

Género y Salud en Cifras

Vol. 1, no. 3

Septiembre - Diciembre 2003



PRESENTACIÓN

A pesar de las múltiples evidencias con las que contamos desde hace décadas sobre la importancia que los factores sociales y psicosociales tienen sobre la salud de la población, se comprueba día a día la resistencia persistente del personal de salud a ver a las personas a las que atiende —de manera individual en los servicios, o a las poblaciones, en el caso de quienes se encargan de la salud pública y la epidemiología— más allá de sus cuerpos biológicos.

Hoy en el mundo, y en el campo de la salud, las voces que claman simplemente por el sentido común, ya no digamos por la justicia social o la evidencia científica, constituyen una minoría que parece ir a contracorriente de los grandes procesos macroeconómicos y globalizadores que gobiernan la mayoría de los países en el planeta. Sin importar mucho el cúmulo de evidencias que señalan como principales problemas de la salud de la población a factores tales como la inequidad en la distribución del ingreso en un país o en una región;¹ y a la autoestima y la autonomía como dos de los elementos clave para mantenerse saludable,² o a las sociedades jerárquicas como lesivas para la salud,³ la atención

¹ Marmot, M. y Wilkinson, R G (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.

² Marmot, M. "Self esteem and health. Editorial", *BMJ*, 2003, 327: 574-575.

³ Marmot M, Wilkinson, R G (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, y Bezruchka, S. "Societal hierarchy and the health Olympics", *CMAJ*, 2001, 164: 1701-1703.

CONTENIDO

El género y el proceso salud-enfermedad-atención

3

Benno de Keijzer

Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad

8

Mario Bronfman, René Leyva Flores, Mirka Negroni, Marta Caballero, César Infante Xibille, Silvia Magali Cuadra, Daniel Hernández Rosete, Claudia Guerrero Lara

Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México

13

Irene Casique

"Sabemos que salimos, pero no sabemos si vamos a regresar"

19

Vulnerabilidad y percepción del riesgo entre trabajadoras de la maquila de Ciudad Juárez

Mirna Ajo Montaña, Patricia Ravelo Blancas

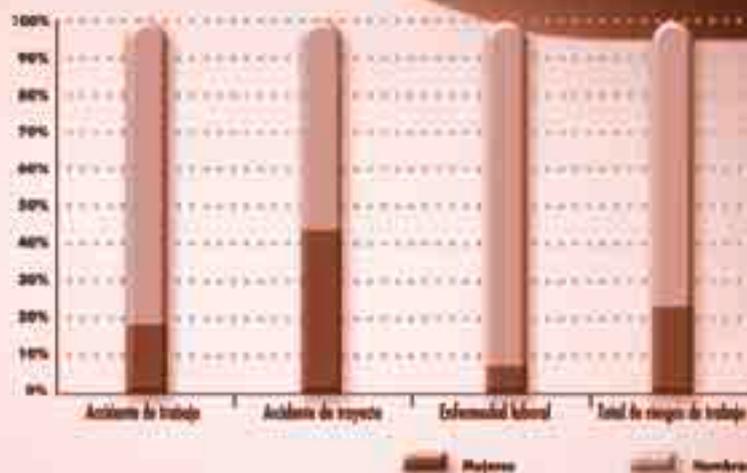
Violencia y relaciones de poder en la pareja Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM)

25

Francisco Pamplona, Aurora del Río, Blanca Estela López

Datos y género La salud de la mujer trabajadora

35





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 Ávila 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

Mtro. Francisco Pamplona Rangel

Secretaría 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.

se sigue centrandose en los factores biológicos causantes de la enfermedad y los recursos se siguen invirtiendo mayoritariamente en la atención curativa de segundo o tercer nivel. Además, desafortunadamente, la inequidad entre el norte y el sur, tanto en los países como en las regiones, continúa aumentando. En lo que llama las olimpiadas de la salud, y tomando como indicador la expectativa de vida, Bezruchka (2001) muestra cómo de manera consistente los países más ricos o que más invierten en salud no son los medallistas. Consistentemente, son los países o regiones más equitativos, como Japón y Canadá, los que se llevan el oro y la plata.

Para SALUD Y GÉNERO EN CIFRAS esta información es clave. Las inequidades de género ponen en mayor desventaja a las mujeres en todos estos terrenos: son las principales víctimas de la inequidad distributiva, de las relaciones jerárquicas dentro de las sociedades patriarcales como la nuestra, y se ven envueltas en un serio problema de autoestima y de falta de autonomía. En este número se presentan cinco trabajos que contribuyen a documentar esta situación de inequidad.

El primero, «El género y el proceso salud-enfermedad-atención», ofrece un panorama general sobre cómo las diferencias de género se traducen en problemas de salud y de atención específicos, tanto entre los varones como entre las mujeres. El autor, Benno de Keijzer, es uno de los expertos más destacados en el tema de las repercusiones de la inequidad de género en la salud, particularmente en el campo de las masculinidades, es decir, en el estudio de los procesos sociales que llevan a la construcción de las distintas identidades masculinas, y cómo éstas influyen en el comportamiento y —para los fines que nos interesan— en la salud de los varones. De Keijzer hace un recorrido amplio que incluye aspectos como el ciclo de vida, la violencia, el trabajo, la sexualidad y la reproducción —y, entre éstos, la mortalidad materna, el cáncer cérvico-uterino, el mamario y el de próstata—, la salud mental y los prestadores de servicios.

En «Migración, género y SIDA: contextos y vulnerabilidad», Mario Bronfman y sus colaboradores nos muestran la relación entre la migración y el fenómeno de la infección por el VIH/SIDA, así como la mayor vulnerabilidad de las mujeres relacionadas con la migración frente a este problema, tanto cuando son ellas mismas quienes atraviesan la frontera, como cuando se quedan en México y son sus parejas las que migran. Por razones tanto biológicas como epidemiológicas y sociales, las mujeres son más vulnerables a la infección, y este trabajo documenta los mecanismos que hacen que el fenómeno migratorio aumente todavía más dicha vulnerabilidad.

El tercer artículo se titula «Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México» y en él Irene Casique nos muestra el enorme poder que la autonomía y la capacidad de tomar decisiones tienen en un asunto tan fundamental en el ejercicio de los derechos sexuales, particularmente en la decisión de utilizar anticonceptivos, y cómo la posición negativa de la pareja al respecto, siendo un factor determinante para no usarlos, se contrarresta en función del grado de autonomía de la mujer.

El trabajo de Mirna Ajo y Patricia Ravelo da cuenta de uno de los problemas más lamentables que afectan hoy al país y que lo ha puesto en la mira de las organizaciones internacionales de derechos humanos: el de la violencia de género en Ciudad Juárez, Chihuahua. El artículo está basado en un estudio realizado en 1999 sobre la percepción de las mujeres, y muestra las condiciones de miedo e inseguridad en que vive una de las poblaciones más afectada por los asesinatos: las trabajadoras de la maquila.

El último artículo, de Francisco Pamplona y colaboradores, presenta algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) cuyo informe general aparecerá simultáneamente a esta publicación. El artículo trata el tema de las relaciones de poder en la pareja, y las diferencias entre las mujeres que sufrieron violencia de las que no la padecieron en los 12 meses previos a la encuesta. Los resultados no muestran diferencias considerables entre ambos grupos y se concluye que las variables “etapa de la vida” y “estado conyugal” explican de manera más acentuada los papeles que las mujeres estarían dispuestas a desempeñar en su relación de pareja.

En su tercera edición, el boletín GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS continúa su tarea de analizar los diversos aspectos de las inequidades genéricas en la salud y refrenda el compromiso inicial de dar a conocer las evidencias al respecto.

Blanca Rico

En este artículo buscamos ofrecer un panorama general acerca de las formas en que el género está presente en la salud, en las posibilidades de enfermar y morir, así como en los procesos que buscan atender o prevenir los problemas relacionados con la salud.

ACERCA DEL GÉNERO

El género es uno de los grandes factores que determinan la salud, la enfermedad y la muerte, junto con otros como la clase social o el origen étnico. A diferencia de estos últimos, el género es una categoría de creación mucho más reciente que aún no ha desplegado totalmente su potencial explicativo. Es muy significativo que el origen de la categoría género se encuentre en la lucha de las mujeres por lograr una sociedad de equidad con los varones, aunque hay aportaciones muy interesantes que vienen de otras disciplinas, como la antropología, la psicología y hasta la endocrinología, que señalan también la construcción sociocultural de la diferencia y la desigualdad entre lo masculino y lo femenino. Como categoría, el género viene desarrollándose desde los años sesenta y setenta, aunque su entrada al campo de la salud es bastante más reciente.

¿Qué entendemos por género? Existen varias definiciones, pero todas coinciden en que es una construcción sociocultural basada en la interpretación que cada sociedad hace sobre el sexo biológico. Se compone de tres elementos: la asignación y la construcción subjetiva de las identidades, las relaciones de poder entre hombres y mujeres y las desigualdades o asimetrías entre ambos (Szasz, 1999). Aunque el género nace como una herramienta para entender y denunciar la condición de las mujeres, el potencial explicativo de esta perspectiva, desde los años ochenta y sobre todo en los noventa, empieza a servir también para entender la condición masculina (Kimmel, 1992), junto con los llamados a la participación de los hombres en las políticas internacionales de salud, centrados en aspectos como la salud reproductiva, la lucha contra el VIH-SIDA y la violencia doméstica.

El género nos descubre un mundo en que lo masculino y lo femenino no se encuentran determinados totalmente por la biología, sino más bien por procesos de diferenciación e inequidad que cruzan nuestras culturas y que determinan lo que les “corresponde” a los hombres y lo que les “toca” a las mujeres. A partir de dicha clasificación, los hombres como género han contado con espacios de poder y privilegio mucho más amplios que las mujeres, históricamente limitadas a la reproducción tanto biológica como social en el hogar y a las tareas públicas consideradas como femeninas. Más allá de lo que el común de la gente percibe como determinación biológica, el género atraviesa

¹ Coordinador general de Salud y Género, A.C., y docente de la Universidad Veracruzana

nuestras vidas desde la cuna hasta la tumba y desde el núcleo familiar hasta la economía y las políticas públicas.

Aunque el enfoque de género se ha centrado principalmente en las relaciones hombre-mujer (*intergenéricas*) subrayando la necesidad de romper con la situación de subordinación femenina, es muy productivo para explicar, entender y atender diversos aspectos de las relaciones *intragénicas*, como las que se establecen entre las propias mujeres y las que ocurren entre hombres. Éstas frecuentemente se articulan sobre relaciones de poder basadas en las diferencias generacionales, étnicas o de clase.

El género permite entender también la diversidad que se presenta en las diferentes culturas, a lo largo de la historia de la humanidad. Aunque la subordinación de la mujer está presente en la mayoría de las culturas, el enfoque de género permite también reconocer la diversidad al interior de lo masculino y lo femenino. A pesar de que aparecen como opuestos binarios en las estadísticas y hasta en las actas de nacimiento, en lo biológico y en lo cultural se presenta más bien un *continuum* que tiene como polos lo que podríamos definir como lo hipermasculino y lo hiperfemenino. Es curioso que la biología sea menos radical que la cultura en esta bipolaridad, ya que, de hecho, existen los intersexos —los hermafroditismos— como una alteración genética (sin capacidad reproductiva) entre ambos sexos. ¿Dónde están las personas que nacen con hermafroditismo? Virtualmente no existen, ya que nuestra cultura no tiene lugar para ellas: la escuela, el ámbito del trabajo, sacar un pasaporte o simplemente ¿decidir a qué baño se entra!

En lo cultural cada persona se ve adscrita en su proceso de socialización, en mayor o menor grado, al género que se le asigna al nacer. En la adolescencia y en la etapa adulta (a veces) se tiene la posibilidad de modificar los papeles aprendidos no sin encontrar diversas presiones y límites en las principales redes sociales e instituciones del entorno.

EL GÉNERO Y LA SALUD

¿Y dónde entra la salud? El hecho de que mujeres y hombres seamos socializados de manera diferencial, con un acceso desigual a los recursos y con riesgos también diferenciales, nos lleva a trayectorias también diversas en una amplia gama de problemas de salud. La salud muestra, en varios ámbitos, las consecuencias de la desigualdad para las mujeres y, a la vez, sirve como ventana privilegiada para observar varios costos de la socialización masculina que tienen que pagar los hombres. Las mujeres cargan además con el diferencial de riesgo que implican los diversos problemas asociados biológicamente a la reproducción (el embarazo, el parto y el puerperio), sumado esto a la atención o desatención de estos problemas, que pueden llevar el sello de la equidad o la inequidad de género, clase o etnia. Así, el género no es sólo un aspecto determinante de inequidad sino un eje explicativo de

muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres. Uno de los puentes más interesantes entre el género y la salud proviene de las ciencias sociales, cuando se plantea el cuerpo como territorio donde se manifiestan las relaciones de poder.

Históricamente, la medicina y luego la epidemiología han tomado nota de los patrones diferenciales de enfermedad y muerte según el sexo. Sin embargo, este registro y su análisis han sido enfocados más desde el punto de vista biológico. La perspectiva de género apunta a explicar las trayectorias diferenciales de mujeres y hombres a partir de una perspectiva social y cultural atravesada por las relaciones de poder. El género no excluye el análisis de las diferencias de clase o étnicas; más bien se articula con estas otras causas, lo que da lugar a perfiles de salud muy contrastantes, como los de las mujeres indígenas.

Existen problemas de salud en los que se descubre una articulación importante entre el sexo y el género. Tanto en la transmisión del VIH-SIDA como en el proceso de alcoholización está presente una particular vulnerabilidad de las mujeres. En el primer caso, la vulnerabilidad se da por razones ligadas a la estructura y las características de la mucosa vaginal, que la hacen más permeable a la infección (Herrera y Campero, 2002). En el caso del alcoholismo, la mayor vulnerabilidad femenina se basa en razones anatómicas (una mayor proporción de grasa corporal) y metabólicas (menor capacidad de procesamiento del alcohol), que conducen a un mayor efecto de la sustancia con una misma dosis, comparada con la que puede afectar a los hombres. Hasta ahora, tanto el VIH como el alcoholismo han producido una mayor mortalidad masculina en México por razones de género: una mayor permisividad social y acceso tanto al sexo como al abuso de sustancias que producen una sensación de invulnerabilidad, que invitan a la transgresión y a otros aspectos comunes en la socialización masculina. Sin embargo, son notables el reciente aumento en las mujeres de casos de VIH-SIDA por transmisión de su pareja y el creciente consumo abusivo del alcohol entre mujeres jóvenes y adolescentes urbanas. En el caso del VIH, la vulnerabilidad social de las mujeres está relacionada con una socialización que suele dificultarles el ser asertivas en la negociación de las prácticas de sexo seguro. Algunas frases comunes en nuestra cultura, como la de “el hombre llega hasta donde la mujer quiere”, sólo refuerzan esta situación.

Pero vamos por partes. En lo que resta de este trabajo abordaremos diversos ejemplos que apuntan a los diferenciales de género en el proceso salud-enfermedad-atención. Es difícil imaginar algún campo o problemática de la salud en que el género no esté presente en alguna medida, ya sea en la generación del problema, su desarrollo o su atención. Muchas de las problemáticas señaladas ya han sido o serán abordadas en diversos números de este boletín.

EL GÉNERO EN DIVERSOS PROBLEMAS DE SALUD

Siguiendo la trayectoria de vida, las diferencias de género se muestran a menudo desde el nacimiento y van haciéndose más claras con el tiempo. Aunque la situación ha ido cambiando, en muchos contextos de nuestro país aún hay una recepción y valoración preferente de los recién nacidos varones, que puede repercutir en una lactancia más prolongada o en la búsqueda más temprana de atención médica ante alguna enfermedad. Existen países donde se practica legalmente el aborto después de determinar el sexo. El aborto masivo de niñas en naciones como China o la India amenaza con convertirse en un problema de desbalance demográfico en el mediano plazo.

Es hacia los 10 años de edad cuando se registra un rápido aumento de las muertes masculinas que culmina en la adolescencia y la adultez temprana con una duplicación y hasta triplicación de muertes, sobre todo por *causas violentas* (accidentes y, luego, suicidios y homicidios), que mermará en cantidades importantes la proporción de hombres durante las décadas subsecuentes (De Keijzer, 1998, y Barker, 2000).

A partir de la adolescencia y en la etapa adulta, el *trabajo* constituye un elemento central del enfermar diferencial de mujeres y hombres. La división sexual del trabajo que aún permea a muchas ramas laborales en nuestro país influye en patrones diferenciales de enfermedad y hasta de muerte (Garduño, 2001). Fenómenos como la migración (Bronfman y Rubin, 1999), sobre todo la de trabajadores ilegales a los Estados Unidos, conllevan situaciones de enorme riesgo para los hombres, riesgos a los que rápidamente se están sumando las mujeres que también migran.

El género también permea la sexualidad, la reproducción, las relaciones de pareja y las familiares. En el caso de la *sexualidad*, ésta refleja frecuentes inequidades y tiene una representación frecuentemente polarizada de lo que “deben” ser los hombres (conquistadores, transgresores) y las mujeres (recatadas y vírgenes). Este modelo, si bien está cambiando con cierta rapidez, sigue influyendo en muchas de las prácticas, incluso entre jóvenes urbanos de ambos sexos (Amuchástegui, 2001). En algunos sectores sociales la maternidad sigue siendo uno de los pocos canales de legitimidad y movilidad social de las mujeres, mientras que en los hombres la paternidad suele aparecer como una experiencia más marginal en sus historias de vida (*Salud y Género*, 2003).

La *reproducción* es un campo en el que los hombres prácticamente no aparecen. En el análisis de los datos demográficos, centrados en las mujeres, parece que los hombres no se reproducen (Figueroa, 1998). Esto tiene múltiples correspondencias en nuestra cultura, donde los hijos se asignan “naturalmente” al cuidado de las mujeres (“los hijos son de ella”). Los llamados de las Conferencias

de Cairo y Beijing a los hombres a participar en la salud reproductiva han impulsado el Programa Nacional de Vasectomía en nuestro país, esfuerzo que ha perdido cierta fuerza en los últimos años (Secretaría de Salud, 2002). ¿Qué es lo que explica que en países como Nueva Zelanda y Holanda sea más frecuente la vasectomía que la oclusión tubaria y que en México los vasectomizados apenas constituyan 5% del total de esterilizaciones permanentes? Muchos estudios acerca de hombres latinoamericanos muestran creencias que asocian la vasectomía con la castración, ergo, con la pérdida de la hombría. En otras latitudes, en cambio, la participación de los hombres en la salud reproductiva ha contribuido a que se discutan asuntos como su derecho de estar presentes en el parto o a pugnar porque en la legislación se establezcan licencias masculinas posparto o por enfermedad de los hijos.

Otra problemática donde los avances han sido limitados en el tercer mundo es la de la *mortalidad materna*. No se ha valorado suficientemente, desde una perspectiva relacional, el papel de los hombres en la toma de decisiones y en la asignación de recursos para la búsqueda de ayuda médica y, por ende, tampoco el papel potencial que podrían tener los hombres en una problemática que les concierne a ellos y a sus familias. Esto no implica tratar de ocultar la asociación que tiene la mortalidad materna con las condiciones de pobreza, el aislamiento geográfico y las carencias de los servicios.

Así, el género tiene muchas implicaciones concretas pues las representaciones que incorpora la cultura actúan con fuerza en la salud de mujeres y hombres:

- ¿Cuántos hombres con molestias que pueden corresponder a un *cáncer de próstata* permiten el desarrollo del tumor con tal de no buscar ayuda y someterse a un tacto rectal? Estudios en Gran Bretaña muestran que, al igual que en México, las mujeres acuden a los servicios hospitalarios con mayor frecuencia y que los hombres tienden a tardarse más en acudir y por ello requieren cirugías con mayor frecuencia (Seidler, 2001).
- ¿Y cuántas mujeres, sobre todo del campo o indígenas, además de lo que puede significar la diferencia de acceso a los servicios, se ven limitadas o impedidas para tomar acciones preventivas contra el *cáncer cérvico-uterino o mamario* por sus creencias en torno al cuerpo o la sexualidad, por las deficiencias de su atención o por el control y hasta la abierta oposición de sus maridos?
- La *salud mental* es también un reflejo de la socialización y de la condición diferenciada entre hombres y mujeres. Aunque históricamente la medicina ha asociado la depresión con los trastornos hormonales de las mujeres, actualmente priva una perspectiva más psicosocial según la cual el “malestar de las mujeres” se asocia más con sus condiciones de subordinación tanto dentro

Referencias bibliográficas

Amuchástegui, A (2001), *Virginidad e iniciación sexual en México*, México, Edamex y Population Council.

Arenas Monreal, L, Bonilla Fernández., P, Hernández Tezoquipa, I, Valdez Santiago, R, Jasso Victoria, R (s. a.), *En casa del herrero azadón de palo*.

Barker, G (2000), *¿Qué ocurre con los muchachos?*, Ginebra, OMS.

Bronfman, M, y Rubin, J (1999), "Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales a Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH", en Beatriz Figueroa C., *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, México, Colmex y Somed.

Burin, M, y cols. (1990), *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós.

Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (CIJ) (2001), *Estudios epidemiológicos del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, 1990-2000*, México.

De Keijzer, B (1998), "La masculinidad como factor de riesgo", en E. Tuñón, *Género y salud en el Sureste de México*, Villahermosa, Ecosur y Universidad Autónoma de Tabasco.

De Keijzer, B (2003), "Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria", en M. Bronfman y C. Denman (eds.), *Salud reproductiva. Tema y debates*. México, INSP.

Ehrenreich, B, y English, D (1981), *Brujas comadronas y enfermeras*, Barcelona, Ed. La Sal.

Figueroa, J G (1998), "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones", en Susana Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México.

Garduño, M Á (2001), "Determinación genérica de la mortalidad masculina", *Salud Problema*, México, UAM-Xochimilco.

como fuera de la familia. La respuesta médica más frecuente, sobre todo de parte del sector salud, ha sido medicamentosa, la "tranquilidad recetada" planteada por Burin (1990) desde hace más de una década. Por otra parte, los hombres frecuentemente tienen barreras de género para expresar su depresión y buscar ayuda —por ello es frecuente que caigan hacia alguna adicción (al alcohol, a otras drogas o al trabajo)—. El uso de psicotrópicos recetados es la única *adicción a sustancias* en que las mujeres son predominantes. En todas las otras, legales y prohibidas, la presencia (y los daños) son mucho más frecuentes en los hombres. Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) calculan una proporción de siete hombres por cada mujer entre los adictos a sustancias prohibidas, y el tiempo en que los hombres buscan ayuda rebasa el promedio de los cinco años en la mayoría de los casos (CIJ, 2001).

- Existen pocas problemáticas tan teñidas de género como la del *suicidio*: mientras en las mujeres se da un claro predominio del intento de suicidio (frecuentemente como acto desesperado para pedir ayuda) en los hombres esta tendencia es exactamente la inversa: un predominio equivalente en el suicidio consumado (donde ni siquiera se es capaz de pedir ayuda) (INEGI, 2001).
- La perspectiva de género y la lucha de las mujeres han permitido sacar a flote el problema de la *violencia* como producto de relaciones inequitativas de poder y han logrado que sea considerado como un problema de salud pública. Es aún muy reciente el reconocimiento de este problema que afecta especialmente a la mujer y a los hijos, y su carga epidemiológica es equivalente a la de varios de los mayores problemas de salud pública en el mundo (Heise y cols., 1994). El estudio de la condición de las mujeres evidencia las distintas formas en que dicha *violencia* se manifiesta y sus consecuencias en las esferas de lo físico, lo mental y lo sexual. No está lejana la época en que en los códigos civiles de varios estados de la República se justificaba la violencia contra esposas e hijas por el "derecho de correc-

ción" implantado desde una concepción patriarcal de la familia. Es la misma perspectiva de género la que permite, más recientemente, ver la posibilidad de que se aborde la violencia no sólo trabajando con los hombres agresores, sino también en forma preventiva, atendiendo la socialización de niños y niñas y adolescentes de ambos sexos.

- No deja de ser interesante la comprobación que ha hecho Asunción de Lara (1991) de que las personas instaladas en los extremos de los estereotipos de género gozan de una menor salud mental que las personas que ocupan lugares intermedios compartiendo (y disfrutando tal vez) de características que, finalmente, son parte de lo humano pero que culturalmente han sido fijadas en un género o en otro.

EL GÉNERO, LOS SERVICIOS Y LAS POLÍTICAS DE SALUD

Quizá al leer estos ejemplos nos vienen a la mente situaciones y casos que hemos visto, atendido o estudiado durante nuestro quehacer en el campo de la salud. Pero, ¿qué tanto nos permea el género también, no sólo como trabajadores de la salud, sino también como personas producto de procesos de socialización? Arenas (s. a.), analizando las contradicciones entre el conocimiento y su *puesta en práctica* entre el personal de salud de un hospital civil en Morelos, demuestra cómo las prácticas de autocuidado de la salud tienen que ver más con la socialización familiar temprana que con lo que luego se aprende en la universidad. Esto implica que, como trabajadores y trabajadoras de la salud, sea importante que hagamos una reflexión sobre cómo el diferencial de género está presente en nuestras propias representaciones y prácticas.

La ceguera al género hace que en los servicios a veces no se hagan visibles problemas "típicos" de un sexo cuando aparecen en el otro; en otras palabras, el que algunos padecimientos hayan sido predominantes en uno de los sexos predispone a que no se detecten en el otro cuando aparecen. Dos ejemplos: una mujer sale de una sala de urgencias con tratamiento ambulatorio (antiácidos y calmantes) sin que le hayan practicado un electrocar-

diograma que hubiese revelado un infarto del miocardio en proceso. Un hombre jubilado con depresión va cayendo lentamente en el alcoholismo sin ser capaz de pedir ayuda y sin que le sea detectado dicho problema de salud mental. Como se sabe que el infarto es típico de los hombres y la depresión es más característica de las mujeres, estos datos influyen frecuentemente en los diagnósticos. Asimismo, el género (tanto como la clase o la etnia) permea el tipo y la calidad de la relación paciente-médico o enfermera, y dichas creencias condicionan la comunicación, la escucha, la calidad de la información, etcétera.

El género ha estado presente también en la historia de la medicina; por ejemplo en la distribución y reconocimiento de las profesiones. De hecho, la consagración de la medicina como profesión reconocida en las universidades del Medioevo conllevó al progresivo desplazamiento de muchas prácticas populares que llevaban a cabo mujeres (parteras, yerberas, etc.), muchas de las cuales terminaron siendo juzgadas por la Inquisición europea e incluidas en la quema de brujas (Ehrenreich, 1981). Los procesos de transformación aún no terminan; de hecho, en el campo de la salud, la medicina se está volviendo a feminizar, como ya lo ha hecho la psicología, aunque los puestos directivos suelen estar en manos de hombres.

A futuro, la perspectiva de género debe irse transversalizando en forma progresiva en las políticas y programas (Promsa, 2002). Es importante que, al incorporar la perspectiva de género a los programas, esto se haga desde una visión que busque construir relaciones de mayor equidad y no reforzar inconscientemente estereotipos que apunten a reforzar las desigualdades existentes. Ejemplos de esto son los antiguos programas de planificación familiar en México, que invitaban a los hombres al son de “Si eres tan macho, ¡planifica tu familia!” o un programa nacional en Zimbabwe, donde el lema dirigido a los hombres fue el de “Tú estás en control”. En estos dos casos, se invita a los hombres a participar en la anticoncepción, pero desde una posición que refuerza los valores masculinos tradicionales y la inequidad de poder en la pareja.

Asimismo, un programa que enfrente la situación de salud de las mujeres debe superar el centrarse sólo en su periodo reproductivo sin atenderlas a lo largo de todo el ciclo de vida. Al respecto, últimamente han aumentado los estudios que muestran también percepciones y situaciones distintas de envejecimiento que tienen que ver con la socialización de género. De la misma manera, un acercamiento integral hacia los hombres debe incorporar las perspectivas de género y ciclo de vida. Aunque parece obvio, el avance de estrategias desde esta perspectiva no será tal si no tienen el respaldo de una programación y una presupuestación que integre estos puntos de vista y los respalde con recursos (Hofbauer y cols., 2002).

Hemos planteado al género como una categoría que nos permite analizar muchas de las diferencias en los procesos de salud-enfermedad de mujeres y hombres. Asimismo, esta visión nos da elementos preventivos en relación con la socialización que deben incluirse en los programas de educación y promoción de la salud. La perspectiva de género no nos va a explicar todo, pero nos permitirá una mirada más compleja y completa no sólo de las necesidades específicas de las mujeres y los hombres, sino de las consecuencias de atender o desatender los múltiples costos y las desigualdades que existen en este terreno.

Referencias bibliográficas

- Heise, L, Pitanguy, J, Germaine, A (1994), Violence against women: the hidden health burden, World Bank Discussion Paper 255, Washington, D.C.
- Herrera, C, y Campero, L (2002), “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema”, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, noviembre-diciembre.
- Hofbauer Balmori, H, Sánchez-Hidalgo, D, Zabadúa Yáñez, V (2002), *Presupuestos sensibles al género. Conceptos y elementos básicos*, México, SSA.
- INEGI (2001), *Mujeres y hombres en México*, Aguascalientes.
- Kimmel, M (1992), “La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes”, en *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, núm. 17, Santiago de Chile, Isis Internacional.
- Lara, M A (1991), “Masculinidad-feminidad y salud mental, Importancia de las características no deseables de los roles de género”, *Salud Mental*, 14 (1): 12-18.
- Promsa (2002), *Programa de Acción. Mujer y Salud*, Secretaría de Salud, México.
- Seidler, V (2001), “Masculinidad, discurso y vida emocional”, en J. G. Figueroa y R. Nava, *Memorias del seminario-taller Identidad, masculina, sexualidad y salud reproductiva*, México, Colmex.
- Secretaría de Salud (2002), *Programa Nacional Hombres y Salud*, México, SSA.
- Szasz, I (1999), “Género y salud: propuestas para el análisis de una relación compleja”, en M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, Edamex.

Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad

Mario Bronfman
René Leyva Flores
Mirka Negroni
Marta Caballero
César Infante Xibille
Silvia Magali Cuadra
Daniel Hernández Rosete
Claudia Guerrero Lara*

INTRODUCCIÓN

La epidemia del SIDA crece en formas que ponen al descubierto las brechas sociales, pues en la práctica afecta más a aquellos cuya dignidad y derechos humanos son menos respetados (Mann, 1996), entre ellos a las poblaciones móviles y migrantes. México y Centroamérica son el origen de una dinámica migratoria importante hacia los Estados Unidos. Para los países de donde provienen, los migrantes se han constituido en una de las más importantes fuentes de soporte económico. En el caso de México, de 1990 al 2001 el monto de los recursos económicos enviados por los migrantes creció 3.5 veces, al pasar de 2 492 millones de dólares a 8 895 millones de dólares. Esta cifra representa 5.6% del valor total de las exportaciones para el año 2001 (Lozano-Ascencio, 2002). El monto de las remesas familiares en el año 2001 es ligeramente menor al ingreso por exportaciones de petróleo crudo (11 594 millones de dólares), considerablemente mayor al ingreso proveniente del turismo extranjero (6 538 millones de dólares) y muy superior al valor de las exportaciones agropecuarias (4 015 millones de dólares).

La migración y el VIH/SIDA se han asociado desde etapas tempranas del estudio de esa enfermedad (Fairchild y Tynan, 1994). Sin embargo, el análisis del peso de esta relación para explicar la distribución y diseminación de la epidemia en los diferentes países y regiones ha sido progresivamente relegada por el estudio y la identificación de los comportamientos de riesgo y las formas de transmisión de la infección.

Es propósito de este trabajo analizar algunas de las condiciones locales y regionales que determinan una mayor vulnerabilidad de las poblaciones migrantes a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al VIH/SIDA, haciendo especial hincapié en las condiciones de las mujeres migrantes indocumentadas. Para ello, los conceptos

vulnerabilidad y contextos de vulnerabilidad se utilizan en este trabajo como marco para comprender la relación entre migración y VIH/SIDA. Siguiendo algunas investigaciones realizadas en México y en Centroamérica, se caracteriza aquí el proceso migratorio de las mujeres indocumentadas hacia los Estados Unidos.

MIGRACIÓN Y CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

La forma de analizar y comprender la transmisión y la puesta en práctica de acciones para prevenir el SIDA está relacionada con la manera de comprender el problema. Al inicio de la epidemia, tanto la distribución como la diseminación del VIH/SIDA se explicaban utilizando el concepto de *grupos de riesgo*. Tales grupos estaban integrados por personas con alguna característica común (negros, homosexuales, haitianos) y que se consideraban portadores del riesgo de transmisión y de presentar la enfermedad (Aggleton y Parker, 2003). Esta manera de visualizar el problema llevaba a la exclusión del grupo como el remedio para erradicar el riesgo de diseminación del VIH en la población general, lo cual iba obviamente en detrimento de todos los integrantes del supuesto grupo de riesgo. La movilización social de grupos organizados en el marco de una lucha contra el estigma y la discriminación social llevó a desarrollar y a adoptar el concepto más exacto de *comportamientos de riesgo*, en el cual el riesgo, más que a grupos, se asocia a prácticas específicas; son los comportamientos individuales los que explican la diseminación del VIH/SIDA, y los que deben evitarse para poner límites a la infección. Las características de los grupos dejan de ser cuestionadas y se profundiza entonces en una orientación individual para tratar de *modificar* el comportamiento, y tal estrategia se convierte en la medida central de los programas para prevenir la transmi-

* Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Dirigir correspondencia a: rleyva@insp.mx



sión del virus. Estos elementos dejan de lado las condiciones concretas en las cuales o por las que ocurren dichos comportamientos, es decir, las condiciones en las que se presenta el riesgo: esto es, las *relaciones e interacciones* sociales que determinan la exposición a contingencias y estrés. La indefensión o falta de medios para afrontar las contingencias y el estrés, y la dificultad para hacerlo sin sufrir daños, son lo que Delor y Hubert (2000) denominan *vulnerabilidad*.

El concepto de *vulnerabilidad social* se ha empleado para comprender la relativa desprotección en que puede estar un grupo de personas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, minorías sexuales) frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, todo en razón de sus menores recursos económicos, sociales y legales (Cáceres, 1999). En este sentido, la vulnerabilidad frente al SIDA equivale a aquella porción de los factores de riesgo para infectarse por VIH o para su diseminación que son casi inmodificables por parte del individuo; tal fenómeno se conoce como “fracción estructural del riesgo” (Cáceres, 1999, p. 222).

Los *contextos de vulnerabilidad* representan configuraciones socioculturales que se presentan como resultado de las interacciones entre los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud en determinadas situaciones, en este caso su posición y acción ante los migrantes y el VIH/SIDA en las comunidades de origen, tránsito o destino. Así, los contextos de vulnerabilidad están determinados por los cambios en las relaciones entre los diferentes actores sociales.

La distinción entre *riesgo* y *vulnerabilidad* está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad sociales y exige respuestas en la estructura social y política.

En el caso de las poblaciones móviles, los factores sociales y económicos que definen sus situaciones de riesgo tienen poco que ver con factores individuales. Se trata de situaciones de riesgo en contextos de riesgo a los que están expuestas estas poblaciones vulnerables. Entre los migrantes hay dos grupos que concentran elementos que incrementan su vulnerabilidad: las mujeres y los niños indocumentados o no autorizados.

MUJERES MIGRANTES INDOCUMENTADAS Y VULNERABILIDAD ANTE EL VIH/SIDA

En los países centroamericanos y en el sur de México, las mujeres migran sobre todo por razones laborales, en busca de mejoras económicas que no se pueden satisfacer en sus lugares de origen (Caballero García, Dreser Mansilla, Leyva Flores, Bronfman Pertzovsky, 2002). En estos escenarios de búsqueda de alternativas, la condición biológica específica de las mujeres, con un riesgo tres o cuatro veces mayor de infectarse con el VIH que los hombres, se potencia frente al hecho de que sea socialmente aceptado que las mujeres jóvenes se relacionen con hombres de mayor edad que presentan tasas de prevalencia de VIH/SIDA mayores respecto de los grupos más jóvenes, y en las que las relaciones de género desiguales constituyen el principal obstáculo para negociar el uso del condón (Herrera y Campero, 2002). En estos contextos, pedir que las mujeres migrantes indocumentadas se hagan responsables de su salud es añadir un elemento de culpabilidad individual ante situaciones estructurales que están fuera de su capacidad de respuesta (Liguori, 1999). Algunas evidencias, producto de investigaciones científicas, comienzan a aportar datos de la relación de vulnerabilidad social ante el VIH/SIDA asociada a la movilidad y a movimientos migratorios, donde la mujer se encuentra en situación de desventaja tanto por su condición de migrante indocumentada como de mujer compañera del migrante que se queda en la comunidad de origen.

En el nivel global, de acuerdo con publicaciones de ONUSIDA (2002), se indica que a finales del 2001 había 37.1 millones de adultos viviendo con VIH, de los cuales casi la mitad eran mujeres (18.5 millones). Además, en los países llamados subdesarrollados vive 95% de las personas con VIH, y en todos ellos la epidemia se ha concentrado en las poblaciones más marginadas socialmente, en la periferia de las grandes ciudades y en las zonas rurales. En el África subsahariana, las mujeres representan 55% de las personas con VIH; en América Latina, 25%; en el Caribe, 35%, y en Europa y los Estados Unidos constituyen 20%. En México, según Herrera y Campero (2002), en los estados más pobres y con una alta emigración de población masculina, como en las zonas fronterizas del sur de la República por ejemplo, por cada mujer hay tres hombres con VIH/SIDA, cuando la proporción nacional es de seis a una.



Se ha identificado que socialmente existe la creencia de que las mujeres que deciden migrar “están dispuestas a todo”; esta situación se agudiza si se reconoce que en el contexto migratorio centroamericano la mayoría de los que migran son varones. Las mujeres migrantes indocumentadas en tránsito hacia el lugar de destino llegan a representar hasta 25% del total del grupo de migrantes (Caballero García, Dreser Mansilla, Leyva Flores, Bronfman Pertzovsky, 2002). En estas condiciones, la mujer puede ser objeto de acoso y violaciones sexuales en casi cualquier punto del trayecto; pero aunque no suceda alguno de estos percances, la mujer no deja de estar consciente de su situación de vulnerabilidad. En este contexto, cobran sentido las redes de apoyo en dos vías: entre los migrantes y para los migrantes.

Por una parte, los migrantes se apoyan entre sí formando grupos ya desde el lugar de origen o a lo largo del trayecto. La mujer migrante indocumentada se inserta en estos grupos mayoritariamente conformados por varones buscando, esencialmente, su protección. Dentro del grupo, las mujeres se integran y aceptan realizar todo lo relacionado cultural y socialmente con las mujeres, es decir, las tareas del cuidado de los demás y los quehaceres domésticos, como el lavar la ropa del grupo o cocinar, que en ocasiones sirve como pago de su integración al grupo. A veces las mujeres sirven como moneda de cambio a un

grupo de varones ante las autoridades interfronterizas, quienes tienen relaciones sexuales con ellas a cambio de que pase todo el grupo. En muchas ocasiones el sexo se convierte para la mujer en el único recurso que tiene para negociar y asegurarse su sobrevivencia y seguridad dentro del grupo. Así, la mujer es vista por los mismos migrantes como una persona disponible para cualquier tipo de servicios, pero principalmente para tener relaciones sexuales, y en determinados casos hasta para prostituirse.

Por otra parte, existen personas y organizaciones sociales que apoyan al migrante en su trayecto, que van desde los integrantes de la familia, los transportistas y los llamados coyotes. Estas redes pueden ser un factor positivo que apoya la migración y las posibilidades de conseguir llegar al lugar de destino. Sin embargo, lo que se entiende por apoyo debe matizarse cuando se habla de las redes conformadas por coyotes, que constituyen un entramado complejo de intereses económicos y políticos. Es frecuente que el apoyo que brindan tenga un alto costo económico, y muchas veces las condiciones de traslado, alimenticias y de descanso son pésimas. Para algunos migrantes, contratar a un coyote representa la única posibilidad para pasar del otro lado, pero se trata de una posibilidad sin garantías reales de éxito. Este individuo, en algunos casos, puede convertirse en alguien que manipule la relación y la situación, y deja de ser una ayuda para los migrantes y se convierte en un extorsionador. Las mujeres son en todos los casos las personas más vulnerables tanto entre el grupo de migrantes como con los coyotes. Éstos son algunos de los personajes con los que ellas establecen prácticas de “sexo transaccional”, a cambio de un servicio. En otras ocasiones, la mujer se ofrece a cambio de “ser pasada del otro lado”. Otras de las mujeres mantienen relaciones sexuales con cualquiera de estos personajes a cambio de comida o albergue. Es lo que denominamos “sexo de sobrevivencia”, en el que es patente una clara relación de asimetría que pone a la mujer en una posición de auténtica vulnerabilidad. Las relaciones sexuales como forma de supervivencia pueden convertirse en algunos casos y en algunos momentos

en ocasión para insertarse en el trabajo sexual comercial.

Entre las comunidades de paso, las mujeres migrantes indocumentadas son asociadas a “ser una mujer de la vida fácil”; no encuentran redes sociales de apoyo entre los miembros de la comunidad. Son vistas como las “que quitan maridos” o, si no, como una alta competencia para las mujeres de la comunidad.

En este contexto complejo la mujer migrante indocumentada es vista como dispuesta y a la vez *disponible* para tener relaciones sexuales. Su imagen se asocia también con el VIH/SIDA, lo que provoca rechazo y estigmatización. Hay que destacar aquí que en estas situaciones y vivencias destaca la escasa o nula posibilidad que tienen las mujeres migrantes para negociar, al menos, el tener relaciones sexuales con protección.

LA MUJER COMPAÑERA DEL MIGRANTE: “LAS QUE SE QUEDAN”

El fenómeno migratorio tiene varias consecuencias sociales. Una de ellas —quizá la más inmediata— es el cambio en las relaciones dentro de los grupos familiares en los lugares de origen; pero también tiene efectos en los periodos o fases de retorno y reintegración de los migrantes a su localidad de origen y a sus núcleos familiares. Estos procesos de ida y vuelta, expulsión y retorno, contribuyen a modificar las relaciones interpersonales y sociales; mientras unas relaciones se debilitan, otras pueden resultar fortalecidas. La mayor parte de los migrantes son varones jóvenes, algunos de los cuales tienen pareja en la comunidad de origen; todo este entorno se modifica como consecuencia del proceso migratorio. Por una parte, las mujeres casadas o unidas “que se quedan”, tienen que reajustar sus relaciones familiares y comunitarias a su nuevo contexto de mujeres solas. Por otra parte, en otro momento del proceso, el retorno del compañero constituye un verdadero reto para el reacomodo de papeles y la recomposición de redes en la familia y también en la comunidad.

Diversos estudios han contribuido a generar testimonios verídicos de los cam-

Referencias bibliográficas

- Aggleton, P, y Parker, R (2003), “HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action”, *Social Science and Medicine*, 57 (1): 13-24.
- Bronfman, M, y Minello, N (1995), “Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH”, en Bronfman, Amuchástegui, Martina, Rivas, Rodríguez, *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*, México, Colectivo Sol, A. C., 1999.
- Bronfman Pertzovsky, M (1992), “Hábitos sexuales de migrantes mexicanos a EEUU y prácticas de riesgo para la infección por VIH”, *III Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud Pública*.
- Caballero García, M, Dreser Mansilla, A, Leyva Flores, R, y Bronfman Pertzovsky, M (2002), “Migración, mujer y VIH/SIDA en Centroamérica y México”, *VII Congreso Nacional sobre SIDA e ITS 2002*, Veracruz.
- Cáceres, F C (1999), “Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”, en Izazola (ed.), *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*, México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Delor, F, y Hubert, M (2000), “Revisiting the concept of ‘vulnerability’”, *Social Science and Medicine*, 50: 1557-1570.
- Fairchild, A L, y Tynan, E A (1994), “Policies of containment: immigration in the era of AIDS”, *American Journal of Public Health*, 84 (12): 2011-2022.

Referencias bibliográficas

Herrera, C, y Campero, L (2002), "La vulnerabilidad de invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema", *Salud Pública de México*, 44 (6): 554-564.

Liguori, A L (1999), "Las mujeres y el SIDA en México", en *México diverso y desigual. Enfoques sociodemográficos*, Beatriz Figueroa Campos (coord.), México, El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 31-37.

Lozano-Ascencio, F (2002), *La migración mexicana, su historia e impacto. Las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe*, 65, mayo-agosto. Secretaría Permanente del SELA. <http://sela.sela.org/> (fecha de consulta: 4 de noviembre del 2002).

Magis-Rodríguez, C A, del Río Zolezzi, A, Valdespino Gómez, J L, y García García, M L (1995), "Casos de SIDA en el área rural de México", *Salud Pública de México*, 37 (6): 615-623.

Mann, J (1996), "Las tribus del SIDA y los efectos civilizatorios de la solidaridad", *Letra S, La Jornada*, 8 de agosto, México.

Muñiz Martelón, M, Báez Villaseñor, J, Del Río Chiriboga, C, Guzmán, J, y Figueroa, R (1996), "Mexican migrant HIV issues: problems and strategies", *XI Conferencia Internacional sobre SIDA*, Vancouver.

Oviedo-Arce, J (1997), "Prácticas de riesgo en una comunidad de trabajadores agrícolas mexicanos en la costa noreste de los Estados Unidos de América", *VI Congreso Nacional sobre SIDA*, México.

bios en los comportamientos sexuales de los migrantes en los lugares de destino (Bronfman, 1992) y las potenciales consecuencias de contagiar la infección a la pareja en la comunidad de origen; este fenómeno se conoce como la ruralización y la feminización del SIDA en México. Algunas cifras pueden contribuir a evidenciar tal proceso: 25% de los casos rurales de SIDA reportados hasta julio de 1994 tenían antecedentes de migración temporal a los Estados Unidos, frente a 6.1% de los casos urbanos, y 21.3% de los casos femeninos estaban distribuidos en áreas rurales, frente a 14.4% en zonas urbanas (Magis Rodríguez *et al.*, 1995). Tal distribución del VIH/SIDA, asociada al proceso migratorio de trabajadores hacia los Estados Unidos, se puede explicar por los cambios en las condiciones de vida de los migrantes y por la adopción de prácticas sexuales de riesgo. Estos cambios colocan a sus compañeras sexuales en los lugares de destino y de origen en mayor riesgo de infección por ITS/VIH/SIDA (Bronfman y Minello, 1995).

Oviedo-Arce (1997), en un estudio sobre prácticas de riesgo de trabajadores agrícolas mexicanos en los Estados Unidos, mostró que, en su mayoría, quienes tenían pareja estable en sus comunidades de origen, tenían conocimiento sobre la transmisión del SIDA y sobre las formas de prevención, pero se negaban a utilizar condón. Además, se ha documentado la relación entre experiencia migratoria y el VIH/SIDA en las regiones de México con migración frecuente hacia los Estados Unidos (Muñiz Martelón, Báez Villaseñor, Del Río Chiriboga, Guzmán Figueroa, 1996).

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Si bien la vulnerabilidad social es un producto de relaciones sociales desiguales, su expresión e impacto en determinados grupos puede ser regulada o amortiguada por la intervención de diversos factores que pueden cambiar la forma y el contenido de las interacciones entre la población. En el caso de los migrantes, la forma y la intensidad de las interacciones con la población local, tanto en las comunidades de destino como en las de tránsito local, puede contribuir a disminuir su riesgo frente a determinados problemas de salud, como los de ITS/VIH/SIDA. Conocer y comprender cuáles son las características socioeconómicas y culturales de las poblaciones locales y cuáles sus actitudes ante los migrantes y ante problemas como el VIH/SIDA podría contribuir a diseñar intervenciones para favorecer un cambio en las relaciones que lleven a conformar contextos de menor riesgo para la diseminación del VIH/SIDA entre la población migrante y la local.

Por otra parte, habrá que considerar la influencia de los actores clave en la difusión de información, en la conformación de la opinión y en la toma de posición ante el VIH/SIDA y la migración, como aspectos relevantes que sin duda alguna pueden ayudar a reducir de manera efectiva la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. Generar estrategias para producir información útil para la toma de decisiones de estos actores representa uno de los retos más urgentes en el combate al VIH/SIDA.

El tema del control del SIDA desde una perspectiva de la vulnerabilidad social incluye la perspectiva de género como eje para definir estrategias que busquen incrementar la capacidad de respuesta de los individuos y de los grupos sociales para hacer frente a situaciones de riesgo relacionadas con los contextos sociales en los cuales se presentan interacciones sociales en condiciones de desventaja.

El objetivo principal de este trabajo es analizar el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas de acuerdo con dos indicadores del empoderamiento femenino: el poder de decisión de las mujeres y su autonomía. Para ello revisamos brevemente el significado del empoderamiento femenino y luego presentamos un análisis de regresión que aborda las relaciones entre estas variables según los datos aportados por una encuesta mexicana.

¿QUÉ ES EL EMPODERAMIENTO FEMENINO?

En la más reciente discusión sobre empoderamiento femenino se plantea como PODER *el acceso y control sobre los recursos materiales, intelectuales e ideológicos* y por EMPODERAMIENTO *el proceso de desafío a las relaciones de poder existentes y la ganancia de control sobre las fuentes de poder* (Batliwala, 1994).

La noción de empoderamiento de la mujer presupone que en todas las sociedades los hombres controlan a las mujeres (Mason, 2003), y dicho control se fundamenta en los sistemas de valores y normas imperantes en cada sociedad; así, el empoderamiento de las mujeres plantea la necesidad de modificar los valores y estructuras que han contribuido a preservar durante años la subordinación femenina (Naciones Unidas, 2002). En general, sin pretender dar una definición exhaustiva del término, el empoderamiento de la mujer se refiere a que ella adquiere un mayor control sobre su propia vida, su cuerpo y su entorno; tal proceso abarca diversos aspectos, como la libertad de movimiento y de acción (autonomía), la participación femenina en los procesos de toma de decisiones (poder de decisión), el acceso y el control de recursos económicos, la ausencia de violencia contra ella, el acceso a la información y la igualdad jurídica (Kishor, 2000; Oxaal y Baden, 1997).

El empoderamiento femenino ha probado ser un factor central para el logro de numerosas metas demográficas y socialmente deseables, como el acrecentamiento del control de las mujeres sobre sus propias vidas, el mejoramiento de la salud de la mujer y de sus hijos y la reducción de la fecundidad en diversos países (Riley, 1997; Jejeebhoy, 1995; Caldwell y Caldwell, 1993; Mason, 1993; Das Gupta, 1990). Es importante, sin embargo, señalar que, aunque pueden observarse diversos procesos y resultados deseables por lo regular asociados al empoderamiento femenino en varias regiones del mundo, no pueden entenderse dichos procesos como las metas o la justificación última del empoderamiento femenino. En sí mismo, éste constituye una meta valiosa, en tanto que dota a las mujeres de conocimientos y capacidades a las que tradicionalmente, y con base simplemente en razones de género, tenían un acceso limitado o nulo.

En el caso particular de las relaciones entre el empoderamiento femenino y el uso de anticonceptivos, estudios previos en otros países han documentado una relación positiva (Kishor, 1995; Kishor, 2000; Kritz *et al.*, 2000; Mason, 1999). Sin embargo, en el caso mexicano ésta es todavía una relación no explorada.

EL PODER DE DECISIÓN Y LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES MEXICANAS

Los datos utilizados en este trabajo provienen de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 (Enaplaf 95). El análisis que se hace aquí se refiere exclusivamente a las mujeres casadas encuestadas en nueve entidades prioritarias: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Para examinar el papel del poder de decisión de las mujeres y de su autonomía

* Este artículo es una versión abreviada de un trabajo más extenso titulado "Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferencia hacen el poder y la autonomía femenina?", publicado en *Papeles de Población*.

respecto al uso de anticonceptivos en el contexto mexicano, identificamos en primer lugar a aquellas mujeres que están —potencialmente— en la necesidad de usar anticonceptivos, y a continuación estimamos la probabilidad que tenían ellas de utilizar algún método anticonceptivo y los efectos de los indicadores de empoderamiento femenino sobre tal probabilidad.

Como indicador del poder de decisión de la mujer nos referimos al papel que ella tiene en los procesos de toma de decisiones familiares. La Enaplaf 95 incluye cinco preguntas respecto a quién en la pareja (el esposo, la mujer o ambos) toma las decisiones respecto a:

- 1 Cuántos hijos tener
- 2 Cómo criarlos
- 3 Qué gastos cotidianos realizar
- 4 Qué familiares o amigos visitar
- 5 Cuándo tener relaciones sexuales

Para estas preguntas las respuestas posibles eran: *él, ella o ambos*.

Integramos en un solo indicador la información sobre el poder de decisión de las mujeres en estos cinco aspectos de la vida familiar: un índice de poder de decisión, que se obtiene de la sumatoria de las respuestas de cada mujer a estas cinco preguntas. Para ello asumimos que cada categoría de respuesta representaba un distinto nivel de poder de la mujer, y asignamos el valor 1 cuando sólo el esposo toma la decisión, 2 cuando la decisión es tomada por ambos y 3 cuando la decisión es tomada sólo por la mujer. Los valores de este índice van de 5 a 15, y su consistencia queda avalada por un valor de alfa de Cronbach de 0.78. La mayoría de las mujeres en la muestra obtuvo un valor de 10 en este índice, que representa un valor intermedio de poder de decisión, siendo este valor resultado directo de que la mayor parte de las mujeres señalaron tomar todas las decisiones de manera conjunta con el marido (véase cuadro 1).

Respecto de la autonomía de las mujeres, entendida como la libertad de movimiento de ellas, la Enaplaf 95 incluye nueve preguntas referidas a si la mujer pide o no permiso al esposo para realizar distintas actividades: salir sola, salir con los hijos, hacer gastos cotidianos, visitar amigas, visitar familiares, trabajar, estudiar, usar anticonceptivos y participar en actividades comunitarias o sociales. Las posibles respuestas eran sí o no. De manera similar a como construimos el índice de poder de decisión, con estas nueve preguntas consideramos un índice aditivo de la autonomía de las mujeres. Para ello asignamos un valor de 0 cuando la respuesta era que sí pedía permiso y un valor 1 si no pedía permiso, en el supuesto de que aquellas mujeres que no requieren el permiso de sus esposos para realizar una actividad dada son autónomas en esa área, mientras que las que piden permiso no lo son.

Cuadro 1

Distribución de las mujeres en el índice de poder de decisión		
Valor	Porcentaje acumulado	Porcentaje
5	5.0	5.0
6	1.9	6.9
7	4.1	11.0
8	7.2	18.1
9	12.8	30.9
10	53.4	84.3
11	9.7	94.1
12	3.6	97.6
13	1.5	99.1
14	0.5	99.6
15	0.4	100.0
Total	100.0	

Los valores del índice de autonomía van de 0 a 9; y el valor 9 se asigna a los casos de mujeres que no piden permiso para ninguna de las nueve actividades listadas. Este índice posee también un alto grado de cohesividad, con un valor de Cronbach de 0.77. La distribución de las mujeres en este índice evidencia que, en general, las mujeres de esta muestra tienen un desempeño bastante pobre en términos de autonomía (véase cuadro 2). Como se puede observar, 45.3% de las mujeres dieron un valor de 0 en este índice, y dos tercios de ellas obtuvieron un valor de 3 o menos.

Cuadro 2

Distribución de las mujeres en el índice de autonomía		
Valor	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	45.32	45.32
1	8.88	54.20
2	6.80	61.00
3	6.01	67.01
4	4.75	71.76
5	4.78	76.54
6	4.58	81.11
7	3.18	84.29
8	3.07	87.36
9	12.64	100.0
Total	100.0	

DEFINIENDO LA NECESIDAD POTENCIAL DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES

El uso de anticonceptivos por sí solo no implica un beneficio para las mujeres. Los beneficios están en función directa de la necesidad que se tenga de usarlos. Es decir, las consideraciones en torno al uso (o no) de métodos anticonceptivos son significativas siempre y cuando se hagan en términos de la población que tiene necesidad de ellos (Kishor, 2000; Westoff y Ochoa, 1991; Boulier, 1984; Bongaarts, 1994).

¿Cuáles mujeres se pueden considerar como necesitadas de anticoncepción? Los criterios para clasificar a las mujeres en dicha situación son su fecundidad actual, sus deseos respecto de su reproducción futura y el momento en que se desea tener un (u otro) hijo (véanse Kishor, 2000; Westoff y Ochoa, 1991). Entre las mujeres que no están actualmente embarazadas o amenorreicas, las que no desean otro hijo (o están indecisas), y las que desean un hijo pero desean esperar al menos dos años, son consideradas en necesidad de anticoncepción. Las mujeres que desean un hijo dentro de los próximos dos años no se considera que tengan necesidad de anticoncepción. En el caso de las mujeres embarazadas, su necesidad potencial de anticoncepción se definió en función de su deseo de tener más hijos después del que actualmente esperan. Finalmente, en el caso de las mujeres amenorreicas, su situación potencial fue determinada por la intencionalidad (o no) del último embarazo. Las mujeres infértiles y menopáusicas se asumen como sin necesidad de anticoncepción y fueron excluidas del análisis de regresión. La figura 1 resume todos estos criterios. De nuestra muestra original de 7 010 mujeres casadas en las nueve entidades consideradas, 5 281 estarían en necesidad potencial de utilizar anticonceptivos (y se identifican en la figura 1 por los recuadros grises).

PODER DE DECISIÓN, AUTONOMÍA Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: NECESIDAD SATISFECHA

Entre las mujeres que tienen necesidad de anticoncepción, las que actualmente están utilizando algún método han satisfecho esa necesidad, pero aquellas en necesidad potencial que no usan ningún método tendrían insatisfecha tal necesidad (Kishor, 2000).

El cuadro 3 presenta los resultados para establecer la probabilidad de las mujeres de utilizar actualmente algún método anticonceptivo, y la relación de su autonomía y poder de

Figura 1

Mujeres en necesidad potencial de anticoncepción

decisión con dicha posibilidad. Como puede verse, los indicadores de ambos índices muestran un efecto positivo y significativo, lo que incrementa las probabilidades de que las mujeres utilicen anticonceptivos. El efecto del índice de poder de decisión muestra una reducción en su nivel de significancia cuando es simultáneamente incorporado el índice de autonomía (modelo 4 contra modelo 2). Por tanto, se revisó la significancia de la interacción entre los dos índices, pero ésta no resultó significativa.

Cuadro 3

Modelos de regresión logit: uso de anticonceptivos				
Variable dependiente: uso de anticonceptivos				
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
VARIABLES DE CONTROL				
Edad de la mujer				
Menos de 25	0.6401***	0.6484***	0.6682***	0.6710
25-34 (ref.)				
35-44	1.1845	1.1844	1.153	1.1562
45 o más	0.8665	0.8654	0.8193	0.8228
Años de escolaridad de la mujer				
Ninguno	0.7431**	0.7378**	0.7657*	0.7553**
1-3 (ref.)				
4-6	1.3260**	1.2956**	1.2948**	1.2713*
7 o más	1.9327***	1.8421***	1.7681***	1.7149***
Años de escolaridad del esposo				
Ninguno	0.9629	1.0013	0.9582	0.9939
1-3 (ref.)				
4-6	1.2234*	1.2111*	1.2029*	1.1985
7 o más	1.4332**	1.4024**	1.3389**	1.3281*
Esposo aprueba anticoncepción				
Número de hijos	0.9935	0.9934	0.9976	0.9973
Años de unión	1.0336***	1.0330***	1.0337***	1.0331***
Trabajo extradoméstico de la mujer	1.1566	1.1413	1.0964	1.0897
Residencia urbana	1.7929***	1.7826***	1.6353***	1.6377***
VARIABLES EXPLICATIVAS				
Índice de poder de decisión		1.0698**		1.0479*
Índice de autonomía			1.0836***	1.0769***
N	5 140	5 123	5 140	5 123
Df	14	15	15	16
-2LL	-2 736.76	-2 721.99	-2 720.28	-2 708.59
Diferencia en -2LL respecto del modelo 1	-	14.77***	16.48***	28.17***
Diferencia en -2LL respecto del modelo 4	28.17***	13.4***	11.69***	-

Los resultados también indican que las mujeres menores de 25 años tendrían una razón de probabilidad de usar anticonceptivos 33% menor a la correspondiente a mujeres entre 25 y 34 años de edad (categoría de referencia). Los años de escolaridad de la mujer también ejercen un efecto positivo altamente significativo: las mujeres con siete o más años de escolaridad muestran una razón de probabilidad de usar anticonceptivos 71% mayor que la correspondiente a mujeres que tienen entre uno y tres años de educación (modelo 4). La educación del esposo también resulta significativa en los casos en que el esposo tiene siete años de educación o más. Una escolaridad de cuatro a seis años del esposo es significativa también, pero pierde significancia estadística al ser incorporados al modelo los indicadores de empoderamiento de la mujer (modelo 4).

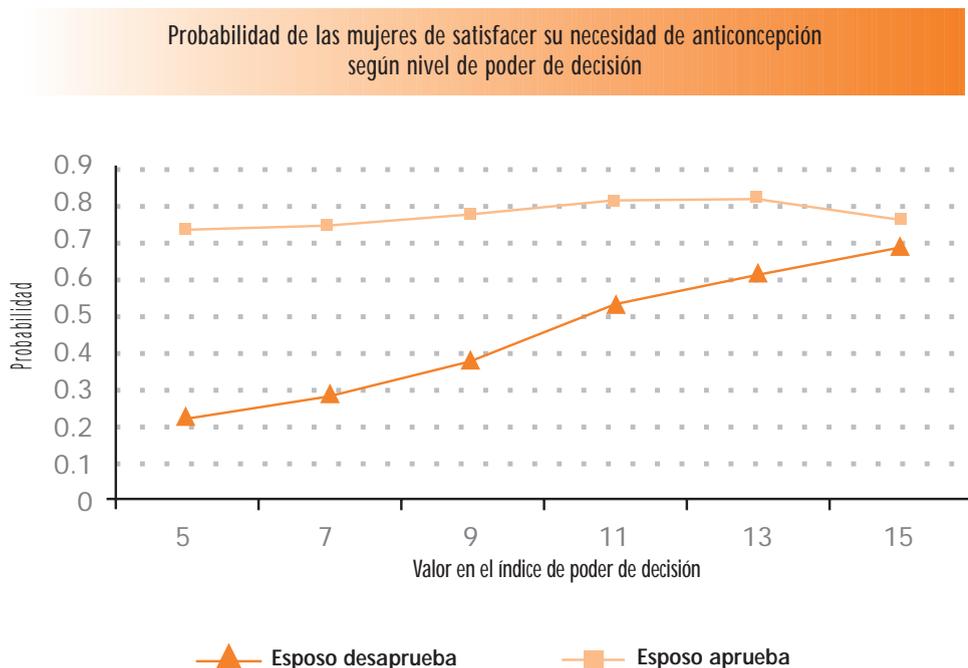
El uso actual de anticonceptivos por parte de las mujeres no parece estar influido por el número de hijos, sino más bien por los años de unión. Por otra parte, las mujeres urbanas tendrían una razón de probabilidades 64% mayor que las mujeres rurales de usar anticonceptivos.

Finalmente, el más poderoso efecto encontrado corresponde al indicador de si el esposo está o no de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. Esta variable se presenta como la más significativa de las incluidas en los modelos de regresión: aquellas mujeres cuyos esposos están de acuerdo con el uso de anticonceptivos tienen una razón de probabilidades de usar anticonceptivos cinco veces mayor a la de aquellas mujeres cuyos esposos no están de acuerdo. No obstante, el efecto de la actitud del esposo respecto a los anticonceptivos sobre su uso por parte de la mujer varía en función de los niveles de poder de decisión y de autonomía de las mujeres, tal y como lo sugiere el hecho de que ambas interacciones sean significativas. Cuando el esposo no está de acuerdo con los anticonceptivos pero la mujer tiene alta autonomía y poder de decisión, la probabilidad de que ella pueda satisfacer su necesidad de anticoncepción aumenta significativamente, como lo ilustra la gráfica 1.

CONCLUSIÓN

Nuestro análisis confirma que el empoderamiento femenino se asocia positiva y significativamente con el uso de anticonceptivos entre las mujeres de las nueve entidades mexicanas incluidas.

Gráfica 1



Referencias bibliográficas

- Batliwala, S (1994), "The meaning of women's empowerment: new concepts from action", en Sen, Adrienne, Lincoln, *Population Policies Reconsidered*, Cambridge, Harvard University Press.
- Bongaarts, J (1994), "Population policy options in the developing world", *Science*, 263: 771-776.
- Boulier, B (1984), Evaluating unmet need for contraception: estimates for thirty six developing countries, World Bank Staff Working Papers 678, Washington, D. C.
- Caldwell, J C, y Caldwell, P (1993), "Women's position and child mortality and morbidity in less developed countries", en Federici, Mason y Sogner (eds.), *Women's position and demographic change*, Oxford, Clarendon Press, pp. 122-139.
- Das Gupta, M (1990), "Death clustering, mothers' education and the determinants of child mortality in rural Punjab, India", *Population Studies*, 44: 489-505.
- Jejeebhoy, S J (1995), *Women's education, autonomy, and reproductive behaviour: experience from developing countries*, Oxford, Clarendon Press, 306 pp.
- Kishor, S (1995), *Autonomy and Egyptian Women: Findings from the 1988 Egypt demographic and Health Survey*, Calverton, Maryland, Macro International.

Para aquellas mujeres en necesidad de anticoncepción, ambos indicadores de empoderamiento femenino influyen sobre la probabilidad de usar actualmente algún método anticonceptivo, siendo el efecto de la autonomía femenina ligeramente más firme. Además, en el análisis efectuado, otra variable incluida como variable de control, la posición del esposo respecto al uso de métodos anticonceptivos, surge como factor que ejerce un efecto bastante determinante en las probabilidades de que la mujer los use. Sin embargo, el efecto de esta variable es sustancialmente matizado por los niveles de autonomía y poder de decisión de las mujeres, reduciéndose el efecto de la actitud del esposo frente a la anticoncepción en aquellas mujeres que tienen altos niveles de autonomía y poder de decisión.

Referencias bibliográficas

Kishor, S (2000), Women's contraceptive use in Egypt: What do direct measures of empowerment tell us?, ponencia presentada en la reunión anual de Population Association of America-2000, Los Ángeles, California.

Kritz, M, Makinwa P, y Gurak D T (2000), "Wife's empowerment and fertility in Nigeria: the role of context", en Presser y Sen (eds.), *Women's Empowerment and Demographic Processes*, Nueva York, Oxford University Press.

Mason, K O (2003), Women's empowerment and social context: results from five Asian countries, ponencia preparada para el Workshop on Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives, World Bank, Washington, D. C., 4-5 de febrero de 2003.

Mason, K O (1993), "The impact of women's position on demographic change during the course of development", en Federici, Mason y Sogner (eds.), *Women's Position and Demographic Change*, Nueva York, Oxford University Press.

Mason, K O, y Smith, H L (1999), Female autonomy and fertility in five Asian countries, ponencia presentada en la reunión anual de Population Association of America 1999, Nueva York.

Naciones Unidas (2002), *Redressing 'power equation' between women and men, eradicating women's poverty*, Commission on Status of Women, Press Release.

Oxaal, Z, y Baden, S (1997), Gender and empowerment: definitions, approaches and implications for policy, reporte núm. 40, Institute of Development Studies, Brighton, U K.

Riley, N (1997), "Gender, power and population change", *Population Bulletin*, 52, 1º de mayo de 1997, Washington, D. C., Population Reference Bureau.

Westoff, C, y Ochoa, L H (1991), *Unmet Need and the Demand for Family Planning*, Demographic and Health Surveys Comparative Studies 5, Institute for Resource Development/Macro International.

En conclusión, podemos confirmar para el caso mexicano que la adquisición de poder de decisión y de autonomía por parte de las mujeres es una vía importante en el logro de importantes metas demográficas, en este caso la adopción de métodos anticonceptivos. Por otra parte, se ve claro que el empoderamiento femenino dota a la mujer de mayor capacidad de negociar con su pareja decisiones que se traducen directamente en su bienestar personal y el de su familia. Ello resulta particularmente relevante en contextos como el nuestro, en el que prevalecen importantes asimetrías entre géneros, que colocan en una situación de subordinación y desventaja a la mujer —sus ideas y sus necesidades— en la vida familiar y de pareja. Sin lugar a dudas, la adquisición e incremento en el poder de decisión y de autonomía femenina es una manera de consolidar el ejercicio de los derechos propios.

Contigo es posible

ALTO

una de cada cinco mujeres en México vive violencia de pareja

Tenemos derecho a una vida sin violencia

25 de noviembre de 2003
Día Internacional por la No Violencia contra las Mujeres

www.salud.gob.mx
www.mujierysalud.gob.mx

60 años de servir a México 1943 - 2003

Salud

Poniendo a México al día y a la vanguardia

INTRODUCCIÓN

La problemática de la violencia sexual y de género en Ciudad Juárez, agudizada particularmente desde 1993, ha deteriorado la calidad de vida y de salud de las mujeres y sus familias. Tal deterioro se debe a que no han existido políticas públicas que atiendan sus necesidades y sus condiciones de vida y de trabajo. La industria maquiladora de exportación instalada en esta frontera desde los sesenta, no se ha preocupado por crear la infraestructura que se requiere para procurarles un nivel de vida decoroso a las trabajadoras.²

En este artículo se exponen algunos de los resultados de una investigación exploratoria realizada en 1999 sobre la percepción del riesgo de un grupo de 17 mujeres de Ciudad Juárez, Chihuahua, que podrían agruparse en cuatro sectores según sus áreas de actividad: trabajadoras de la maquila, mujeres universitarias (estudiantes y trabajadoras), amas de casa y trabajadoras de la economía informal. Los criterios de selección fueron: mujeres que vivían en el oriente y el poniente de la ciudad, dos de las zonas más pobres con graves carencias económicas, educativas, culturales y de servicios, además de los riesgos por inseguridad en los traslados y en el transporte que utilizan.

Las edades de las mujeres del grupo variaron entre los 15 y los 48 años de edad, aunque la mayoría se ubicó entre los 20 y los 24 años. Fueron nueve las obreras de la industria maquiladora de exportación que pertenecían a este grupo. Dos de ellas tenían además otro trabajo, eran madres y todas trabajaban horas extras. En este artículo nos centramos en las percepciones de riesgo que tienen las trabajadoras de la maquila, aunque las opiniones de ellas no difieren de las demás entrevistadas.

El análisis se aborda desde una perspectiva social que comprende el riesgo y la vulnerabilidad en que viven las trabajadoras. Se retoma aquí el concepto de riesgo propuesto por Niklas Luhmann, esto es, aquello que “alarma a la sociedad”. El riesgo implica la toma de decisiones para tratar de eliminar los peligros o ser doblemente afectado si llegan a tomarse “decisiones riesgosas”.³

Desde este enfoque técnico se analiza el riesgo potencial en la percepción del grupo de trabajadoras; sus dinámicas grupales confluyeron en discutir los niveles micro y macro de sus condiciones de vida. La *vulnerabilidad*, por su parte, tiene que ver con heridas,

* Maestra en Ciencias Sociales.

** Profesora-investigadora del CIESAS.

¹ Los resultados que se presentan en este artículo corresponden al trabajo de tesis de licenciatura en sociología realizada por Mirna Ajo en 1999, dirigido por Alfredo Limas, del Instituto de Ciencias Sociales y Administración de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Estos resultados fueron retomados por las autoras para ser descritos desde la perspectiva de análisis de la investigación que realiza actualmente Patricia Ravelo, titulada “Protesta social y acciones colectivas en torno de la violencia sexual y de género en la frontera Ciudad Juárez, Chihuahua/El Paso, Texas”, financiada por el Conacyt y auspiciada por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

² Las maquiladoras de exportación “son empresas de capital nacional o extranjero que, allegadas a la normatividad oficial, dirigen su producción hacia la exportación y cuyas actividades están normadas por el Decreto de Fomento y Operación de Industria Maquiladora de Exportación, publicado el 22 de diciembre de 1989 (Sánchez, S, *Del nuevo sindicalismo maquilador en la ciudad de Chihuahua. Un ensayo sobre el poder entre la nueva clase obrera*, México, CIESAS, 2000: 90).

³ Luhmann, N, *Sociología del riesgo*, México, Universidad Iberoamericana, 1992.

⁴ Llamamos así a estos grupos porque se constituían una especie de colectivo reunido para discutir sobre problemáticas comunes a partir de alguna pregunta o temática que sirviera como detonante para la reflexión y el análisis grupal.

⁵ De acuerdo con el censo del 2000 el total de la población en el municipio de Juárez era de 1 218 817 habitantes, siendo 50.28% mujeres y 49.72% hombres. La población de cinco años y más de residentes provenientes de otros lugares en el municipio desde 1995 era de 862 890, poco más de la mitad de la población (INEGI, SCINCE, 2000).

⁶ *Historia y perspectivas de la industria maquiladora*, Comité de Estadísticas de la AMAC, 2002.

⁷ Según datos del Centro de Información Económica y Social del Gobierno del Estado, en septiembre de 2002, 58.1% de la población gana escasos cinco salarios mínimos, en una zona muy cara.

⁸ La población en extrema pobreza aumentó poco más del doble en los últimos dos últimos años debido al desempleo en la industria maquiladora de exportación, aseguró el director de Fomento Social en la Zona Norte, Cuauhtémoc Reyes Castro, quien dio a conocer que en el 2001 había 85 000 habitantes en marginación y a la fecha el número subió a 200 000 (*Diario Digital* 2002, 19 de agosto de 2003).

⁹ Al respecto véase el *Diagnóstico situacional de la salud en Ciudad Juárez, Chihuahua, México*, elaborado por E. Suárez y cols. en 1997, con proyecciones para el 2000.

¹⁰ INEGI, 2000. Las principales maquiladoras en Ciudad Juárez se dedican al ensamble de partes automotrices, eléctricas y electrónicas, así como a la costura, entre otras. Las que destacan son: Delphi Automotive Systems, Eagle Ottawa, Siemens, Surgikos, Termocontrol de Juárez, ADC de Juárez, Kenwood Electronic's, RCA Componentes, Thomson Televisiones de México, Honeywell Optoelectrónica, etc. (AMAC, 2003, *Industria maquiladora*, Ciudad Juárez, Chihuahua).

¹¹ Los homicidios relacionados con el narcotráfico o con el crimen organizado, según la información del Departamento de Homicidios de la Procuraduría de Justicia del Estado, de 1995 a principios de 2002, constituyen cerca de 15% (249 casos). No estamos considerando en estas muertes violentas los suicidios, las lesiones autoinfligidas ni los accidentes, sino únicamente los homicidios.

¹² Véanse Carrillo, J, y Hernández, A, *Mujeres fronterizas en la industria maquiladora*, Centro de

lesiones, debilidad, impotencia, miedo y victimización, entre otras, esto es, todo lo que implica esta condición permanente de exposición al riesgo.

La perspectiva metodológica fue cualitativa y consistió en trabajar con grupos de discusión formados por las 17 mujeres, cuya participación fue variable, aunque la constante fue de 8 a 10 trabajadoras por grupo.⁴

CONTEXTO FRONTERIZO, CONDICIONES DE VIDA, TRABAJO Y SALUD

Esta frontera se caracteriza por tener una alta población de inmigrantes⁵ y una amplia actividad del narcotráfico. Las condiciones geográfico-urbanas en que viven estas trabajadoras se caracterizan por estar ubicadas en colonias populares, con callejones oscuros en su mayoría. Proliferan zonas con suelo accidentado cuyo tránsito resulta difícil. Los servicios urbanos en estas zonas, compuestas por 140 colonias, son insuficientes: No hay servicios básicos como luz, agua, drenaje, pavimentación ni transporte, por mencionar los más importantes.

Aunque no contamos con información precisa de la industria maquiladora de exportación en el año en que se realizó este trabajo, es importante resaltar que durante los años 2000 y 2001 existían ya 10 parques industriales con 316 maquiladoras. Se empleaba ahí a casi 265 000 trabajadores, hombres y mujeres, cuya proporción es bastante cercana: casi 60% es población femenina y 40% es masculina. Durante el primer trimestre del 2002 disminuyó el registro de empleados a 220 000 por el cierre de maquiladoras y el recorte de personal que se produjo desde el año 2001, cuando se perdieron 45 000 empleos en esta rama.⁶

La pobreza es la condición de vida más común para la mayoría de los habitantes de esta frontera, quienes apenas ganan lo necesario para sobrevivir.⁷ Actualmente los sectores empobrecidos han aumentado en 135%.⁸ No existen programas de educación y de cultura ni los servicios educativos necesarios. Esta población tampoco cuenta con programas de salud ni con servicios médicos eficientes. La desnutrición, las adicciones y en general las enferme-

dades de la pobreza forman un cuadro característico de problemas de salud entre los pobladores, mujeres y hombres, aunque entre ellos los perfiles de morbimortalidad son diferentes.⁹ Las trabajadoras de la maquila en esta ciudad representan 51% del total de trabajadores inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).¹⁰

Los crímenes contra mujeres y hombres en Ciudad Juárez se han incrementado desde la década pasada. De 1993 a la fecha van poco más de 300 mujeres asesinadas. Varias de estas muertes se deben a la violencia sexual y de género. Cabe mencionar que en los años ochenta no eran tan evidentes los secuestros, la tortura y los asesinatos hacia estas mujeres, como ocurre desde los noventa. En el caso de los hombres, las muertes violentas ascienden a más de 1 600 en los últimos siete años. Se cree que varios de estos crímenes están asociados directamente con el narcotráfico.¹¹

La mayoría de los estudios sobre las maquiladoras se han centrado en las condiciones de vida y de trabajo; en los problemas de salud reproductiva; en el desgaste prematuro que provocan las actividades propias de esta industria, así como en algunos procesos de lucha sindical, pero no hay investigaciones específicas sobre la problemática del deterioro de la salud, las muertes por violencia, el hostigamiento sexual y la dinámica social que provoca esta situación.¹² Por ello nos parece importante considerar dentro de la problemática de salud otros factores que no corresponden al orden de lo estrictamente médico, como las enfermedades comunes, las enfermedades laborales o las relacionadas con la maternidad. Creemos que estas obreras se exponen cotidianamente a factores de riesgo sociales, que sufren cada día grandes cargas de estrés y de cansancio por la triple jornada de trabajo (doméstica, productiva y comunitaria), pero principalmente en situaciones de miedo e inseguridad. Los factores enumerados son captados en este trabajo como *percepciones de riesgo* del grupo de mujeres consultadas.

Los riesgos de trabajo son muchos y la salud está expuesta porque en el establecimiento laboral el ambiente no es ade-

cuado: hay mucho polvo, ruido, calor, la iluminación es deficiente y el trabajo es repetitivo.¹³

A las difíciles condiciones laborales de las obreras de Ciudad Juárez se suma otra carga adicional: la dificultad de acceso al lugar de trabajo, ya que para poder llegar los trabajadores y trabajadoras recorren extensas zonas inseguras, como ya mencionamos. Aquí interesa destacar que, pese a que existe el servicio de transporte de personal en las maquiladoras, se presenta una constante exposición al peligro cuando se les “va el camión”. Por ejemplo, pierden mucho tiempo entre esperar una “rutera”¹⁴ y la otra (la espera puede tardar de una hora a hora y media entre algunas “corridas”), pues no hay suficientes camiones.

Existe evidencia de que en los tiempos de espera de transporte han desaparecido varias trabajadoras. También, la espera provoca que, en ocasiones, muchas de las trabajadoras lleguen tarde a sus tareas, lo que las afecta en los bonos que reciben por productividad, puntualidad y asistencia, y hasta en la conservación de su vida, como fue el caso de Claudia Ivette González, de 20 años, desaparecida el 10 de octubre de 2001 y encontrada sin vida en noviembre de 2002, junto con otros siete cuerpos. Ella era obrera de la planta 173 de Lear Corporation. El día que desapareció la empresa la había regresado a su casa por llegar dos minutos tarde.

J. Carrillo y A. Hernández, en una investigación de 1983, ya daban cuenta de las pésimas condiciones de trabajo en que las obreras exponían su salud, pero éstas no han variado sustancialmente. La percepción de las mujeres en este contexto, como veremos, no puede ser otra que la del terror ante el riesgo diario de no sobrevivir, ya que algunas trabajadoras de la maquila han sido asesinadas en estas condiciones.¹⁵ Podría mencionarse a propósito la crítica de Fernández acerca de la concepción que se tiene de las mujeres y que aparece recurrentemente en el discurso oficial: “Se imagina a las víctimas como mujeres jóvenes atractivas, histéricas, que salen solas de noche, se visiten provocativamente; se lo buscan porque en el fondo les gusta y lo desean”.¹⁶ En

Ciudad Juárez el anterior discurso oficial ha sido reiterativo, principalmente en los noventa: cuando se han encontrado los cuerpos de las mujeres asesinadas, las autoridades en turno tacharon el asunto como casos de mujeres con doble vida o de mujeres locas.

Estas declaraciones de la autoridad se asemejan al caso de Malasia que relatan J. Carrillo y A. Hernández (1985), en el que las obreras, por la rotación de turnos, la constante presión y las condiciones de exposición al riesgo, comenzaron a temblar, a llorar y a dar de gritos porque “vieron fantasmas”; el asunto fue tachado como un caso de *histeria colectiva* y llamaron a un brujo para que exorcizara la fábrica y ahuyentara a “los espíritus”. Las trabajadoras en Ciudad Juárez experimentan una situación similar, como mencionaron ellas, “Sabemos que salimos pero no sabemos si vamos a regresar”. Podría ser que las autoridades locales insistan en que el riesgo palmario que corren las mujeres es obra de su imaginación. No obstante, para muchas de las mujeres de Ciudad Juárez pensar en la posibilidad de ser secuestradas, violadas y asesinadas, las coloca en una situación emocional que mina su salud física y mental.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y CONSTRUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD

En un primer acercamiento, las trabajadoras expresaron sus opiniones con respecto a la violencia sexual contra las mujeres en la ciudad. Aludían ellas claramente a la impunidad, refiriéndola como la falta de castigo a los agresores. Ellas se sentían discriminadas en los distintos ámbitos donde participaban, y tenían la percepción de una agresión sexual cotidiana.

Al iniciarse el trabajo con los grupos de discusión, existía indiferencia ante los crímenes ocurridos en la ciudad hasta ese momento.¹⁷ Creían que no les habían afectado de manera directa, por lo que no se sentían en riesgo ni vulnerables. Fue durante el desarrollo del mismo trabajo de discusión cuando las mujeres se fueron identificando con los diferentes riesgos y mostraron interés en analizarlos y participaron activamente contando sus experiencias.

Estudios Fronterizos del Norte de México, SEP, col. Frontera, 1985; Iglesias, N, *La flor más bella de la maquiladora*, Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México, 1985; Arenal, S, *Sangre joven, las maquiladoras por dentro*, México, Nuestro Tiempo, 1986; Denman, C, *Indicadores de salud enfermedad, el caso de riesgo reproductivo*, en Menéndez y García del Alba (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social, aportes sobre antropología médica en México*, Universidad de Guadalajara, CIESAS, 1992; Márquez, M, y Romero, J, “El desgaste de las obreras de la maquila eléctrico-electrónica”, en *Salud Problema*, 14, UAM-X, 1988; Ravelo, P, “Perspectivas teórico metodológicas para el estudio de la salud de las obreras de las maquiladoras de Chihuahua”, en Ortiz, S (coord.), *La medicina tradicional en el norte de México*, INAH, col. Científica, serie Antropología Física, 1999: 351-363.

¹³ Ravelo, P, “Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud de las obreras de las maquiladoras de Chihuahua”, en Ortiz, S (coord.), *La medicina tradicional en el norte de México*, INAH, col. Científica, serie Antropología Física, 1999: 351-363.

¹⁴ Término popular que designa a las unidades de transporte colectivo.

¹⁵ De acuerdo con la información con que contamos hasta abril de 2002, la ocupación que tenían 30 de las mujeres asesinadas identificadas eran obreras de la maquila (de un total de 279).

¹⁶ Fernández, A M (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva*, México, Paidós, 1993.

¹⁷ Los datos oficiales eran de 140 mujeres asesinadas hasta 1999, mientras que extraoficialmente se hablaba de 210. Según la información que nos proporcionó la Fiscalía Especial de Homicidios contra Mujeres en junio de 2002, de 279 crímenes de enero de 1993 a abril de 2002, 76 mujeres fueron asesinadas por homicidas múltiples y 203 por homicidas cuyos móviles eran los siguientes: robo, narcotráfico, riña y venganza, aunque curiosamente aparecen también como móviles el pasional y el sexual, los cuales corresponderían a la categoría de crímenes sexuales y de género.

Los hallazgos muestran que las condiciones de las trabajadoras de la maquila en particular, así como las pertenecientes a los otros sectores, coinciden, pues cotidianamente se enfrentan a diversos factores de riesgo (véase cuadro 1).

Cuando se discutió este concepto en los grupos de trabajo, en sus reflexiones las mujeres tomaron conciencia de que habían vivido en carne propia el riesgo y eran vulnerables, especialmente las trabajadoras jóvenes. Las trabajadoras de mayor edad, aunque se sentían vulnerables, manifestaron que su mayor preocupación eran sus hijos sobre todo las hijas, ya que las consideraban en constante peligro por la zona donde vivían, los trayectos que tenían que recorrer, las malas condiciones urbanas, etcétera.

En las sesiones de discusión, las participantes consideraron que una de las formas de violencia contra las mujeres (en algunos casos se remitían a experiencias propias) eran los secuestros a mano armada o los intentos de secuestro. Algunas otras manifestaron experiencias desagradables en torno al abuso y al acoso sexual por parte de personas de la maquila, de vecinos de su barrio o incluso de su familia.

Otros momentos de riesgo percibidos fueron las horas de entrada y salida de las maquiladoras, principalmente en la mañana y en la noche, pues los horarios en que operan las fábricas van de las 5:00 a.m. a las 10:00 p.m. Las trabajadoras se sienten en peligro, pues recorren los caminos hacia su trabajo y su casa en la madrugada cuando aún priva la oscuridad, o de noche. Entre sus preocupaciones está el temor que sienten por la manera de conducir de los choferes del transporte de personal, ya que constantemente jugaban “carreras” entre ellos y sobre todo porque a menudo tratan de “ganarle” al tren; de hecho, ya se han dado casos de accidentes, tal como se reporta en la prensa local; todos estos incidentes contribuyen a aumentar su sensación de vivir en peligro y de estar amenazadas.

Las obreras manifestaron que había lugares que les producían una sensación de riesgo, como el centro de la ciudad, en donde se llevan a cabo los trasbordos del transporte colectivo, lugar en el que más frecuentemente se reportan desapariciones

de mujeres que más tarde aparecen asesinadas. A esta zona la consideran riesgosa por ser un lugar con “gente rara” y “demente”, según sus palabras. Cabe recordar que la zona donde vive la mayoría de estas mujeres es el poniente de la ciudad, por lo que para llegar a sus lugares de trabajo, escuela o establecimientos comerciales e instituciones gubernamentales o para ir al otro lado de la ciudad, deben trasladarse primero al centro para realizar los trasbordos necesarios en el transporte colectivo, ya que no hay transportes directos.

La circunstancia en que las mujeres percibían el peligro o el riesgo y en la cual creen que existe mayor vulnerabilidad, era cuando se encontraban solas, ya que la mayoría de los intentos de secuestros, los propios o los ajenos, se habían dado cuando las víctimas se encontraban solas; este fenómeno se ha repetido en la mayoría de los casos en que los secuestros consumados anteceden al hallazgo de cadáveres. Incluso acompañadas por hombres las mujeres no se libran de la exposición al riesgo, al menos dentro de sus percepciones: “Me siento en riesgo todo el tiempo, desde las siete de la mañana hasta la noche” (Martha); “Yo camino varias cuerdas (la Magnesio, la Gladiola, la Amapola); en estas calles hay picaderos,¹⁸ si me deja la rutería, tengo que atravesar dos calles en Infonavit San Lorenzo, que están muy oscuras” (Claudia).

La percepción del riesgo no es fácil de analizar cuando se vive constantemente en él. Las trabajadoras manifestaron la sensación de peligro en los casos antes descritos y por “ser mujer”, a pesar de que hubieran cambiado de empleo o la trayectoria para llegar a su casa, su vestimenta y sus amistades, ya que consideraban que “No importaba cómo seas, con ser mujer basta” (Olga). De la misma manera, muchas manifestaron una sensación constante de estar vigiladas, ya fuera en las empresas, en las calles, en sus colonias o en sus casas. Aunque no sabemos con certeza si existen cámaras de circuito cerrado en las empresas para vigilar a las trabajadoras, suponemos que deben de existir, como se detectó en una investigación realizada en la industria del vestido en la empresa de corsetería Carnival en la ciudad de México¹⁹ o como se

¹⁸ Lugares popularmente conocidos así porque ahí se iban a “picar” heroína los adictos. Ahora en éstos se consume todo tipo de drogas.

¹⁹ Ravelo, P, *Trabajo, enfermedad y resistencia entre costureras de la ciudad de México. Un estudio acerca de sus representaciones, experiencias y subjetividad*, STyPS, col. Cuadernos de Trabajo, núm. 2.

Cuadro 1

Percepción de peligros y riesgos a los que se enfrentan las mujeres	
Veces en que el tópic apareció en la discusión	
Robos	7
Acoso sexual	6
Ataques y miedo	6
Violaciones	5
Inseguridad pública	3
Homicidios	1

* Elaboración propia basada en la información proporcionada por el grupo, Ciudad Juárez, Chihuahua, 1999.

muestra en el documental de Lourdes Portillo, *Señorita Extraviada* (2001), donde se ve que las trabajadoras son vigiladas por los guardias de seguridad, los cuales han aparecido como los responsables de diseñar los estudios fotográficos y ofrecer catálogos de trabajadoras para traficar con ellas. Falta investigar los anteriores datos más a fondo.

Las trabajadoras también dijeron que aún en su casa y por los vecinos se sentían vigiladas; compartieron experiencias comunes de haber recibido llamadas obscenas en las que quien llamaba sabía su nombre y las describía con la ropa que traían puesta, amedrentándolas y amenazando con atacarlas. Otras circunstancias de peligro que describían las trabajadoras se refieren a la inseguridad imperante en la ciudad. El comentario común en este grupo de discusión era: “Sabemos que salimos, pero no sabemos si vamos a regresar”.

Para estudiar la vulnerabilidad como parte del riesgo, se pusieron al descubierto los peligros que las mujeres en-

frentan. Las trabajadoras comentaron sus experiencias de exposición al peligro por circunstancias parecidas. La noche es un factor importante para sentirse vulnerables, así como la oscuridad. Dice una de ellas: “Me empezó a seguir un tipo raro, era de noche, no había gente de fiar y me dio miedo” (Socorro).

Otro aspecto que suscitó la reflexión de las trabajadoras fue cuando se planteó si su vulnerabilidad se debía a su manera de vestir. Ellas dijeron que cuando estuvieron en peligro de ser secuestradas, nunca fue porque vistieran “provocativamente”. Los intentos de secuestro o de acoso sexual se daban llevando su ropa de trabajo, pantalón de mezclilla y camiseta la mayoría de las veces.

REFLEXIONES FINALES

Las trabajadoras evidenciaron sus estrategias de defensa al cambiar su forma de vestir: ya no usan faldas, ahora usan pantalones, camisetas anchas y tenis para correr si es necesario. Sobre todo las que trabajan de noche usan go-

Cuadro 2

Estrategias para evitar la violencia sexual, por el número de veces que el tema apareció en la discusión	
Estrategias	Veces en que el tema apareció en la discusión
No salir de noche	11
Cambiar la vestimenta	10
Caminar por calles con gente y con luz	10
No salir sola	9
No hablar con desconocidos	6
No salir de la casa	4
No subir a la rutera si va sola y cargar un arma	2

*Elaboración propia basada en la información proporcionada por el grupo, Ciudad Juárez, Chihuahua, 1999.

Nota de los cuadros 1 y 2. En las discusiones grupales se identificaron diversos temas sobre riesgos posibles y estrategias para evitar la violencia sexual. Durante la dinámica grupal, se tomó nota de las veces que determinado tema salió en la discusión en las sesiones. Así, para los temas de riesgo el “robo” apareció siete veces; “acoso sexual”, seis; “ataques y miedo”, seis veces, etc. En el caso de las estrategias, el tema “no salir de noche” apareció 11 veces; el de “cambiar la vestimenta”, 10 veces, igual que el de “caminar por calles con gente y con luz”, etc. La reiteración de temas en una discusión grupal o en una declaración individual es importante para saber de qué modo ese “mundo de vida cotidiano” moldea las percepciones de las personas, en este caso de las mujeres integrantes de los grupos. Las preocupaciones y su percepción se asimilan según una jerarquía imaginaria (véanse los estudios ya clásicos de Shutz y Luckmann [*Las estructuras del mundo de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977], y Garfinkel [*Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, N J, Prentice-Hall, 1967]). Los cuadros 1 y 2, por tanto, no tienen interés estadístico.

²⁰ Devalle, S (comp.), *Poder y cultura de la violencia*, México, El Colegio de México, 2000.

rras y se recogen el cabello; visten chamarras deportivas. Piensan que pueden pasar inadvertidas al masculinizar su vestimenta, lo que les da una sensación de protección y alguna seguridad para trasladarse a su trabajo o a su casa. Las trabajadoras tienen muy claro que pueden utilizar estas y otras estrategias para evitar la violencia sexual, pero no están seguras de que sean siempre efectivas y les salven la vida en caso de estar expuestas. Aun así, ellas crearon estas estrategias como formas de autoprotección del riesgo: cambiaron sus costumbres, como las descritas, no salen de noche, caminan por calles iluminadas y sobre todo con gente. El temor aminoraba si en vez de caminar solas y por calles desoladas, iban acompañadas. Igualmente no hablan con extraños (véase cuadro 2).

Las trabajadoras sugirieron también la posibilidad de mejorar la seguridad policiaca, ya que no confían en las leyes ni en la policía; piensan que el gobierno y sus representantes forman parte de los mismos agresores; también creen que se debería tener una mejor infraestructura pública, mejor alumbrado, más casetas de teléfono, calles pavimentadas, vigilancia por colonias y patrullas haciendo rondines constantemente.

Hablar de la inseguridad en Ciudad Juárez es internarnos en un mundo casi ineludible de impunidad y violencia extrema en el que las mujeres, así como otros sectores marginales, están en constante peligro. Sin embargo, pese a la vulnerabilidad en que viven y sobreviven en este contexto y en esta ciudad, se inscriben en los papeles productivos y sociales que exige el mundo moderno. A pesar de ser trabajadoras, constantemente se enfrentan a robos, a la violación de sus derechos civiles y laborales, dentro y fuera del mundo doméstico; a sufrir intentos de secuestro, acoso sexual y ataques de toda índole. Ellas se acogen a la línea invisible que marca la diferencia entre saber que hay una seguridad de vivir el minuto que sigue o la indiferencia hacia un futuro incierto donde las mujeres mueren en estas condiciones todos los días.

Hablar de violencia en esta frontera es hablar no sólo de hechos violentos, de acciones violentas, sino de actos que ponen en peligro la salud, la calidad de vida y provocan la muerte. Tales hechos están inmersos en sistemas culturales de desigualdad social, de discriminación de género y de clase, de racismo y de sexismo en que los hombres y las mujeres son formados para preservar un orden social injusto.²⁰

Violencia y relaciones de poder en la pareja

Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres (ENVIM)

Francisco Pamplona
Aurora del Río
Blanca Estela López

1. EL PROBLEMA

Este artículo tiene como objetivo presentar algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM),¹ sobre todo los referidos a las relaciones de poder en la pareja y su vinculación con la violencia. El alcance de la encuesta es de orden general y de ella podrán derivarse estudios e investigaciones más profundos, que servirán para diseñar programas de intervención pública en auxilio de las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas. El tema comienza a tener referentes empíricos claros y es cada vez más evidente que se ha convertido en un problema de salud pública.² Es, en todo caso, un problema social de primera magnitud. No obstante que existe acuerdo sobre los componentes que integran la violencia y que los esfuerzos se han dirigido a tratar de precisarlos y medirlos, es significativo que aún no haya consenso para determinar los criterios teóricos que sirvan de base para estructurar metodologías sobre la violencia familiar y, aún más, la de pareja.

En el capítulo “Un mundo feliz: el nuevo contexto político” de su defensa de la sociología,³ Anthony Giddens ha escrito sobre las consecuencias de la pérdida del sentido comunitario debidas al aumento de la autonomía individual y a su aislamiento en valores heterónomos. Concretamente, las instituciones sociales están en crisis y, como ya han señalado otros autores, se han perdido los significados que unen a los seres humanos.⁴ En particular, la familia pasa por una honda crisis en sus fundamentos y el proceso puede observarse no sólo como una “destradicionalización”, sino también como una verdadera “desintegración” de dicha institución. Más aún, los aspectos que socavan la integración familiar no están sólo en la “salida” de las mujeres al mercado laboral o en la “independización” de los hijos y su huida del hogar (fenómeno por lo demás en retroceso, derivado entre otras cosas, de la falta de oportunidades de empleo para los jóvenes), sino en los aspectos oscuros de la vida familiar, como la violencia que se padece en ella; escribe Giddens: “a la luz de la investigación reciente, sabemos que la vida familiar de comienzos de la modernidad tenía un lado oscuro bastante acusado, en el que se incluía el abuso físico y sexual de los hijos y la violencia física que ejercían los maridos contra sus mujeres”.⁵

Ante la incertidumbre del futuro de la familia y las consecuencias de su “destradicionalización” (aumento de la autonomía con pérdida de la solidaridad), Giddens propone dos objetivos para equilibrar la vida familiar, la “responsabilidad” y la “confianza activa”; esta última es “un tipo de confianza que debe conquistarse en vez de derivarse de la posesión de determinadas posiciones sociales o roles de género preestablecidos”.⁶ De hecho, en la perspectiva de este autor, la “confianza activa” podría fomentar la solidaridad, el compromiso de los miembros de la familia y las obligaciones que se derivan de la nueva condición; incluso los divorcios y las separaciones podrían enriquecer, según Giddens, los lazos solidarios entre los miembros de las familias “recombinantes” como las denomina.

La aplicación de este programa social del autor inglés pasa, en países con profundas desigualdades sociales y económicas, por el equilibramiento de las estructuras de poder y por un amplio programa de reconstrucción económica y social en el que se modere la brecha de desigualdad entre grupos, clases y géneros. Además, el fenómeno descrito por Giddens no es privativo de los inicios de la modernidad; la violencia dentro de la familia y contra las mujeres es una realidad actual: los informes e investi-

¹ Entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 se obtuvo, por medio de una entrevista con cuestionario cerrado, una muestra de 26 042 usuarias de los servicios de salud de 15 años o más que acudieron a consulta por cualquier motivo a hospitales y centros de salud de primero y segundo niveles del IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud en las 32 entidades federativas.

² Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Ginebra, 2002. Véase el capítulo 4, pp. 95-131.

³ Giddens, A (2000), *En defensa de la sociología*, Madrid, Alianza Editorial.

⁴ Castoriadis, C (2000), “El ascenso de la insignificancia”, en *Ciudadanos sin brújula*, México, Ediciones Coyoacán, pp. 93-112.

⁵ Giddens, A, *En defensa*., p. 82.

⁶ *Ibidem*.

gaciones sobre el asunto son claros y categóricos. Este lado oscuro de la vida familiar debe ser combatido mediante un incremento de la “confianza activa” y de la responsabilidad de sus miembros, sin duda alguna, pero también con acciones públicas que permitan el cambio de valores y creencias que se enraízan en tradiciones autoritarias y obstaculizadoras de la autonomía de los individuos. La eliminación de papeles (roles) de género que perpetúan la desigualdad es un paso necesario para lograr lo anterior y para ello se requiere desarticular las relaciones de poder entre los sexos.

La teoría en uso sobre los papeles sociales es insuficiente para dar cuenta de las desigualdades y del ejercicio de poder en los sistemas sociales. Los supuestos del “equilibrio de conformidad” en la estructuración y funcionamiento de los papeles son insostenibles. El uso del poder en las relaciones sociales es “desequilibrante” en las expectativas de los papeles a que aspira cada miembro del sistema. Como escribe Norbert Elias: “No es posible desarrollar una teoría sociológica suficiente sin tomar también en consideración el hecho de que existen tipos de interdependencia que impulsan al *ego* y al *alter* a hostilizarse y a matarse”.⁷ El poder no se ejerce en una “situación” sino que se da como proceso; tam-

poco se posee como “cosa”, se expresa como “interdependiente” en las relaciones sociales; es entonces una “figuración”.⁸

2. LA EVIDENCIA

Este artículo analiza algunas de las relaciones de poder en la pareja y su vinculación con el ejercicio de la violencia de los hombres contra las mujeres. La ENVIM captó mediante tres baterías de preguntas (15 ítems en total) diversas opiniones de las mujeres entrevistadas en torno a su papel en la relación con su pareja. Las opiniones se refieren a hechos potenciales en los que las mujeres estarían de acuerdo o no, como la obediencia que le deben a su pareja, o los motivos por los cuales aceptarían una conducta violenta, o las motivaciones para negarse a tener relaciones sexuales.

Es claro que las opiniones vertidas no permiten asegurar que *en la práctica*, la conducta de las interrogadas se sostendría. Las motivaciones de la respuesta, además, podrían estar influenciadas por la circunstancia del momento, o por alguna situación en particular que las entrevistadas estuvieran viviendo. En todo caso, las opiniones reflejan un estado anímico de ellas y en virtud de esto queda traspasada su respuesta. Las opiniones de las mujeres acerca de los papeles de género ¿expresan su condición de estar violentadas?

⁷ Elias, N (1982), *Sociología fundamental*, Barcelona, Gedisa, p. 111.

⁸ *Ibidem*. Una figuración es un proceso que explica el entramado de acciones interdependientes de los actores en las que el poder tiene un papel preponderante como equilibrador de dichas acciones.

Cuadro 1

Usuaris de los servicios de salud públicos que sufrieron algún tipo de violencia en los 12 meses previos a la entrevista									
	Violencia declarada ¹			Violencia estimada ²					
	Total	Sí	No	% renglón			% columna		
	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No
Sí	1 685	1 609	76	100.0	95.5	4.5	6.7	30.0	0.4
No	19 851	3 587	16 264	100.0	18.1	81.9	79.4	66.8	82.9
Sin pareja	3 455	173	3 282	100.0	5.0	95.0	13.8	3.2	16.7
Total³	24 991	5 369	19 622	100.0	21.5	78.5	100.0	100.0	100.0

¹ Usuaris de los servicios de salud públicos que declararon haber tenido alguna relación violenta en los 12 meses anteriores a la entrevista.

² Usuaris de los servicios de salud públicos que contestaron a una serie de 27 ítems descriptivos sobre la agresión psicológica, física, sexual o económica por su pareja en los 12 meses previos a la entrevista (por ejemplo “¿La ha amenazado con golpearla?”, o “¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar”, o ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?”, o “¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?”).

³ No se obtuvo información suficiente de 1 051 usuaris para el cálculo de la violencia.

¿Existe algún patrón de opinión que establezca la diferencia entre el grupo de mujeres que padece agresión de su pareja y quienes no la viven?

El universo de las respuestas se presenta en el cuadro 1 y en la figura 1. En principio, se destaca la alta prevalencia de la violencia entre las mujeres entrevistadas. En esto se observó una primera diferencia entre declaración y exploración: del total de la muestra, sólo 6.7% declaró padecer violencia de su pareja; sin embargo, al preguntarles sobre hechos de agresión psicológica, física, sexual o económica sufridas, la prevalencia fue de 21.5%.

Es evidente que la segmentación de la violencia en diversos componentes o tipos permite una medición más precisa, porque se prescinde de la percepción primaria de la encuestada y se le lleva a referentes concretos de las agresiones sufridas. La construcción de la prevalencia que tiene la violencia entre las encuestadas expresa también con mayor precisión la importancia que tiene cada tipo, su contribución a la medición total y su distribución particular.

Lo más interesante son las interrelaciones; la figura 1 muestra las intersecciones

Figura 1

Tipos de violencia contra la pareja

La figura no tiene valor matemático; sirve para representar las intersecciones.

entre tres tipos de violencia: la psicológica, la sexual y la física. El alto porcentaje de mujeres que ha padecido los tres tipos de violencia (21.8%), manifiesta el alto grado de riesgo en el que viven; de manera colateral, dicha intersección muestra que el fenómeno se presenta de forma combinada. El total de las intersecciones es de 48.5%. Es notorio asimismo que la violencia psicológica ocupe un lugar relevante en la medición total, debido a las consecuencias emocionales —en ocasiones sumamente destructivas de la integridad de las mujeres— que produce.

La bibliografía sobre violencia en la pareja informa de diversos factores condicionantes para explicar el fenómeno; algunos de ellas son de orden estructural, como la edad y la educación, y otras, situacionales, como la participación en el mercado de trabajo o el estado conyugal. Muchas otras han sido incorporadas en los análisis, según se traten de encontrar asociaciones entre consumo de alcohol o drogas con la violencia, o entre la historia de las agresiones sufridas a lo largo de la vida con las sobrelevadas en el presente, por mencionar dos ejemplos.

Para situar el problema de la violencia en la pareja, se describen algunos datos de las variables estructurales que la condicionan; en los cuadros se desagrega la información entre mujeres que sufrieron violencia en los 12 meses previos a la entrevista y las que no la padecieron.

En el cuadro 2 se presenta la distribución de la violencia en la pareja según la “etapa de la vida” en que se encuentran las mujeres; se ha nominalizado la variable grupo de edad para subrayar el perfil juvenil de las usuarias de los servicios y para visualizar con mayor facilidad el periodo en que están en su ciclo de vida; de las que padecieron violencia, 80% son mujeres jóvenes y las que no la sufrieron, 77.4%; En este último grupo, las adultas mayores tienen un peso ligeramente superior (3.1%).

En cuanto a la escolaridad de las entrevistadas, la encuesta ofrece un perfil bajo; 29% del grupo de las usuarias violentadas y 23.3% del grupo de no violentadas, declararon no tener instrucción o no haber terminado la primaria, mientras que 28.5%

Cuadro 2

Violencia en la pareja según etapa de la vida			
Etapa de la vida	Violencia en la pareja		
	Sí	No	Total
Total de usuarias	5 369	19 622	24 991
Jóvenes	22.1	24.9	24.3
Adultas jóvenes	57.9	52.5	53.7
Adultas	18.3	19.4	19.2
Adultas mayores	1.7	3.1	2.8
No especificado		0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0

Las diferencias entre las cifras para este y los demás cuadros son significativas con $p < 0.001$

Cuadro 3

Violencia en la pareja según nivel de escolaridad alcanzado			
Nivel escolar	Violencia en la pareja		
	Sí	No	Total
Total de usuarias	5 369	19 622	24 991
Sin instrucción	10.2	7.6	8.2
Primaria incompleta	18.8	15.6	16.3
Primaria completa o secundaria incompleta	28.5	26.3	26.7
Secundaria completa o preparatoria incompleta	25.1	27.2	26.8
Preparatoria completa	6.1	7.5	7.2
Algún año de carrera técnica o de normal	7.7	9.4	9.0
Algún año de licenciatura o posgrado	3.2	6.1	5.5
No sabe	0.4	0.3	0.3
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro 4

Violencia en la pareja según tipo de ocupación			
Ocupación	Violencia en la pareja		Total
	Sí	No	
Total de mujeres ocupadas	1 933	6 771	8 704
Empleada u obrera	49.4	59.9	57.6
Jornalera o peón	2.7	1.8	2.0
Patrona o empresaria (contrata trabajadores)	0.4	0.7	0.6
Trabaja por su cuenta	28.6	22.4	23.8
Trabaja en una casa (trabajo doméstico)	13.2	9.7	10.5
Trabaja sin pago en el negocio o predio familiar	3.4	3.2	3.2
Es trabajadora no remunerada (aprendiz)	0.4	0.8	0.7
No responde	1.0	0.9	0.9
No sabe	0.9	0.7	0.7
Total	100.0	100.0	100.0

y 26.3% de los grupos respectivos contestó haber terminado su educación primaria o haber cursado cuando menos un año de educación secundaria. Existe una diferencia pequeña entre las mujeres que estudiaron preparatoria o alguna carrera técnica o comercial. En cuanto a las que estudiaron cuando menos un año de licenciatura o posgrado, la diferencia entre los grupos fue de 2.9% (cuadro 3).

La ENVIM recabó información sobre la ocupación económica de 8 704 usuarias de los servicios de salud; en el

cuadro 4 se presenta la información por tipo de ocupación y situación de violencia.

La mayor diferencia encontrada al comparar los grupos de mujeres que padecieron violencia y las que no, se dio entre quienes hacen trabajo doméstico (13.2% y 9.7% respectivamente) y las que trabajan por su cuenta (28.6% y 22.4%). Se encontró una mayor cantidad de obreras o empleadas entre las mujeres del grupo sin violencia (10.5% de diferencia con el otro grupo).

Cuadro 5

Violencia en la pareja según estado conyugal				
Estado conyugal	Con violencia		Sin violencia	
	Número	%	Número	%
Separada	392	7.3	1 354	6.9
Divorciada	66	1.2	379	1.9
Viuda	67	1.2	418	2.1
Vive con su pareja en unión libre	1 283	23.9	3 404	17.3
Casada*	3 304	61.5	11 286	57.5
Soltera	257	4.8	2 781	14.2
Total	5 369	100.0	19 622	100.0

* Por acuerdo civil y/o religioso.

Cuadro 6

Violencia en la pareja por etapa de la vida según estado conyugal					
Estado conyugal	Violencia	Jóvenes	Adultas jóvenes	Adultas	Adultas mayores
Separada	Sí	23.2	58.7	17.1	1.0
	No	11.5	53.2	31.2	4.1
Divorciada	Sí	4.5	74.2	19.7	1.5
	No	3.4	55.1	36.4	5.0
Viuda**	Sí	10.4	19.4	47.8	22.4
	No	2.9	21.3	50.0	25.8
Vive con su pareja en unión libre	Sí	33.3	56.3	9.8	0.6
	No	37.3	51.9	10.1	0.7
Casada*	Sí	14.8	61.0	22.2	1.9
	No	17.1	58.3	21.4	3.1
Soltera	Sí	66.1	30.4	3.5	
	No	54.3	33.7	10.1	1.9
Total	Sí	22.1	57.9	18.3	1.7
	No	24.9	52.5	19.4	3.1

* Por acuerdo civil y/o religioso.

** Mujeres que se declararon viudas y después son agredidas por su pareja de los 12 meses previos a la entrevista (pareja actual).

Una variable situacional de la mayor importancia es el estado conyugal de las mujeres; la encuesta ofreció resultados interesantes; el más importante es un mayor porcentaje de mujeres agredidas que viven con su pareja en unión libre (23.9%) que en el otro grupo (17.3%). Esta diferencia no se debe, por cierto, a que se haya captado un mayor número de solteras en el grupo de las no violentadas, pues la diferencia, eliminando esta categoría, es prácticamente nula.

Es importante señalar desde ahora, que las diferentes variables de estructura y situacionales se controlaron para saber si las pequeñas diferencias encontradas entre los grupos de usuarias se mantenían o cambiaban de sentido. Las mayores diferencias que se detectaron al controlar

las variables por edad y escolaridad, estuvieron en relación con el estado conyugal. En las celdas sombreadas del cuadro 6 se muestran las relaciones más notorias: una mayor prevalencia de violencia entre mujeres separadas jóvenes (más del doble, 11.7%), viudas jóvenes, con 7.5% y solteras jóvenes, con una diferencia de 11.8%; otra diferencia marcada fue respecto de las adultas jóvenes divorciadas, con la mayor diferencia (19.5%). En el caso de las mujeres adultas, la situación se invierte en las categorías de separadas y divorciadas, con 14.1% y 16.7% respectivamente.

Lo anterior indica, así sea de manera provisional, un patrón situacional de la presencia de violencia por parte de la pareja entre las mujeres entrevistadas; podría suponerse con legitimidad que las más jóvenes que por algún moti-

Cuadro 7

Validez de las escalas de medición implícitas		
Componentes de la relación de poder	Violencia en la pareja	
	Sí	No
<i>Obediencia (escala Likert)</i>		
Índice de fiabilidad de Cronbach estandarizado (α s)	0.7461	0.7513
Ítem 1. Índice de homogeneidad corregido (IHc)	0.6022	0.6400
Ítem 2. Índice de homogeneidad corregido (IHc)	0.6576	0.6825
Ítem 3. Índice de homogeneidad corregido (IHc)	0.4214	0.4560
<i>Sometimiento físico y sexual (escala Guttman)</i>		
Ítems 4-10 Índice de reproductibilidad (CR)	0.9599	0.9759
Ítems 11-15 Índice de reproductibilidad (CR)	0.9829	0.9680

Cuadro 8

Componentes de la relación de poder en la pareja

Componentes de la relación de poder	Violencia	CV % ¹	% respuesta afirmativa ²	Comunalidad % ³
<i>Obediencia</i>				
1. Una buena esposa obedece a su esposo aún si ella no está de acuerdo con él	Sí No	33.9 32.8	25.7 23.2	4.90 3.20
2. El hombre debe mostrar a su esposa o pareja quién es el que manda	Sí No	31.1 29.2	21.1 17.6	5.08 3.61
3. Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aún si ella no quiere	Sí No	24.2 22.5	10.7 8.5	3.87 4.28
<i>Sometimiento físico (en su opinión...)</i>				
4. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si ella no cumple sus quehaceres domésticos a la satisfacción del esposo?	Sí No	12.8 10.1	6.5 4.0	3.38 5.06
5. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si ella lo desobedece?	Sí No	14.6 12.0	8.5 5.7	3.44 4.44
6. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	Sí No	11.0 8.5	4.8 2.9	4.78 3.64
7. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si ella le pregunta si tiene otros compromisos?	Sí No	11.0 8.6	4.8 2.9	5.04 3.98
8. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si él sospecha que ella le es infiel?	Sí No	18.3 15.2	13.1 9.1	2.58 5.41
9. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si él descubre que ella le es infiel?	Sí No	23.2 19.0	21.5 14.3	3.77 5.30
10. ¿Un hombre tendría razón para pegarle a su esposa si ella le falta al respeto?	Sí No	19.0 15.2	14.3 9.2	3.16 4.12
<i>Sometimiento sexual (en su opinión...)</i>				
11. ¿Una mujer casada puede negarse a tener relaciones sexuales con su esposo si ella no lo desea?	Sí No	28.6 25.5	87.6 90.8	4.39 3.36
12. ¿Una mujer casada puede negarse a tener relaciones sexuales con su esposo si él está ebrio?	Sí No	24.4 21.0	91.8 94.2	3.34 3.39
13. ¿Una mujer casada puede negarse a tener relaciones sexuales con su esposo si ella está enferma?	Sí No	19.8 17.3	95.1 96.3	3.17 5.11
14. ¿Una mujer casada puede negarse a tener relaciones sexuales con su esposo si él la maltrata?	Sí No	22.6 19.0	93.2 95.5	3.12 4.86
15. ¿Una mujer casada puede negarse a tener relaciones sexuales con su esposo si él tiene una infección de transmisión sexual?	Sí No	17.7 16.7	95.6 96.4	3.73 2.87

¹ Coeficiente de variación.² Para el caso del componente de obediencia, la cifra se obtuvo de la suma de los ítems “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”; para los otros dos componentes, se presentan las respuestas afirmativas (sí).³ Valor en porcentaje de la comunalidad reproducida; aporte de cada ítem a la varianza explicada (véase cuadro 9).

⁹ El índice más bajo fue en el ítem 3 (“Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aún si ella no quiere”) para ambos grupos. Dicho ítem es interesante porque se agrupa coherentemente con la batería de preguntas en escala Likert y presenta bajos coeficientes de variación y una baja diferencia en las respuestas que están de acuerdo con la afirmación. Además, en el modelo multivariado que se aplicó, expresa el valor factorial menor en toda la medición. Véanse cuadros 8 y 9.

vo quedaron solas por abandono o viudez son más vulnerables a padecer violencia por parte de su pareja y que en la categoría de “adultas jóvenes” el divorcio tenga el mismo papel. En cuanto a las adultas, es plausible un “aprendizaje” en contra de las relaciones violentas y entre las adultas que han estado solas, se da una protección más evidente en contra de ese tipo de relaciones. Sin embargo, persiste la pregunta de si ese patrón estructural-situacional apenas esbozado prevalece en cuanto se introduce el factor del poder en la relación de pareja. Como ya se mencionó, la ENVIM captó las opiniones de las mujeres en cuanto a los papeles de sumisión y obediencia que admitirían tener en su relación.

Como ya se dijo, en la encuesta se incluyeron tres baterías de preguntas —un total de 15 reactivos o ítems— referidas a la obediencia, al sometimiento físico y al sometimiento sexual. La primera batería consta de tres preguntas sobre la *obediencia de la mujer* a su pareja formuladas en una escala de concordancia con cinco opciones, en correspondencia con la afirmación (escala Likert); la segunda se formuló en escala dicotómica (*sí o no*) con la opción de no respuesta y estructurada con siete reactivos (escala Guttman), alrededor del *sometimiento físico*. Finalmente,

se estructuró una batería de preguntas con cinco ítems también en escala dicotómica alrededor del sometimiento sexual (para las denominaciones de los ítems véase el cuadro 8).

En el cuadro 7 se presentan los resultados de un análisis de verificación de la validez de las escalas implícitas en las baterías de las preguntas aplicadas y se encontró en las tres una validez alta y, por tanto, la certidumbre estadística de que lo preguntado corresponde al problema que se quiere medir.⁹

El cuadro 8 muestra que si bien entre las violentadas y las no violentadas existen pequeñas diferencias en cuanto a la proporción de “obedientes”, la tendencia entre ambos grupos es exactamente la misma. En las dos categorías existe mayor aceptación a obedecer a la pareja aún sin estar de acuerdo con ella, en menor grado a que la pareja muestre dominio imperativo y en mucho menor proporción (sólo alrededor de 10% de las mujeres) se sienten obligadas a tener relaciones con su pareja cuando no lo desean. Asimismo, en cuanto a los motivos para rehusarse a tener relaciones sexuales con su pareja también en ambos grupos se observan similitudes. Sin embargo, en el grupo de las no violentadas

Cuadro 9

Peso de los factores que explican la violencia, según componentes de la relación de poder en la pareja

Factores (componentes) que explican los papeles de poder en la pareja	Con violencia (% de la varianza explicada)			Sin violencia (% de la varianza explicada)			
	Primer factor	Segundo factor	Tercer factor	Primer factor	Segundo factor	Tercer factor	Cuarto factor
Sometimiento físico	22.7	—	—	—	14.0	—	—
Sometimiento sexual	—	21.9	—	22.2	—	—	—
Obediencia	—	—	13.1	—	—	13.6	—
Porcentaje de la varianza total explicada	57.7			62.7			
Determinante	0.00444			0.00523			
Prueba de Bartlett (significancia del Chi cuadrado)	0.00000			0.00000			
Prueba KMO	0.83667			0.81064			

NOTA: Los valores de la varianza de los factores, son iguales a la suma de los valores del cuadro 8 en la columna Comunalidad, para cada grupo. El valor del determinante de la matriz de correlaciones es cercano a cero, por lo que el ajuste del modelo es pertinente para el análisis de factores pues existe dependencia lineal entre las variables. La prueba Kaiser-Meyer-Olin se refiere a la adecuación muestral; los valores cercanos a 1 indican la pertinencia de aplicar análisis factorial. La prueba de significancia de Bartlett indica que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos. Para la explicación matemática del análisis factorial pueden consultarse: Johnson, D E, *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*, México, ITP, 2000; Hair, J F, Jr., et al., *Análisis multivariante*, Madrid, Prentice-Hall, 1999; Hope, K, *Methods of multivariate analysis*, Londres, University of London Press, 1968.

el porcentaje de mujeres que aprueban la libertad de rechazar el tenerlas es ligeramente más elevado en todas las situaciones planteadas.

En cuanto a la tolerancia a las agresiones físicas por parte de la pareja, en todos los casos se mantiene el patrón de que las no violentadas admitirían en menor medida tal tipo de agresiones. Llama la atención, sin embargo, que en los ítems relacionados con la fidelidad y el respeto a la pareja las diferencias entre los grupos tienden a ser más claras y la proporción de aceptación aumenta drásticamente aun en las mujeres no violentadas con respecto al resto de los ítems de esta sección. Es decir, en general, una mayor proporción de mujeres declara estar de acuerdo con el uso de la fuerza física en contra de ellas cuando el motivo de la agresión involucra ya sea la infidelidad ya sea la falta de respeto a su pareja; las diferencias para los ítems 8, 9 y 10 son de 4.0%, 7.2% y 5.1%, respectivamente.

Por otra parte, hay consistencia en cuanto a la dispersión de los datos; el coeficiente de variación muestra una variabilidad ligeramente mayor en todos los ítems en el grupo de mujeres que han padecido violencia, lo cual podría indicar un desacuerdo de opinión más marcado en este grupo.

Con objeto de refinar la interpretación de los datos sobre las relaciones de poder en la pareja, se llevó a cabo un análisis multivariado de los 15 reactivos de obediencia y sometimiento. Los reactivos se integraron a un modelo de análisis de factores por grupo de mujeres para saber si existía algún patrón que explicara la variabilidad conjunta de las baterías de preguntas. Los resultados indican claramente un patrón de respuesta en cada uno de los dos grupos de mujeres; un resumen de esos resultados se muestra en la columna final del cuadro 8 y en el cuadro 9.

La columna Comunalidad del cuadro 8 presenta en porcentajes los valores que se obtuvieron con el análisis de factores rotados¹⁰ y se refieren a la matriz reproducida de correlación de los 15 ítems introducidos en el modelo. Estos valores explican la contribución individual de cada ítem a la varianza total del modelo.

Es notorio, en principio, que el orden de los tres factores hallados en el grupo de las mujeres violentadas agrupe de manera consistente cada una de las baterías de preguntas; para este grupo de mujeres existe un patrón de respuesta que refieren como preferente al sometimiento físico (22.7% de la varianza) y en no menor medida al de sometimiento sexual (21.9%); en el grupo de mujeres no violentadas, ese patrón es más disperso; de hecho, el componente de sometimiento físico lo desagrega en dos factores; los valores de los componentes de sometimiento sexual y de obediencia son parecidos en ambos grupos de mujeres.

Por supuesto que estos patrones de respuesta tienen que ver con la dirección preferente del conjunto de las respuestas; al respecto, es claro el rechazo de la mayoría de las mujeres a aceptar papeles de sometimiento y obediencia hacia sus parejas, independientemente de si sufrieron o no violencia durante los 12 meses previos a la entrevista.

3. A MANERA DE CONCLUSIÓN

Cuando se efectúa el análisis de las concomitancias entre los ítems sobre las relaciones de poder en la pareja y algunas de las variables estructurales y situacionales, se aclara el sentido de las respuestas y se modifica nuestra comprensión sobre el problema estudiado. En el cuadro 10 se muestra la relación del ítem 2 y el estado conyugal. Como es notorio, las mujeres casadas, las que viven en unión libre y las solteras que padecen violencia opinan que aceptarían el mando de su pareja, pero sorprende el caso de las divorciadas, separadas y viudas que, no sufriendo violencia, dijeron estar de acuerdo con que su pareja muestre su dominio.

Los resultados son semejantes al relacionar cada uno de los ítems con esta variable situacional y con la de edad o la escolaridad. Una exposición más detallada escapa a los objetivos de este artículo, pero es importante señalar que las opiniones supondrían

¹⁰ Este acercamiento a las comunidades no es frecuente; se presenta así para su mejor comprensión. De hecho, en la explicación matemática de estos valores comunes se establece una analogía con los valores de la correlación múltiple del método de regresión. Véanse, además de los textos citados, el artículo de R. J. Rummel, "Para comprender el análisis factorial", en Simon Schwartzman (comp.), *Técnicas avanzadas en ciencias sociales*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1977, pp. 37-91. En el ensayo de Stephen Jay Gould ("El verdadero error de Cyril Burt. El análisis factorial y la cosificación de la inteligencia") se hace una larga y divertida exposición del origen del análisis factorial y sus usos actuales; el artículo apareció en *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Editorial Crítica, 1997, pp. 238-315.

Referencias bibliográficas

- Bauman, S (2002), *En busca de la política*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U (1998), *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.
- Bordieu, P (2000), *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.
- Buvinic, M, Morrison, A, y Shifter M (1999), "La violencia en las Américas: marco de acción", en A. Morrison y M. Loreto Biehler (eds.), *El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas*, Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo, cap. 1.
- Castelain-Meunier, A (2003), *Padres, madres, hijos*, México, Siglo XXI.
- Castoriadis, A, "El ascenso de la insignificancia", en *Ciudadanos sin brújula*, México, Ediciones Coyoacán, 2000, pp. 93-112.
- Corsi, J (coord.) (1995), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y los modelos de intervención*, Buenos Aires, Paidós.
- Elias, N (1982), *Sociología fundamental*, Barcelona, Gedisa, p. 111.
- Elster, J (1991), *Juicios salomónicos. Las limitaciones de la racionalidad como principio de decisión*, Barcelona, Gedisa.
- Giddens, A (2000), *En defensa de la sociología*, Madrid, Alianza Editorial.
- Jay Gould, S (1997), "El verdadero error de Cyril Burt. El análisis factorial y la cosificación de la inteligencia". Se hace una larga y divertida exposición del origen del análisis factorial y sus usos actuales en *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Editorial Crítica, pp. 238-315.
- Hair, J F, Jr., et al. (1999), *Análisis multivariante*, Madrid, Prentice-Hall.
- Hope, K (1968), *Methods of multivariate analysis*, Londres, University of London Press, 1968.

¹¹ “La estructura de la dominación masculina es el principio último de estas innumerables relaciones de dominación / sumisión singulares, que, diferentes formalmente de acuerdo con la posición en el espacio social de los agentes implicados [...] separan y unen, en cada uno de los universos sociales, a hombres y mujeres, manteniendo de ese modo entre unos y otras la línea de ‘demarcación mágica’ que mencionaba Virginia Wolf” (Bordieu, P [2000], *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, p. 132).

¹² Para una discusión en torno al presente y el futuro de la familia y para los temas abordados en este artículo, véase el libro de Pierre Bordieu y Sygmunt Bauman (*En busca de la política*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002), así como el de Ulrich Beck (*La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós, 1998).

Referencias bibliográficas

INEGI (1999), *Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (Envif), en Hogares*, México, INEGI.

Johnson, D E (2000), *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*, México, ITP.

Lima Malvido, M L (coord.) (1995), *Violencia contra la mujer. Situación de la mujer en México. Aspectos jurídicos y políticos*, México, FNUAP/Conapo.

Olamendi, P (comp.) (1999), *La lucha contra la violencia hacia la mujer*, México, Unifem/Grupo Plural Pro Víctimas.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Ginebra, OMS.

Rummel, R J (1977), “Para comprender el análisis factorial”, en Simon Schwartzman (comp.), *Técnicas avanzadas en ciencias sociales*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, pp. 37-91.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (2003), *Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000)*, 2 tomos, México, SSA.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (2003), *Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer (ENVIM 2003)*, México, SSA.

Secretaría de Salud (2003), *Salud. México 2002. Información para la rendición de cuentas*, México, SSA.

Torres Falcón, M (2001), *La violencia en casa*, México, Paidós.

Unifem (1996), *Memorias: Encuentro continental sobre violencia intrafamiliar*, México, Unifem.

mayoritariamente un relativo desacuerdo o negativa hacia probables conductas agresivas de la pareja, sobre todo entre las casadas y divorciadas adultas y con mayor escolaridad. Si esto constituye o no un “riesgo por opinión” es algo que se necesita estudiar.

La explicación del análisis de los datos presentados en este artículo podría llevar a conclusiones erróneas, en principio porque se podría argumentar que existen elementos para hablar de un “empoderamiento” de opinión y de motivación en el conjunto de las mujeres encuestadas; sin embargo, es necesario aclarar que un análisis estratificado sobre los factores predisponentes de la violencia —observados en la experiencia concreta de las encuestadas— y de sus relaciones con los aspectos estructurales y situacionales seguramente llevaría a encontrar elementos asociados al riesgo: esas mujeres podrían vivir situaciones de violencia aunque opinen que no permitirían asumir papeles de sumisión y obediencia hacia su pareja.

Es importante señalar que los papeles que no estarían dispuestas a asumir no se relacionan claramente con su ubicación dentro de la trama de situaciones que viven, y que los estudios encaminados a percibir la agresividad concreta podrían dar cuenta de los elementos que condicionan la ruta que sigue la violencia, de los diferentes momentos por los que atraviesa y de su gravedad.

La ENVIM permite explorar con profundidad el fenómeno de la violencia de pare-

ja, las situaciones, condicionantes y riesgos asociados a ella. En el caso de la violencia psicológica, las relaciones que se puedan establecer seguramente aclararán su importancia y, por tanto, indicarán cuáles son los posibles caminos para intervenir públicamente en su prevención y control.

Nos referimos aquí a este tipo de violencia, porque, efectivamente, el “lado oscuro” de la familia en la modernidad ha sido la violencia que se padece en ella. Pero no sólo por lo que señala Giddens sobre el abuso físico; más profundo y más inexplorado es el abuso psicológico y los daños que éste produce en la salud mental de miles de mujeres.

La “aceptación de opinión” a desempeñar papeles sumisos y obedientes de muchas de las entrevistadas por la ENVIM, padezcan o no violencia, habla también de su situación emocional al respecto y de que los valores tradicionales de la pareja y de la familia siguen teniendo peso como referentes para vivir.¹¹ No obstante, la dinámica de las relaciones familiares no tendrá en el futuro mediato un contenido totalmente tradicional; los cambios en la estructura social y la introducción de valores alternativos en las familias sigue su curso. Será necesario incrementar —mediante la educación, la comunicación y la movilización— la autonomía de los individuos y la idea de que el fortalecimiento de las redes sociales acrecienta la solidaridad y así se aseguran las libertades y la democracia en todas las instituciones, incluida la familia.¹²

Cuadro 10

El hombre debe mostrar a su esposa o pareja quién es el que manda

Estado conyugal	Violencia	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
Separada	Sí	15.8	6.6	77.6
	No	17.9	7.4	74.7
Divorciada	Sí	1.5	4.5	93.9
	No	11.3	4.0	84.7
Viuda	Sí	29.9	1.5	68.7
	No	31.1	8.1	60.8
Vive con su pareja en unión libre	Sí	23.5	9.0	67.5
	No	20.3	5.8	73.9
Casada*	Sí	21.8	8.3	69.9
	No	18.4	6.5	75.1
Soltera	Sí	10.9	3.9	85.2
	No	9.5	3.8	86.7
Total	Sí	21.1	8.0	70.9
	No	17.6	6.1	76.4

* Por acuerdo civil y/o religioso.

Las mujeres trabajadoras ya son una fuerza productiva de gran importancia para la economía nacional. Su participación en el trabajo formal e informal además de su labor en los espacios domésticos no están valorados en toda su extensión, así como tampoco se reconocen los riesgos a su salud vinculados a su actividad laboral. En esta ocasión presentamos algunas estadísticas de la última década (1992-2002) sobre las condiciones de salud de las mujeres trabajadoras y aseguradas del IMSS.¹ Estos datos se resumen como riesgos de trabajo e incluyen los accidentes de trabajo, los accidentes en trayecto y las enfermedades laborales u ocupacionales.

La incidencia de riesgos de trabajo predomina en los hombres ya que casi 80% de los eventos afectan a los hombres trabajadores, con excepción de los accidentes en trayecto, en los cuales las mujeres contribuyen con 44% (gráfica 1). En la última década se registraron 1 153 831 riesgos de trabajo en las mujeres trabajadoras y la fluctuación en la tasa por cada 100 trabajadoras se ha mantenido en 2%. Los accidentes de trabajo han mostrado un discreto descenso en el periodo, mientras que la incidencia de enfermedades ocupacionales en las mujeres está por debajo del 0.1% (cuadro 1).

Los grupos de edad más afectados por los riesgos de trabajo son las mujeres de 20 a 24 años de edad (19%), seguidas por las de 25 a 29 años (17%) y las de 30 a 34 años (15.2%). Este patrón de riesgos nos muestra el perfil tan joven de la población femenina trabajadora y asegurada. La distribución geográfica de los riesgos de trabajo en las mujeres aseguradas denota también la intensidad de la actividad económica de las regiones del país (cuadro 2).

¹ FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS 1998.
BASE: Mujeres entre 12 y 54 años de edad, casadas o unidas o cuya separación había ocurrido a un año o menos de la entrevista.

Gráfica 1

Peso porcentual de la incidencia de accidentes y enfermedades en el trabajo según sexo, 1992-2002

Cuadro 1

Tasas de riesgos de trabajo en mujeres aseguradas del IMSS, 1992-2002*											
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Accidentes de trabajo	1.6	1.5	1.4	1.2	1	1.1	1.1	1.3	1.4	1.3	1.3
Accidentes en trayecto	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.8	0.8	0.8
Enfermedad laboral	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Riesgos de trabajo	2.3	2.2	2.1	1.8	1.6	1.8	1.8	2	2.2	2.1	2

*Tasa por cada 100.

Cuadro 2

Riesgos de trabajo en mujeres aseguradas del imss por edad y delegación, 1992-2002*

Delegación/ Edad	12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 y más	Total general
Aguascalientes	12	2 151	3 275	2 342	1 937	1 619	1 214	872	457	251	55	18	16	2	14 221
B. C. N.	24	5 665	10 177	8 856	7 562	6 481	4 806	3 075	1 570	752	250	77	35	353	49 683
B. C. S.	4	373	912	974	781	657	482	288	145	76	27	6	1	32	4 758
Campeche		104	328	398	422	396	332	276	166	73	25	13	2	7	2 542
Coahuila	15	4 845	8 563	7 210	6 529	5 803	4 460	2 781	1 468	685	163	54	30	30	42 636
Colima	3	289	651	691	762	716	542	357	178	102	35	10	3	112	4 451
Chiapas	5	97	391	445	520	449	352	277	131	67	19	8	2	229	2 992
Chihuahua	16	5 759	10 153	9 409	8 570	7 756	5 954	3 821	2 166	1 152	361	115	29	155	55 416
Durango	7	1 797	2 624	2 168	2 019	1 768	1 366	898	493	262	58	20	6	6	13 492
Guanajuato	53	4 147	6 047	4 642	3 987	3 645	2 922	1 960	1 244	638	203	62	21	273	29 844
Guerrero	5	394	1 207	1 516	1 558	1 656	1 396	922	518	275	83	25	7	5	9 567
Hidalgo	9	1 137	2 186	1 854	1 716	1 486	994	624	353	182	49	15	5	8	10 618
Jalisco	65	13 439	22 897	18 058	15 679	13 929	10 921	7 381	4 404	2 129	686	171	74	103	109 936
Méx. Oriente	25	7 747	18 508	15 091	13 859	12 531	9 241	5 840	3 324	1 520	506	128	64	74	88 458
Méx. Poniente	8	2 468	5 347	4 693	4 010	3 633	2 846	1 952	1 065	515	191	36	13	9	26 786
Michoacán	12	953	1 878	1 641	1 599	1 580	1 319	996	621	332	99	45	21	29	11 125
Morelos	5	668	2 081	1 837	1 712	1 678	1 329	922	533	224	77	28	5	6	11 105
Nayarit	6	372	811	730	738	738	644	418	208	107	29	5	5	5	4 816
Nuevo León	59	14 498	20 826	15 629	13 702	12 541	9 418	5 836	3 208	1 468	511	130	27	27	97 880
Oaxaca	3	371	1 011	1 024	1 000	918	756	467	282	112	29	11	5	3	5 992
Puebla	38	3 639	6 882	5 991	5 471	5 264	4 018	2 720	1 604	718	235	64	18	23	36 685
Querétaro	7	2 013	3 382	2 698	2 425	2 034	1 391	903	484	245	82	27	10	5	15 706
Quintana Roo	2	344	1 195	1 366	1 143	967	629	369	187	70	31	5	2	4	6 314
San Luis Potosí	8	1 985	3 681	3 148	2 843	2 602	1 988	1 327	827	397	112	34	7	11	18 970
Sinaloa	25	1 635	3 485	3 327	3 153	3 158	2 532	1 798	945	495	111	39	13	1347	22 063
Sonora	15	2 823	6 136	5 256	4 478	3 971	2 841	1 802	936	399	163	47	17	303	29 187
Tabasco	1	152	535	520	429	430	320	269	136	59	15	3	2	27	2 898
Tamaulipas	17	4 832	9 780	8 306	6 863	5 770	4 002	2 695	1 356	653	215	69	20	40	44 618
Tlaxcala	6	650	1 179	800	744	682	494	261	143	48	11	3			5 021
Veracruz Norte	2	769	2 244	2 405	2 388	2 288	1 899	1 408	782	406	133	48	10	24	14 806
Veracruz Sur	3	265	1 027	1 126	1 141	1 119	945	702	381	229	61	15	6	15	7 035
Yucatán	2	808	2 184	1 972	1 776	1 610	1 267	911	521	233	52	14	3	3	11 356
Zacatecas	3	759	1 230	1 074	1 005	856	633	449	281	169	52	13	3	9	6 536
1 Noroeste D. F.	28	5 551	17 503	17 900	15 658	14 046	11 407	7 800	4 932	2 539	951	260	102	81	98 758
2 Noreste D. F.	25	2 606	8 522	8 734	8 788	8 584	6 995	4 935	3 030	1 566	610	179	55	46	54 675
3 Suroeste D. F.	37	4 957	18 430	18 818	16 176	14 250	11 856	8 637	5 717	3 121	1 206	318	123	133	103 779
4 Sureste D. F.	28	5 160	14 655	13 463	12 283	11 217	9 109	6 401	4 021	1 845	629	162	68	65	79 106
Total general	583	106 222	221 923	196 112	175 426	158 828	123 620	83 350	48 817	24 114	8 125	2 277	830	3 604	1 153 831
% por grupo de edad	0.1	9.2	19.2	17	15.2	13.8	10.7	7.2	4.2	2.1	0.7	0.2	0.1	0.3	

*Tasa por cada 100.

Los riesgos de trabajo en la población de mujeres trabajadoras de acuerdo con la actividad económica que desarrollan bajó de 38.6 por cada 100 mujeres aseguradas en 1992 a 20.1 en el 2002. La mayor incidencia de riesgos de trabajo ocurrió en la industria de la transformación, seguida por la de los servicios sociales y comunales y la de los servicios para empresas, la persona y el hogar (cuadro 3).

Cuadro 3

Riesgos de trabajo por actividad económica de las mujeres aseguradas del IMSS, 1992-2002											
1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Industrias de transformación	16.5	14.3	12.9	11.3	10.1	9.8	9	9	9.9	8.7	6.8
Servicios sociales y comunales	8.2	7.9	7.3	6.8	5.5	5	4.4	4.3	4.8	4.4	3.7
Servicios para empresas, personas y el hogar	6.1	6.2	6.3	6.1	5.1	5	4.8	4.7	5.6	5.5	4.9
Comercio	4.9	5.2	5.3	4.5	4	3.7	3.6	3.6	4	4.2	3.7
Transportes y comunicaciones	0.9	0.8	0.8	0.8	0.3	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.5
Industria de la construcción	0.5	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1
Industria eléctrica y capacitación y suministro de agua potable	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Industrias extractivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No identificada	1	0.9	0.8	0.2	0.3	0.5	0.1	0.5	0.3	0.3	0
Total general	38.6	36.3	34.2	31	26.3	25	23	23.2	26	24.3	20.1

Cuadro 4

Tasa de accidentes de trabajo por región anatómica afectada en mujeres aseguradas del IMSS, 1992-2002											
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Muñeca y mano	10	8.8	7.9	7.1	5.9	5.4	5.8	5.7	6.1	5.4	4.3
Miembro superior (excluye muñeca y mano)	4	3.7	3.6	3.1	2.7	2.6	1.2	1.2	1.3	1.3	1.1
Tobillo y pie	2.2	2.2	2.1	1.9	1.6	1.5	1.9	2	2.2	2.0	1.8
Cabeza y cuello (excluye lesión en ojo y sus anexos)	3	2.9	2.8	2.6	2.1	0.5	1	1.1	1.2	1.2	1.1
Miembro inferior (excluye tobillo y pie)	2.6	2.5	2.4	2	1.6	1.5	1.4	1.4	1.5	1.5	1.2
Abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	0.9	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	2.1	2.2	2.2	2.2	1.8
Tórax (incluye lesiones en órganos intratorácicos)	1.7	1.7	1.6	1.5	1.2	1.1	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
Cuerpo en general (incluye lesiones múltiples)	1.3	1.2	1.1	1	0.9	0.8	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5
Ojo (incluye lesiones en ojo y sus anexos)	1.1	0.9	0.9	0.7	0.6	0.5	0.4	0.5	0.4	0.4	0.3
Sin región anatómica	0	0	0	0	0	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1
Total general	26.8	24.7	23.2	20.5	17.1	16	14.7	14.9	15.2	15.2	12.5

Las regiones anatómicas más afectadas por los accidentes de trabajo fueron la mano y la muñeca, que concentran 36% del total de accidentes en el entorno laboral. La tendencia en la década es descendente y sugiere un mayor esfuerzo por parte de los trabajadores y las empresas en favor de la prevención de estos eventos en los escenarios laborales (cuadro 4). Los accidentes de trabajo más frecuentes son las heridas, los traumatismos superficiales, las fracturas y los traumatismos diversos, aunque su ocurrencia entre las mujeres aseguradas muestra un patrón descendente (cuadro 5).

Cuadro 5

Accidentes de trabajo por tipo de lesión en mujeres aseguradas del IMSS, 1992-2002								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Heridas	9.1	8	7.1	6.1	5	4.5	4	3.9
Traumatismos superficiales	6.4	6.1	5.9	5.1	4.2	4	4.3	4.4
Fracturas	4.5	4.4	4.4	4.1	3.5	3.4	3.3	3.5
Traumatismos	2.3	2.1	2	1.7	1.4	1.3	0.6	0.6
Luxaciones, esguinces y desgarres	1.3	1.3	1.2	1.2	1	1	0.9	0.9
Quemaduras	1.3	1.2	1.1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5
Cuerpo extraño	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3
Amputaciones	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1
Intoxicaciones	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Sin tipo de lesión	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7
Total general	26.8	24.7	23.2	20.5	16	16	14.7	14.9

Para mayor información favor de comunicarse con Sonia Fernández Cantón, jefa de la División Técnica de Información Estadística en Salud (dties) de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS: sonia.fernandez@imss.gob.mx

SEGURIDAD SOCIAL

Mujeres aseguradas permanentes ¹ por el IMSS en 1991:	3 221 000
Mujeres aseguradas permanentes ¹ por el IMSS en 2001:	5 506 000
Hombres asegurados permanentes ¹ por el IMSS en 1991:	6 828 000
Hombres asegurados permanentes ¹ por el IMSS en 2001:	9 215 000
Mujeres trabajadoras afiliadas al ISSSTE en 1991:	960 000
Mujeres trabajadoras afiliadas al ISSSTE en 2000:	1 280 000
Hombres trabajadores y pensionados afiliados al ISSSTE en 1991:	1 277 000
Hombres trabajadores afiliados al ISSSTE en 2000:	1 444 000
Rango de edad donde se concentra la mayor cantidad de trabajadores y trabajadoras asegurados en el IMSS:	30-34
Rango de edad donde se concentra la mayor cantidad de asegurados en el ISSSTE:	35-39

RIESGOS DE TRABAJO²

Mujeres aseguradas por riesgos de trabajo en el IMSS en el año 2001:	4.5 millones
Hombres asegurados por riesgos de trabajo en el IMSS en el año 2001:	7.7 millones
Riesgos de trabajo ocurridos a trabajadoras mujeres afiliadas al ISSSTE entre 1994 y 1998 por cada cien afectados:	60
Proporción de incidencia de riesgos de trabajo entre trabajadores hombres afiliados al IMSS en 1991:	7.8
Proporción de incidencia de riesgos de trabajo entre trabajadores hombres afiliados al IMSS en 2001:	4.0
Proporción de incidencia de riesgos de trabajo entre trabajadoras mujeres afiliadas al IMSS en 1991:	4.0
Proporción de incidencia de riesgos de trabajo entre trabajadoras mujeres afiliadas al IMSS en 2001:	2.4

FUENTE: INEGI e Instituto Nacional de las Mujeres, *Mujeres y hombres en México*, 2002 y 2003.

¹ Los asegurados permanentes son los trabajadores registrados ante el IMSS bajo el régimen ordinario, es decir, aquellos cuyo contrato laboral no está sujeto a una obra o tiempo determinados, ni son considerados eventuales. En esta categoría también se incluye a los titulares de los seguros facultativos, que, en su mayoría, son trabajadores independientes y estudiantes universitarios.

² Se incluye alguna enfermedad o accidente de trabajo, así como los accidentes ocurridos durante el traslado de su domicilio al centro de trabajo o viceversa.

NOTIGÉNERO

CONVOCATORIA

El Instituto Nacional de Antropología e Historia, a través de la Dirección de Etnología y Antropología Social, del Seminario Permanente de Estudios de Niños y Adolescentes, y la Secretaría de Salud, a través del Programa Mujer y Salud, convocan a todos los estudiosos e interesados en inscribir sus trabajos de investigación, modelos de intervención o propuestas educativas en la: *X JORNADA ACADÉMICA. Perspectivas: Género, Cultura y Violencia*. Proyectos para población vulnerable
Fecha y lugar: 26 y 27 de noviembre de 2003
Auditorio Fray Andrés de San Miguel,
Ex Convento de El Carmen.
Av. Revolución 4 y 6, esquina Monasterio,
San Ángel, D. F., C. P. 01000

Para mayores informes:

- Lic. Leticia Rojas Guzmán. Subdirectora de Etnología y Antropología Social.
Av. Revolución 4 y 6, esquina Monasterio,
San Ángel, C. P. 01000.
Tels.: 5616 5179; 5616 2058; 5616 0797. Fax: 5616 2073
- M. C. Fernando López Cruz. Subdirector de Normatividad y Asistencia Técnica.
- M. C. María Ivonne Rojas Bravo. Subdirectora de Innovación y Cooperación Técnica.
- Lic. Cecilia Robledo Vera. Subdirectora de Investigación Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud.
Guadalajara 46, 7° piso, colonia Roma, C. P. 06700
Teléfonos: 53 55 97 17, extensiones: 128, 133, 134, 135, 136 y 139; fax: extensión 118. www.mujerysalud.gob.mx

CONFERENCIA

X Conferencia Canadiense de Salud Internacional Ottawa,
Canadá, 26-29 octubre de 2003
<http://www.csih.org/what/conferences2003.html>

El tema de la conferencia este año será: El derecho a la salud: influyendo en la agenda global. ¿Cómo pueden la investigación, la promoción y la acción modelar nuestro futuro? La conferencia busca otorgar un foro a

practicantes, investigadores, educadores, diseñadores de políticas y activistas comunitarios interesados en los temas de salud y desarrollo, en el intercambio de conocimientos y experiencias y en la promoción de acción colaborativa e innovadora.

Para mayor información:

Conference Secretariat. Tel.: 1-613-722-4140 (ext. 222).
Correo electrónico: ccih@ag-cdn.com

CONFERENCIA

V Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género.
16-20 febrero de 2004. Ciudad de México, México.

La conferencia tiene como propósitos impulsar la participación y el reconocimiento de las mujeres en los distintos campos de las ciencias y la tecnología, promover la investigación y crear un espacio académico de

intercambio y debate entre todas aquellas personas del ámbito iberoamericano que trabajen o estén interesadas en temas relacionados con la ciencia y la tecnología desde una perspectiva de género.

Para mayor información:

Tel.: (01 55) 56 23 00 25.

congreso_ciencia_genero@laneta.apc.org

CONGRESO

II Congreso Mundial de Salud Mental de la Mujer
Washington, D.C., Estados Unidos.

<http://www.womenmentalhealth.com/congress/default.htm>

El objetivo de esta conferencia será presentar y discutir conocimiento amplio, actualizado e integrado acerca de

la salud mental de la mujer: La meta complementaria será lograr un incremento en conciencia y educación.

Para mayor información:

International Association for Women's Mental Health.

Tel.: 1-301-983-6282.

Correo electrónico: iawhm@aol.com

www.mujerysalud.gob.mx



60 años
de servir a México
1943 - 2003

Contigo
es posible

