ella no iba a cuidarlos, por lo que Samuel recibió menos visitas de su esposa, ¿cómo calificaría la posibilidad para recibir visitas de familiares y amigos?

5. Cuando José estuvo ingresado en el hospital no pudo tener visitas ni recibir regalos de sus amigos o familiares. En el hospital no había teléfonos, de manera que no pudo tener noticias del exterior, ¿cómo calificaría la posibilidad de mantenerse en contacto con el mundo exterior mientras estuvo ingresado?

7. Salomon J, Tandon A, Murray CJ. Comparability of self rated health: Cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. *BMJ* 2003; 328: 258.
8. King G, Murray CJ, Salomon J, Tandon A. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of measurement in survey research. *Am Pol Sci Rev* 2003; 97(4): 1-17.
9. Puentes E, Ruelas E, Martínez T, Garrido F. Trato adecuado: la respuesta del sistema de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Publica Mex*, en prensa.
10. Hadad S, Fournier P, Potvin P. Measuring lay perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20 item scale. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 93-104.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2000: 28.
12. Gostin L, Hodge J, Valentine N, Nygren-Krug H. The domains of health responsiveness. A human rights analysis. EIP Discussion paper No. 53; Ginebra: World Health Organization; 2003.
13. Charles C, Gafni A, Whelen T. Shared decisions making in the medical encounter: What does it mean? *Soc Sci Med* 1997; 44:681-692.
14. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A metaanalysis of satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1998; 27:935-939.

Noviembre

mes de la Salud Reproductiva



La
Salud
Reproductiva
es para
toda
la vida

Tenemos la información a tu medida...
¡TÚ DECIDES!



Cuidando la salud de tu familia

www.salud.gob.mx

www.yquesexo.com

Necesidades de salud y jefatura del hogar en áreas urbano marginadas

Laura P. Torres Arreola¹, Héctor Gómez Dantés¹, Hortensia Reyes Morales¹, Patricia Tomé¹, José Luis Vázquez Martínez²

¹ Unidad de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud, Coordinación de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, DF, México

² División Técnica de Información Estadística en Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, México, DF, México

La medición de las necesidades de salud se utiliza cada vez más como un componente esencial para definir las políticas de atención, garantizar la equidad en el acceso a los servicios médicos y evaluar las intervenciones en salud dirigidas a los diferentes grupos poblacionales. El desarrollo de indicadores específicos para explorar algunos aspectos de las necesidades,^{1,2} así como la evaluación de las respuestas de los sistemas de salud, es un fenómeno reciente^{3,4} y ha demostrado que la utilización de los servicios de salud puede variar de acuerdo con las condiciones del área estudiada, las características de la población, al acceso a los servicios de salud y a las barreras culturales y económicas para su utilización.^{5,6} Es por ello que reconocer que las áreas urbano marginadas del país se encuentran en condiciones muy particulares de riesgo y con necesidades muy específicas de salud, resulta pertinente y necesario en vista de la magnitud de la población asentada en esas áreas, su rápido crecimiento y la importancia que tiene una población eminentemente joven, económicamente activa y con demandas de empleo, educación y vivienda muy concretas. Adicionalmente, resulta de particular interés explorar las necesidades de salud y el perfil de utilización de servicios de salud de las mujeres jefas del hogar en vista de su importancia como grupo en el contexto nacional y, en particular, en el escenario urbano marginado.

La jefatura femenina

El número de hogares mexicanos encabezados por una mujer como jefa de hogar se incrementó de 17.3% (1990) a 21.4% en 2002. De estas mujeres, 55 % son económicamente activas y se encuentran entre los 25 a 49 años de edad.⁷ Entre los factores que contribuyen a la formación de hogares con jefatura femenina se encuentran: la mayor esperanza de vida al nacer de las mujeres lo cual ocasiona un número mayor de mujeres viudas; la emigración temporal masculina; la dinámica de la economía informal; la mayor participación de las mujeres en la economía respecto a décadas anteriores; los bajos salarios, el desempleo particularmente en situaciones de extrema pobreza; el embarazo adolescente y no deseado, y el incremento en la incidencia de divorcios y separaciones.⁸ Las cifras nos indican que la participación de las mujeres mayores de 12 años de edad en la economía se duplicó de 17.6% en 1970

a 36.4% en 2000.^{9,10} Un cambio importante asociado a esta participación creciente se dio en paralelo a los logros en el control reproductivo, ya que hoy en día, las mujeres entre 35 y 44 años de edad, con niveles de instrucción mayor a secundaria, divorciadas o separadas y con 1 a 2 hijos son las que tienen mayores tasas de participación.¹¹

La evolución y rápido crecimiento de las tasas de jefatura femenina de 1990 y 2002, de acuerdo con datos de la Conferencia Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), muestran una tasa de crecimiento del orden de 10 puntos porcentuales sobre el valor observado en 1990 en 11 de los 16 países analizados.¹² En vista de que las determinantes no muestran señales de cambio, es de esperarse que la proporción de hogares dirigidos por mujeres aumentó tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Este rol debe distinguirse del que tiene la mujer trabajadora que contribuye al sustento familiar indistintamente de su rol como cónyuge o hija, ya que la mujer jefa de hogar asume responsabilidades adicionales dentro y fuera del hogar, por lo que se encuentra expuesta a una diversidad mayor de factores de riesgo que pueden afectar su salud y repercutir en la de su familia. Por un lado, llevan la carga de las labores domésticas junto con el cuidado y la educación de sus hijos y, por el otro, asumen la responsabilidad y el estrés físico y mental relacionado con el trabajo fuera de casa. A las largas horas de trabajo, producto de la doble jornada, debe sumarse la carga de ser las responsables -no sólo contribuyentes- del sustento global de su familia bajo presiones múltiples e ingresos comparativamente menores a los recibidos por los hombres en ocupaciones similares.^{11,13,14}

Si bien la literatura se concentra en los problemas de salud de la mujer trabajadora, casi siempre asociados a su vida reproductiva, son muy pocos los que abordan las necesidades y la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de la jefatura de la familia. En vista de que no se dispone de suficiente información que describa las condiciones de salud de las mujeres que fungen como responsables de 4.6 millones de hogares mexicanos, muchos de los cuales son hogares pobres, aprovechamos la oportunidad de explorar y describir las necesidades de salud de las mujeres jefas del hogar incluidas en la

Encuesta sobre Necesidades de Salud en Áreas Urbano Marginadas del país. El presente trabajo tiene como propósito describir las diferencias en la utilización de los servicios de salud de las mujeres jefas del hogar en vista de que son mujeres que pudieran estar en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad que las que no tienen bajo su responsabilidad la jefatura del hogar.

Características de la encuesta de necesidades de salud en población urbano marginada

La Encuesta sobre Necesidades de Salud en Áreas Urbano Marginadas (ENESAUM-2003) realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2003, tuvo como objetivo evaluar las necesidades de salud de las familias residentes en zonas urbano marginadas de México, para lo cual se llevó a cabo una encuesta en 15 áreas urbano marginadas ubicadas en cinco regiones: norte, sur, sureste, centro y Ciudad de México. De cada región se seleccionaron aleatoriamente tres ciudades, una de cada estrato, definidos por el número de habitantes: estrato 1: menores de 100 000 habitantes, estrato 2: entre 100 000 y 500 000 habitantes y el estrato 3: más de 500 000 habitantes. En la Ciudad de México los estratos estuvieron constituidos por las delegaciones políticas de acuerdo con su número de habitantes. Al interior de cada ciudad se definieron las colonias y/o barrios marginados, con base en la ausencia mayoritaria de al menos uno de los siguientes indicadores: pavimento, drenaje, luz y agua potable. La

confirmación visual de las áreas garantizó que las condiciones de la vivienda cumplieran con los requisitos de marginación.

La jefatura del hogar se definió a partir de la entrevista con el o la responsable de la familia y por medio de la pregunta directa sobre quién era el jefe de la familia reconocido como tal por los miembros del hogar. En vista de que la encuesta omitió la obtención de información sobre ingreso de cada uno de los integrantes de la familia no se puede construir la jefatura de la familia como responsabilidad económica, como tampoco definir el nivel de dependencia al no identificar la contribución de los miembros de la familia al sustento de la misma. La información se obtuvo de un cuestionario que exploró la estructura familiar, las características de la vivienda, los riesgos familiares y los daños a la salud para los diferentes grupos de edad, (niños menores de 10 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años, mujeres y hombres entre 20 y 59 años y adultos mayores de 60 años), y un cuestionario dirigido a la evaluación de la depresión en sujetos mayores de 11 años de edad. Para medir la utilización de servicios de salud se incluyeron las variables relacionadas con utilización de servicios preventivos, atención ambulatoria y de hospitalización. En esta parte se incluyó información sobre el acceso a los servicios, las barreras para la atención y la percepción de la atención recibida. (Cuadro I).

CUADRO I

Estructura de la Encuesta sobre Necesidades en Salud en Áreas Urbano Marginadas, realizada a los integrantes de la familia marginada, por grupos de edad y sexo. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003.						
Dominio	Menores de 1 año de edad	1 a 9 años de edad	Adolescentes 10 a 19 años de edad	Mujeres 20 a 59 años de edad	Hombres 20 a 59 años de edad	Adultos mayores de 60 años de edad
Encuesta del hogar	Estructura familiar, condiciones de vivienda, datos sociodemográficos					
Salud positiva	Inmunizaciones		Percepción del estado de salud			Vacunas, redes de apoyo y percepción del estado de salud
Nutrición	Lactancia, ablactación y estado nutricional	Estado nutricional (índice de masa corporal)				
Salud reproductiva			Patrones reproductivos, planificación familiar y ETS. Mujeres: atención prenatal. Climaterio y menopausia			
Daños	Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas; accidentes. déficit sensorial y del lenguaje		Lesiones, accidentes, violencia, diabetes, hipertensión arterial, Enfermedades crónicas, tuberculosis y discapacidad			
Salud mental			Adicciones (alcohol, tabaco, drogas duras y controladas) y depresión			
Utilización de servicios	Percepción de la atención, acceso y barreras para la utilización de servicios preventivos, ambulatorios y hospitalarios					

CUADRO II

**Características sociodemográficas de las Mujeres jefas y no jefas de familia.
Encuesta de Necesidades de Salud en Áreas Urbano Marginadas.
Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003.**

Variable	Mujeres jefas del hogar > 15 años de edad		Mujeres no jefas del hogar > 15 años de edad	
	No.	%	No.	%
Número	1378	100	4671	100
Edad				
15 a 19 años	20	1.5	195	4.2
20 a 59 años	1092	79.2	4297	92.0
60 años y más	266	19.3	179	3.8
	1378	100	4671	100
Estado civil				
Casada	169	12.3	3094	66.5
Soltera	116	8.5	34	0.7
Madre soltera	258	18.8	7	0.2
Unión libre	103	7.5	1508	32.4
Viuda	331	24.1	3	0.1
Divorciada / separada	394	28.7	4	0.1
	1371	100	4650	100
Tipo de familia				
Unipersonal	261	18.9	0	0
Extensa compuesta	310	22.5	906	19.4
Nuclear monoparental	759	55.1	0	0
Nuclear biparental con hijos	35	2.5	3246	69.5
Nuclear biparental sin hijos	13	0.9	519	11.1
	1378	100	4671	100
Escolaridad				
Ninguna	304	22.1	549	11.8
Primaria incompleta	291	21.2	764	16.4
Primaria completa	427	31.1	1595	34.3
Secundaria	216	15.7	1255	27.0
Preparatoria	95	6.9	383	8.2
Superior	40	2.9	107	2.3
	1373	100	4653	100
Ocupación				
Ama de casa	622	45.5	3896	83.9
Campo	8	0.6	18	0.4
Servicios	191	14.0	140	3.0
Obrera	68	5.0	75	1.6
Empleada	227	16.6	248	5.3
Comerciante	134	9.8	130	2.8
Profesionista	31	2.3	66	1.4
Estudiante	7	0.5	15	0.3
Desempleada	22	1.6	9	0.2
Jubilada / pensionada	22	1.6	16	0.3
Técnica	1	0.1	6	0.1
Otras	35	2.6	22	0.5
	1368	100	4641	100

Para el caso concreto de este trabajo se presentan los resultados preliminares sobre los patrones de utilización de servicios de salud por parte de las mujeres que fungen como jefas del hogar en las áreas urbano marginadas y sus comparativos con las mujeres no jefas del hogar (ocupadas y no ocupadas).

Resultados

Características sociodemográficas

De los 6 190 hogares encuestados, 22.3 % de las mujeres mayores de 15 años de edad entrevistadas se reconoció como jefa del hogar donde vivía, en comparación con 77.7% de los hombres mayores de 15 años de edad entrevistados, que se identificaron como jefes del hogar. Entre las características que destacan de las jefas del hogar es que 19.3% de ellas son mujeres mayores de 60 años de edad, en comparación con las que no tienen a su cargo la jefatura del hogar (3.8%). El estado civil nos dice que una mayor proporción de las jefas de hogar son viudas (24.1%) o divorciadas (28.7%), en comparación con las mujeres no jefas, 0.1% y 0.1%, respectivamente. La ocurrencia de madres solteras en las jefas de hogar es de 18.8%, mientras que en los hogares con jefe de familia fue de 0.2%. En cuanto al tipo de familia, las jefas de familia viven en familias nucleares monoparentales (55.1%) y unipersonales (18.9%), a diferencia de las mujeres no jefas del hogar que viven en familias nucleares biparentales con hijos (69.5%) y extensas compuestas (19.4%). Destaca el hallazgo de que 18.9% de las jefas de familia vivan solas (hogares unipersonales) (Cuadro II).

En vista de que las jefas de familia son de mayor edad, encontramos que 22.1% de las jefas del hogar no cursaron la primaria o no la terminaron (21.2%), en comparación con las no jefas del hogar, 11.8% y 16.4%, respectivamente. Una menor proporción de las jefas de hogar alcanzó la educación media (6.9%) y superior (2.9%), comparadas con las no jefas (8.2% y 2.3%, respectivamente). En lo referente a su ocupación, encontramos que 45.5% de las jefas del hogar se identifica como ama de casa. Este perfil de ocupación difiere del de las mujeres no jefas del hogar, ya que 83.9% de ellas se dedica al hogar. (Cuadro II).

CUADRO III

Utilización de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Encuesta de Necesidades de Salud en Áreas Urbano Marginadas. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003				
Variable	Mujeres jefas del hogar 15 a 59 años de edad		Mujeres no jefas del hogar 15 a 59 años de edad	
	No.	%.	No.	%.
	1104	100	1886	100
Antecedente de embarazo				
Sí	1028	93.1	1558	82.6
Paridad				
1	151	14.7	287	18.4
2 a 3	410	39.9	715	45.9
4 a 6	301	29.3	397	25.5
7 a 9	118	11.5	116	7.4
>10	47	4.6	43	2.8
	1027	100	1558	100
Actualmente con vida sexual activa				
Sí	451	40.9	1465	77.7
Uso de método de PPF en mujeres con VSA				
Sí	320	71.0	1042	71.1
Tipo de métodos de PPF				
OTB	182	57.1	453	43.5
Vasectomía	4	1.3	6	0.6
Orales	13	4.1	79	7.6
Inyectables	15	4.7	71	6.8
DIU	68	21.3	232	22.3
Condón	13	4.1	87	8.3
Ritmo	11	3.4	71	6.8
Coitos <i>interrumpus</i>	0	0.0	3	0.3
Otros	13	4.1	40	3.8
	319		1042	
Prevalencias de:				
Sífilis	4	0.4	2	0.1
Gonorrea	42	3.8	67	3.7
Verrugas	15	1.4	17	0.9

PPF : Planificación familiar
VSA : Vida sexual activa
OTB : Oclusión tubo ovárica
DIU : Dispositivo intrauterino

Uso de servicios preventivos

La información vinculada con los aspectos de protección a la salud en las mujeres nos permite explorar las áreas de salud reproductiva, planificación familiar y detección oportuna de cáncer cérvico uterino y del de mama. En general, 93.1% de las jefas del hogar ya tuvieron experiencia reproductiva aunque no todas continúen con una vida sexual activa (40.9%). En términos de su paridad, las jefas tienden a tener más hijos que las mujeres que no son jefas del hogar en vista de las diferencias en la estructura por edad aunque la utilización de métodos de planificación familiar es muy semejante en ambos grupos de mujeres (71%). Las jefas del hogar refieren el uso de métodos definitivos con mayor frecuencia (57.1%) que las no jefas (43.5%) en quienes predominan también los métodos temporales. La prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) fue muy parecida en ambos grupos (Cuadro III).

Dentro de los programas de detección oportuna encontramos diferencias en cuanto a la frecuencia de la realización del Papanicolaou como prueba de tamizaje para el cáncer cervical, ya que 59.4% de las jefas del hogar la reportó como realizada en el último año, en comparación con 64.9% de las mujeres no jefas en quienes, además, resultó positiva en una proporción similar (4.7%) que en las jefas del hogar (4.3%). (Cuadro IV). Sin embargo, la atención y el tratamiento fue significativamente más frecuente (85.5%) en las mujeres no jefas que en las jefas del hogar (75%). La detección de otra importante patología femenina, el cáncer de mama, se realiza en menor proporción en las jefas de hogar (23.7%) que en las no jefas (27.3%); su positividad es muy parecida (1.9% y 2.2%, respectivamente) y de nueva cuenta las jefas del hogar reciben tratamiento en menos ocasiones que las mujeres no jefas (40% vs 77.3%).

Utilización de servicios ambulatorios y de hospitalización

Las diferencias señaladas en cuanto a los aspectos reproductivos se manifiestan en magnitud variable cuando se explora la utilización de servicios de salud en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

CUADRO IV

Utilización de programas preventivos. Encuesta de Necesidades de Salud en Áreas Urbano Marginadas. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003.

Variable	Mujeres jefas del hogar 15 a 59 años de edad		Mujeres no jefas del hogar 15 a 59 años de edad	
	No.	%.	No.	%.
Detección de cáncer cervicouterino	1089	100	3601	100
Sí	647	59.4	2338	64.9
Positivo	28	4.3	110	4.7
Tratamiento	21	75.0	94	85.5
Detección de cáncer de mama	1089	100	3601	100
Sí	258	23.7	983	27.3
Positivo	5	1.9	22	2.2
Tratamiento	2	40.0	17	77.3

En primer lugar, resalta la derechohabiencia institucional, ya que 31% de las jefas del hogar son aseguradas por el IMSS; 57.3% no tiene ninguna seguridad social y las otras instituciones gubernamentales son responsables de 1.7%. El uso de servicios médicos privados fue muy bajo (1.5%) (Cuadro V). En el caso de las mujeres no jefas del hogar la pertenencia al IMSS fue discretamente mayor (36.4%).

El uso de servicios ambulatorios es muy similar entre las mujeres jefas del hogar (40.9%) que en las no jefas (40%). Los motivos por los que las jefas del hogar recurren más a los servicios de salud son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial debido a la estructura por edad más envejecida. Una situación de desventaja para las jefas del hogar es que se les cobra la atención más (42.1%) que a sus contrapartes mujeres (35.5%).

En cuanto a la utilización de servicios hospitalarios, las mujeres, indistintamente de su condición de jefatura (7.7%) o estado conyugal (6.4%), los utilizan en igual proporción. Las jefas del hogar pagan por los servicios con mayor frecuencia (36.8%) que sus contrapartes mujeres (26.7%). Los motivos por los cuales demandan servicios difieren entre los dos grupos. Las mujeres jefas del hogar acuden por parto, cesárea y problemas del embarazo (30.8%), enfermedad (20.2%) y cirugía (17.3%) mientras que las no jefas, siendo más jóvenes, demandan servicios de hospitalización por parto, cesárea y problemas del embarazo en una mayor proporción (49.8%).

Adicional al perfil de salud descrito se incluyó información sobre la magnitud de la discapacidad en esta población. La discapacidad registrada muestra prevalencias similares (3%) en hombres y mujeres jefas del hogar y un poco mayor en las mujeres que no son jefas del hogar (4.1%). Estos resultados son un poco superiores a los reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2000 para la población en general (2.5%).¹⁵

Referencias

- 1 Liberatos P, Elinson J, Schaffzin T, Oacker J, Jessop DJ. Developing a measure of unmet health care needs for a pediatric population. *Med Care* 2000;38:19-34.
- 2 Young R. Prioritising family health needs: A time-space analysis of women's health-related behaviors. *Soc Sci Med* 1999;48:797-813.
- 3 Crampton P, Dowell A, Woodward A, Salmund C. Utilization rates in capited primary care centers serving low income population. *N Z Med J* 2000;113:436-438.
- 4 Duchon LM, Weitzman BC, Shinn M. The relationship of residential instability to medical care utilization among poor mothers in New York City. *Med Care* 1999;37:1282-1293.
- 5 Smith MW, Kreutzer RA, Goldman L, Casey-Paal A, Kizer KW. How economic demand influences access to medical care for rural Hispanic children. *Med Care* 1996;1135-1138.
- 6 Barnett R. "Wait till it's serious:" Health care costs and urban survival strategies of low income groups in Christchurch. *N Z Med J* 2000;113:350-354.
- 7 Instituto Nacional de las Mujeres/Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre trabajo en México. Una guía para el uso una referencia para la producción de información. México DF: INMU-JERES/UNIFEM; 2001:11-42.
- 8 García B, de Oliveira O. Trabajo femenino y vida familiar en México, México, DF: El Colegio de México; 1998:151-169.
- 9 Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística. Censo Nacional de Población 1970. México DF; 1972.
- 10 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática - Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Encuesta Nacional de Empleo 2000. Aguascalientes: INEGI; 2001.

CUADRO V

**Utilización de servicios de salud ambulatorios y de hospitalización.
Encuesta de Necesidades de Salud en Áreas Urbano Marginadas.
Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003.**

Variable	Mujeres jefas del hogar > 15 años de edad		Mujeres no jefas de hogar > 15 años de edad	
	No.	%	No.	%
Institución de pertenencia				
IMSS	425	31.0	1694	36.4
Otra gubernamental	98	7.1	299	6.4
Privada	21	1.5	69	1.5
SSA	785	57.3	2458	52.8
Otras	42	3.1	135	2.9
	1371	100	4655	100
Solicitó atención ambulatoria				
Sí	561	40.9	1864	40.0
Principal motivo de consulta				
Diarreas	9	1.6	36	1.9
IRA	58	10.3	212	11.4
Diabetes mellitus	67	11.9	93	5.0
Hipertensión arterial	64	11.4	109	5.9
Lesiones por accidentes y/o agresión	17	3.0	37	2.0
Vacunación	4	0.7	27	1.5
PPF	8	1.4	122	6.6
Cuidado del embarazo	26	4.6	179	9.6
Detección Papanicolaou	46	8.2	242	13.0
Atención dental	7	1.2	22	1.2
Pláticas educación	1	0.2	6	0.3
Otros	254	45.3	774	41.6
	561	100	1859	100
Pago por la atención				
Sí	236	42.1	660	35.5
Estuvo hospitalizada				
Sí	106	7.7	300	6.4
Principal motivo				
Cirugía	18	17.3	49	16.4
Enfermedad	21	20.2	39	13.0
Lesiones / accidentes	5	4.8	4	1.3
Parto	22	21.2	114	38.1
Cesárea	8	7.7	20	6.7
Problemas del embarazo	2	1.9	15	5.0
Otro	28	26.9	58	19.4
	104	100	299	100
Pagó por hospitalización				
Sí	39	36.8	80	26.7
Presencia de alguna discapacidad				
Sí	41	3.0	193	4.1
Percepción del estado de salud				
Bueno y muy bueno	652	50.7	2628	56.5
Regular	560	41.9	1764	37.9
Malo y muy malo	160	7.4	264	5.7
	1372	100	4656	100

11 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática - Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Encuesta Nacional de Empleo 2001. Aguascalientes: INEGI; 2002.

12 Conferencia Económica para América Latina y El Caribe. Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. En: Panorama Social de América Latina 2002-2003. Capítulo III. Santiago de Chile: CEPAL; 2004: 3-37.

13 Acosta-Díaz F. Hogares con jefas mujeres y bienestar familiar en México. En: Schmuckler B. (coordinadora). Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. México, DF: Population Council / Edamex; 1998:151-207.

14 Buvinic M. La vulnerabilidad de los hogares con jefatura femenina: preguntas y opciones de política para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL (Serie mujer y desarrollo No. 8) LC/L.611;1991:43.

15 Laurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy. A national study in France. Br. J. Ind Med 1987;44:236-143.

16 Launer LJ, Villa J, Kestler E, De Onis M. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy. A prospective study. Br. J. Obstet Gynaecol 1990;97:62-70.

17 Savitz DA, Whelan EA, Rowland AS, Kleckner RC. Maternal employment and reproductive risk factors. Am J Epidemiol 1990; 132:933-945.

18 Aquino EM, Menezes GM, Marinho LFB. Women, health and labor in Brazil: Challenges for new action. Cad Saúde Publica 1995; 11(2):281-290.

En cuanto a la percepción global del estado de salud la encuesta nos muestra que las jefas del hogar se perciben en niveles de salud más pobres (regular, malo y muy malo) que las mujeres no jefas del hogar (49.3% vs 43.6%). En ambos casos, las mujeres tienen una percepción menos saludable que los hombres jefes del hogar (37.2%).

Reflexiones finales

Los resultados preliminares de la encuesta nos señalan una proporción (22.3%) de mujeres jefas de familia en las áreas urbano marginadas muy similar a lo reportado por otras encuestas de carácter nacional (21.4%) no obstante que la definición operativa de jefatura del hogar no identifica de forma precisa al responsable económico de la familia. En este sentido, puede ser que los resultados nos hablen de una concepción muy particular de la jefatura del hogar en estas áreas y de ahí que una de cada cinco mujeres jefas de familia sea adulta mayor, que predominen las mujeres viudas y divorciadas, las madres solteras; que una mayor proporción de ellas estén jubiladas o pensionadas, tengan menores niveles de escolaridad y se ubiquen preferentemente en familias nucleares monoparentales. De acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda (INEGI 2000), en México existen 3.6 millones de hogares monoparentales y 81.7% de éstos son dirigidos por mujeres.



Por otro lado, se reconoce que 90% de los hogares que se atribuyen jefatura femenina no tienen cónyuge y sólo en el 13% de los que refieren jefatura masculina están en esta situación.¹³ En nuestro caso, cerca de 70% de los hogares con jefatura femenina no cuentan con cónyuge. Estos resultados nos hablan de una proporción importante de hogares encabezados por mujeres solas y que tienen mayores problemas pues la obtención de recursos para la manutención de los integrantes de su familia es mucho más complicada para las jefas de hogar, en comparación con los hombres jefes del hogar que son más jóvenes, están casados, tienen mejores condiciones de empleo y educación y viven en familias nucleares biparentales.

En relación con las condiciones de salud, la información existente sobre la salud de las mujeres jefas de hogar no es específica, dado que los estudios realizados se han enfocado a conocer cómo se encuentra la salud de las mujeres trabajadoras privilegiando el análisis de su función reproductiva.¹⁵⁻¹⁹ Es importante, por lo tanto, considerar que el estudio sobre las condiciones de salud de la mujer trabajadora debe ir más allá de la función reproductiva, dado que ésta asume roles que influyen de manera directa sobre sus condiciones de salud. La gama de servicios y enfermedades reportadas, el cobro más frecuente de la atención, la menor derechohabencia a la seguridad social y la menor atención de sus necesidades de salud refleja las condiciones de desventaja de las mujeres jefas de hogar. La carencia de seguridad social y la problemática de salud detectada es una condición que obliga a las mujeres a buscar otras alternativas de atención y quizás de ello se derive la demanda del programa de Seguro Popular, que en su mayoría cuenta con mujeres jefas del hogar.

En el caso de los programas preventivos destaca que las coberturas y la positividad de las detecciones de problemas como los cánceres de mama y cervical sea muy similar para ambos grupos de mujeres y que, sin embargo, sean las jefas del hogar las que menos tratamiento reciben. Esta desventaja sugiere que en el momento de distribuir los recursos al interior de la familia, las jefas del hogar sacrifican el tratamiento de sus condiciones de salud para proteger a su núcleo familiar al contrario de lo que sucede con el resto de las mujeres donde una mayor proporción recibe tratamiento. Aunado a lo anterior, las jefas del hogar tienen que pagar por la atención con mayor frecuencia. Esto se puede deber a que la utilización de los servicios de salud públicos lo aprovechan mejor las mujeres amas de casa a diferencia de las jefas de familia quienes por su jornada de trabajo necesitan acudir a los servicios privados que no tienen horarios tan restrictivos.

La autopercepción menos favorable de su estado de salud de las jefas de familia marca diferencias con las mujeres no jefas y, posiblemente, se deba a la mayor

responsabilidad ejercida por el rol de jefas junto al menoscabo real de sus condiciones de salud vinculadas a su mayor edad. En el contexto urbano marginado, esta inequidad en la atención y el pago por los servicios se multiplica dadas las condiciones de desventaja para las familias bajo una jefatura femenina ya de por sí difíciles en un contexto de marginación.

Los resultados nos demuestran que la jefatura del hogar en la mujer la coloca en una situación de inequidad respecto a la utilización y acceso a los servicios de salud. A edades mayores, sin pareja o buenos empleos, enfermas, la condición de marginación descubre un escenario de alta vulnerabilidad social y destaca los riesgos bajo los cuales viven las mujeres responsables de las familias. Los resultados de esta encuesta deben contribuir a la propuesta de programas de atención dirigidos a las mujeres y, en particular, a las necesidades concretas de las jefas de hogar en las áreas urbano marginadas, así como a establecer políticas que permitan erradicar las barreras para la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo en condiciones de igualdad y equidad con los hombres.

El riesgo de ejercer violencia física contra la pareja: cuándo y por qué. Hallazgos de un estudio con varones trabajadores en la Ciudad de México.

Juan Manuel Contreras Urbina. Candidato a doctor por la London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

Introducción

La investigación multidisciplinaria en el ámbito académico es fundamental en los esfuerzos que se llevan a cabo para prevenir y erradicar la violencia doméstica en contra de las mujeres por parte de sus parejas varones, ya que éste es el medio más efectivo para llegar a una comprensión integral del problema. En México, el estudio sobre violencia conyugal es relativamente reciente y sus orígenes datan de finales de los años setenta del siglo XX. Hasta ahora se han logrado grandes avances, sin embargo, aún se requiere de una mayor generación de conocimiento que establezca las condiciones que favorecen o no el surgimiento de la violencia.

Actualmente es reconocida la complejidad de este tipo de violencia; es por ello que cada vez se hace más evidente la necesidad de analizarla desde una perspectiva amplia y dinámica que incluya en su estudio a todos los actores sociales que intervienen en ella. Sin embargo, hasta ahora, la mayor parte de las investigaciones han tomado únicamente a las mujeres como población objeto de estudio. Siendo que son precisamente los varones quienes ejercen en la mayoría de los casos la violencia, el hecho de no incorporar su punto de vista resulta contradictorio.

Por este antecedente se decidió realizar una encuesta con varones trabajadores en fábricas de la Ciudad de México en el año 2002. Este trabajo presenta algunos de los principales hallazgos. Cabe señalar que la encuesta forma parte de un proyecto de investigación más amplio, el cual utiliza distintas fuentes de información y hace uso de diversas metodologías para identificar los elementos principales que se encuentran relacionados con la violencia física perpetrada en contra de las mujeres por parte de sus parejas varones.



Material y métodos

Un total de 500 entrevistas “cara a cara” fueron llevadas a cabo con varones que tuvieran entre 20 y 40 años de edad, y con al menos un año de vivir con su pareja actual. La encuesta no cuenta con representatividad a larga escala, pero se consideró que 500 era una muestra suficientemente grande para con ella poder explorar variables que pudieran estar estadísticamente asociadas a la violencia física en la pareja. La información obtenida provee básicamente información descriptiva, generalizable numéricamente para la población en estudio.

La investigación se realizó en tres lugares de trabajo en la Ciudad de México. Todos ellos contaban en su mayoría con personal masculino en edades reproductivas, pertenecientes a clase social entre media baja y baja. En general, los entrevistados

cumplen con el perfil del prototipo de varón que vive en la Ciudad de México, por lo cual es muy factible suponer que sus comportamientos presentan grandes similitudes con los patrones de comportamiento de la mayor parte de los varones que viven en la capital mexicana. Sin embargo, una limitante del estudio es que deja afuera a sectores específicos de la población que podrían distinguirse por presentar comportamientos particulares que repercuten en el ejercicio de la violencia. Por ejemplo, por un lado destacan, entre otros, los desempleados, los encarcelados y aquellos que se encuentran realizando actividades ilícitas o de naturaleza violenta. Estos varones representan una minoría, sin embargo, es muy probable que quienes pertenecen a estos grupos sean los que presenten los casos de violencia más severa. Y por otro lado, se omite a empresarios o directivos quienes posiblemente muestren los niveles de violencia física más bajos, dado que en diversos estudios anteriores llevados a cabo en México^{1,2} se ha observado que a mayor nivel socio-económico corresponden menores índices de violencia contra la pareja. Es por ello que se considera que el presente estudio se enfoca en mayor medida a un tipo de violencia más “ordinaria” que es ejercida por el hombre “común” en México.

Por otro lado, cabe señalar que los participantes fueron elegidos aleatoriamente y las entrevistas se efectuaron en completa privacidad, con la previa aceptación del entrevistado de contestar las preguntas de manera voluntaria. Cada participante fue ampliamente informado sobre el estudio, el cual fue presentado como una investigación sobre salud y familia en general. Experiencias previas de investigación en estos temas sugieren que una encuesta de esta naturaleza no debe ser conocida específicamente como un estudio de violencia, debido a que esto podría causar un alto nivel de rechazo entre los participantes, además de que pudieran sentirse juzgados y alterados lo cual fue evitado en todo momento. Finalmente, se les aseguró confidencialidad, anonimato y que el estudio era totalmente independiente de su trabajo, por lo cual su participación no afectaba de ninguna manera su condición laboral.

El cuestionario incluyó, entre otras, las siguientes temáticas: características socio-demográficas del entrevistado, aspectos sobre la dinámica conyugal y situaciones de violencia física en la pareja. Respecto a las preguntas relacionadas con violencia, se evitó utilizar términos como “abuso” o “violencia”, ya que así ha sido recomendado por diversos autores que han hecho investigaciones sobre este tema.³ Específicamente, para averiguar sobre violencia, se utilizó el término de uso de fuerza física y, además, se fue preguntando por eventos concretos de violencia física que van desde empujones hasta el uso de armas. El diseño de esta parte de la encuesta tuvo como base la ampliamente utilizada *Conflict Tactics Scale*.^{4,5} Es importante aclarar que las preguntas se formularon en términos de que si ellos y sus parejas habían estado involucrados en estos eventos. Preguntarles directamente como si ellos

fueran los principales responsables de la situación podría generar que adoptaran una actitud defensiva y negar el evento o, al menos, sería más difícil el reconocimiento de éste. Se está consciente de que existe la posibilidad de ser la mujer la única agresora; sin embargo, son pocas las situaciones de violencia que presentan este patrón.

Características socio-demográficas de los entrevistados

La edad media de los entrevistados fue de 30.8 años. Sus parejas tienden a ser un poco más jóvenes; la edad media de ellas fue 28.3. Más de la mitad llevan al menos seis años de unión con su actual compañera. El 8.6% no tiene hijos, casi 40% tiene uno, 33% dos y 18.6% tres o más. Prácticamente 1 de cada 4 se encuentra viviendo en unión libre; 40.8% ha estudiado al menos un año de secundaria, 46.6% al menos uno de preparatoria y 12.6% tiene estudios únicamente de primaria.* En promedio, la escolaridad de las parejas es ligeramente menor a la de ellos. A su vez, el nivel de ocupación de los entrevistados en su mayoría fue medio (66.6%), alrededor de 23% tuvo ocupación de nivel bajo y solamente 10.8% tuvo una ocupación considerada de nivel alto.**

Niveles de violencia física

Se encontró que 33.8% de los entrevistados ($n=169$), declaró haber estado involucrado, al menos una vez, en actos de violencia física con su actual pareja. La prevalencia encontrada para los últimos 12 meses fue de 12.2% ($n=61$), es decir, poco más de 1 de cada 10 dijo haber participado en violencia física en el último año. Destaca que estos números son muy similares a los de estudios específicos y a encuestas a escala nacional^{2,6-9} lo cual resulta bastante significativo, ya que en este caso provienen de respuestas de varones.

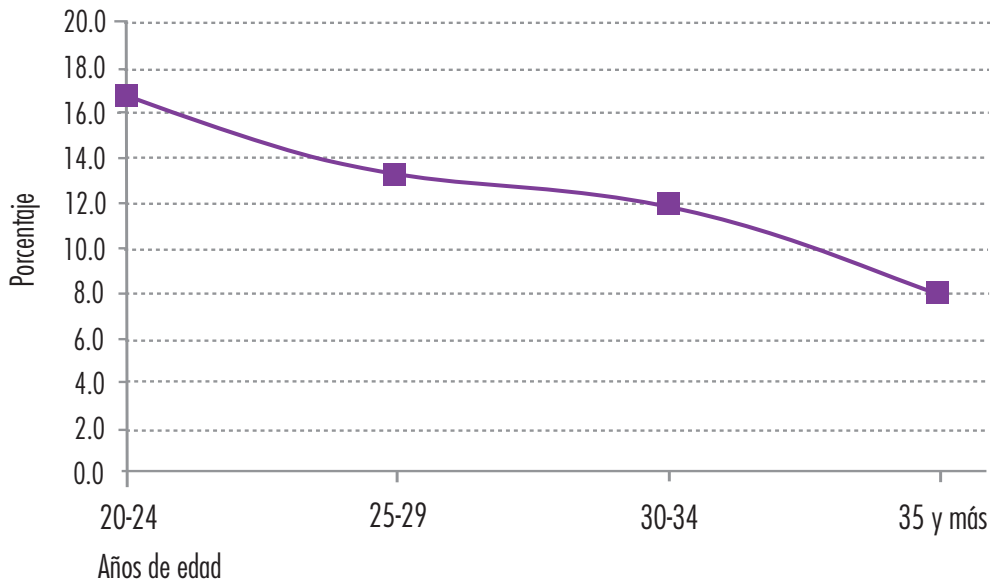
De acuerdo con los entrevistados, la mayoría de las situaciones de violencia física correspondían a empujones, sacudidas, pellizcos y cachetadas. Pocos fueron los casos (alrededor de 7% respecto al total general) en los cuales, además, también hubo mordidas, jalones de cabello, golpes con puño, patadas o torceduras de brazo. Del total de los que han ejercido violencia, únicamente 7% aceptó que los eventos habían ocurrido muchas veces; el resto dijo que pocas veces o solamente en una ocasión.

¿Cuándo se presenta la violencia con mayor frecuencia?

Un primer acercamiento al estudio de la violencia es explorar en qué etapa del ciclo de vida ocurren con mayor frecuencia las agresiones. Las gráficas 1, 2 y 3 presentan el porcentaje de varones que han estado involucrados en violencia física en los últimos 12 meses, de acuerdo con la edad, el tiempo de unión y el número de hijos, respectivamente. La gráfica 1 muestra que el mayor porcentaje de individuos involucrados en violencia física está entre los

GRÁFICA 1

Porcentaje de varones involucrados en violencia física contra su pareja actual en los últimos 12 meses, según su edad. Ciudad de México, 2002

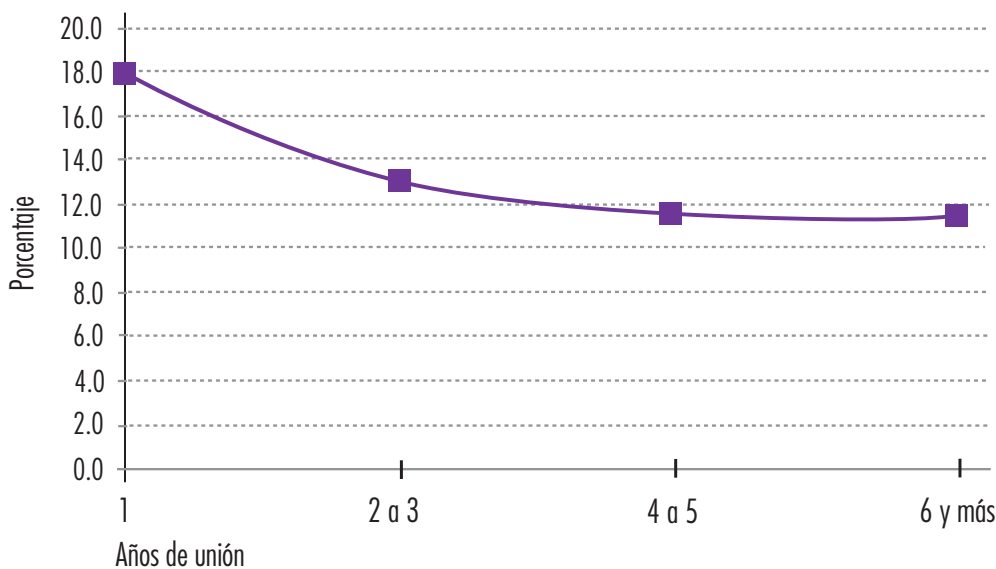


más jóvenes, y este porcentaje disminuye conforme la edad aumenta. En la gráfica 2 se aprecia que aquellos que únicamente han estado un año viviendo juntos tienen el porcentaje más alto de violentos, y dicho porcentaje también va disminuyendo en relación con el incremento del tiempo

de unión de la pareja. A su vez, la gráfica 3 muestra que el porcentaje de violentos es alto cuando la pareja aún no ha tenido hijos, alcanza su climax cuando la pareja tiene al primer hijo y después disminuye paulatinamente a partir del segundo.

GRÁFICA 2

Porcentaje de varones involucrados en violencia física contra su pareja actual en los últimos 12 meses según el número de años de unión. Ciudad de México, 2002

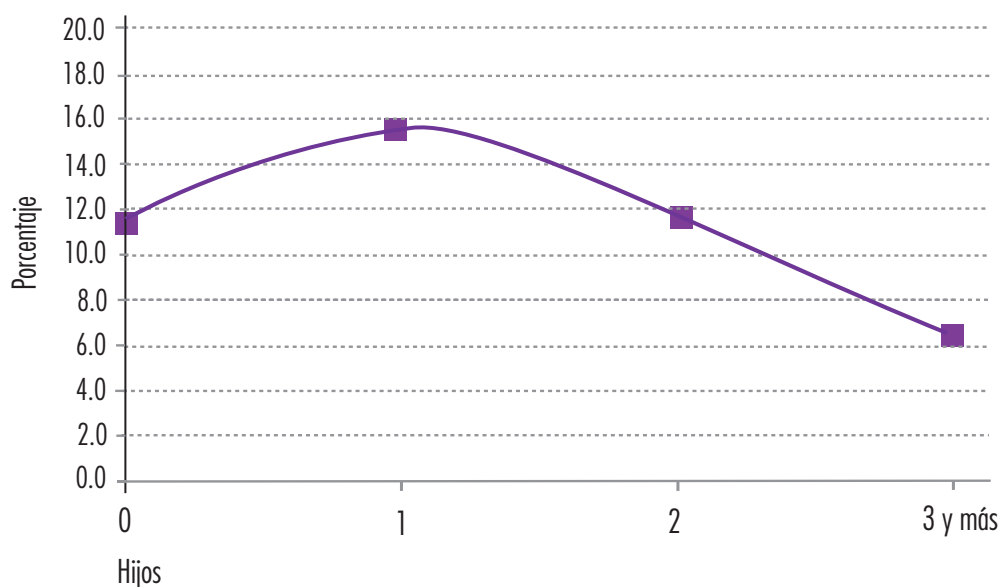


* La distribución del nivel de escolaridad resultó ligeramente más alta a la registrada para los varones en la Ciudad de México. De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 (INEGI, 2001), en el Distrito Federal 23.7% de los varones cuentan con primaria, 28.5% con secundaria y 47.8% con preparatoria y más.

** Todos los trabajadores con una ocupación "manual" fueron considerados en el nivel "bajo" y "medio". Los trabajadores ubicados en la categoría "alto" ocupan puestos considerados "no manuales", es decir, como supervisores, oficinistas, etcétera. La diferencia entre "bajo" y "medio" se hizo de acuerdo con los rangos jerárquicos utilizados por las mismas fábricas. Por ejemplo, el personal de limpieza, los cargadores, bodegueros, etcétera, se consideró que ocupan puestos de nivel "bajo"; mientras que los choferes, mecánicos, operadores, etcétera fueron categorizados en "medio".

GRÁFICA 3

Porcentaje de varones involucrados en violencia física contra su pareja actual en los últimos 12 meses, según el número de hijos con su pareja. Ciudad de México, 2002



Estos resultados sugieren que el inicio de la relación es la etapa de mayor riesgo de ejercer violencia y, más aún, con la llegada del primer hijo; es una etapa de tensión en donde se presenta la necesidad de adaptarse a nuevas exigencias y de asumir nuevas responsabilidades. Aparentemente son los jóvenes los que tienen más dificultades a esta adaptación o tienen menos recursos para enfrentar los conflictos que se van presentando. Diversas investigaciones^{1,2,10} identifican que los índices más altos de violencia se encuentran entre las parejas más jóvenes.

Al analizar el momento en el que se encontraba la relación en el instante del primer evento se observó que de los varones que han ejercido al menos una vez violencia 8% señaló que fue durante el noviazgo cuando ocurrió la primera agresión, mientras que 40% dijeron que fue durante el primer año de la unión; es decir, prácticamente la mitad de los involucrados ejercieron violencia física desde los comienzos de su relación. En términos demográficos resalta que en un corto periodo de tiempo se concentra gran parte de este problema. Los resultados también arrojaron que 1 de cada 2 varones que ejercieron violencia física declararon que la primera vez que ocurrió el incidente aún no tenían hijos, mientras que 1 de cada 4 dijo que esto ocurrió cuando ella estaba embarazada.

Motivos

Respecto al por qué de la violencia, el tema de los celos salió a relucir como la razón principal por la cual los individuos agreden a sus parejas. Cuando se les preguntó

directamente cuál había sido la principal causa del conflicto que desembocó por primera vez en violencia, 1 de cada 4 mencionó que habían sido problemas por celos, siendo éste el motivo que obtuvo la proporción mayor. A su vez, se les preguntó que en qué situaciones los varones tenían derecho de pegar a sus parejas, y se planteaban seis circunstancias diferentes: dos, relacionadas con el comportamiento de la pareja en las labores del hogar; una, con el rechazo de ella a tener relaciones sexuales; una, con los celos de ella, y otras dos, con los celos de él. Fueron precisamente las del último grupo las que tuvieron mayor nivel de respuesta afirmativa: 1 de cada 10 varones dijo tener derecho a golpear a sus parejas si ellas eran infieles, y 1 de cada 5 si la veía “coqueteando” con otros hombres.

Dada la importancia del tema de los celos en la violencia, en la encuesta se les preguntó a los varones su percepción respecto a sus propios celos. El 18.2% se autodefinió como muy celosos, 59.8% como poco celosos y 22.0% nada. El cuadro I muestra que existe una relación estadísticamente significativa (de acuerdo con la prueba Ji cuadrada) entre el nivel de celos y el perpetrar violencia física. Más de 40% de los varones que se consideraron celosos ha ejercido violencia y más de 20% lo hizo en el último año. Para confirmar la importante relación que existe entre esta variable y el hecho de ejercer o no violencia física contra la pareja se hicieron análisis logísticos bivariado y multivariado. Los resultados en el cuadro II muestran que entre más celos más riesgo de ejercer violencia. Por ejemplo, aquellos muy celosos tienen 2.7 veces más riesgo de estar involucrados en estas acciones que aquellos nada celosos

CUADRO I

Porcentaje de varones que alguna vez ejercieron violencia física en contra de su pareja actual, y porcentaje de quienes la ejercieron en los últimos 12 meses, según el nivel de celos. Ciudad de México, 2002

	% Involucrado alguna vez	Sig	% Involucrados en los últimos 12 meses	Sig	N
Nivel de celos		*		*	
Nada celoso	21.8		6.4		110
Poco celoso	35.5		11.4		299
Muy celoso	42.9		22.0		91
Total	33.8		12.2		500

Prueba Ji cuadrada:
* Variable significativa al nivel 0.05

Sig: significancia

(4.1 de hacerlo en el último año). Al aislar el efecto de variables socio-demográficas y económicas la tendencia se mantiene y, aunque el efecto de los celos disminuye, éste continúa siendo altamente significativo en términos estadísticos, de acuerdo con la prueba Wald. Investigaciones anteriores de alguna manera también han mostrado que los celos son un tema importante en la violencia entre parejas.^{2,8,11}

Consideraciones finales

La complejidad de la violencia entre parejas demanda nuevas aportaciones para el avance de su entendimiento. Esta propuesta, la cual tiene como una de sus principales relevancias el incorporar la visión de los hombres sobre su propio

ejercicio de la violencia, pretende ser un eslabón más en este esfuerzo por combatir este importante problema prioritario para la salud pública.

Dentro de los hallazgos, lo primero que destaca es que los niveles de violencia son bastante altos lo cual, por un lado, confirma la gravedad de este fenómeno en México pero, por otro, muestra un panorama alentador al poner de manifiesto que los hombres sí hablan sobre este tema. El reconocimiento del ejercicio de la violencia por parte del comúnmente lado agresor, puede ser un importante estímulo para el desarrollo de programas adecuados de intervención dirigidos a ellos.

CUADRO II

Modelo de regresión logística para la asociación entre violencia en contra de la pareja alguna vez y en el último año y el nivel de celos. Ciudad de México, 2002

Violencia alguna vez						
	OR cruda	Prueba Wald	IC 95%	OR ajustada*	Prueba Wald	IC 95%
<i>Nivel de celos</i>						
Nada celoso	1.00			1.00		
Algo celoso	1.97	0.009	1.18 - 3.28	2.06	0.008	1.21 - 3.51
Muy celoso	2.69	0.002	1.45 - 4.97	2.59	0.003	1.37 - 4.90
Violencia en el último año						
<i>Nivel de celos</i>						
Nada celoso	1.00			1.00		
Algo celoso	1.89	0.140	0.81 - 4.39	1.82	0.173	0.77 - 4.29
Muy celoso	4.14	0.002	1.67 - 10.32	3.47	0.009	1.37 - 8.82

* Ajustada por diversas características socio-económicas y demográficas N = 500

Referencias

- Alvarado G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango, Salud Publica Mex.1998; 40(6): 481-486.
- Granados M, Madrigal R. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. México, DF: Asociación Mexicana de Población, Fundación John D. y Catherine T. Mac Arthur; 1998: 55-105.
- Jewkes R, Watts C, Abrahams N, Penn-Kekana L, García-Moreno. Ethical and methodological issues in conducting research on gender-based violence in Southern Africa. Reprod Health Matters 2000; 8(15): 93-103.
- Straus M A. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics scales (CTS). Jo Marriage Fam 1979; (41): 75-86.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. J Fam Issues 1996; 17(3):283-316.
- Ramírez J, Vargas P. La cifra "negra" de la violencia doméstica contra la mujer. En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. México DF: Asociación Mexicana de Población, Fundación John D. y Catherine T. Mac Arthur; 1998: 107-133.
- Nájera A. Relaciones de género en la salud reproductiva. En: Mendoza D et al. Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: informe de resultados. Serie Investigación y Evaluación 8. Mexico, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2000: 123-164.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contras las Mujeres (ENVIM). México, DF: INSP; 2003.

Además, presentar un análisis descriptivo sobre el cuándo y el por qué de la violencia, es un primer paso para saber en dónde se ubica el problema. Como se pudo observar, son los jóvenes en su primera etapa de relación quienes se encuentran en el nivel máximo de riesgo de ejercer violencia física contra sus parejas. Es precisamente en esta etapa, en la que muchas mujeres se encuentran embarazadas, condición que aumenta los riesgos para su salud, cuando son agredidas, lo cual ya ha sido constatado ampliamente por estudios anteriores.¹²⁻¹⁴

Respecto al por qué, los celos resultaron ser un condicionante altamente significativo. Se ha constatado que México es una sociedad que se caracteriza porque existen estrictos controles sobre la sexualidad femenina. Este control es un reflejo del orden de género prevaleciente en este país el cual tiene una base primordialmente patriarcal. En este caso, los celos por parte de los varones constituyen, entre otras cosas, una expresión de control de la sexualidad de las mujeres y, el riesgo de ejercer violencia se manifiesta cuando por alguna razón el varón considera que ha perdido dicho control.¹⁵ El varón celoso tiene la necesidad de tener la exclusividad en el acceso al cuerpo de su pareja y en ocasiones justifica el uso de la violencia cuando dicha exclusividad se pone en riesgo.¹⁶ Es así como el derecho de la mujer de ejercer de manera autónoma su sexualidad se ve coartado, ya que el ejercicio de ese derecho puede resultar en una agresión física hacia su persona por parte del varón.

Los resultados confirman la estrecha asociación existente entre la violencia y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Es por ello que se sugiere tomar en cuenta los condicionantes expuestos en este trabajo para el desarrollo de futuras intervenciones y, así, sentar las bases respecto hacia dónde deben estar orientadas las políticas de prevención.

9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Aguascalientes: INEGI; 2004.

10. Nájera A. Violencia de género en la población atendida por el IMSS. Género y Salud en Cifras. México, DF: Secretaría de Salud 2003; 1(1): 10-13.

11. Ramírez J, Uribe G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Publica Mex 1993; 35(2): 148-160.

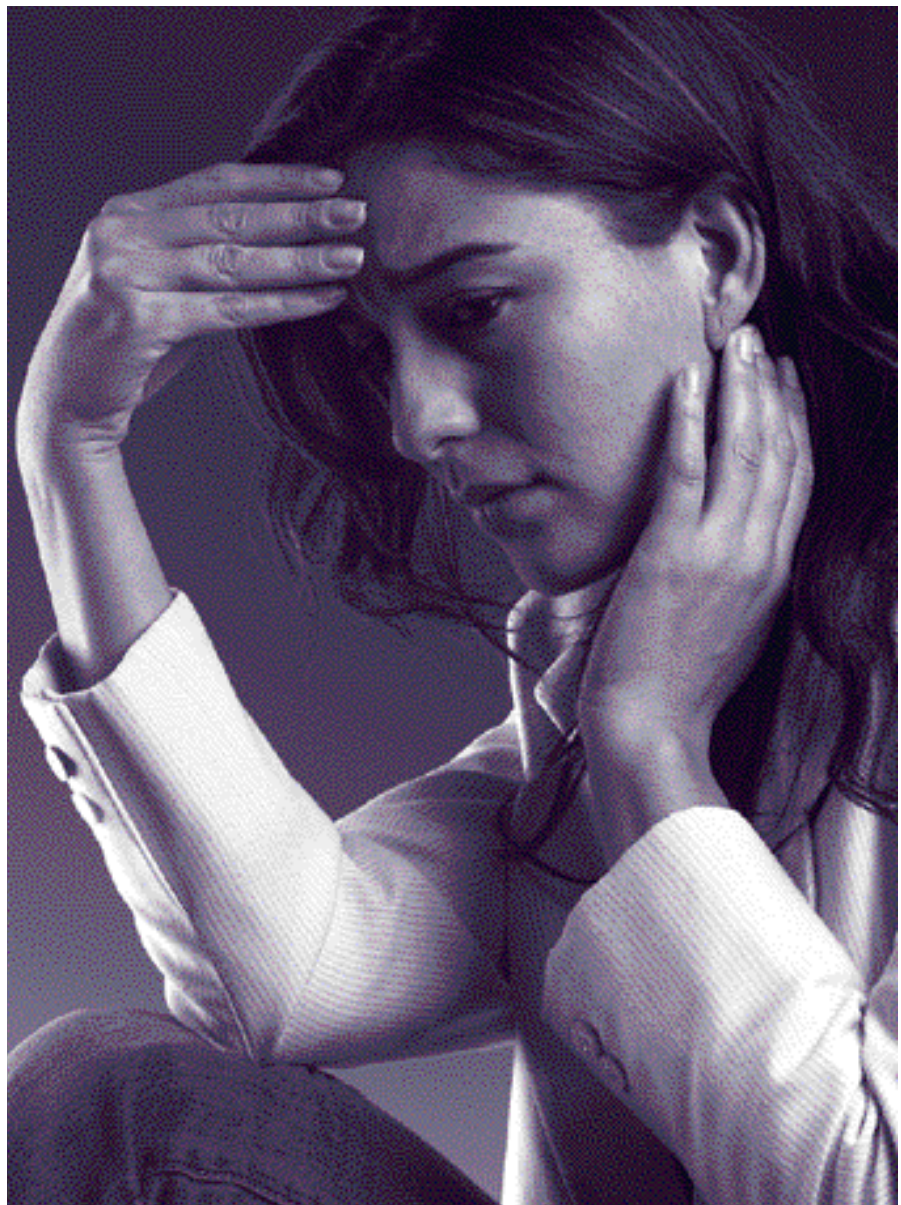
12. Valdez R, Sanín L H. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Publica Mex 1996; 38(5): 352-362.

13. Freyermuth G. Matrimonio, violencia doméstica y redes de apoyo: factores constitutivos de los riesgos durante la maternidad. El caso de Chenalhó, Chiapas. En: Tuñón E, (comp.). Género y salud en el Sureste de México. San Cristóbal: El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), Consejo Estatal de Población de Chiapas (COESPO), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA);1999: 31-78.

14. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. Am J Public Health 2003; 93 (7): 1110-1116.

15. Domen M. Perfil del hombre golpeador: aspectos interaccionales. En: Corsi J. (comp.). Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós; 1995: 111-130.

16. González S, Contreras JM. La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS. Análisis de la ENSARE 98. México, DF. En prensa.



PARA DESCIFRAR

EN EL HOGAR

1. Porcentaje de mujeres que se dedican en el hogar al cuidado de niños, ancianos y enfermos: ¹	71
2. Porcentaje de hombres que se dedican en el hogar a esta misma actividad: ¹	29
3. Promedio de horas semanales que dedican las mujeres al cuidado de niños, ancianos y enfermos: ¹	29.7
4. Porcentaje de mujeres que trabajan con sueldo y realizan actividades de cuidado de niños, ancianos o enfermos: ¹	38
5. Porcentaje de mujeres que trabajan en su negocio y realizan actividades de cuidado de niños, ancianos o enfermos: ¹	51.6
6. Hogares con ancianos encabezados por mujeres en México: ²	3 de cada 10
7. Hogares con ancianos encabezados por mujeres en el Distrito Federal: ²	4 de cada 10
8. Porcentaje de hogares que cuentan con algún seguro en salud: ³	45.3
9. Promedio mensual de gastos médicos en hogares con jefaturas femeninas: ²	213 pesos
10. Promedio mensual de gastos médicos en hogares con jefaturas masculinas: ²	321 pesos
11. Porcentaje de mujeres entrevistadas en los servicios de salud públicos que declaró sentirse cansada, nerviosa, angustiada o triste: ⁴	entre 60 y 69
12. Porcentaje de mujeres que declaró tomar algún medicamento para calmarse o dormir: ⁴	14
13. Porcentaje de hogares en México que en el año 2000 tenían entre sus miembros al menos a una persona con discapacidad: ²	7
14. Porcentaje de varones con discapacidad que declararon ser jefes de hogar: ²	53.8
15. Porcentaje de mujeres con discapacidad que declararon ser jefas de hogar: ²	24.9
16. Porcentaje de población femenina mayor de 18 años de edad que califica su salud como buena: ³	62
17. Porcentaje de población masculina mayor de 18 años de edad que califica su salud como buena: ³	70

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Diferencias de género en las aportaciones al hogar y en el uso del tiempo, 1996. Aguascalientes: INEGI; 2002.

2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Instituto Nacional de las Mujeres. Mujeres y hombres, 2000. Aguascalientes: INEGI / Inmujeres; 2004.

3. Secretaría de Salud. Salud: México 2002. México DF: Secretaría de Salud; 2003.

4. Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2002. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.

NOTIGÉNERO

**CONGRESO
PRIMER CONGRESO MEXICANO DE
SALUD EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.**
Del 9 al 12 de marzo de 2005, en el
Hotel Misión de los Ángeles, Oaxaca, México.
Organiza la Asociación Mexicana para la Salud de la
Adolescencia, A. C. entre otras instituciones.
Informes: Asociación Mexicana para la Salud de la
Adolescencia, A.C.
TEL/Fax: (0155) 55 74 02 67
Correo electrónico: amsa@intermedik.com
www.amsaj.com

**4º CONGRESO INTERNACIONAL CEREBRO Y
MENTE**
Del 27 de febrero al 2 de marzo de 2005, en Acapulco,
Guerrero, México.
Invitan: la Asociación Latinoamericana de Neurología
(ALAN) y la Facultad de Psicología de la Universidad
Nacional Autónoma de México.
Mayores informes: cerebroymente_4@yahoo.com.mx.
Informes en el sitio web: [http://mx.geocities.com/
cdarturito/ostrosky/congreso/congreso.htm](http://mx.geocities.com/cdarturito/ostrosky/congreso/congreso.htm)

**CONGRESO
II CONGRESO CUBANO Y I CONGRESO
CARIBEÑO DE SALUD INTEGRAL EN LA ADO-
LESCENCIA**
Del 21 al 25 de febrero de 2005, en el Centro de
Convenciones Heredia en Santiago de Cuba.
Informes: Dra. Francisca Cruz Sánchez
Correo electrónico: adolec@infomed.sld.cu
feruzsan@infomed.sld.cu
Teléfonos: 53-7-55-2559 / 55-2560
Fax: 53-7-55-2558

**CONFERENCIA
CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ENVEJE-
CIMIENTO, COGNICIÓN Y NEUROCIENCIA**
Del 15 al 17 de diciembre de 2004 en Madrid, España.
Invitan el Centro de Investigación en Envejecimiento y
Enfermedades Neurodegenerativas (Instituto de
Investigación de la UNED) y la Facultad de Psicología.
Informes: Teléfono: 34 91 3986227 Fax: 34 91 3987958
Correo electrónico: gerontologia@psi.uned.es

**CONGRESO
CONGRESO DE CÁNCER DE MAMA**
Del 8 al 11 de diciembre de 2004,
en San Antonio Texas,
Estados Unidos de América
Informes:
<http://www.unizar.es/gine/congresos.htm>

**III FORO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SOBRE VIH/SIDA**
Del 11 al 16 de abril de 2005, en Santiago de Chile.
Organizan: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de
América Latina y el Caribe sobre VIH/SIDA y las siete
Redes Comunitarias Regionales de Trabajo en
VIH/SIDA, junto con agencias internacionales como la
OPS, el ONUSIDA, DFID, entre otras.
Informes en el sitio web: [http:// www.foro2005.cl](http://www.foro2005.cl)

**CONGRESO
PRIMER CONGRESO NACIONAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CITOPATOLOGÍA**
Del 5 al 9 diciembre de 2004, en Monterrey, México.
Informes: www.amcp.info



**SECRETARÍA DE
SALUD**
CENTRO NACIONAL
DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA
DIRECCIÓN GENERAL
DE INFORMACIÓN EN SALUD

