



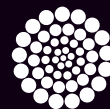
150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

LA MUJER Y LA SALUD EN MÉXICO

Teresa Corona Vázquez
María Elena Medina Mora
Patricia Ostrosky Wegman
Elsa Josefina Sarti Gutiérrez
Patricia Uribe Zúñiga



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA MUJER Y LA SALUD EN MÉXICO



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel[†]

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA MUJER Y LA SALUD EN MÉXICO

Teresa Corona Vázquez
María Elena Medina Mora
Patricia Ostrosky Wegman
Elsa Josefina Sarti Gutiérrez
Patricia Uribe Zúñiga



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2014, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

La mujer y la salud en México, primera edición

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-437-8

Advertencia

Debido a los rápidos avances en las ciencias médicas, el diagnóstico, el tratamiento, el tipo de fármaco, la dosis, etc., deben verificarse en forma individual. El(los) autor(es) y los editores no se responsabilizan de ningún efecto adverso derivado de la aplicación de los conceptos vertidos en esta publicación, la cual queda a criterio exclusivo del lector.



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Dirección editorial

Rocío Cabañas Chávez
Cuidado de la edición

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

LDG Marcela Solís
Diseño y diagramación de interiores

DCG Marco A. M. Nava
Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Editoras

Dra. Teresa Corona Vázquez

Directora General

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas

Académica, Academia Nacional de Medicina

[16, 20]

Dra. María Elena Medina Mora

Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón

de la Fuente Muñiz (INPRFM)

Académica, Academia Nacional de Medicina

[5, 20]

Dra. Patricia Ostrosky Wegman

Directora del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM

Académica, Academia Nacional de Medicina

[9, 20]

Dra. en C. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Secretaria Adjunta, Academia Nacional de Medicina de México

Académica, Academia Nacional de Medicina

[14, 20]

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA,

Secretaría de Salud

[15, 20]

V

Colaboradores

Dra. Guadalupe Alarcón Fuentes

Asesora del Consejo de Salubridad General

Secretaría de Salud

[9]

Dra. Norma Blazquez Graf

Directora

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias

y Humanidades, UNAM

[10]

Dra. Marycarmen Bustos Gamiño

Unidad de Encuestas,

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)

[5]

Dr. Julio C. Campuzano

Investigador titular del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud

(CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

[6]

Dr. Roberto Castro Pérez

Investigador Titular “C” Definitivo, Tiempo Completo
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM
[7]

Dra. Claudia Díaz Olavarrieta

Directora
Population Council-México
[8]

Dra. Paulette Dieterlen

Investigadora del Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM
Consejera de la Comisión Nacional de Bioética
[11]

Dra. María Beatriz Duarte Gómez

Jefa del Departamento del Centro de Investigación en Sistemas de Salud
(CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
[12]

Dra. Clara Fleiz

Investigadora en Ciencias Médicas-Unidad de Encuestas,
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
[5]

Dr. F. Julio Frenk

Decano de la Facultad de Salud Pública
Harvard University, Boston, Estados Unidos
Académico, Academia Nacional de Medicina
[19]

Dr. Héctor Gómez Dantés

Investigador en Ciencias Médicas “D”
Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
[4]

Dr. Octavio Gómez Dantés

Investigador en Ciencias Médicas
Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
[19]

Dra. Mariana González Focke

Investigadora, Fundación Entornos, A.C.
[6]

Dr. Enrique Graue Wiechers

Director de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Académico, Academia Nacional de Medicina
[9]

Dra. Ana Güezmes García

Representante en México de ONU Mujeres,
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género
y el Empoderamiento de las Mujeres
ONU Mujeres, México

[2]

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Secretaria General de la Facultad de Medicina, UNAM
Académica, Academia Nacional de Medicina

[9]

Dra. Martha Hajar

Investigadora del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud
(CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
Investigadora titular, Fundación Entornos, A.C.
Académica, Academia Nacional de Medicina

[6]

Dra. Mercedes Juan López

Secretaria de Salud Federal, México

[Introducción]

Dra. Felicia M. Knaul

Directora de la Iniciativa de Equidad Global
Harvard University, Boston, Estados Unidos
Directora de Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud
Presidenta de Tómatelo a Pecho, A. C.

[19]

Dra. Ana Langer

Directora de la Iniciativa Mujer y Salud, Facultad de Salud Pública,
Harvard University, Boston, Estados Unidos

[19]

Dra. Ma. Asunción Lara

Jefa del Departamento de Modelos de Intervención de la Dirección de
Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)

[17]

Dr. Rafael Lozano A.

Director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS),
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
Académico, Academia Nacional de Medicina

[4]

Dra. Ma. de Lourdes Nieto

Asistente de Investigación, Departamento de Modelos de Intervención
de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)

[17]

Dra. María Luisa Rascón Gasca

Investigadora en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)

[13]

Dra. Tania Real

Investigadora en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
[5]

Lic. Laurent Reyes

Asistente de Investigación
Population Council-México
[8]

Dra. Hortensia Reyes Morales

Investigadora Honoraria
Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
[18]

Dra. Mariana Ríos

Coordinadora de Comunicación e Investigación
Population Council-México
[8]

Dra. Ana Cecilia Rodríguez de Romo

Profesora Investigadora, Departamento de Historia
y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM
Laboratorio de Historia de la Medicina
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Académica, Academia Nacional de Medicina
[1]

Dra. V. Nelly Salgado de Snyder

Investigadora en Ciencias Médicas “F”
Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
[18]

Dra. Zoila Trujillo de los Santos

Especialista en medicina interna y geriatría
Clínica de Geriatría
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas
[16]

Dr. Jorge Villatoro

Coordinador de la Unidad de Encuestas,
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
[5]

Dra. Gina Zabludovsky Kuper

Profesora-Investigadora
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM
[3]

CONTENIDO

Presentación	XV
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Introducción	XVII
<i>Mercedes Juan López</i>	
Sección I: EL CONTEXTO	1
1. Las primeras mujeres en la historia de la medicina mexicana	3
<i>Ana Cecilia Rodríguez de Romo</i>	
<i>Introducción</i>	3
2. Empoderamiento de las mujeres e igualdad de género	15
<i>Ana Güezmes García</i>	
<i>Introducción</i>	15
<i>Derechos humanos y salud de las mujeres</i>	17
<i>El cuidado no remunerado de la salud: el impuesto oculto a las mujeres</i>	21
<i>Reflexiones finales</i>	24
3. La mujer, acceso a recursos y oportunidades	29
<i>Gina Zabłudovsky Kuper</i>	
<i>Introducción</i>	29
<i>El ámbito laboral</i>	30
<i>Los niveles educativos</i>	31
<i>La política, cargos de elección y representación</i>	32
<i>La mujer en los cargos de dirección del sector privado</i>	33
<i>Las empresarias</i>	36
<i>Consideraciones finales</i>	38
4. Carga de la enfermedad de las mujeres en México	45
<i>Rafael Lozano A.</i>	
<i>Héctor Gómez Dantés</i>	
<i>Introducción</i>	45
<i>Material y métodos</i>	46
Resultados	47

<i>Principales causas de AVD en mujeres por grupos de edad, México, 2010</i>	50
<i>Implicaciones para la política de salud</i>	51

Sección II: LOS DETERMINANTES

5. La mujer y las adicciones	59
------------------------------------	----

María Elena Medina Mora
Marycarmen Bustos Gamiño
Jorge Villatoro
Tania Real
Clara Fleiz

<i>Introducción</i>	59
<i>¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?</i>	60
<i>Drogas</i>	61
<i>Tabaco</i>	63
<i>Alcohol</i>	64
<i>Diferencias en la respuesta biológica y subjetiva</i>	65
<i>Impacto del problema en la salud de la mujer</i>	68
<i>Determinantes sociales de la salud</i>	69
<i>Hacia una mejor respuesta</i>	72
<i>Recomendaciones</i>	72

X

6. La violencia contra las mujeres en México: entre lo oculto y lo visible	77
---	----

Martha Hjar
Mariana González Focke
Julio C. Campuzano

<i>Introducción</i>	77
<i>Metodología</i>	79
<i>Diseño-población</i>	79
<i>Procesamiento y análisis de la información</i>	79
<i>Análisis estadísticos</i>	80
<i>Resultados</i>	81
<i>¿Cuáles son las causas de los homicidios?</i>	82
<i>¿Qué pasa con las niñas?</i>	85
<i>¿Qué pasa con las adolescentes y las jóvenes?</i>	86
<i>¿Qué pasa con las adultas?</i>	87
<i>¿Qué pasa con las adultas mayores?</i>	87
<i>Discusión</i>	87

7. Violencia contra mujeres en México: qué sabemos y qué necesitamos saber	93
---	----

Roberto Castro Pérez

<i>Introducción</i>	93
<i>¿Qué sabemos?</i>	94
<i>Homicidios de mujeres</i>	94
<i>Violencia contra las mujeres en diversos ámbitos y de diferentes tipos</i>	97

<i>¿Qué necesitamos saber?</i>	101
Cuestiones de orden sustantivo	101
Cuestiones de orden conceptual y metodológico	106
<i>Conclusión</i>	107

8. Salud reproductiva de las mujeres migrantes en Estados Unidos	111
---	-----

Claudia Díaz Olavarrieta

Laurent Reyes

Mariana Ríos

<i>Introducción</i>	111
Migrantes mexicanos en Estados Unidos	111
Mujeres migrantes mexicanas	112
<i>Temas clave en salud reproductiva</i>	113
Salud materna	113
Uso de anticonceptivos	114
Aborto	115
<i>Barreras en el acceso a salud reproductiva</i>	116
Idioma	116
Calidad migratoria	117
Seguro médico y costos,	117
<i>Conclusión</i>	119

XI

Sección III: CIENCIA, ÉTICA Y EDUCACIÓN ... 125

9. La feminización de la medicina en la educación médica y áreas biomédicas	127
--	-----

Enrique Graue Wiechers

Guadalupe Alarcón Fuentes

Rosalinda Guevara Guzmán

Patricia Ostrosky Wegman

<i>Feminización de la medicina</i>	127
El comportamiento escolar	131
Conductas, actitudes y habilidades en los estudios de medicina	135
<i>Prestación de servicios</i>	135
<i>Las mujeres en las especializaciones médicas</i>	138
El campo laboral profesional	139
<i>Presencia académica de las mujeres en medicina, en las ciencias biomédicas y en la generación de conocimiento</i>	142
<i>La mujer y su papel de liderazgo en la medicina y en las ciencias biomédicas</i>	144
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	145

10 La investigación en salud y género	151
---	-----

Norma Blazquez Graf

<i>Introducción</i>	151
<i>Salud y género</i>	152
<i>Algunas contribuciones del enfoque de género en la salud</i> ...	153

<i>Diferencias en morbilidad y mortalidad</i>	154
<i>Atención médica</i>	155
<i>Participación femenina en la educación e investigación médicas</i>	156
<i>Estudios de género y publicaciones</i>	159
<i>Promoción académica</i>	160
<i>Campos de especialidad</i>	161
<i>Reflexión final</i>	161

11 <i>Ética</i>	167
-----------------------	-----

Paulette Dieterlen

<i>Introducción</i>	167
<i>La igualdad</i>	169
<i>La dignidad</i>	174
<i>El respeto</i>	177
<i>Conclusiones</i>	179

XII

Sección IV: LOS PARADIGMAS DE LA ATENCIÓN

181

12 <i>La atención domiciliaria de la salud</i>	183
--	-----

María Beatriz Duarte Gómez

<i>Introducción</i>	183
<i>El problema</i>	185
<i>Discusión</i>	191
<i>Retos</i>	193
<i>Conclusiones</i>	194
<i>Buenas prácticas</i>	194

13 <i>Trabajo no remunerado: cuidadora de enfermos</i>	197
--	-----

María Luisa Rascón Gasca

<i>Introducción</i>	197
<i>Conclusiones</i>	202

Sección V: RETOS PARA LA SALUD

207

14 <i>Enfermedades del rezago</i>	209
---	-----

Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

<i>Introducción</i>	209
<i>Las enfermedades asociadas con el rezago</i>	211
<i>Tracoma</i>	212
<i>Geohelmintos</i>	213
<i>Teniosis-cisticercosis</i>	214
<i>Enfermedad de Chagas</i>	216
<i>Leishmaniosis</i>	218
<i>Reflexiones</i>	219

15 Salud sexual y reproductiva	225
<i>Patricia Uribe Zúñiga</i>	
Introducción	225
Importancia de la salud sexual y reproductiva para la salud de las mujeres.....	225
Avances en salud sexual y reproductiva en México	228
Retos y desafío	232
Principales obstáculos	234
Principales retos	235
Recomendaciones	236
16 Deterioro cognitivo y demencia en adultas mayores	241
<i>Zoila Trujillo de los Santos</i>	
<i>Teresa Corona Vázquez</i>	
Introducción	241
Deterioro cognitivo.....	243
Demencia y enfermedad de Alzheimer	243
Demencia	247
Enfermedad de Alzheimer	248
Políticas públicas	251
Propuestas	252
17 Depresión en la mujer	257
<i>Ma. Asunción Lara</i>	
<i>Ma. de Lourdes Nieto</i>	
Introducción	257
Datos epidemiológicos	257
Hipótesis biológicas	258
Factores sociales de riesgo de depresión en las mujeres.....	259
Experiencias de abuso en la infancia	259
Violencia doméstica	260
Sucesos adversos y estrés	260
Trabajo remunerado.....	261
Pobreza (migración)	262
Estatus social y papeles de género	262
Aspectos psicológicos	262
Depresión y ciclo reproductivo	263
Adolescencia	263
Periodo perinatal	263
Menopausia	264
Adultas mayores	264
Uso de servicios de salud, tratamiento y prevención	265
Conclusiones y recomendaciones	266
18 Estilos de vida y salud en mujeres	273
<i>V. Nelly Salgado de Snyder</i>	
<i>Hortensia Reyes Morales</i>	
Introducción	273
Género, clase social y etnia como determinantes de estilos de vida	275

<i>Factores de riesgo y problemas de salud asociados con estilos de vida en las mujeres</i>	277
Sobrepeso y obesidad	278
Diabetes	279
Violencia	280
Cáncer de mama y cervical	281
Depresión	282
<i>La promoción de estilos de vida saludable para mujeres</i>	282
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	284

19 Salud y mujer en México	289
----------------------------------	-----

F. Julio Frenk

Octavio Gómez Dantés

Felicia M. Knaul

Ana Langer

<i>Introducción</i>	289
<i>Retos de la salud global</i>	290
<i>De la salud materna a la salud reproductiva y de la mujer</i>	291
<i>La atención a los problemas de salud de la mujer en el contexto de la reforma mexicana</i>	294
<i>Conclusión</i>	301

XIV

Sección VI: RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA DE SALUD Y POSICIONAMIENTO DE LA ACADEMIA..... 305

20. Recomendaciones	307
---------------------------	-----

Teresa Corona Vázquez

María Elena Medina Mora

Patricia Ostrosky Wegman

Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Patricia Uribe Zúñiga

<i>En resumen</i>	309
-------------------------	-----

Índice	311
--------------	-----

PRESENTACIÓN

No es frecuente encontrar la coincidencia de hechos inéditos trascendentes como ocurre ahora en este documento de postura de la Academia Nacional de Medicina. En ciento cincuenta años de historia, por primera vez esta Academia edita una publicación dedicada exclusivamente al análisis de la situación de las mujeres en México desde diferentes perspectivas, todas enfocadas de una u otra manera en la salud. Confluye este hito en nuestro devenir con un acontecimiento por demás notable: por primera vez en la historia de nuestro país, una mujer ocupa la Secretaría de Salud Federal y lo hace como consecuencia de los méritos que ha cosechado a lo largo de su trayectoria profesional. Esta coincidencia no es casual. Los logros de muchas mujeres y la conciencia sobre la importancia de su participación activa en las sociedades contemporáneas es creciente. Su valiosa presencia en muchos ámbitos se hace evidente. El respeto hacia su papel en múltiples dimensiones también lo es. Sin embargo, todo ello contrasta paradójicamente con el rezago de muchos para aceptarlo, lo que conduce a la comisión de injusticias, descalificaciones y, por desgracia, maltrato hacia las mujeres, que lamentablemente en muchas ocasiones llega a ser extremo. Por ello es la necesidad de presentar aquí análisis rigurosos que contribuyan a avanzar hacia una sociedad en donde la equidad de género sea cada vez más una realidad.

Recientemente, la Academia Nacional de Medicina estableció el Programa de Análisis y Propuestas sobre Grandes Problemas Nacionales de Salud, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tec-

nología. Este Programa consta de dos componentes: la elaboración y publicación de documentos de postura, como el actual, y la realización de foros interdisciplinarios e internacionales que, cuando se consideran necesarios, pueden enriquecer estos documentos y, de esta manera, el quehacer de nuestra Corporación. Cada documento, a su vez, debe estar fundamentado en evidencias científicas, pero debe también ser orientado hacia recomendaciones concretas de política pública. Tal es el caso de esta publicación.

En una sociedad que transita hacia una mayor democracia, la posición de un organismo como la Academia Nacional de Medicina se hace cada vez más importante. Si hace cien años, el presidente Francisco I. Madero encomendó a la Academia desempeñar la función de cuerpo consultivo del Gobierno Federal, nunca como hoy ha sido el tiempo más propicio para ejercer esta encomienda y hacerlo de manera proactiva a través de este Programa. Qué mejor que hacerlo sobre un tema de tal trascendencia como el que aquí nos ocupa. Por ello, agradezco a las académicas que han participado con su experiencia, sus conocimientos y su liderazgo para que este documento se hiciera realidad, así como a todas y a todos aquellos que con sus rigurosas e interesantes contribuciones han enriquecido nuestro quehacer en este momento de afortunada coincidencia, y nos permiten marcar nuestra presencia en un momento histórico, para la Academia en la celebración de su sesquicentenario, y para México en el reconocimiento impostergable del enorme valor —valía y valentía— de las mujeres.

Enrique Ruelas Barajas

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

8 DE MARZO DE 2014

“Día Internacional de las Mujeres”

INTRODUCCIÓN

Mercedes Juan López

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la perspectiva de género como una de las tres estrategias transversales para lograr el desarrollo de México a su máximo potencial.

Es innegable que en México, al igual que en muchos países, en las últimas décadas se han dado avances importantes en la igualdad de género, debido, entre otros factores, a: cambios en el marco jurídico, avances en derechos humanos y no discriminación, movilizaciones sociales, la creación de instituciones como el Instituto Nacional de las Mujeres y las Comisiones de Igualdad de Género del legislativo, el desarrollo social y económico y las reformas y mejora de diversas instituciones, incluido el Sistema Nacional de Salud. Todos estos cambios han contribuido progresivamente a que las mujeres tengan mejores condiciones de vida y mayores oportunidades de educación, empleo y desarrollo social.

Estos logros han sido resultado del esfuerzo y compromiso de mujeres y hombres que, desde distintos frentes, sectores y disciplinas, han contribuido a transformar a México de una manera decidida. Las mujeres de esta generación hemos sido impulsoras y beneficiarias de muchos de estos cambios.

El acceso a los métodos anticonceptivos de alta efectividad requiere una mención especial, ya que fue un cambio trascendental que en el siglo pasado transformó las posibilidades de las mujeres. Éstas, al poder controlar su reproducción de una manera eficaz, tuvieron mayores opciones de diversificar sus actividades en esferas diferentes del hogar, crianza y cuidado de los hijos, con mayores oportunidades de educación y acceso a actividades remuneradas.

En la actualidad, el acceso de las mujeres a la educación superior pasó de ser un evento raro a ser algo de relativa frecuencia, lo mismo que la incorporación de las mujeres a la población económicamente activa y al trabajo remunerado, entre otras actividades. Incluso las mujeres han accedido a espacios laborales que antes les

eran vedados y han logrado el reconocimiento de su derecho al voto, a la herencia y la propiedad de la tierra o a contratar deudas y crear empresas sin el permiso o el aval de un varón.

Estas transformaciones y muchas más han cambiado el rostro y el rumbo de la vida de las mujeres en México de manera definitiva, sin posibilidad de retroceso. Las académicas, las funcionarias y las investigadoras son un reflejo de esta situación.

Sin embargo, aún hoy nos quedan retos y rezagos por atender para hacer efectivos los derechos de la mayoría de las mujeres en nuestro país, sobre todo de las mujeres en mayor situación de inequidad, como las pobres, las migrantes, las indígenas, las adolescentes y jóvenes, las que viven con discapacidad o las adultas mayores.

A la fecha, aunque se ha avanzado en la construcción de un marco legal hacia la igualdad entre mujeres y hombres, y en el acceso de ellas a una vida libre de violencia, no se ha logrado la igualdad sustantiva ni la igualdad *de facto* en la práctica cotidiana de las familias, comunidades e instituciones.

En México, todavía muchas mujeres tienen grandes limitaciones para ejercer sus derechos debido a que persisten prácticas discriminatorias y excluyentes con base en el sistema tradicional de género. Estas prácticas discriminatorias se replican todos los días, sustentadas en las costumbres, la cultura y la inercia, y son reproducidas mediante roles y estereotipos de género por los medios de comunicación, las instituciones y la sociedad en su conjunto.

En la actualidad, un gran número de mujeres en México tiene que pedir permiso para visitar a sus parientes o amistades; para trabajar por un pago; para ir a los servicios de salud; para participar en alguna actividad vecinal o política; para ir de compras; para elegir a sus amistades o para votar por algún partido o candidato.

Datos reportados por el Instituto Nacional de las Mujeres^a refieren que 46.1% de las mujeres de 15 años y más ha sufrido algún incidente de violencia por parte de su pareja; que 42.4% corresponde a aquellas que han sido humilladas, encerradas, amenazadas con correrlas de casa, quitarles a sus hijos o matarlas (violencia emocional); que a 24.5% se le ha prohibido trabajar o estudiar, o le han quitado dinero o bienes (violencia económica). Asimismo, dichos datos ponen de manifiesto que a 7.3% de las mujeres se le ha obligado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, y alrededor

XVIII

^a Información tomada del diagnóstico del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018.

de 75 mil sufrieron una violación en el último año; sin embargo, por ese delito cada año se inician apenas 15 mil averiguaciones y sólo se concluyen 5 mil juicios en los tribunales superiores de justicia.

El acceso a la educación de las mujeres ha mejorado, pero, conforme a los datos censales, los grupos con mayores rezagos educativos son las mujeres adultas mayores y mujeres indígenas, con tasas de analfabetismo de 28.7 y 35.1%. El promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.5 años para mujeres y 8.8 años para los hombres. La tasa de asistencia escolar de las mujeres de 16 a 18 años (edades para la educación media superior) es de 56.5% y la de 19 a 24 años (edades para la educación superior) es de apenas 23.7%. En análisis recientes, se afirma que los hombres tienen mayores probabilidades de continuar sus estudios, a pesar de que los indicadores de deserción, reprobación y eficiencia terminal muestran mayor aprovechamiento de las mujeres desde la primaria hasta la educación media superior.

XIX

La matrícula universitaria muestra desigualdades de género en algunas áreas de estudio como son las ingenierías y las ciencias agropecuarias. Las mujeres se concentran más en humanidades (68.4%) y en ciencias de la salud (64.7%). La distribución en el Sistema Nacional de Investigadores señala que apenas 34.1% son mujeres. Por lo anterior, es necesario eliminar sesgos de género en la elección del área de estudio y en el desarrollo profesional de las mujeres, e incentivar su participación en ciencias duras y en áreas tecnológicas, de innovación y de nuevas tecnologías, así como en la investigación.

Las escuelas y centros académicos también reproducen y refuerzan los roles y estereotipos de género, por lo que es urgente erradicarlos de esos espacios y promover acciones educativas afirmativas que beneficien a las mujeres para cerrar las brechas de desigualdad. Para lograr una educación de calidad, es necesario disminuir las brechas de género y eliminar la segregación por áreas de estudio, establecer acciones para incrementar el índice de absorción y disminuir las tasas de deserción, en especial de las niñas, las adolescentes y jóvenes indígenas, rurales y de sectores populares urbanos que enfrentan problemas socioeconómicos y culturales para completar su educación.

En los últimos 40 años se ha incrementado la inserción de las mujeres en el ámbito laboral, sin que esto haya traído aparejado una igualdad real en las condiciones de trabajo y los salarios, como tampoco en el reparto de las obligaciones domésticas y del cuidado. Las dobles y triples jornadas que desempeñan las mujeres se encuentran documentadas y evidencian las condiciones de desigualdad

más enraizadas entre mujeres y hombres. Si se considera el trabajo remunerado y el no remunerado en conjunto, las mujeres trabajan más horas a la semana que los hombres; el tiempo total de trabajo semanal de las mujeres es de casi 60 horas, mientras que el de los hombres es de poco más de 50.

Es un hecho que las mujeres se incorporan en menor proporción a las actividades remuneradas, debido a que, en su gran mayoría, tienen que desempeñar trabajos no remunerados en sus hogares. La principal y más sólida barrera que enfrentan las mujeres para lograr su autonomía económica es el trabajo no remunerado que realizan en sus hogares (tareas domésticas y cuidados de infantes, adultos mayores, discapacitados y enfermos), labor que tiene un valor económico y social, pero que no recibe remuneración ni se distribuye de manera igualitaria entre mujeres y hombres, precisamente porque no se ha realizado una transformación real del sistema tradicional de género que demanda a las mujeres la obligación social del trabajo doméstico y el cuidado, y a los hombres la de ser el proveedor y jefe de familia.

Por otro lado, se siguen reportando índices de discriminación salarial por ocupación y sector de actividad que muestran que las mujeres ganan 30.5% menos que los varones en ocupaciones industriales, 16.7% menos como comerciantes y 15.3% menos como profesionales.

La presencia de mujeres en los poderes ejecutivos de los tres órdenes de gobierno se encuentra lejos de la paridad, del total de personas en puestos directivos superiores, las mujeres no alcanzan ni 24%. En cuanto al Ejecutivo Federal, la participación femenina en los mandos medios y superiores se ha incrementado, pero representa apenas 35.5% y se concentra en la más baja jerarquía (subdirectorías, jefas de departamento, enlaces).

La salud de las mujeres es diferente y desigual en comparación con la de los hombres, ya que, por un lado, existen diferencias biológicas que determinan la exposición diferencial a riesgos a la salud de las mujeres y los hombres, enfermedades o presentaciones distintas de éstas; y, por otro lado, existen diferencias vinculadas al género (actitudes, creencias, comportamientos, valores, roles y estereotipos de lo que se espera de un hombre o una mujer) que determinan también riesgos diferenciales según sus ocupaciones, percepciones de riesgo y necesidades distintas o diferencias en el acceso, utilización, adherencia al tratamiento y calidad de los servicios de salud.

Hay problemas de salud que, por sexo y/o por género, afectan a las mujeres de manera diferenciada, como son la salud mental, en particu-

lar la depresión y trastornos de la ansiedad o alimentarios; la violencia de género; la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial; problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva y el creciente incremento de las adicciones, entre otros. El enfoque de salud con base en línea de vida prevé y busca satisfacer las necesidades de las mujeres desde la infancia hasta la vejez de manera integral y reconoce el derecho de todas ellas a tomar decisiones informadas sobre su salud.

En un balance general, la salud de las mujeres también ha mejorado en muchos aspectos en las últimas décadas, pero de manera invariable existen rezagos que debemos remontar si queremos construir una sociedad más justa y equitativa.

Las mujeres en México viven más que los hombres; la esperanza de vida para las mujeres es de 77.4 años de edad, mientras que la de los hombres es de 71.7 años, es decir, casi seis años de diferencia. No obstante, esto no significa que necesariamente las mujeres tengan más salud o una mejor calidad de vida.

La salud reproductiva está vinculada a características biológicas de las mujeres, como la reproducción, e implica riesgos a su salud que requieren de atención específica; aunque también está anclada al sistema tradicional de género que vincula a la reproducción con la maternidad, la crianza y el cuidado como si fueran también funciones esencialmente “naturales” y, por lo tanto, exclusivas de las mujeres. La situación más evidente de riesgos vinculados a la reproducción y la desigualdad social de género, entre otros ejes de desigualdad social, es la salud materna. Si bien a nivel mundial la mortalidad materna ha disminuido de manera sustancial, las muertes maternas se concentran en los países en desarrollo. Nuestro país ha logrado un descenso de 52.5% de la Razón de Mortalidad Materna de 1990 a 2012, pero se observan enormes disparidades por nivel de desarrollo en las entidades federativas, lo que nos muestra la necesidad de reducir las desigualdades sociales y mejorar la calidad de los servicios que impactan en forma directa la salud de las mujeres.

Las condiciones de salud de las adultas mayores es un tema que se ha abordado poco, y datos recientes perfilan algunas evidencias de las desventajas sociales y en salud que presenta dicho sector de la población. De acuerdo con la ENSANUT 2012, mientras 40.6% de los hombres mayores de 60 años de edad tiene una actividad remunerada, sólo 11.6% de las mujeres la tenía. Las adultas mayores en general reportan mayor prevalencia de diabetes (25.8% vs. 22.4%), hipertensión arterial (46.2% vs. 32.9%) e hipercolesterolemia (23.6% vs. 16.7%) que los hombres y, de manera significativa,

mayores signos depresivos (22.1% vs. 12.5%), deterioro cognitivo (8.3% vs. 6.3%) y demencia (9.1% vs. 6.9%), así como mayores dificultades para hacer actividades básicas de la vida diaria, lo cual coincide con otros estudios a nivel internacional que señalan la mayor morbilidad y discapacidad en ancianas. Sin embargo, tenemos datos que alientan, como lo observado en la ENSANUT 2012 con respecto a la disminución de la cifra de ancianos que carecen de protección en salud. Dicha cifra pasó de 40% en 2006 a 16.6% en 2012.

La Academia es un lugar privilegiado para analizar la información disponible y generar conocimiento y propuestas en aras de mejorar las condiciones de la población e incidir en las políticas públicas que se requieren para lograr mejores condiciones de la salud de la población y la igualdad sustantiva, por lo cual considero de gran trascendencia que la Academia Nacional de Medicina haya publicado este libro dedicado al tema de mujer y salud.

La Mujer y la Salud en México es una obra elaborada por expertas y expertos y, sin ser exhaustiva, aborda temas relevantes para la mujer y su salud; presenta también reflexiones y recomendaciones concretas para mejorar desde las situaciones estructurales que inciden en la salud y perpetúan las inequidades de género, incluida una mayor participación de las mujeres en la educación, actividades remuneradas o en la investigación, hasta el abordaje de problemas concretos de salud identificados como retos o paradigmas, considerando la perspectiva de género y un marco de derechos humanos como ejes transversales permanentes.

En la Secretaría de Salud, reconocemos que la educación, la salud, el trabajo comprometido y una sociedad democrática y respetuosa de los derechos son determinantes para ampliar las oportunidades de desarrollo de cualquier persona, y en particular de las mujeres, sus familias y comunidades.

Por lo anterior, son de gran importancia las recomendaciones emanadas de la Academia y el trabajo conjunto de hombres y mujeres, jóvenes y adultos, gobierno y sociedad, personas encargadas de tomar las decisiones y expertas en investigación, para mejorar y lograr el acceso efectivo y universal a la protección de la salud y a la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

Estoy segura de que este libro contribuirá a la construcción de mejores políticas públicas basadas en la evidencia científica, la ética y en las mejores prácticas que permitan avanzar hacia la igualdad sustantiva; así como mejorar la salud de las mujeres y su participación profesional, equitativa y activa en beneficio de su propia salud y de la población.

EL CONTEXTO

LAS PRIMERAS MUJERES EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA MEXICANA

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

1

Introducción

3

Poco se sabe de las primeras mexicanas que se graduaron de médicas y menos aún de sus características en tanto que grupo de estudio. El presente es un análisis prosopográfico de las pioneras de la medicina en México. El periodo cronológico seleccionado abarca de 1887, año de titulación de Matilde Petra Montoya Lafragua, primera médica de nuestro país, a 1936, cuando se instituye el Servicio Social como requisito indispensable para ser médico y la elaboración de una tesis se vuelve opcional. En ese lapso, 84 mujeres se hicieron doctoras por la Universidad, entonces Nacional de México. La mayoría se desplazó de sus lugares de origen al Distrito Federal para estudiar medicina. Se encontró que tanto sus respectivas familias como las autoridades universitarias y gubernamentales las apoyaron en su deseo de hacer esta carrera. No sucedió lo mismo con sus pares masculinos, que no las incorporaron a sus grupos académicos por el solo hecho de ser médicas, lo que originó, como se verá en este apartado, que ellas crearan sus propias asociaciones.

En nuestros días, las mujeres predominan en las escuelas y facultades de medicina, al menos en nuestro país, pues un promedio de 60% corresponde a la población femenina. El fenómeno es interesante si se recuerda que en la historia, las médicas no tienen una larga tradición. En el mundo, las primeras universitarias interesadas en la medicina se ubican en la segunda mitad del siglo XIX. De las mexicanas, curiosamente lo que se sabe es casi nada. Con esa inquietud en mente, iniciamos una investigación que nos llevó varios años y cuyos resultados se cristalizaron en el libro *Pioneras de la medicina en la UNAM: del porfiriato al nuevo régimen, 1887–1936*. La

obra descubre y reúne las 84 doctoras que se titularon en el periodo que se precisa en el título. En el año 1887 es cuando Matilde Petra Montoya Lafragua se convierte en la primera médica mexicana y en 1936 cuando se implementa el servicio social, de modo que la elaboración de una tesis deja de ser requisito indispensable para recibirse. El detalle es importante porque contar con la tesis indica de manera inequívoca que la joven la defendió y se convirtió en profesional de la medicina.

En este capítulo hacemos referencia a las pioneras en su conjunto, no nos detenemos en casos particulares. Ponemos atención a dónde nacieron, cuándo se graduaron, cómo se incorporaron a los estudios médicos, si recibieron apoyo o si, al contrario, el camino les fue difícil. Todas estudiaron en la Universidad Nacional Autónoma de México. Al ser esta institución la más antigua y grande de nuestro territorio, es válido considerar que allí se hayan formado las primeras interesadas de la medicina. Otras universidades no pueden considerarse recientes; sin embargo, sus médicas egresaron más tarde. Mencionemos las primeras graduadas en el resto del país.

La Escuela de Medicina de Guadalajara data de 1792, pero su primera egresada, Juana Navarro García, es de 1930. El mismo año se gradúa Consuelo Vadillo Gutiérrez por la Escuela de Medicina de Yucatán, fundada en 1833. Las instituciones de las primeras médicas en los estados de San Luis Potosí, Michoacán y Puebla surgen en 1877, 1830 y 1831, respectivamente. En el mismo orden, sus primeras profesionistas son: María Castro de Amerena (1912), Herminia Franco Espinoza (1917) y María de los Dolores Rivero Fuentes (1927). En el Cuadro 1.1 se listan esas mujeres. Con excepción de la pionera potosina y de la poblana iniciadora de la medicina en su estado, todas recibieron su título de la UNAM, que entonces no era autónoma. Luego del nombre de cada una aparece entre paréntesis su lugar de nacimiento. Las últimas cuatro corresponden a las primeras médicas de su estado. A partir de 1936, es claro el incremento de interesadas en los estudios médicos y deja de ser novedad la presencia femenina en la universidades (Cuadro 1.1).

No fue posible precisar en todos los casos el año y el sitio de nacimiento, cuándo ingresaron o salieron de la Escuela Nacional de Medicina (ENM), cuántos años permanecieron en ésta, en qué instituciones estudiaron la preparatoria y realizaron el internado ni si se casaron y tuvieron hijos antes de recibirse. El único dato que se conoce en todas las jóvenes es el año de graduación, ya que se encontró su tesis y/o vimos el acta de examen profesional o el oficio de titulación. De hecho, ésta era la particularidad, sin excepción,

Cuadro 1.1. Primeras médicas mexicanas

Núm.	Nombre	Estado de procedencia	Año graduación/ Año nacimiento
1.	Matilde Petra Montoya Lafragua	DF	1887/1857
2.	Columba Rivera Osorio	Hidalgo	1900/1873
3.	Guadalupe Sánchez Guerra	DF	1903/18(?)
4.	Soledad Régules Iglesias	DF	1907/1884
5.	Antonieta Leonila Ursúa López	Jalisco	1908/1880
6.	Rosario Martínez Ortiz	Coahuila	1911/18(?)
7.	María Castro de Amerena	SLP	1912/1880
8.	María de Pilar García Ortiz	Veracruz	1914/1886
9.	Sara Zenil Bello	Hidalgo	1914/1890
10.	Carmen Zurita Vázquez	Tabasco	1917/1890
11.	Herminia Franco Espinoza	Puebla	1917/1891
12.	Margarita Delgado	Zacatecas	1922/1898
13.	Débora Jiménez Téllez	Puebla	1922/1896
14.	Elia Martínez Azuara	Veracruz	1922/1896
15.	Ormesinda Ortiz Treviño	Tabasco	1922/1893
16.	Ma. de los Dolores Rivero Fuentes	Michoacán	1927/1897
17.	Consuelo Vadillo Gutiérrez	Yucatán	1930/1907
18.	Juana Navarro García	Jalisco	1930/1907
19.	Catarina Olivo Villarreal	Nuevo León	1935/1905

5

para formar parte del universo de estudio y punto de inicio de la investigación. En relación con el resto de los aspectos, como ya se mencionó, el dato se desconoce en un promedio de 20 a 25 casos. En las gráficas esto se consigna con la mención s/d.

En un principio, supusimos que en el periodo de estudio, la mayoría de las alumnas que quería estudiar medicina provenía de la capital del país, pero conforme se avanzó en la investigación, vimos con sorpresa que un número muy importante provenía de la provincia. Sin considerar aquellas cuya procedencia ignoramos, más de la mitad tuvo que desplazarse al Distrito Federal para hacer o completar sus estudios de medicina (Cuadro 1.2 y Figura 1.1).

En San Luis Potosí ya había Escuela de Medicina, donde además se podía concluir la carrera; sin embargo, siete estudiantes, una cifra significativa, partieron a la ciudad de México, dato que permanece tanto en el Cuadro 1.2 como en la gráfica de la Figura 1.1, aunque

Cuadro 1.2. Número y porcentaje de las primeras médicas mexicanas, según su lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento	Médicas	Porcentaje
Rusia	1	1.19%
Nicaragua	1	1.19%
Costa Rica	1	1.19%
Zacatecas	1	1.19%
Querétaro	1	1.19%
Morelos	1	1.19%
Michoacán	1	1.19%
Guanajuato	1	1.19%
Coahuila	1	1.19%
Chihuahua	1	1.19%
Chiapas	1	1.19%
Tabasco	2	2.38%
Sinaloa	2	2.38%
Guerrero	2	2.38%
Tamaulipas	3	3.57%
Puebla	3	3.57%
Jalisco	3	3.57%
Veracruz	4	4.76%
San Luis Potosí	7	8.33%
Hidalgo	7	8.33%
DF	16	19.05%
s/d	24	28.57%
	84	100.00%

6

en un estudio posterior, descubrimos que en realidad fueron 10 las potosinas que se desplazaron a la ENM. Paralelamente 7 hicieron toda la carrera en su lugar de origen. De manera que en ese periodo, 17 mujeres de San Luis Potosí se convirtieron en médicas. El caso es tan significativo que meritó un libro.¹ De nuestras pioneras, siete son originarias de Hidalgo y cuatro de Veracruz; en relación con Hidalgo, la cercanía con la capital pudo haber influido en la decisión de las jóvenes, pero esta idea no es más que especulación. Con respecto al resto, no predomina una zona específica de origen del país, hay mujeres registradas tanto del norte como del sur y del centro del territorio nacional. Tres son extranjeras, en nuestra Universidad se formaron la primera médica de Costa Rica y la primera de Nicara-

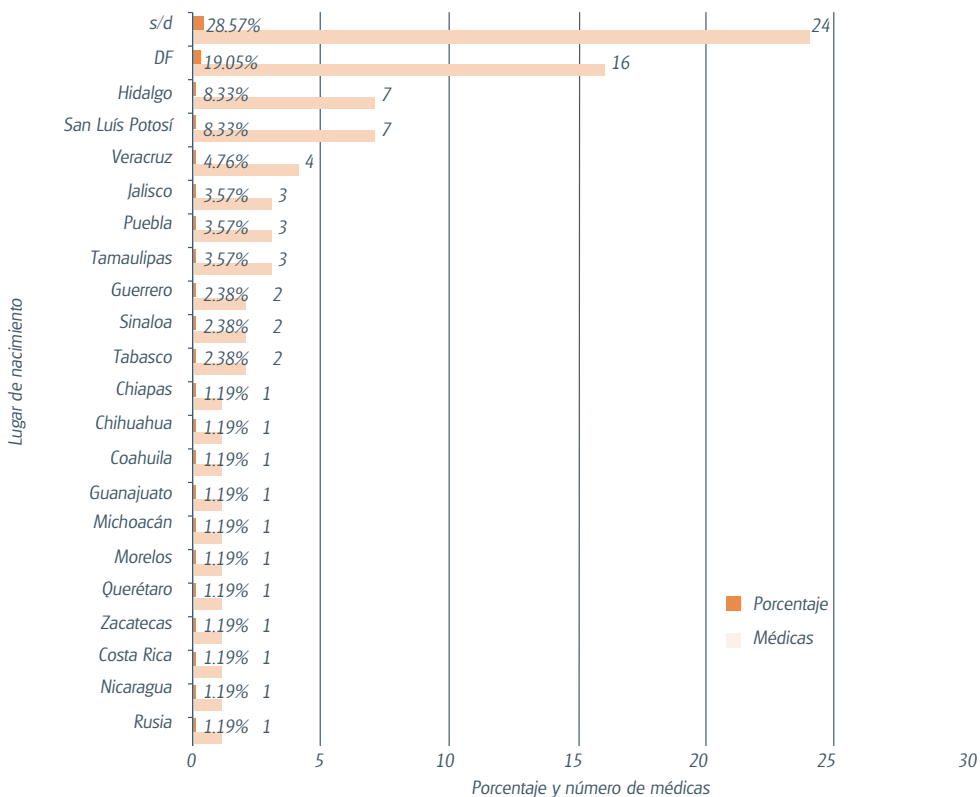


Figura 1.1. Número y porcentaje de médicas, según su lugar de nacimiento.

gua. Hablando en particular de una joven rusa, ella llegó a México sin hablar español, pero se graduó en el tiempo estipulado, con excelentes calificaciones y estando casada.

La gran mayoría completa los estudios en los 6 años reglamentarios o en 7; un número no despreciable tarda más años en concluir. Las razones para ello fueron, como vimos en sus expedientes, que tomaron menos materias por curso o que se detuvieron y luego continuaron. Las que pasaron menos de 5 años en la ENM lo hicieron sólo porque concluyeron ahí la carrera, de hecho esto es lo que se sugería, en vista de que en sus escuelas de inicio los programas estaban incompletos o eran diferentes.

La primera mujer en ingresar a la ENM, Matilde Montoya, lo hace en 1882; 12 años después (1894) entra la segunda; la tercera se incorpora 2 años después (1896), y la cuarta lo hace 5 años más tarde (1901). En otras palabras, en 19 años, la ENM recibe a 4

estudiantes mujeres. Hay un largo periodo —de 1902 a 1910— en que no hay ingresos y después, entre ese año y 1920, la entrada se mantiene más o menos estable, con un promedio de 2 mujeres por año. En 1921, se registra un ingreso de 6 mujeres; 1923 es el año de mayor ingreso estudiado, cuando se inscriben 8; pero para el trienio 1921 a 1923 se cuenta con 19 incorporaciones, cifra interesante, pues se da en poco tiempo. El detalle resulta atractivo de investigar, si se recuerda que en esa época las condiciones políticas y sociales en México no eran fáciles. Curiosamente, a partir de entonces hay una disminución hasta 1930.

Como egreso se está considerando el año en que los personajes analizados terminaron los estudios de medicina. Existe una congruencia entre el ingreso y el egreso en los primeros años, es decir, transcurren alrededor de cinco años entre la entrada y la salida del mismo número de estudiantes a la ENM. Sin embargo, como en bastantes casos no se dispuso de todos los datos, es imposible saber si las estudiantes que ingresaron son las mismas que salieron.

La Figura 1.2 reviste particular importancia, puesto que muestra el resultado del objetivo principal: saber cuántas médicas se graduaron entre 1887 (la primera en México) y 1936. Ya se mencionó que para su elaboración contamos con todos los datos necesarios.

Encontramos que 84 mujeres se recibieron en la carrera de medicina en el periodo de estudio. De ellas, el mayor número, 11, se tituló en 1936, es decir, 13.1%. El mismo número se tituló en 1929 y 1935, es decir, 9 mujeres o 10.7% por cada uno de esos años. Aunque no tenemos las cifras posteriores a 1936, con base en los resultados aquí plasmados —y en aquellos que ya no incluimos— es razonable pensar que la incorporación franca de las mujeres a la Escuela de Medicina se inició en la década de los treinta, y que todas aquellas que se recibieron después de Matilde Montoya ya estaban inmersas en el campo médico de trabajo para entonces; de hecho, encontramos que algunas de las primeras graduadas fueron maestras de las alumnas del final del periodo estudiado. Las estudiantes tituladas en 1911 y 1914 se graduaron sin hacer examen; esos años fueron muy problemáticos, ahí puede estar la explicación para tal situación. Sin embargo, amparándose en el Reglamento de ese momento, la médica de 1911 pide recibirse con la sola presentación de la tesis, circunstancia que ameritaría ser investigada.

Con excepción de aquellas doctoras cuyo dato desconocemos, la gran mayoría, 25, se recibió cuando tenía entre 26 y 30 años de edad, es decir, un poco mayores en relación con las graduadas

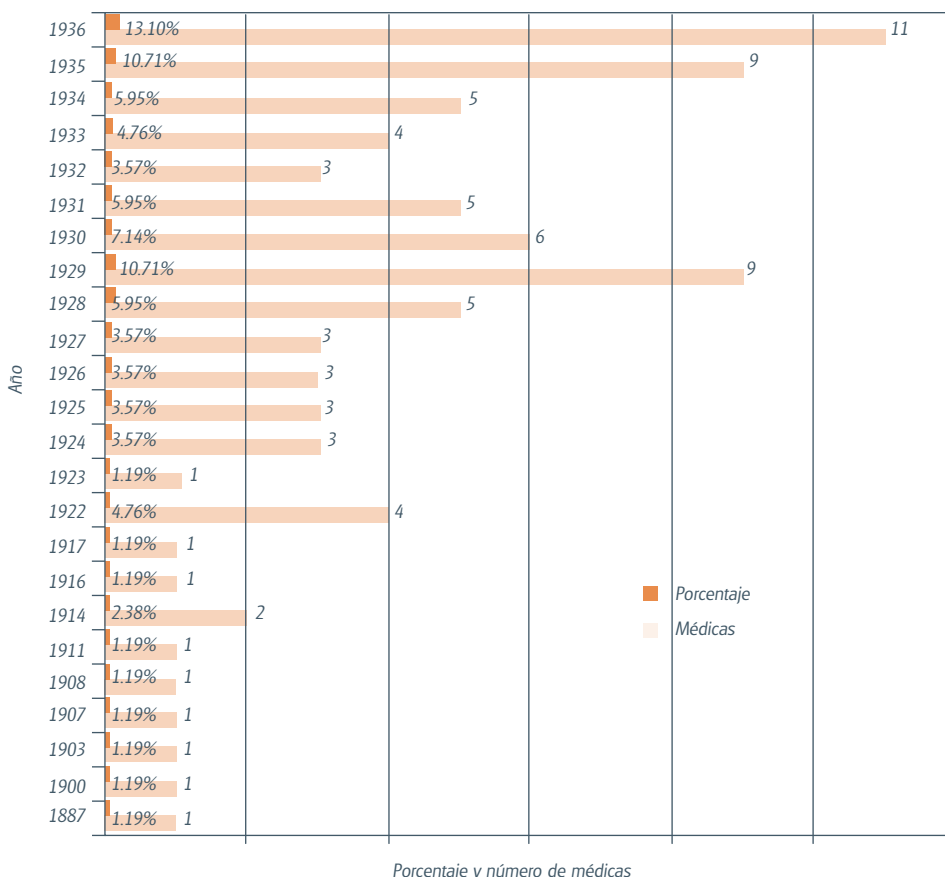


Figura 1.2.

Número y porcentaje de graduación de las primeras médicas mexicanas, por año.

de la época actual, que tienen alrededor de 24 años en promedio. Las razones pueden ir desde que las pioneras entraron un poco más grandes a la Escuela de Medicina, hasta que cursaron la carrera o incluso la preparatoria en más tiempo. Sin embargo, 10 concluyeron a los 24 años, muy jóvenes todavía, y 9 tenían entre 31 y 35 años al momento de su titulación. Se podría pensar que en esa etapa, y conforme a las costumbres de la época, su vida personal ya estaba definida. Por otro lado, no hay que soslayar aquellas que fueron médicas a edad muy temprana. Contabilizamos dos de 22 años y 7 de 23, mujeres muy jóvenes para contar ya con los estudios reglamentarios en el ejercicio de la profesión de médico.

Del universo de estudio y sin tomar en cuenta aquellas cuyo dato ignoramos, 9 realizaron estudios de medicina en instituciones

diferentes de la ENM, pero terminaron en ésta. Predominan las que pasaron por el Instituto Científico y Literario de San Luis Potosí (5). Hubo una de Puebla. En este sentido, recordemos que tanto San Luis Potosí como Puebla contaban con escuelas de Medicina. Sin embargo todas, incluida la originaria de Nicaragua, consideraron que debían concluir y obtener su título en la Escuela Nacional de Medicina.

El internado, las prácticas hospitalarias o ambas no fueron obligatorias en ningún programa de estudios del periodo considerado, por lo que es complejo hacer un manejo estadístico de las cifras relativas a estos índices. A pesar de que más que al desempeño de las alumnas, aquí estaríamos refiriéndonos a los cambios de los programas, es útil saber que un número no despreciable de estudiantes realizó una de las dos actividades o ambas. Las grandes instituciones hospitalarias de ese momento eran los hospitales General, Juárez y Morelos, y esto no sólo en el ámbito de la atención al enfermo, sino también en la enseñanza. Es en el Hospital General donde sobre todo realizaron el internado las primeras estudiantes de medicina, y para las prácticas, los más solicitados fueron otra vez el Hospital General y el Hospital Juárez. Por otro lado, en esa época no había tantos nosocomios como para que las opciones fueran muy variadas. Lo mismo sucede respecto a la institución donde las estudiantes hicieron su prueba práctica: los resultados muestran sobre todo los hospitales Juárez y General. Recordamos que el Hospital de San Andrés fue el antecedente del Hospital General y en él se examinaron Matilde Montoya y Columba Rivera. En la actualidad, el Hospital General continúa siendo sede importante para la enseñanza, y es buscado por los estudiantes que aspiran a una mejor preparación.

La gran variedad de instituciones donde nuestras biografiadas cursaron la preparatoria o los estudios equivalentes no hace más que corroborar los múltiples orígenes de donde provenían antes de trasladarse a la capital para estudiar medicina (Cuadro 1.3 y Figura 1.3).

En las primeras décadas del siglo XX, destaca el número de instituciones donde los jóvenes podían realizar estudios preparatorios, con miras a consolidar una carrera universitaria; también resalta su apertura a que ingresaran mujeres, lo que corrobora el apoyo que recibieron de diferentes instancias. La gran mayoría provenía de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y se cuentan algunos casos de jovencitas que iniciaron la preparatoria en sus ciudades y la concluyeron en la ENP de la Universidad Nacional. En la gráfica aparece el caso único de una joven a quien se le consideró sus estudios de Normal como equivalentes a la preparatoria.

Cuadro 1.3. Número y porcentaje de las primeras médicas mexicanas, según la institución de sus estudios preparatorios

Institución	Médicas	Porcentaje
Escuela Nacional Preparatoria	35	41.67%
s/d	19	22.62%
Instituto Científico y Literario, SLP	5	5.65%
Instituto Científico y Literario, Hgo.	5	5.95%
Colegio Preparatoriano Veracruzano	2	2.38%
Colegio Alemán	1	1.19%
Colegio del Estado de Puebla	1	1.19%
Escuela Unificada del Trabajo/Cursos de enseñanza general. Rusia	1	1.19%
Instituto Central para Varones de Nicaragua	1	1.19%
Instituto Científico y Literario, SLP/ENP	1	1.19%
Liceo Carmelita de Campeche	1	1.19%
Normal	1	1.19%
Preparatoria de Aguas Calientes	1	1.19%
Preparatoria de Guadalajara	1	1.19%
Preparatoria del Soconusco	1	1.19%
Preparatoria Universitaria Libre Veracruzana	1	1.19%
Secundaria de Córdoba/ENP	1	1.19%
Secundaria para Varones de Córdoba/ENP	1	1.19%
Secundaria para Varones de Veracruz/ENP	1	1.19%

11

A pesar de sumar 18 situaciones sin dato, resultó muy atractivo encontrar que 14 jóvenes ingresaron a la Normal con la intención de ser maestras. Desafortunadamente, no contamos con documentos para saber si terminaron o no esos estudios.

En esa época era costoso estudiar medicina, así pues, las estudiantes solicitaron becas a la misma Universidad, a los gobiernos de sus estados natales o en los que tenían conocidos influyentes y a las secretarías de Estado. Aunque se ignora el dato total, sabemos que por lo menos 14 estudiantes contaron con beca y a la gran mayoría, 56, se le permitió no pagar, hacerlo fuera de las fechas establecidas o incluso hacerlo en parcialidades.

Es muy significativo que de 66 médicas, de quienes fue posible conocer su estado civil y si tenían familia, 3 tuvieron hijos antes de graduarse y 6 estaban casadas (Figuras 1.4 y 1.5).

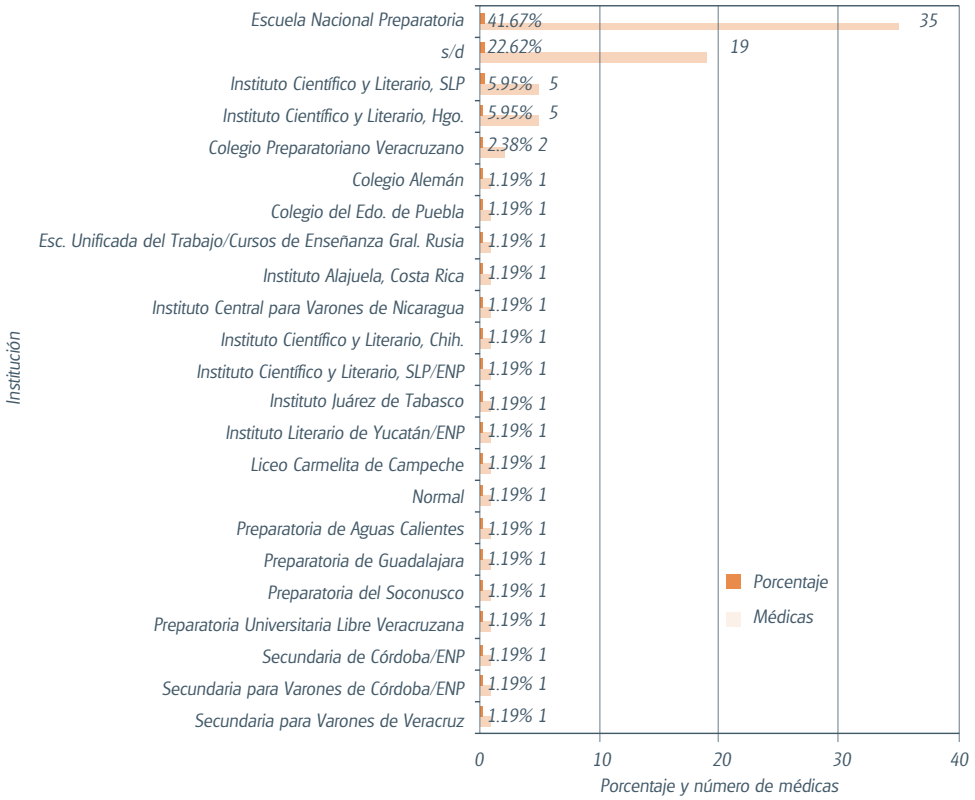


Figura 1.3. Estudios preparatorios por institución.

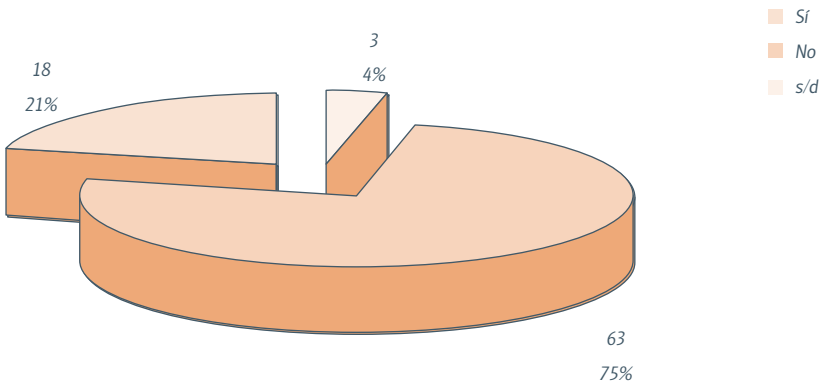


Figura 1.4. Médicas con hijos antes de graduarse.

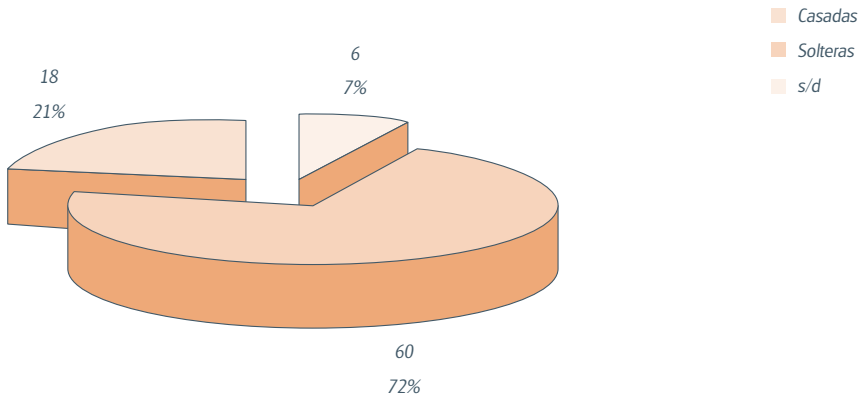


Figura 1.5. Estado civil de las jóvenes antes de graduarse.

Estudios previos con doctoras (Rodríguez de Romo, 2008) demuestran que tanto el matrimonio como la maternidad dificultan o complican el desarrollo académico o profesional. Si esto sucede en mujeres que optaron por la vida familiar estando ya graduadas, es razonable pensar que casarse o tener hijos antes de concluir los estudios profesionales debió ser un obstáculo más a vencer. A esto habría que sumar las condiciones de la época en que nuestras médicas fueron estudiantes, momento en el que no había guarderías o simplemente la sociedad tenía otra posición ante la mujer que estudiaba. Sería interesante saber cuántas de esas 84 se casaron o renunciaron al matrimonio para dedicarse de lleno a su vida profesional.

Una conclusión atractiva se refiere al apoyo que recibieron para lograr su objetivo académico. Contrario a lo que se podría suponer, sus respectivas familias y las autoridades escolares y gubernamentales las apoyaron en su deseo de convertirse en doctoras. Sus hogares eran relativamente homogéneos. Predominan los padres comerciantes, obreros o sin formación u oficio determinado y sólo se ubicaron dos profesionistas. Esos padres deben haber sido visionarios, para haber decidido brindar a sus hijas la posibilidad de una vida mejor o simplemente las apoyaron porque ellas así lo desearon.

Respecto a la Universidad o el mismo gobierno, sus autoridades las ayudaron otorgándoles becas, compra de instrumentos y libros o simplemente permitiéndoles no pagar los gastos escolares, que como ya se mencionó, eran altos. No se encontraron documentos que testifiquen que fueron maltratadas, que se les negaran peticiones a las que

tenían derecho o que hubieran sido confinadas en sitios escondidos para defender sus tesis. En los expedientes de las que estudiaron durante el porfiriato, hay oficios y cartas de Porfirio Díaz autorizando para ellas diferentes apoyos materiales o económicos.

Curiosamente, no sucedió lo mismo con sus pares masculinos, que no las aceptaron en sus asociaciones médicas por el simple hecho de haber estudiado medicina. Esta situación motivó que se agruparan y en 1926 crearan la Asociación de Médicas Mexicanas.

Esas mujeres, además de ser las primeras médicas mexicanas, también fueron pioneras de especialidades que entonces empezaron a organizarse. Entre ellas se contaron defensoras de los derechos de sus compañeras, higienistas, educadoras, científicas y hasta escritoras. Son mujeres “invisibles”, genuinas, que no buscaron fama, poder o dinero con sus acciones, quizá por ello en su mayoría no aparecen en los registros de la historia, pero fueron piezas importantes en la creación de nuestra medicina nacional.

Referencia

1. Rodríguez de Romo AC, Castañeda G. Las primeras médicas potosinas. México: Facultad de Medicina de la UASLP/Facultad de Medicina de la UNAM; en prensa.

Bibliografía consultada

- Castañeda de Infante C, Rodríguez de Romo AC. Catálogo de las tesis de medicina del siglo XX. México: Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM; 1999.
- Castañeda López G, Rodríguez de Romo AC. Pioneras de la medicina mexicana en la UNAM: del porfiriato al nuevo régimen. México: Facultad de Medicina, UNAM/Díaz de Santos Editores; 2010.
- Rodríguez de Romo AC, Castañeda López AC. El pasado en el presente de la Academia Nacional de Medicina de México; las académicas que ya no están. México: Academia Nacional de Medicina de México y Facultad de Medicina de México, UNM; 2012.
- Rodríguez de Romo AC, Castañeda López G. La incorporación de las primeras médicas mexicanas en agrupaciones científicas, académicas y sociales. *Signos Históricos*. 2012; XIV (28): 8–43.
- Rodríguez de Romo, AC. Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica. *Gaceta Médica de México*. 2008; 144(3):265–70.

EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES E IGUALDAD DE GÉNERO¹

Ana Güezmes García

2

Introducción

ONU Mujeres se une a la conmemoración del CL Aniversario de la Academia Nacional de Medicina de México. Plantea en este artículo cómo el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género son componentes y resultados clave del derecho a la salud conforme a los estándares internacionales de derechos humanos. Aborda en particular el cuidado no remunerado de la salud como el impuesto oculto de las mujeres en términos económicos y de tiempo. Plantea el cuidado como un bien público y derecho humano fundamental que requiere ser garantizado con políticas públicas de corresponsabilidad social. Las políticas de corresponsabilidad con el cuidado emergen para lograr condiciones de mayor igualdad entre mujeres y hombres, al abordar las tensiones planteadas entre el mundo del trabajo remunerado y el no remunerado. Cuestionan la división sexual del trabajo y analizan el trabajo no remunerado como uno de los factores que limitan la autonomía de la mujer, sus posibilidades de desarrollo personal y su participación en igualdad de condiciones, tanto en la esfera pública como en la privada. Las políticas de corresponsabilidad son así un factor clave para la cohesión social y el desarrollo inclusivo de la región.

ONU Mujeres reconoce la ampliación sin precedentes de los derechos de las mujeres en los marcos jurídicos, la igualdad formal o en la ley. Hace 100 años, sólo en dos países (Nueva Zelanda y Australia) las mujeres podían votar. Hoy, el reconocimiento de ese derecho es prácticamente universal y las mujeres ahora conducen gobiernos, son parlamentarias, alcaldesas, secretarías de estado, parlamentarias, ministras, juezas, rectoras y en general participan en forma creciente en la toma de decisiones. Junto con la mayor

influencia de las mujeres en la política, también aumentó el reconocimiento de todos sus derechos, y el desarrollo de políticas pro igualdad entre hombres y mujeres. Hace apenas 30 años, la violencia contra las mujeres era considerada un asunto privado; en la actualidad dos tercios de los países en el mundo cuentan con leyes específicas que penalizan la violencia contra las mujeres y las niñas.² La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) de las Naciones Unidas ha sido ratificada por 187 países.³

Sin embargo, pese a los progresos alcanzados en el último siglo, las esperanzas de igualdad real, en los hechos, están lejos de verse realizadas. Según el informe emblema de ONU Mujeres, *El progreso de las mujeres*, publicado en 2011, más de la mitad de las mujeres que trabajan de forma remunerada —que son 600 millones a nivel mundial— lo hacen en empleos vulnerables e inseguros. En el mundo en desarrollo, más de una tercera parte de las mujeres se casa antes de los 18 años de edad, con lo que pierden la oportunidad de obtener una adecuada educación y desarrollar sus capacidades, y quedan expuestas a los riesgos del embarazo temprano.² Ha habido importantes avances en algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; los logros en educación y en la reducción de la pobreza extrema y de la mortalidad infantil son destacables. Sin embargo, con la meta de 2015 a la vista, está claro que el progreso para alcanzar muchos de los objetivos mencionados es insuficiente. La desigualdad, incluida la desigualdad de género, está frenando el desarrollo, y aquellas metas que más dependen del empoderamiento de las mujeres, como la de salud materna, registran los menores avances.⁴ A pesar del enorme progreso alcanzado en los marcos legales nacionales, regionales e internacionales, millones de mujeres del mundo reportan haber sufrido algún tipo de violencia en su vida.⁵ Para la mayoría de las mujeres en el mundo, las leyes aún no se han traducido en mayor igualdad y justicia.

Por ello, la igualdad de género y los derechos de las mujeres constituyen una agenda global, un desafío para cada país y para la sociedad global en su conjunto.⁶ La decisión de establecer ONU Mujeres en 2010 refleja la inquietud mundial y de cada país por la lentitud del cambio. En la actualidad, nos enfrentamos a múltiples obstáculos para el progreso de las sociedades y el desarrollo sostenible —las crisis climática, energética, financiera, alimentaria y de los sistemas de cuidado— que imponen nuevos desafíos para el desarrollo y la democracia. ONU Mujeres trabaja, en estrecha articulación, con mujeres y hombres, los Estados, la sociedad civil, el sector privado y

todo el sistema de Naciones Unidas para impulsar políticas públicas a fin de acelerar el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres. Para ello, ONU Mujeres se centra en cuatro líneas de trabajo estratégico en México:

- 1) *Expandir el liderazgo y la participación de las mujeres en la toma de decisiones en todas las esferas de la vida*
- 2) *Prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas*
- 3) *Aumentar el empoderamiento económico de las mujeres*
- 4) *Hacer que las prioridades en materia de género estén reflejadas en las estadísticas, planes y presupuestos nacionales con la centralidad que se merecen*

El Secretario General de las Naciones Unidas ha declarado que apoyar el progreso más rápido de las mujeres no es sólo moralmente correcto sino que tiene buen sentido político y económico.⁷ En el nuevo milenio, no podemos entender el desarrollo sostenible en su triple dimensión (económica, social y ambiental) ni la democracia en nuestro mundo global y local sin la plena participación de las mujeres y la igualdad de género como requisito, compromiso y, lo que es más importante, como resultado.

ONU Mujeres ofrece una dinámica nueva al diálogo mundial sobre la igualdad de género, por medio del aprovechamiento de los múltiples talentos existentes y la reunión de los hombres y las mujeres de diferentes países y comunidades en un esfuerzo conjunto. Por ello, nos unimos a la conmemoración del CL Aniversario de la Academia Nacional de Medicina de México con este propósito común.

17

Derechos humanos y salud de las mujeres

Los derechos de las mujeres y el derecho a la salud son parte fundamental del desarrollo de los marcos internacionales de derechos humanos ratificados por México. En 2011, se reconoce el avance fundamental que representa la reforma constitucional en materia de derechos humanos, que eleva a rango constitucional aquellos que se derivan de los tratados internacionales. Tales tratados establecen un conjunto de obligaciones ineludibles con los derechos humanos en el contexto de su universalidad, interdependencia, interrelación y complementariedad. Así los Estados están obligados a proteger, respetar y garantizar, a todas las personas, todos los derechos establecidos fir-

mamente en tales tratados. Esto es, en suma, lo que se entiende por obligaciones generales del Estado en materia de derechos humanos.⁸

Ya la Declaración Universal de Derechos Humanos⁹ establece en su artículo 25 que:

- 1.- *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*
- 2.- *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.*

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)¹⁰ reconoce el *derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental* (artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes. El derecho a la salud se refleja también en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) y en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Se destaca además la Observación General Núm. 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, por medio de la cual el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de supervisar la aplicación del PIDESC, ha interpretado los alcances de tal derecho. Así, pues, los Estados tienen el deber de respetar, proteger y cumplir el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

La Observación General Núm. 14 contiene referencias específicas sobre la salud de la mujer, recomendando que los Estados “incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre”.¹¹ En ella, la salud de la mujer está estrechamente vinculada con la eliminación de la violencia de género, con la protección de los derechos reproductivos y con el establecimiento de límites a las prácticas que son perjudiciales para la vida y salud de las mujeres. Estos tres componentes son fundamentales no sólo para proteger la salud de las mujeres, sino para eliminar su situación de exclusión.¹² Estos principios se desarrollan también de manera detallada en la Observación General Núm. 16, *La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales* (artículo 3º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Por otro lado, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, al afirmar que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la CEDAW, emitió la Recomendación General Núm. 24, *La mujer y la salud*. Entre las medidas destaca la necesidad de una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida y garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, se enfatiza la necesidad de incluir de manera transversal la igualdad de género en las políticas, programas y servicios de salud, eliminar las barreras de acceso de las mujeres, en especial de las adolescentes; se da prioridad a los derechos reproductivos y la prevención del embarazo no deseado, y se incluye la necesidad de incorporar en los programas de formación la perspectiva de género y la respuesta a la violencia contra las mujeres.¹³

El derecho de las mujeres a gozar de salud integral a lo largo de todo su ciclo vital es así un derecho humano universal. La salud integral responde a factores biopsicosociales y depende del lugar que las mujeres ocupan en la sociedad, de su capacidad de acceder a los recursos materiales y simbólicos para vivir una vida digna, con igualdad de oportunidades, exenta de discriminación y de violencias. La igualdad sustantiva, en los hechos no sólo es un compromiso fundamental de derechos humanos, es un determinante clave del derecho a la salud y es la piedra angular del desarrollo sostenible.

El informe publicado por la OMS en 2009, *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*, pide una acción urgente tanto en el sector salud como en otros sectores para mejorar la salud y la vida de las mujeres y las niñas de todo el mundo y destaca que: a) las mujeres dispensan la mayor parte de la atención sanitaria, pero pocas veces reciben la atención que necesitan; b) las mujeres viven más que los hombres, pero esos años suplementarios no siempre se acompañan de buena salud; c) a pesar de algunas ventajas biológicas, la mujer se ve afectada en su salud por una situación socioeconómica inferior; d) se necesitan medidas de política en el sector de la salud y en el conjunto de política pública que busquen mejorar las condiciones físicas y mentales de las mujeres y que consideren las desigualdades estructurales que les impiden proteger su salud.

Hoy ya 187 países han ratificado la CEDAW. Para nuestra región y para México, el aporte que hace la CEDAW es central: no

basta con la igualdad formal o de derecho; no es suficiente con que las leyes, políticas públicas, planes y acciones gubernamentales aseguren la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Los Estados están obligados a hacer más; a poner todos los medios a su alcance para lograr la igualdad de género, la igualdad de resultados, la igualdad sustantiva en los hechos. Las políticas en favor de la igualdad de género son la llave fundamental. Pero también se requieren medidas temporales o de acción afirmativa para eliminar las desigualdades, la discriminación y la violencia contra las mujeres.¹⁴

En este marco, el comité de la CEDAW en 2012 examinó los informes séptimo y octavo combinados de México, así como los emitidos por la sociedad civil y presentó sus observaciones¹⁵ finales al Estado mexicano. El desafío para México en la actualidad es cumplir con las observaciones del comité de la CEDAW sobre diversos temas: armonización legislativa con los marcos de derechos humanos; prevención y eliminación de la violencia contra las mujeres con énfasis en feminicidio, trata de personas y violencia contra defensoras de los derechos humanos y periodistas. Aborda la participación de las mujeres en la vida política y pública; los derechos a la educación, la salud y el empleo de las mujeres; la situación de las mujeres indígenas en las zonas rurales; los derechos de las mujeres en el marco de las relaciones familiares, entre otros. Las recomendaciones relacionadas con la salud de las mujeres se refieren a la aplicación de la legislación y normatividad con que cuenta el sector salud para la prevención de la violencia contra las mujeres y el trato a las víctimas, así como a garantizar el acceso universal a educación, información y servicios con énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes, la reducción de la mortalidad materna, la armonización legislativa y el acceso a servicios médicos para aborto seguro legal, además del cumplimiento de los protocolos de atención a mujeres víctimas de violencia sexual.

México, ha avanzado en su reciente *Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018* que tiene por primera vez como uno de sus ejes transversales la igualdad sustantiva de género, y ha dado lugar al *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018*, cuya observancia es obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. México tiene una excelente oportunidad de avanzar hacia la igualdad sustantiva.

El cuidado no remunerado de la salud: el impuesto oculto a las mujeres

Una de las áreas de preocupación central en el trabajo de ONU Mujeres es la desigual distribución de la carga de responsabilidades en relación con el trabajo doméstico y de cuidado que recae de manera abrumadora sobre las mujeres en los hogares. En las últimas décadas, observamos cómo el modelo de división sexual¹⁶ del trabajo por el cual el hombre es el proveedor económico de las familias y las mujeres son las cuidadoras ha sido profundamente alterado por los cambios en las estructuras y dinámicas familiares, la migración internacional de las mujeres, el aumento de la participación femenina en la educación, el empleo, la política y en general en el espacio público, entre otros. Este cambio no ha sido acompañado al mismo ritmo por la participación de los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado y lo que es más importante, por transformaciones en la orientación de la política pública y la cultura con respecto al cuidado como bien público con un papel central del Estado.¹⁷

21

La evidencia en México y en la región muestra que las necesidades de cuidado en nuestras sociedades crecen debido a las transformaciones demográficas y epidemiológicas que dan como resultado el aumento proporcional de las personas adultas mayores, enfermos crónicos y personas cuidado-dependientes, sin que de hecho se hayan modificado las desiguales estructuras del cuidado en nuestras sociedades, lo que se acompaña, además, de una situación crítica de desprotección financiera y social frente a la enfermedad, la discapacidad y la vejez. La consecuencia es una creciente tensión sobre las mujeres que han mantenido sus jornadas de trabajo no remuneradas a la par de crecientes jornadas remuneradas: las mujeres latinoamericanas invierten el doble o triple de horas que los hombres en el trabajo no remunerado.¹⁸

En México, según la *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009*, si se considera el trabajo remunerado y el no remunerado en conjunto, las mujeres trabajan más horas a la semana que los hombres (8 horas más en promedio);¹⁹ El tiempo total de trabajo semanal no remunerado de las mujeres es de casi 44 horas, mientras que el de los hombres es de poco más de 16. En cuanto a la población indígena, las mujeres destinan 10 horas a labores no remuneradas y los hombres 18, muy similar a lo que ocurre en general en las zonas rurales,²⁰ como se observa en la gráfica de la Figura 2.1.

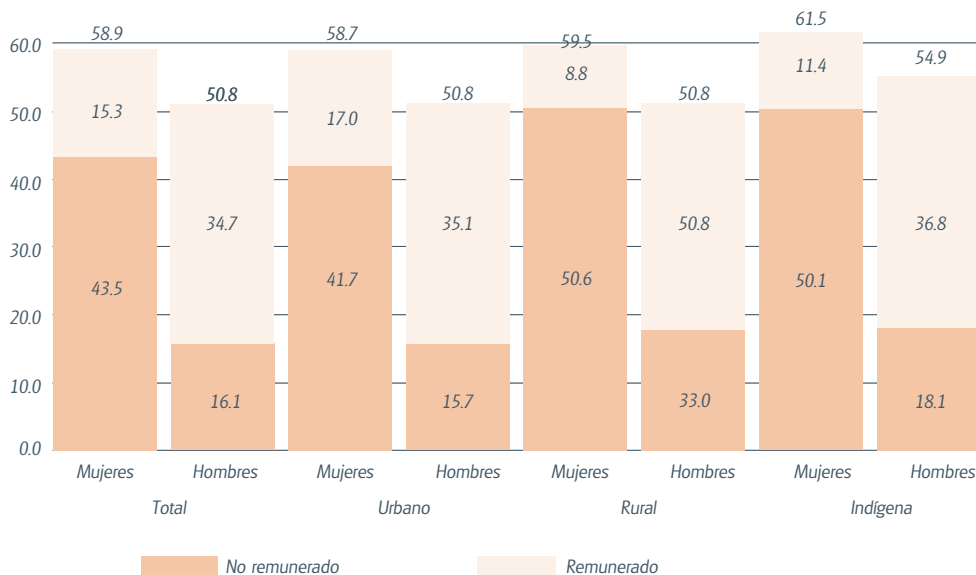


Figura 2.1. Tiempo total de trabajo* de la población total por sexo, 2009.

* Tiempo total de trabajo es la suma de todos los tipos de trabajo que realiza la población en términos de horas.

Fuente: INMUJERES. Estimaciones con base en INEGI-INMUJERES, Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo, 2009.

El INEGI ha calculado el valor de las labores sin compensación económica en la *Cuenta Satélite de Trabajo no Remunerado (TNR)*, que permite concluir que durante 2009, el TNR equivalió a 21.9% del PIB, cifra mayor a la correspondiente a la manufactura (que participa con 17.2% del PIB) y el comercio (cuya participación es de 15.7%). Las mujeres realizan 79.4% de ese trabajo en términos de tiempo. Su trabajo no remunerado equivale a alrededor de 16.6% del PIB y el de los hombres, a 5.3%. La cuenta indica también que el trabajo de cuidados y apoyo a los integrantes del hogar es el grupo de actividades de mayor peso económico: constituyen una tercera parte del total del valor económico del trabajo no remunerado, con una aportación femenina de 74.1% a dicho valor.²¹

En México los hogares siguen siendo donde se brinda la mayoría de los cuidados y son las mujeres quienes los realizan. Con datos de 2009, en México se tiene que cuidar a 30.4 millones de menores de 15 años, 6.8 millones de enfermos temporales, 3.5 millones de enfermos crónicos, 1.2 millones de personas con discapacidad, y a una parte importante de los 10.6 millones de adultos mayores.²²

Asimismo, el INEGI presentó recientemente los resultados de la *Cuenta satélite del sector salud de México* (CSSSM) 2008-2011,

que agrega por primera vez desde 2008 el valor del trabajo de cuidados en salud que se otorgan en el hogar y que no son remunerados (TNRS).²³ En 2011, el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del Sector Salud representó 5.6% del PIB total obtenido en el país. La mayor contribución fue realizada por la producción del Sector Salud, equivalente a 4.5% del PIB total. El resto, 1.1% lo aportó el TNRS de los hogares, de un rango similar a la producción hospitalaria. En 2011, el PIBA del Sector Salud se incrementó 3.1% en términos reales con respecto al año anterior. Este comportamiento se debió sobre todo al aumento del TNRS en los hogares, 11.4%, y en las actividades del Sector Salud, 1.3%.²¹

En 2011, la mayor parte del trabajo no remunerado de cuidados para la salud se realizó en los hogares (96.5%) y lo llevaron a cabo las mujeres, quienes contribuyeron con tres cuartas partes del valor económico total. Este trabajo está compuesto por los cuidados a enfermos crónicos o con alguna discapacidad física (o cuidados especializados), que equivale a 65.5% del TNRS total, así como por los cuidados a enfermos temporales (o cuidados no especializados), equivalente a 31%. Por lo que se refiere a los cuidados de salud realizados fuera del hogar, el valor de la ayuda a otros hogares representó 2.1% del valor del TNRS y el del trabajo voluntario en instituciones no lucrativas, 1.4 %.²¹

Según el Plan Nacional de Desarrollo actual, “Los datos demográficos y epidemiológicos indican que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores, poniendo en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas. La fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores (la población de 65 años y más crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030). Este hecho impacta no sólo en el Sistema de Salud, sino que impone desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo para los cuidados, especialmente para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo”.²²

Así, estamos frente al desafío de poner en marcha políticas públicas incluyentes que respondan a las necesidades de cuidado actuales y futuras, que van en aumento, lo cual implica un nuevo paradigma de relaciones entre Estado, empresas y ciudadanía que requiere la participación estatal, la responsabilidad de las empresas y los hombres y la liberación de las mujeres de la sobrecarga de trabajo y tiempo. Implica también la valorización del cuidado desde las perspectivas cultural, social, económica y política.

Reflexiones finales

El nuevo milenio ha iniciado con importantes avances para las mujeres, que han ganado acceso en los espacios públicos de los que habían sido excluidas históricamente. Sin embargo, falta camino por recorrer para que los avances en la ley se transformen en igualdad sustantiva para todas las mujeres y las niñas en los hechos. Además, este avance se ve obstaculizado de manera persistente por la sobrecarga de trabajo no remunerado y el tiempo que las mujeres dedican a los cuidados y por la debilidad de políticas públicas que fomenten la corresponsabilidad entre Estado, comunidades, familias y mercados en relación con el cuidado de dependientes.^a

La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres de México establece como objetivo proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promover el empoderamiento de las mujeres, así como la participación y representación política equilibrada de mujeres y hombres.²³

ONU Mujeres reconoce que la nueva agenda mundial y nacional de desarrollo debe no sólo atender la eliminación de brechas específicas de género, sino también transformar los factores estructurales que amplían en forma persistente las desigualdades de género, incluidos profundos cambios culturales que operan en la base de la discriminación y violencia. Para ser transformador, este enfoque debe ser universal; debe abordar las bases de la desigualdad basada en género y garantizar la rendición de cuentas por medio de marcos de monitoreo robustos y estadísticas actualizadas, diseñadas con perspectiva de género.

México ha avanzado en mostrar con estadísticas el valor y el tiempo que las mujeres dedican al cuidado en los hogares, así como en documentar cómo este trabajo limita el ejercicio de derechos de las mujeres e impacta su propia salud y desarrollo.

Como se mencionó, el desafío actual es el establecimiento de políticas públicas con carácter incluyente en respuesta a las necesidades de cuidado de la actualidad y del futuro. Para ello, es indispensable la generación de un nuevo paradigma de corresponsabilidad social para el cuidado, que requiere la participación central del Estado, la responsabilidad de las empresas y de los hombres, así como políticas activas que permitan liberar de la sobrecarga de trabajo y tiempo a las mujeres. Lo anterior implica también la valorización del cuidado en los ámbitos cultural, social, económico y político.

^a UNFPA, GTZ (2006), *Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: Una mirada desde el género*. Reunión Internacional de Expertas/os, 24-26 de Octubre de 2005. Ciudad de México, México: UNFPA, GTZ.

Las políticas de corresponsabilidad, en definitiva, articulan las medidas dirigidas a los ámbitos privado y público y reconocen la estrecha vinculación de ambos espacios para la vida social; son políticas intrínsecas a las políticas de igualdad de género. Involucran la ampliación de las opciones y la redistribución de poder, recursos y tiempo en sociedades de gran desigualdad e implican el diseño de varias rutas de acción sectoriales y territoriales. Demandan también sistemas de protección social universales, especialmente incluyentes para los grupos en mayor vulnerabilidad, que no se basen en la capacidad de pago o tan sólo en los regímenes contributivos o en la calidad de trabajo remunerado.²⁴

Algunas de las medidas que se proponen son: a) mejorar el acceso y la calidad del empleo, incluir una regulación urgente del empleo doméstico remunerado; b) incrementar las responsabilidades públicas y de las empresas privadas; c) aumentar la infraestructura social para el cuidado infantil, de los individuos con discapacidad o enfermedad y de los adultos mayores; d) ampliar las licencias parentales, con énfasis en los permisos de paternidad, así como otros permisos de cuidado de dependientes; e) la ampliación de la cobertura y la calidad de los sistemas de protección social, sobre todo los sistemas de pensiones y de los sistemas de salud; f) la flexibilización de horarios, no sólo en las empresas donde se trabaja, sino también en otras instituciones que afectan la vida cotidiana (escuelas, comercios, lugares de ocio, instituciones bancarias y financieras, transportes, etc.); g) políticas de transporte e infraestructura social que ahorren tiempo, y h) lo que está en la base de este cambio transformacional: el fomento de cambios culturales que permitan valorizar el trabajo de cuidado como un bien público reconocido en los marcos internacionales de derechos humanos.

Las políticas del cuidado y de corresponsabilidad plantean una gran oportunidad para reconcebir una sociedad que hasta ahora se ha configurado únicamente en torno a la centralidad del trabajo productivo. En este sentido, las políticas de corresponsabilidad deben tener como titulares a todas las personas, considerando las diferencias de género, edad, etnia, raza, orientación sexual, en las dinámicas familiares, entre otras. En este sentido, interesa recordar que los Estados son los principales responsables de la realización de los derechos humanos y de promover que todos los agentes sociales colectivos —comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, instituciones de la salud y de educación, empresas privadas y otros— incrementen sus responsabilidades en lo relativo a la realización del derecho al cuidado.

Referencias

1. Este artículo ha contado con el aporte invaluable de María de la Paz López, colega y asesora técnica en estadísticas de género de ONU Mujeres. Se nutre principalmente de los seminarios promovidos por INMUJERES, INEGI y ONU Mujeres en México sobre uso del tiempo y economía del cuidado, así como de los Encuentros Internacionales de Estadísticas de Género, llevados a cabo los últimos 14 años en Aguascalientes en México, por las instituciones ya citadas y la CEPAL. Asimismo, se basa en las publicaciones previas en OPS y UNFPA, donde la autora ha tenido el privilegio de colaborar. Los aportes iniciales procedentes de pensadoras feministas, hoy son ya objeto de investigación y propuesta en el campo de la salud pública, la economía y, en general, en las políticas de desarrollo.
2. ONU Mujeres. *El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2011-2012*. Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, ONU Mujeres. 2011.
Ver en: <http://progress.unwomen.org/?lang=es>
3. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979 y puesta en vigor el 3 de septiembre de 1981, de conformidad con el artículo 27. Ver en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>
4. Basado en la revisión hecha por el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas para la Agenda de Desarrollo Post 2015 a las contribuciones de la agenda de los ODM en cuanto a su capacidad de fomentar el desarrollo: Lecciones aprendidas para la Agenda de Desarrollo Posterior 2015 (Nueva York, 2012); disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/beyond2015.shtml>. Para ver las evaluaciones del progreso desigual hacia los ODM, consultar el Informe sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio 2011 (publicación de las Naciones Unidas, No. E.11.L.10) disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. *Global and Regional Estimates of Violence against Women*. Para información individual a nivel de país, ver la recopilación completa de datos disponible en: ONU Mujeres. *Violence against Women Prevalence Data: Surveys by Country*. 2012. Ver: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#sthash.i79YPkNy.dpuf>
6. Nussbaum M. “Capacidades humanas y justicia social “ En: Reichmann J (ed.) Necesitar, desear, vivir. Madrid: Los Libros de la Catarata; 1998.
7. Discurso presentado por la Secretaria General Adjunta y Directora Ejecutiva de ONU Mujeres durante la ceremonia de inauguración de ONU Mujeres, celebrada en el Salón de la Asamblea General en la Sede de la ONU el 24 de febrero

- de 2011. Ver: <http://www.unwomen.org/es/news/stories/2011/2/un-women-launch-remarks-by-usg-michelle-bachelet/#sthash.9MEcOhT1.dpuf>
8. ONU, Comité de Derechos Humanos. Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto. Observación General No. 31, Documento CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, 26 de mayo de 2004.
 9. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948.
 10. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966, puesta en vigor el 3 de enero de 1976. Ver en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
 11. Ver todas las Observaciones generales en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
 12. Güezmes A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y derechos reproductivos en América Latina: Un enfoque integrado de Derechos Humanos, Salud Pública y Equidad de género. Washington D.C: OPS/PALTEX; 2004.
 13. Comité CEDAW, Recomendación General 24, La mujer y la salud (Artículo 12), U.N.Doc. No. A/54/38/Rev.1 (1999).
 14. Organización Mundial de la Salud. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Ginebra: OMS; 2009.
 15. Naciones Unidas. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a México. CEDAW/C/MEX/CO/7-8. 7 de agosto de 2012.
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/CEDAW_C_MEX_CO_7_8_esp.pdf
 16. Durán, María de los A. “La investigación sobre uso del tiempo en España: algunas reflexiones metodológicas”, en *Revista Internacional de Sociología*, Tercera época, núm. 18, sep-dic., 1997, pp. 163-190.
 17. UNFPA, GTZ. Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: Una mirada desde el género. Reunión Internacional de Expertas/os 24-26 de Octubre de 2005. Ciudad de México. México: UNFPA, GTZ . 2006
 18. United Nations. The World’s Women 2010. Trends and Statistics, United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York; 2010: p. 100.
 19. INMUJERES-INEGI. Mujeres y Hombres en México, 2012.
 20. *Ibidem*. Tiempo total de trabajo es la suma de todos los tipos de trabajo que realiza la población en términos de horas.
 21. INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales. Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares de México, 2007-2011. México, 2012. Consultado en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2012/Mayo/comunica31.pdf>
 22. INEGI. Censo de Población y Vivienda. México. 2010. INMUJERES-INEGI. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, ENUT 2009. México

23. En la CSSSM, el TNRS se conforma por el tiempo dedicado al cuidado de la salud de enfermos dentro del hogar, a otros hogares y el trabajo voluntario en instituciones dedicadas a prestar servicios de salud. Ver: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=28086&upc=702825003322&s=est&tg=333&f=2&pf=Cue&ef=00&cl=0>
26. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND). México. 2013.
27. INMUJERES. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018. Publicado el 30 de agosto del 2013 en el Diario Oficial.
28. Güzemes A. “Las políticas de corresponsabilidad y políticas del cuidado. Urgencia para la América Latina”, en UNFPA. Memorias del Panel Debate Responsabilidad Compartida entre Trabajo Productivo y Reproductivo: Desafío para las Políticas de Género, Paraguay, UNFPA. 2008.

LA MUJER, ACCESO A RECURSOS Y OPORTUNIDADES

Gina Zabłudovsky Kuper¹

3

Introducción

En este capítulo, se analiza el acceso de las mujeres a recursos, oportunidades y toma de decisiones. El texto aborda su situación en México, a la luz de su participación en la fuerza de trabajo, su presencia en las universidades y su ejercicio en cargos de decisión en la política, la administración pública y el sector privado. La información se obtuvo de la interpretación de varias fuentes estadísticas como las *Encuestas Nacionales de Ocupación y Empleo* del INEGI, los anuarios de la ANUIES, los informes del Congreso y diversos directorios empresariales, a partir de los cuales se construyó una base de datos e información que no es fácilmente asequible. El estudio muestra cómo, a medida que se asciende en las pirámides organizacionales, la participación de las mujeres disminuye. Mientras las mujeres conforman 55% de los egresados(as) universitarios(as), apenas representan 20% como empleadoras. En los principales cargos de alta dirección en las compañías más grandes del país, la cifra correspondiente a las mujeres se reduce a 12% y disminuye a 5%, si sólo tomamos en cuenta la presidencia o dirección general (CEO). En el ámbito político, las mujeres conforman 37% de los cargos de representación en la Cámara de Diputados; sin embargo, para 2013, ninguna mujer es gobernadora.

La mayor incursión de las mujeres en la fuerza de trabajo y su incremento en la matrícula universitaria constituyen cambios sociales sin precedente que transformaron de manera radical las sociedades, a partir de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, a pesar de esta importante tendencia, en el ámbito mundial, la presencia de las mujeres continúa siendo minoritaria en los principales cargos de decisión económica y política.

En el presente texto, se examinan las características de esta tendencia en México, a partir del análisis de la participación económica, el creciente nivel de estudios de las mujeres y su presencia en las esferas políticas, empresariales y corporativas.

El ámbito laboral

Durante las últimas cuatro décadas, la participación de las mujeres en el trabajo extra doméstico prácticamente se ha duplicado, pues ha pasado de 19% en 1970 a 38% en 2013.

Sin embargo, a pesar de los avances, aún existen diferencias drásticas en las percepciones económicas en relación con el sexo. Como lo muestra la gráfica de la Figura 3.1, la presencia de las mujeres disminuye a medida que aumentan los salarios mínimos mensuales.

30

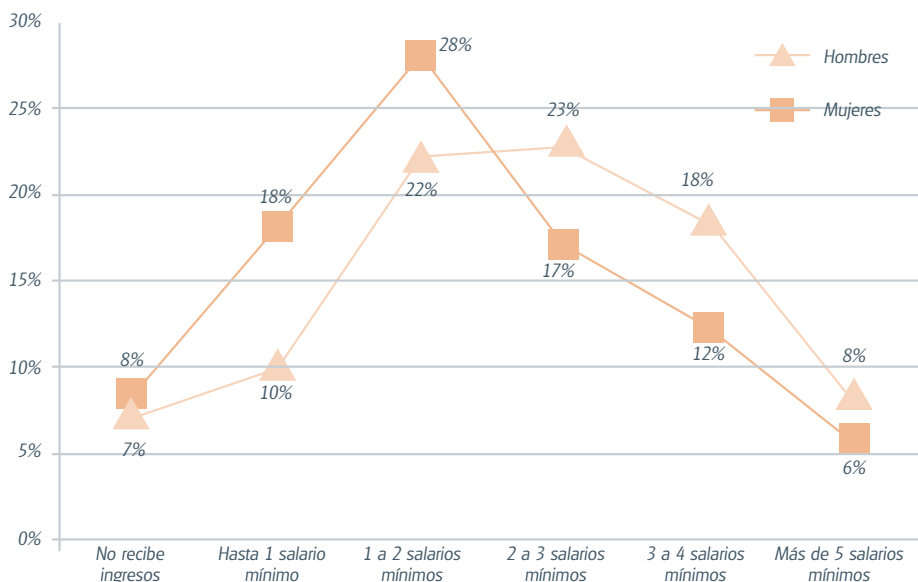


Figura 3.1. Relación entre los salarios mínimos mensuales y la presencia femenina, 2013.

Fuente: elaborado por Gina Zabłudovsky, con base en la información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), 1er. trimestre de 2013, INEGI.

Esta diferencia podría explicarse en parte, por el hecho de que, debido a sus responsabilidades no retribuidas dedicadas al cuidado de sus familias, en el empleo extra doméstico las mujeres laboran en promedio 9 horas semanales menos que los hombres (36 y 45, respectivamente).² En términos generales, las mujeres en México dedican hasta 42 horas semanales a las tareas del hogar, mientras que entre los hombres este número se reduce a tan sólo 15.³

Los niveles educativos

Si bien es cierto que la incorporación de las mujeres en el ámbito laboral muestra cambios sin precedentes, las transformaciones más drásticas se han dado en la esfera educativa, ya que, como lo muestra la gráfica de la Figura 3.2, en los niveles medio y superior, están a la par que los hombres.

Los datos en torno al alto grado de preparación académica de las mujeres se hacen más evidentes cuando observamos su participación en la educación superior. Como se aprecia en la Figura 3.2, el número de estudiantes de sexo femenino en las universidades ha aumentado a pasos acelerados, pues pasó de 17% en 1970 a 50% en 2011. Además, las mujeres tienen una eficiencia terminal mayor que la de los hombres, ya que, si sólo tomamos en cuenta a los egresados(as), su porcentaje asciende a 55%.⁴

Por otro lado, durante las últimas dos décadas, se ha detectado un importante incremento en profesiones que antes se consideraban tradicionalmente masculinas, como administración de empresas y derecho. Como ocurre en otros países, en México se ha dado una creciente inserción de las universitarias en las carreras de comercio dedicadas a los negocios, la administración y las finanzas.⁵ Su presencia es también muy importante en especialidades como mercadotecnia, educación, comunicación, odontología y química, donde alcanzan cifras de participación superiores a 60%.⁶

Sin embargo, en las áreas de tecnología, el porcentaje de mujeres todavía es muy reducido. Según los datos de 2011, en las diversas

31

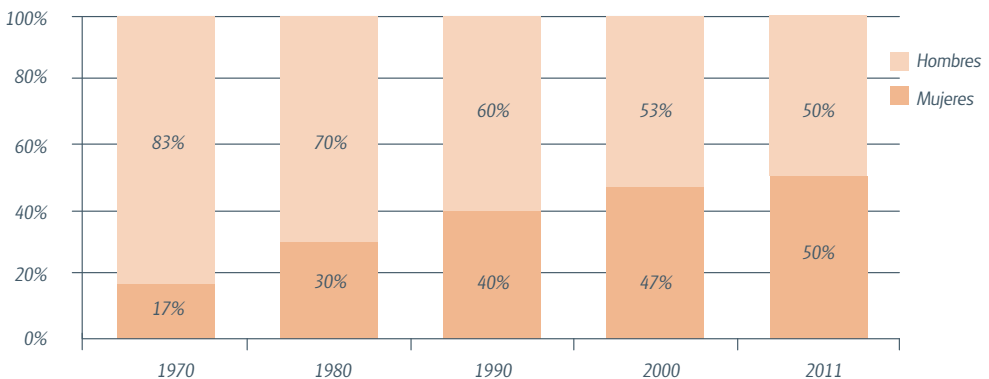


Figura 3.2. Presencia femenina en la educación universitaria (1970–2011).

Fuente: elaborado por Gina Zabudovsky con base en la información de los anuarios estadísticos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES).

ingenierías —como civil, industrial y de sistemas— las estudiantes no abarcan ni la tercera parte.⁷ Esta situación es aún más drástica en las ingenierías mecánica, eléctrica y electrónica, donde menos de 10% de la matrícula está conformada por mujeres.⁸ En el otro extremo, se encuentran aquellas carreras claramente identificadas como “femeninas”, como enfermería, nutrición y psicología, donde por lo menos tres de cada cuatro estudiantes son mujeres.

La política: cargos de elección y representación

32

Durante los últimos años, la participación de las mujeres en los cargos de representación política ha tenido cambios significativos, especialmente en el ámbito del poder legislativo. En la Cámara de Diputados, desde que asumió el cargo la primera legisladora en 1954,⁹ el aumento de las mujeres ha sido gradual y constante (Figura 3.3). Sin embargo, durante casi cuatro décadas, su presencia se mantuvo a niveles muy bajos que nunca superaron 10%.¹⁰ Este panorama muestra signos de cambio a partir de 1994, cuando el número de diputadas empezó a incrementarse en forma más evidente y pasa de 16% en el periodo 2000–2003 a 37% en el de 2012–2015. En el Senado de la República, también se observa una tendencia similar, ya que 33% de la actual legislatura¹¹ está constituida por mujeres, mientras que en las dos anteriores la cifra correspondiente no era superior a 17%.¹²

Estos cambios son resultado directo del impacto de las reformas al Código Federal Electoral en materia de género aprobadas y modificadas en 2002, 2008 y 2011–2012, las cuales obligan a los partidos políticos a no sobrepasar un determinado porcentaje de candidatos legisladores(as) de un mismo sexo.¹³

Los avances de las mujeres en el poder legislativo contrastan con los índices de participación en otros cargos de elección política, como las gubernaturas, ya que en toda la historia del país, sólo ha habido seis mujeres que han gobernado su estado, y en la actualidad no hay ninguna.¹⁴

Esta situación es similar a la que se da entre las presidentas municipales, ya que para 2013, las mujeres apenas representaban 8%.¹⁵ La zona con los índices más altos es Yucatán, donde las mujeres con estos cargos de elección alcanzan 21%. Lo anterior es congruente con la historia de este estado, donde la presencia de las mujeres en la vida pública ha tenido una gran relevancia histórica y su participación en aso-

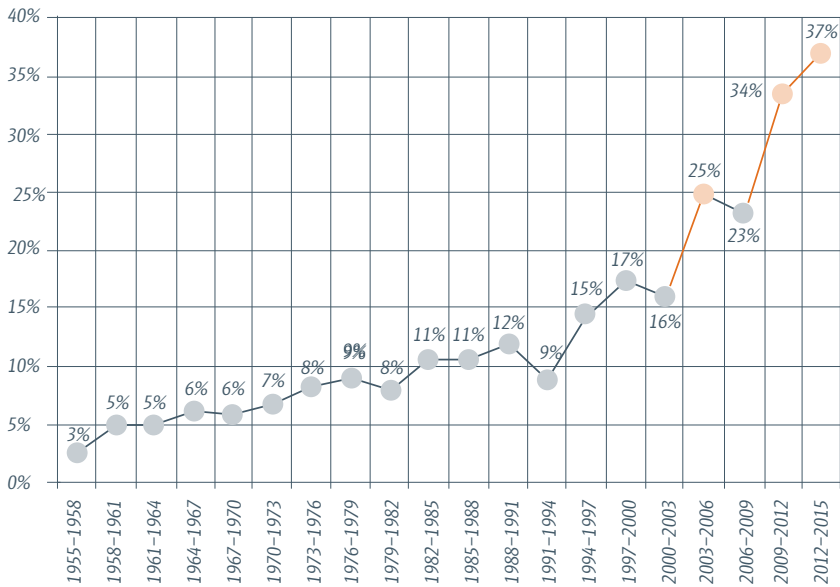


Figura 3.3. Proporción de diputadas respecto del total de diputados en la Cámara Baja. Histórico (1955-2015).

Fuente: elaborado por Gina Zabudovsky, con base en información obtenida en la Cámara de Diputados, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx>

16%

ciaciones civiles y grupos comunitarios ha sido notable. Como ejemplo, conviene tener presente que en 1879, bajo el liderazgo de Rita Celis, tuvo lugar un movimiento en pro de la educación y que, durante las primeras décadas del siglo XX, en este estado se llevaron a cabo los dos primeros Congresos Feministas en América.¹⁶

La presencia de las mujeres también ha sido muy escasa en la integración de los gabinetes presidenciales, ya que de 1981¹⁷ a la actualidad nunca han alcanzado más de 15%.¹⁸ Su participación como secretarías de Estado se ha concentrado en ciertas áreas como turismo (1994, 2000, 2006, 2012), desarrollo social (2000, 2006, 2012), contraloría general de la federación (1988, 1994) y relaciones exteriores (1994, 2006).

Las mujeres en los cargos de dirección del sector privado

Los cálculos realizados a partir de los datos del INEGI muestran cómo la participación de las mujeres en los cargos de dirección del sector privado es más reducida que la de sus homólogas en el gobierno (39 y 29%, respectivamente).¹⁹

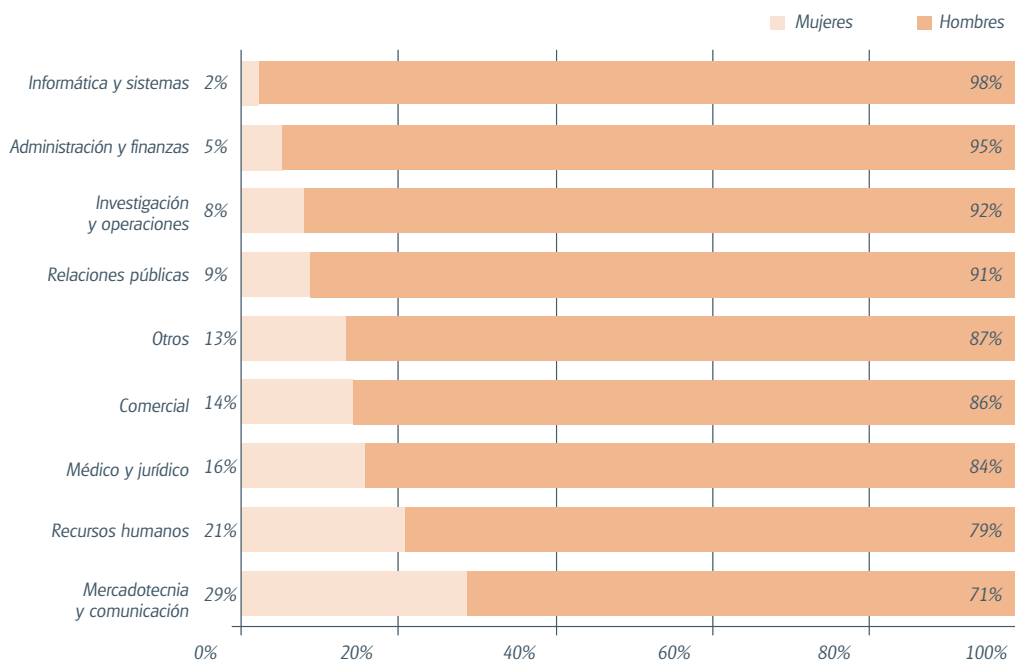


Figura 3.4. Directores generales de área en las grandes compañías de México, según sexo (2012).

Fuente: elaborado por Gina Zabudovsky a partir de la información de 277 de las 500 compañías más grandes de México (con base en datos de 2012 de *Expansión*, *Conexión Ejecutiva* y otros directorios empresariales).

Sin embargo, la consulta de otras fuentes permite observar que, en las grandes corporaciones del país, la presencia de las mujeres como gerentes y ejecutivas es aún menor, ya que en los puestos intermedios de administración, apenas alcanzan 23%.²⁰ Si sólo tomamos en cuenta las posiciones más altas, que equivalen a las direcciones generales en las diferentes áreas, la subrepresentación de las mujeres es aún más drástica,²¹ ya que su presencia se reduce a 13%. En los niveles de presidencia (CEO) o dirección general de la compañía, alcanzan apenas 5%.

A esta segregación vertical —que tiene que ver con la presencia de un mayor número de mujeres en los niveles jerárquicamente más bajos, se aúna una “segregación horizontal” que se relaciona con la concentración en ciertas áreas, como las direcciones generales de mercadotecnia y comunicación (29%), recursos humanos (21%) y campos médico y jurídico (16%). Como contrapartida, el porcentaje de mujeres como directoras generales disminuye en forma notoria en las áreas de operaciones e investigación (8%), administración y finanzas (5%) e informática y sistemas (2%) (Figura 3.4). En inves-

tigaciones previas, también se encontró que las mujeres conforman 41% en aquellas compañías que han incorporado en sus organigramas una dirección general de relaciones públicas.²²

La ausencia de las directivas de ciertas áreas es estratégicamente mucho más significativa de lo que muestran los meros números, ya que responde a la lógica y a la cultura organizacional, y en la realidad implica su aislamiento de los cargos que confieren responsabilidades funcionales. Como se sabe, las posiciones dentro del mundo operativo de la compañía en las que no participan son precisamente las que brindan mayores oportunidades de ascenso dentro de la jerarquía administrativa.

Además, las mujeres se enfrentan a otras prácticas discriminatorias dentro de la sociedad y de la empresa y a las dificultades para cumplir con sus responsabilidades familiares y profesionales.²³ Como se ha demostrado en investigaciones anteriores, estas demandas explican en gran parte el alto número de mujeres no unidas (viudas, divorciadas y solteras) que existen entre las que ocupan un nivel directivo y el hecho de que en muchas ocasiones la carrera ejecutiva se viva como una opción que limita las posibilidades de vida en pareja.²⁴ Como lo muestra la gráfica de la Figura 3.5, en las compañías con mayor número de empleados, 75% de los directores varones están casados, mientras esta cifra sólo llega a 49% , entre las mujeres.

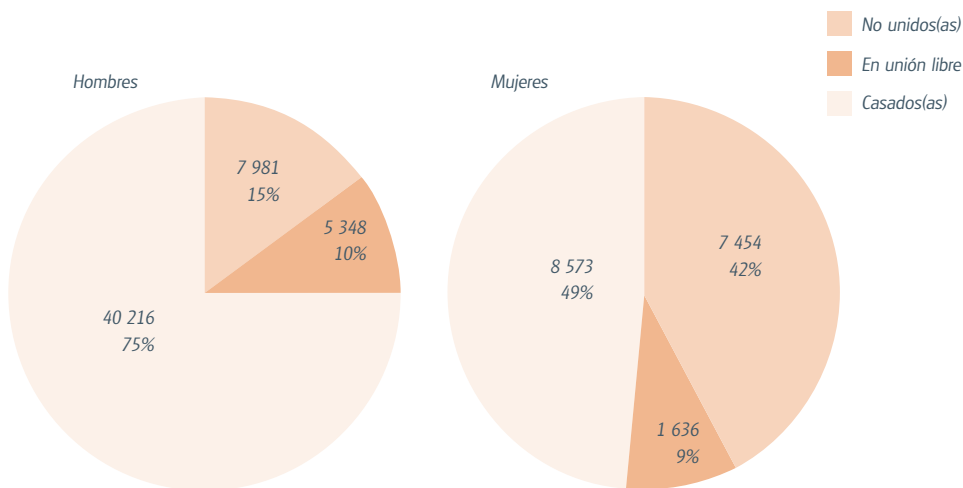


Figura 3.5. Mujeres y hombres funcionarios, directivos y jefes,* según su estado conyugal. Sector privado, empresas con más de 250 integrantes (2013).

* Se considera únicamente los trabajadores que ganan más de cinco salarios mínimos mensuales.

Fuente: elaborado por Gina Zabłudovsky, con base en la información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), 1er. trimestre de 2013, INEGI.

Como se ve en el siguiente apartado, debido a las grandes dificultades que existen en el mundo ejecutivo, vinculadas sobre todo con las jornadas ampliadas de trabajo en la oficina, en la práctica muchas mujeres fundan su propia empresa y se convierten en empresarias.

Las empresarias

Durante los últimos años, la participación de las mujeres como propietarias y directivas de empresas en México ha crecido significativamente, pues ha pasado de 25 a 36%, entre 1991 y 2013.²⁵

Sin embargo, este panorama no debe tomarse con excepcional optimismo, ya que la gran mayoría de los casos se trata de ocupaciones relacionadas con el autoempleo o de unidades minúsculas situadas en los sectores de subsistencias. Como lo vemos en la gráfica de la Figura 3.6, si tomamos en cuenta tanto a las trabajadoras por cuenta propia, como a las empleadoras, la presencia de las mujeres disminuye a medida que aumentan sus ingresos.

Lo anterior también se observa si sólo consideramos a las empleadoras; es decir, a aquellas mujeres que contratan a por lo menos un trabajador(a) asalariado(a), además de ellas mismas (Cuadro 3.1). En este sector, la presencia de las mujeres disminuye drásticamente hasta 19%; durante las últimas décadas, su incremento ha sido más paulatino (de 14% en 1991 a 20% en 2013).²⁶

36

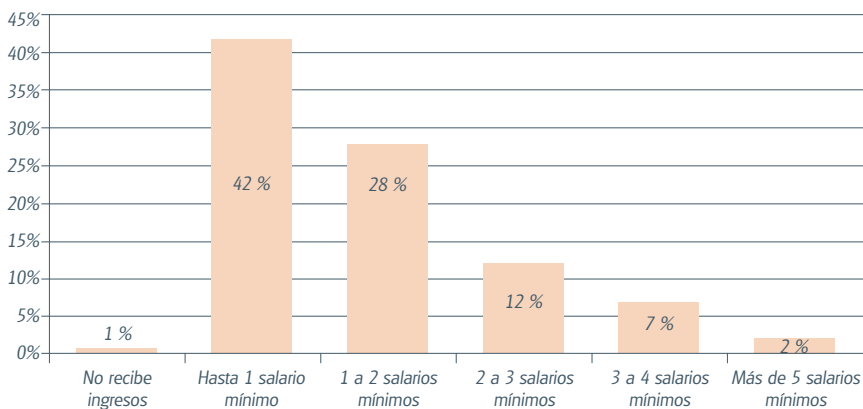


Figura 3.6. Distribución de mujeres trabajadoras por cuenta propia y empleadoras, según sus niveles de ingresos (2013).

Fuente: elaborado por Gina Zabudovsky, con base en la información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), 1er. trimestre de 2013, INEGI.

Cuadro 3.1. Empresarios (empleadores), por sexo (1991–2010)

Año	1991	2000	2010
Mujeres	14%	17%	19%
Hombres	86%	83%	81%

Fuente: elaborado por Gina Zabłudovsky, con base en la información de las Encuestas Nacionales de Empleo (ENOE), 1991, 1997 y 2000 y las Encuestas Nacionales de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005 y 2010, INEGI.

Por otra parte, como se aprecia en la Figura 3.7, las empresarias tienden a concentrarse en ciertas áreas como las de servicios (30%) y comercio (28%) y muy pocas son dueñas de empresas de construcción o del sector primario.

Las mujeres tienen una importante participación en el ámbito de las empresas familiares, donde suelen encontrar un horario más flexible, un mayor margen de acción y posibilidades de insertarse en sectores socialmente considerados masculinos. Sin embargo, este tipo de empresas también les presentan algunos obstáculos. En la mayoría de los casos, si están en sociedad con sus hermanos o

37

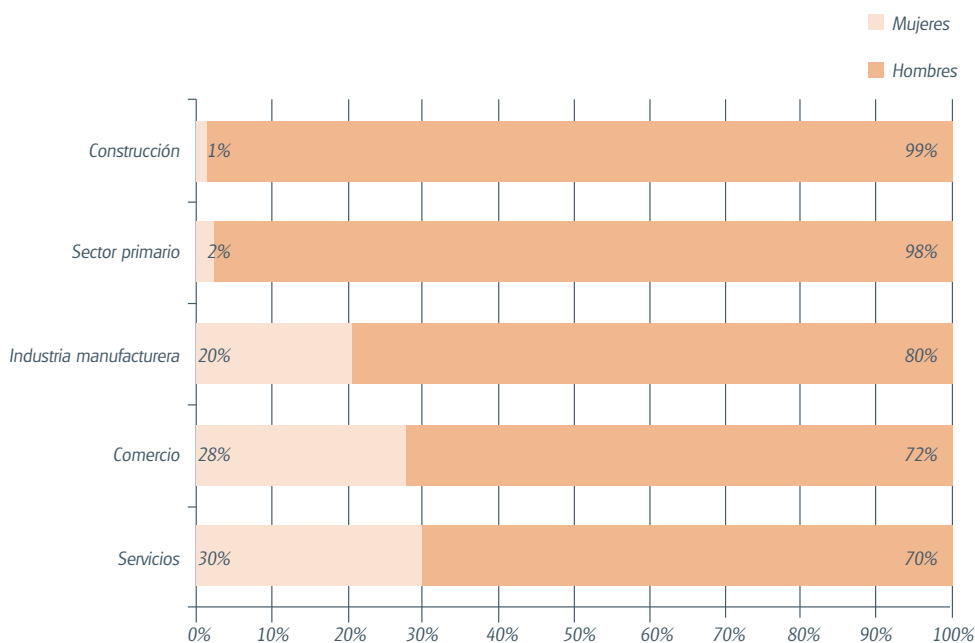


Figura 3.7. Empresarios por sexo, según sector de ocupación (2013).

Fuente: elaborado por Gina Zabłudovsky, con base en la información de la Encuesta Nacional de Empleo (ENOE) 2013 del INEGI.

esposo, tienen que mantener un bajo perfil y no ocupar un cargo de rango superior al de sus familiares hombres. Como suele ocurrir con el trabajo doméstico, una gran parte de las tareas desarrolladas por mujeres en las empresas familiares permanece invisible.²⁷

Consideraciones finales

Los datos hasta aquí expuestos muestran cómo —tanto en el sector público como en el privado—, a medida que se asciende en el nivel de ingresos y en la pirámide organizacional, la presencia de las mujeres disminuye.

Pese al camino recorrido, las mujeres están aún escasamente representadas en los cargos de dirección donde se toman las principales decisiones de los poderes económicos y políticos en México. La situación se resume en la gráfica de la Figura 3.8, que muestra cómo el incremento de las mujeres en la educación superior y en la fuerza de trabajo no corresponde a su participación en los cargos de autoridad, por lo que puede decirse que todavía se enfrentan al “techo de cristal”, entendido éste como estas series de barreras invisibles que constituyen los obstáculos para el ascenso de las mujeres a los cargos de mayor jerarquía.

Son múltiples las causas que explican esta situación y sería difícil abordarlos todos en este texto. Una de ellas es, desde luego, la socialización diferenciada y las diferentes expectativas de éxito de hombres y mujeres.

Además de estos factores, la vida organizacional y las grandes burocracias del siglo XX han contribuido de manera notable a la construcción de lo “femenino” y lo “masculino”. Al considerar que los factores sentimentales eran ajenos a su propia dinámica, se han privilegiado actitudes y estrategias racionales que socialmente son planteadas como neutras, pero que en la realidad son consideradas como masculinas, en esencia. En la medida en que las construcciones sociales del género en las sociedades modernas atribuyen las características sentimentales al ámbito de lo femenino, la negación de los elementos emotivos dentro de la organización contribuyó a que las mujeres no tuvieran un lugar en las jerarquías administrativas del siglo XX. En oposición a la racionalidad y capacidad de planeación que caracteriza a estas últimas, la conducta de las mujeres se consideró poco previsible e “incalculable”, por lo cual sus posibilidades de ocupar cargos directivos fueron automáticamente desechadas. Si bien es cierto que durante los últimos años la teoría

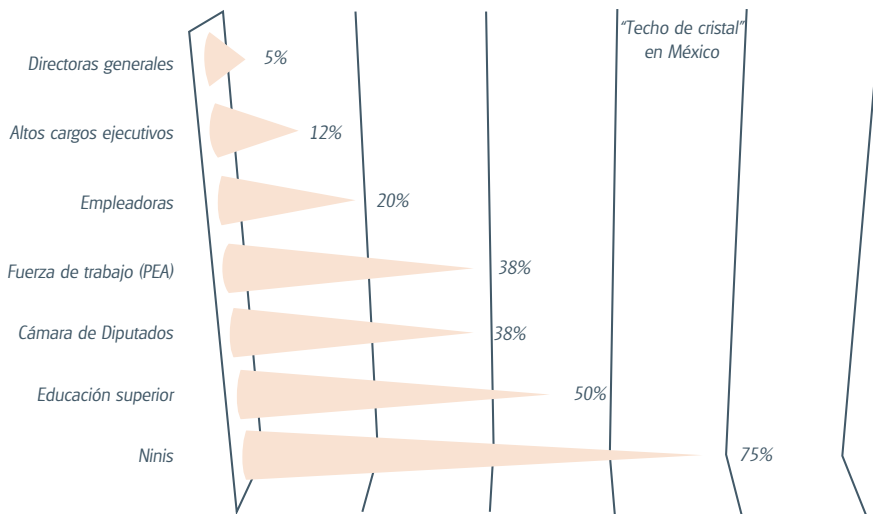


Figura 3.8. La presencia de las mujeres disminuye conforme aumenta la jerarquía de los cargos.

Fuente: elaborado por Gina Zabłudovski, con base en información precedente de:

Para ninis, Fuerza de trabajo (PEA) y empleadoras (2013): cálculos propios con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), 1er. trimestre de 2013, INEGI.

Para altos cargos ejecutivos y directoras generales (2012): cálculo propio con base en información de 277 empresas tomadas de CNN, Expansión y Conexión Ejecutiva, 2012.

Para educación superior (2011): información de los anuarios estadísticos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES).

Para Cámara de Diputados (2012): información obtenida del portal oficial de la Cámara de Diputados, www.diputados.gob.mx

normativa de la autoridad ha incorporado un creciente interés por la “inteligencia emocional” y, desde una óptica más afín al espíritu de los tiempos, se da prioridad a la calidad de las relaciones sobre el seguimiento incondicional de las órdenes, estos cambios aún no repercuten en un avance significativo del número de mujeres en cargos dirigentes.

Por otro lado, debemos tener presente que el bienestar de las mujeres no sólo repercute en ellas mismas, sino en la posibilidad de tener una sociedad más justa. Para ello, hombres y mujeres debemos tratar de cambiar conjuntamente los estereotipos culturales de género, que tanto tiempo han limitado el desarrollo humano.

Necesitamos más mujeres que tengan acceso a los recursos económicos, de prestigio y de poder y más hombres que midan el éxito como equilibrio. Es importante promover cambios en las nociones de masculinidad y fortalecer los derechos de paternidad de los hombres, para que éstos puedan concebir que su realización y obligaciones personales no se circunscriben al ámbito del trabajo, sino

que también incluyen las esferas familiares y sociales. Necesitamos más mujeres independientes y más hombres que sepan expresar sus emociones. Más hombres que dejen de ver a las mujeres como objetos o adornos y más mujeres que puedan ver a sus respectivas parejas como seres humanos, y no sólo como proveedores económicos.

En este sentido, más que un liderazgo femenino o masculino, necesitamos fortalecer un liderazgo andrógino que incorpore las mejores características de ambos. Sería deseable encontrar a más hombres que desarrollen sus capacidades altruistas y que sepan trabajar en equipos horizontales, y más mujeres que dirijan y orienten. Para ello, es necesario detectar y luchar contra los obstáculos que enfrentan para ascender en las estructuras organizacionales y encontrar los apoyos necesarios para que, como dueñas y directoras de una empresa, puedan encontrar las formas de crecer y consolidarse, y salir así de los niveles de subsistencia, con los cuales frecuentemente se identifican las ocupaciones femeninas en nuestro país.

Referencias

1. La autora agradece el valioso apoyo para la realización de este capítulo que brindaron los estudiantes de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, Ricardo Sanguinés, Lissete Rosales y Alejandra Zaldívar.
2. De hecho, nuestros cálculos muestran que si se toma en cuenta el salario mínimo por hora trabajada, a partir de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo realizada por el INEGI para el 2012, no se encuentran diferencias importantes en las retribuciones económicas por sexo. Esta situación contrasta con la que se observa en años anteriores, ya que en 1995 los hombres ganaban cuatro pesos más por hora trabajada que las mujeres (lo equivalente a 35 y 31 pesos de mayo de 2013) —deflactado a partir del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) y con datos de la consulta interactiva “Indicadores estratégicos (Información Laboral)” [en línea], México, <http://www.inegi.org.mx> [consultado el 19 de agosto de 2013], INEGI.
3. Datos obtenidos del INEGI, *Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo (ENUT)*, México 2009, <http://www.inegi.org.mx> [consultado el 10 de agosto de 2013].
4. ANUIES, “Anuario Estadístico de Educación Superior 2011” [en línea], México, <http://www.anui.es.mx/> [consultado el 10. de agosto de 2013]. Las fuentes de información para estos cálculos se encuentran actualizadas al 2011 (aún no existen datos para 2012 y 2013).

La tendencia en México es concordante con la feminización de la educación superior observada en otros países. En 2004, el porcentaje de estudiantes del

sexo femenino en Noruega alcanzaba 61%; en Polonia, Estados Unidos y Portugal, 57%, y en Canadá, 56%. Esta realidad también es propia de América Latina, en especial para Uruguay y Venezuela (con 61 y 60% de mujeres en las universidades, respectivamente). Consúltese al respecto, Davidson M, Burke R. *Women in Management Worldwide, Facts, Figures and Analysis*, Ashgate Publishing Co., Reino Unido, USA, 2004; Sierra R, Rodríguez G. Unión de Universidades de América Latina, *Feminización de la matrícula de educación superior en América Latina y el Caribe*, México, 2005.

5. Como se verá más adelante, el creciente número de egresadas en estas carreras no se refleja en los porcentajes de mujeres que ocupan los cargos jerárquicamente más importantes en el ámbito empresarial. Consúltese al respecto: Avelar S, Zabludovsky G. "Women's Leadership and Glass Ceiling Barriers in Brazil and México", En: *Women's Leadership in Changing World*, UNIFEM, New York, 1996. Lipovetsky G, *La tercera mujer*, Anagrama, Barcelona, p. 243, 1997. Wirth L, *Romper el techo de cristal, las mujeres en puestos de dirección*. Informes OIT, Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, p. 529, 2002.
6. Datos calculados con base en información de ANUIES, *op. cit.*
7. La única excepción es la de ingeniería química, en donde las mujeres representaron 47%. Durante las últimas décadas, la participación de las estudiantes también se ha incrementado en ciencias agropecuarias (36% para 2011). Datos calculados con base en ANUIES.
8. Su presencia se amplía de manera notoria en las áreas de salud (65%), educación y humanidades (68%). *Ibidem.*
9. Aurora Jiménez Quevedo fue la primera mujer electa para ocupar el cargo de Diputada Federal, en 1954.
10. En la XLII Legislatura (1955-1958), hubo cuatro mujeres, equivalente a 3% del total de diputados(as). De 1958 a 1994 (de la XLIII hasta la LV Legislaturas), la presencia de las mujeres no superó 10%. Consúltese al respecto, CEAMEG, *Número de diputadas y senadoras por legislatura desagregadas por partido político*, Cámara de Diputados, México, 2008, CD.
11. Las cifras de mujeres en el Parlamento en México coinciden con los promedios de diferentes países de América. El índice de participación más alta se alcanza en los países nórdicos, donde las mujeres en el Parlamento llegan a 42%. Como contrapartida, en las naciones árabes éstas apenas conforman 13%. Consúltese en IPU, *Women in parliament in 2012. The year in perspective*. Geneve, 2012.
12. En la LXI Legislatura (2009-2012), el porcentaje de mujeres senadoras fue de 15% y el de la LX Legislatura (2006-2009) fue de 17%.
13. La primera legislación en esta materia data de 2002, con la obligación de los partidos de registrar una proporción de candidatos al poder legislativo no mayor a 70% del mismo sexo. Para 2008, este porcentaje se reduce a 60% y se destina 2% de los recursos financieros a la capacitación y promoción de liderazgos femeninos. El último cambio en materia de cuotas de género, se aprobó en

el proceso electoral 2011–2012, cuando se hicieron varias modificaciones para lograr el cumplimiento real de las cuotas de género que, en años anteriores, se prestó a muchas simulaciones. Fuente: COFIPE. *Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales* vigente a 2013.

14. La primera gobernadora fue Griselda Álvarez Ponce de León, quien fue electa en el estado de Colima, en 1979. Le siguieron: Beatriz Paredes Rangel (Tlaxcala, 1987–1992), Dulce María Sauri Riancho (Yucatán, 1991–1993), Rosario Robles Berlanga (Distrito Federal, 1994–2000), Amalia García Medina (Zacatecas, 2004–2010) e Ivonne Ortega Pacheco (Yucatán, 2007–2013).
15. Para 2013, de un total de 2 397 municipios, las mujeres sólo presiden 195, cifra que apenas alcanza 8%. Consúltense CNDH (2013) *Informe de la Cuarta Visitaduría General. Programa de asuntos de la mujer y de igualdad entre mujeres y hombres* [en línea], http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/6_MonitoreoLegislacion/6.13/E/E.pdf. [consultado el 10. de agosto de 2013].
16. Villagómez, Gina, *Mujeres que mandan, familia, empresa y liderazgo femenino en Yucatán*, Dirección de Cultura del Ayuntamiento de Mérida, Yucatán, 2004. Zabłudovsky, Gina, *Empresarias y ejecutivas en México. Diagnóstico y desafíos*. IPADE Publishing, Plaza y Valdés, México, 2013.
17. Rosa Luz Alegría fue la primera mujer que ocupó el cargo en una secretaría de Estado (Turismo).
18. En cuanto a la integración de los gabinetes presidenciales, cabe destacar que para el año 1988, únicamente contábamos con 2 mujeres en el puesto, para 1994 y 2000 con 4, para 2006 con 7 y para el nuevo periodo presidencial con 3. Para el análisis de estas cifras, hay que tener en cuenta que durante los periodos presidenciales nos encontramos con la modificación constante de los gabinetes.
19. Datos calculados por la autora con base en la información sobre funcionarios y directivos de los sectores público, privado y social que ganan más de cinco salarios mínimos que es el máximo que registra el INEGI con base en la información obtenida de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del primer trimestre del año 2013.
20. Cálculos propios con base en 277 de las empresas más grandes de México, revista *Expansión, Conexión Ejecutiva* y otros directorios empresariales de México para el año 2012.
21. Nos referimos a las direcciones generales de área como son la de administración y finanzas, de operaciones, de mercadotecnia, comercial, informática y sistemas, recursos humanos, relaciones públicas y médico y jurídico
22. Zabłudovsky, Gina, “México, mujeres en cargos de dirección del sector privado”. En: Academia, *Revista Latinoamericana de Administración*, núm. 38, primer semestre Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración, Universidad de los Andes, Bogotá, 2007; Zabłudovsky, Gina, “Las mujeres en

México, trabajo, educación superior y esferas de poder". En: *Revista Política y Cultura*, núm. 28, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México, 2007 y Gina Zabludovsky, *Empresarias y ejecutivas en México. Diagnóstico y desafíos*.

23. Las ejecutivas entrevistadas afirmaron que se enfrentan con un número considerable de obstáculos para poder desarrollarse en su carrera. En primer lugar se señalaron las dificultades para desempeñar los distintos roles familiares y profesionales; en segundo lugar varios obstáculos que se expresaron como denuncia al "machismo" de la sociedad mexicana; en tercer lugar, se mencionaron las barreras relacionadas con las políticas específicas de la empresa y falta de oportunidades dentro de la misma. Después de estos factores con una importancia menor nos encontramos con los que tienen que ver con la educación, la preparación, la propia personalidad y con respuestas más vagas que aluden a las dificultades de "ser mujer" (Consúltese al respecto, Zabludovsky "Mujeres ejecutivas". En: Zabludovsky y Avelar, *Mujeres empresarias en México y Brasil*, Miguel Ángel Porrúa, UNAM, 2001).
24. En estudios previos, se encontró una clara diferenciación de género en los motivos por los cuales los ejecutivos(as) renuncian a las compañías. Mientras que la mayoría de los hombres abandonan la empresa porque tienen una mejor oferta de trabajo con mayores oportunidades de desarrollo, las mujeres suelen renunciar por motivos personales y familiares (Zabludovsky, *Mujeres ejecutivas...*)
25. Los datos de empresarias aquí expuestos se elaboraron a partir de sumar trabajadores por cuenta propia y empleadoras. Fuente: INEGI (2013), <http://www.inegi.org.mx> [consultado el 1 de julio de 2013].
26. La información se elaboró hasta 2010 para coincidir con los cohortes de décadas, para 2013, el porcentaje fue de 20%.
27. Este tema ha sido ampliamente tratado en el libro de Salo Grabinsky y Gina Zabludovsky, *Mujeres, empresas y familias*, Del verbo emprender, México, 2001.

CARGA DE LA ENFERMEDAD DE LAS MUJERES EN MÉXICO

Rafael Lozano A.
Héctor Gómez Dantés

4

45

Introducción

La toma de decisiones relacionadas con la salud se convierte en una tarea cada vez más compleja, debido a la diversidad de evidencias necesarias para justificar un panorama que acredite su prioridad, relevancia y/o urgencia de atención, financiamiento o recursos. En el caso de México, las condiciones de salud de la población mexicana han sufrido cambios muy rápidos en las últimas décadas, no sólo en la magnitud sino también en la naturaleza de los problemas. En los años ochenta, las principales causas de muerte eran predominantemente infecciosas de carácter agudo, que requerían un diagnóstico oportuno, tratamiento corto y eficaz y pronta resolución. Hoy en día, predominan las enfermedades no transmisibles, de naturaleza crónica, de larga gestación (latencia), diagnóstico tardío, tratamientos complejos, continuos y caros; asociadas a comorbilidades y discapacidades diversas que afectan la calidad de vida de las personas de múltiples maneras. Este perfil de enfermedades requiere instrumentos de medición más sensibles a estas condiciones, es decir, se requiere medir los daños provocados por la muerte prematura, las enfermedades no letales, la cronicidad de las dolencias, la comorbilidad y los efectos asociados con la discapacidad. Sin una métrica que incorpore estas expresiones del proceso salud-enfermedad, se dificulta trazar un panorama claro y justo sobre cuáles son las principales causas que afectan la salud de la población mexicana.

El estudio de la *carga de la enfermedad* ofrece una manera diferente de analizar las condiciones de salud al aportar un indicador compuesto que integra los daños provocados por las muertes prematuras y por vivir enfermo y limitado con diferentes grados de

gravedad por una o varias enfermedades a la vez. Los años de vida perdidos por una muerte prematura (AVMP) y los años vividos con una discapacidad (AVD) se integran en un solo indicador que se traduce como los años de vida saludables (AVISA)¹ perdidos por una enfermedad. Este indicador ofrece un peso equivalente a las enfermedades letales como aquellas que no terminan en la muerte, pero que afectan las capacidades de los individuos de maneras insidiosas y permanentes.¹⁻⁵ En otras palabras, se evita el error en el que regularmente se incurre cuando sólo se priorizan las necesidades de salud a partir de las principales causas de muerte, pues esto implica asumir que los que no murieron están sanos.

El uso de la carga de la enfermedad ha ido permeando el campo de la salud pública en el ámbito internacional y sus resultados ponen de relevancia la necesidad de contar con evidencias sobre el peso de la muerte prematura y la discapacidad en los servicios de salud por lo que ha sido un tema de gran interés en la investigación en los sistemas de salud. Esta intensa actividad también denota la dinámica de una métrica que ha ido cambiando en su metodología y principios conceptuales desde su primera aparición.⁶⁻⁸ Los esfuerzos de los países latinoamericanos enfocados en estudiar la carga de la enfermedad son diversos y muestran el interés de incorporar esta métrica a la definición de prioridades nacionales. América Latina aparece como una de las regiones con el mayor número de estudios no sólo por el número de países interesados sino por la secuencia de estudios en varios años.⁹⁻²¹ Sin embargo, todos estos esfuerzos, a la luz de la nueva metodología y resultados, no pueden ser usados con fines comparativos pues los supuestos empleados en el estudio de 2010 son diferentes.

Los resultados de la Carga Global de la Enfermedad 2010 no sólo permiten incursionar en el análisis de las pérdidas de la salud de las mujeres mexicanas de 1990 a 2010 por grupos de edad desde una visión holística de la salud, sino además compararlos con el resto de las mujeres del mundo. Desafortunadamente estos resultados sólo muestran los promedios nacionales, por lo que será más tarde cuando se puedan mostrar resultados a nivel estatal o municipal.

Material y métodos

Se trata de un análisis secundario de la base de datos de México extraída del Estudio Global de la Carga de la enfermedad realizado por el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud (GBD-2010 del

IHME, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington, EU.²² En dicha base, se encuentran estimaciones de los indicadores mencionados (AVMP, AVD, AVISA y defunciones) para 291 enfermedades y lesiones, 1 160 secuelas en 21 grupos de edad para hombres y mujeres, así como la carga atribuible a 67 factores de riesgo, de 1990 a 2010. Las pérdidas en salud se presentan en números absolutos, porcentajes y tasas. Las poblaciones empleadas para calcular las tasas provienen de las estimaciones generadas por Naciones Unidas.²³ Es importante mencionar que la lista de causas empleada en este estudio sigue los principios de la 10a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que presenta causas mutuamente excluyentes, las cuales se agregan siguiendo criterios jerárquicos,²⁴ y que la ponderación de la discapacidad para calcular los AVD se obtuvo de una encuesta de base poblacional en cinco países y de una encuesta abierta en la página electrónica del IHME, que incluyó participantes de más de 167 países. Por razones de espacio, no se presentan los detalles metodológicos utilizados en los cálculos, pero se recomienda consultar las publicaciones *The Lancet* 2012, diciembre 13 y los apéndices metodológicos.²⁵

Resultados

Como una primera aproximación, los grandes grupos de causas varían entre los sexos, ya que los hombres en 1990 tenían una distribución similar (40%) de AVISA perdidos ocasionados por enfermedades transmisibles, de la nutrición y por causas maternas y perinatales y las no transmisibles (crónicas) y 20% relacionado con las lesiones accidentales e intencionales. Para 2010, las lesiones se mantienen con el mismo porcentaje, pero las no transmisibles contribuyen con 65% del total de los AVISA perdidos. Para el caso de las mujeres, la distribución de la carga es diferente en tanto que las lesiones contribuyen con menos de 10% en los dos periodos y el grupo de las no transmisibles es de 55% en 1990 y asciende a 80% del total de AVISA perdidos en 2010. En términos absolutos, el incremento en el número absoluto de AVISA perdidos por enfermedades no transmisibles va de 6 millones en 1990 a 9 millones en 2010, mientras que la cifra de AVISA perdidos por enfermedades transmisibles, de la nutrición y por causas maternas y perinatales desciende de 4.1 a 1.8 millones en el mismo periodo (Figura 4.1).

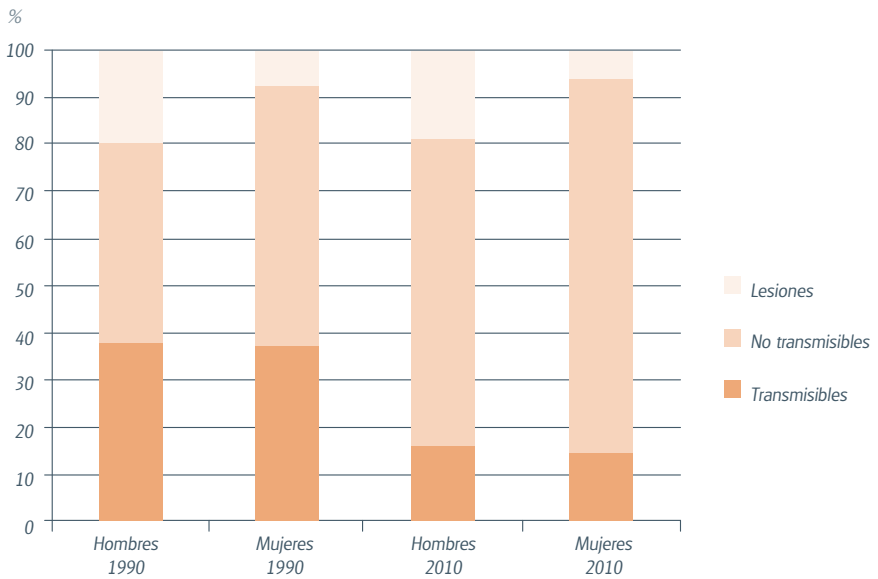


Figura 4.1. Distribución de AVISA perdidos por grupos de enfermedades y sexo, México (1990 y 2010).

Fuente: IHME, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd>

En cuanto al perfil de causas, es importante destacar el cambio en la naturaleza de los problemas que aquejaban a la mujer mexicana en la década de los noventa, cuando las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas (IRA) figuraban en el primero y el segundo lugares de importancia, acompañadas en los sitios de mayor relevancia por las malformaciones congénitas y las complicaciones al nacimiento (prematurez). En 2010, dichas causas fueron sustituidas por un espectro de causas por completo diferentes como la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica (ERC), la enfermedad isquémica del corazón y la depresión. La magnitud del cambio también es importante, pues mientras las diarreas y las IRA descendieron 83 y 66%, respectivamente, la diabetes y la ERC se incrementaron 71 y 230%, respectivamente (Cuadro 4.1).

La relevancia de la enfermedad renal crónica no sólo se debe a su rápida incursión en el perfil de daños de las mujeres a nivel nacional. Los resultados del estudio de Carga Global de la Enfermedad 2010 demuestran que México es el país con la mayor carga por este padecimiento en el mundo, a partir de la tasa de AVISA x 100 000 habitantes. En el Cuadro 4.2, se presentan los países con la tasa más elevada por ERC en mujeres. Se observa que las mujeres de México y las de la isla Mauricio presentan la carga más elevada en el mundo. Llama la atención que la carga en México es tres veces mayor que Japón, Grecia e Israel, que se encuentran dentro de los 12 países más afectados del

Cuadro 4.1. Principales causas de AVISA en mujeres, México (1990–2010)

	1990	2010	% de cambio
1	Enfermedades diarreicas	Diabetes mellitus	71
2	Infecciones respiratorias bajas	Enfermedad renal crónica	230
3	Anomalías congénitas	Enfermedad isquémica del corazón	70
4	Complicaciones al nacer (premadurez)	Depresión mayor	20
5	Diabetes mellitus	Otras musculoesqueléticas	88
6	Depresión mayor	Anomalías congénitas	-25
7	Enfermedad isquémica del corazón	Lumbalgia	66
8	Encefalopatía neonatal	Evento vascular cerebral	32
9	Evento vascular cerebral	Infecciones respiratorias bajas	-66
10	Desnutrición	Dolor de cuello	56
11	Lumbalgia	Complicaciones al nacer (premadurez)	-51
12	Otras musculoesqueléticas	Enfermedades diarreicas	-83
13	Enfermedad renal crónica	Encefalopatía neonatal	-46
14	Dolor de cuello	Desnutrición	-68

Fuente: IHME, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd>

mundo. Otras naciones de la región, como Nicaragua y Bolivia, también figuran dentro de los primeros lugares, pero con la mitad de las pérdidas que presentan las mujeres de México por esta causa.

Cuadro 4.2. Principales países con enfermedad renal crónica en mujeres, GBD-2010

País	Tasa de AVISA por 100 000 mujeres
México	1 009
Mauricio	985
Islas Marshall	976
Papúa Nueva Guinea	846
Micronesia	641
Tonga	540
Samoa	532
Nicaragua	532
Bolivia	521
Grecia	375
Japón	372
Israel	330

Fuente: IHME, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd>

Principales causas de AVD en mujeres por grupos de edad, México, 2010

50

Los problemas de salud que no culminan como causa de muerte, pero que sí disminuyen la calidad de vida de las personas, afectan primordialmente a los grupos de edad jóvenes; generan una demanda de servicios de salud muy importante; y, en ocasiones, no se cuenta con intervenciones o programas de detección, prevención o atención específicos para esos problemas sanitarios. En 1990, las primeras cuatro causas de discapacidad en las mujeres fueron la depresión, el dolor en la parte inferior de la espalda (lumbalgia), otros trastornos musculoesqueléticos y el dolor de cuello. Estas causas permanecieron en las mismas posiciones en 2010, aunque su incremento en el periodo sí es importante: 20, 66, 71 y 56%, respectivamente. La única enfermedad diferente que contribuye a la discapacidad y figura entre las primeras 10 causas es la diabetes que se ubica en el quinto puesto y que presentó incremento del doble en el periodo estudiado. El resto de las causas discapacitantes se agrupan dentro de las alteraciones de la salud mental (migraña, ansiedad, epilepsia y trastorno bipolar) o los trastornos musculoesqueléticos (osteoartritis). En el caso de los hombres, el patrón de causas es muy similar, aunque se incorporan los trastornos asociados al consumo del alcohol y las drogas como causas relevantes de discapacidad masculina.

El estudio de la carga de la enfermedad no sólo se limita al análisis de enfermedades y lesiones, también incorpora la medición de la carga atribuible a un grupo de factores de riesgo. Esta forma de ver los problemas de salud facilita a los responsables de programas de promoción y prevención de la salud las acciones prioritarias. La evaluación comparativa de riesgo empieza por conocer la prevalencia de exposición a los factores de riesgo seleccionados; establecer las enfermedades a las que se asocia esa exposición y determinar la fuerza de la asociación. En este sentido, los principales factores de riesgo que afectan la salud de la mujer mexicana son el índice de masa corporal (IMC) alto, la glucosa en ayuno elevada, las múltiples implicaciones de la dieta en la salud y la tensión arterial elevada. En segundo término, aparecen los factores conductuales de riesgo, como la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y los vinculados a la contaminación doméstica y ambiental (Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3. Principales factores de riesgo en mujeres, México (1990 y 2010)

	1990	2010	% de cambio
1	Lactancia incompleta	IMC elevado	146
2	Dieta	Glucosa en ayuno elevada	109
3	Glucosa en ayuno elevada	Dieta	71
4	IMC elevado	Presión arterial elevada	68
5	Desnutrición infantil	Inactividad física	no disponible
6	Presión arterial elevada	Consumo de tabaco	-22
7	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	38
8	Contaminación doméstica	Colesterol elevado	107
9	Consumo de alcohol	Contaminación ambiental	-6
10	Contaminación ambiental	Contaminación doméstica	-55
11	Colesterol elevado	Lactancia incompleta	-85

Fuente: IHME, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd>

51

Cada factor de riesgo contribuye con algún porcentaje de algún modo al perfil de salud de las mujeres. Por ejemplo, el IMC elevado es responsable de 12% de AVISA perdidos en las mujeres, seguido por la glucosa en ayuno elevada (11%), los factores asociados con la dieta (9%), la presión arterial elevada (6%) y la inactividad física (4%). Estos cuatro factores de riesgo contribuyen con 32% de los AVISA perdidos y son responsables de una carga importante de causas relacionadas como son la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y los problemas musculoesqueléticos (Figura 4.2).

Implicaciones para la política de salud

En México, desde hace varias décadas, las acciones en salud dirigidas a las mujeres han estado muy focalizadas en su función reproductiva o como proveedora del cuidado a la salud de la familia. Por esta razón, la mujer destaca como receptora de los programas de alimentación, planificación familiar y responsable en la instrumentación de programas de vacunación universal, nutrición y control del niño sano, rehidratación oral y promoción de la salud comunitaria, entre otros. Si bien es cierto que esta estrategia ha funcionado, no puede bajarse la guardia en estos programas; al contrario, es necesario fortalecerlos para alcanzar un mayor impacto en las

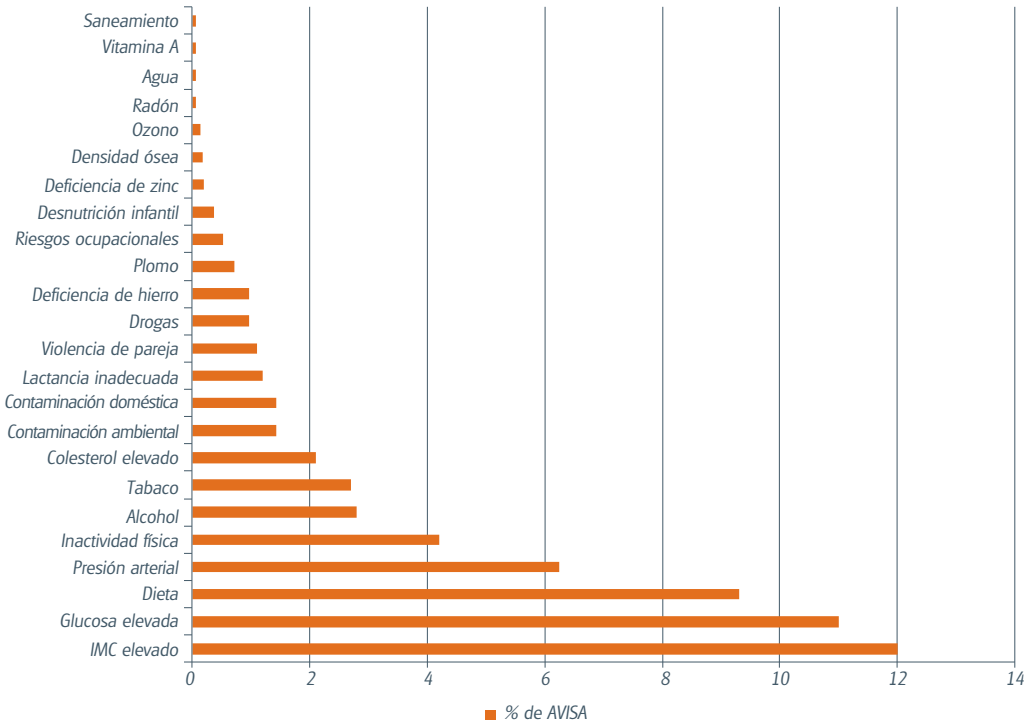


Figura 4.2. Porcentaje de AVISA perdidos por los principales factores de riesgo en mujeres, México (2010).

Fuente: IHME, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd>

causas de muerte prematura y mejorar de ese modo algunos indicadores de salud de la mujer.

El perfil de salud que se desprende del análisis de los indicadores de carga global de la enfermedad nos enfrenta a desafíos muy concretos que los servicios de salud deben atender con máxima prioridad. Por ejemplo, es indispensable mejorar los programas de detección y manejo oportuno y eficaz de la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, así como diseñar estrategias de detección y atención a los problemas vinculados con la salud mental (depresión y ansiedad) y a los musculoesqueléticos, la lumbalgia y el dolor cervical, si no por su gravedad, sí por su frecuencia, cronicidad y carga sobre los servicios de salud. Un evento que sobresale de todo el análisis es la prominencia de la enfermedad renal crónica (ERC) tanto en las mujeres como en los hombres. Este padecimiento tiene un ritmo de crecimiento alarmante y su vínculo al manejo adecuado de la diabetes o la hipertensión arterial (HTA) señala que este conjunto de padecimientos no encuentra una respuesta ordenada y eficaz dentro de los

servicios de salud y requiere una respuesta urgente y articulada entre los diferentes niveles de atención.

Un apoyo fundamental en el diseño de dichas estrategias debe sustentarse en enfocar los esfuerzos de prevención y control en incorporar una visión integral del ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la vejez, donde se promueva la prevención de la exposición a los factores de riesgo más importantes y que tienen influencia en un grupo amplio de enfermedades, en lugar de destinar los recursos a padecimientos específicos y centrar la atención en el daño, pues con esto no logra impactarse verdaderamente en la carga global de las enfermedades en el país. Tal es el caso de la glucosa elevada, la HTA, el colesterol, el IMC elevado asociados todos con la dieta (consumo de sal, grasas, azúcares, etc.).

Este diagnóstico se limita a presentar los datos en el ámbito nacional; sus limitaciones no permiten desagregar la información por entidad federativa o grados de vulnerabilidad, en términos de marginación, etnia o clase social. Un análisis más detallado con seguridad arrojará diferencias fundamentales entre las poblaciones indígenas y más vulnerables del país, que también ameritan esquemas y estrategias específicas para su atención. Para el caso de las mujeres, es indispensable dejar de ver los problemas tradicionales —aquellos vinculados con su papel reproductivo— como los más importantes, para enfrentar un perfil de salud más complejo, diverso, diferente y más enfocado en los problemas de su salud mental, física, nutricional y conductual.

La política de salud y los tomadores de decisiones hoy cuentan con nuevas herramientas que les permiten tener una visión más completa y detallada de los problemas que afectan a la mujer; es importante que los encargados de tomar las decisiones conozcan las evidencias, las utilicen para diseñar y adecuar los programas y recurran a ellas para realizar las evaluaciones del sistema de salud.

Referencias

1. Murray C. Quantifying the burden of disease: technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):429–445.
2. Murray C, Lopez AD. Global and regional cause of death patterns in 1990. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):447–480.
3. Murray C, Lopez AD. Quantifying disability: data, methods and results. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):481–494.
4. Murray C, Lopez AD, Jamison D. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):495-509.

5. Murray CJL, Lopez AD (ed). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard University Press (Global Burden of disease and Injury Series, Vol. 1), 1996.
6. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993*. Invertir en Salud. Washington: Oxford University Press; 1993.
7. Murray C, Salomon J, Mathers C, Lopez A. Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurement and applications. WHO, Geneva; 2002.
8. Murray C, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36 World Health Organization, Noviembre 2001 (revisado).
9. Gómez–Dantés H, Castro MV, Franco–Marina F, Bedregal P, Rodríguez–García J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex.* 2011;53 supl.2:S72–S77.
10. Fundación Mexicana para la Salud. *Salud y Economía: propuestas para el progreso en el Sistema Nacional de Salud Mexicano*. México, 1995.
11. República de Colombia Ministerio de Salud. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, 1994.
12. Concha–Barrientos M, Aguilera–Sanhueza XP, Salas–Vergara J. Estudio de carga de enfermedad, informe final. Estudio Prioridades de inversión en salud. Ministerio de Salud, República de Chile, 1996.
13. Lozano R. El peso de la enfermedad en México, avances y desafíos. En: Frenk J. *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994: pp. 23–61.
14. Ministerio de Salud. *Informe Final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Ministerio de Salud, República de Chile, 2007.
15. Escobar ML, Gallardo HM, Giraldo GP, Londoño JL, Rodríguez J. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Santa Fe, Ministerio de Salud de Bogotá, 1994.
16. Rodríguez J, Gallardo H. *Carga global de enfermedad. Colombia 1985–1995*. Ministerio de Salud, República de Colombia: Imprenta Nacional; 2000.
17. Jourdan AM, Da Costa Leite I, Gonçalves–Valente J, Mendes–Andrade Schramm J, Crisostomo–Portela J, Rodrigues Campos M. *Estudio de carga global de enfermedades en Brasil 1998*. Fundación Oswaldo Cruz, Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil.
18. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Medición de la carga de enfermedad en Costa Rica, año 2005*. En: Programa Desarrollo del Sector Salud. Componente Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud. Costa Rica, 2008.
19. Séuc A, Domínguez E. Acerca del cálculo de la carga de las enfermedades por morbilidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2005;43(3).

20. Lozada DP, Aguinaga PL, Paez LR, Olmedo TC, Pozo AA. El peso de la enfermedad en el Ecuador. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, 1999;8:141.
21. Velásquez VA. Análisis del Estudio de carga de enfermedad en el Perú-MINSA 2004 y Propuesta Metodológica para el Ajuste con Datos Nacionales de Morbilidad. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. 2006: pp. 64.
22. Murray C, Ezzati M, Flaxman A, Lim S, Lozano R, Michaux C, et al, GBD 2010: design, definitions, and metrics, *www.thelancet.com* Vol 380 December 15/22/29, 2012:2063–2066
23. Population Prospects W. The 2010 revision. New York, United Nations. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011.
24. Murray C, Ezzati M, Flaxman A, et al. GBD 2010 a multi–investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *The Lancet*. 2012 Dec 13;380:2055–2057.
25. Salomon J, Vos T, Hogan DR, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012 Dec 13;380: 2129–2143.

LOS DETERMINANTES

II

LA MUJER Y LAS ADICCIONES

5

*María Elena Medina Mora, Marycarmen Bustos Gamiño,
Jorge Villatoro, Tania Real, Clara Fleiz*

Introducción

El presente texto es un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Hombres y mujeres enferman en la misma proporción, 30% de ellos y 27% de ellas han padecido algún trastorno mental en algún momento de su vida (Medina-Mora *et al.* 2003). Sin embargo, varían los trastornos que desarrollan, aquéllos por abuso de sustancias son más frecuentes en ellos (8.8 hombres por cada mujer en la población adulta y 1.7 varones por cada chica, en la población adolescente) (CONADIC, INPRF, INSP; 2012).

En general, la mujer es más vulnerable a los efectos de la sustancias (p. ej., tarda 4 años menos en desarrollar dependencia a drogas y 7 años menos al alcohol), pero por razones socioculturales, el acceso a tratamiento es menor para ellas (hay 2.2 hombres con abuso/dependencia en tratamiento, por cada mujer en la misma condición) [INEGI, SSA, CONADIC, INPRF; 2002], y la respuesta social es de mayor rechazo (llegan con más frecuencia a tratamiento mujeres abandonadas por su pareja) [Medina-Mora, 2001].

Estos factores han hecho invisibles a las mujeres, se han efectuado menos estudios enfocados en analizar cuáles son sus problemas y, a pesar de que existen respuestas a sus particulares necesidades de atención, queda mucho camino por recorrer, pues sus dilemas han quedado diluidos en los de la mayoría masculina. Dada la elevada carga que estos trastornos representan en la vida de las mujeres, se necesita modificar la manera como sus dificultades psicosociales son evaluadas, interpretadas y enfrentadas.

Por ello, la Academia Nacional de Medicina ha propuesto un análisis de los problemas que aquejan a las mujeres y de las tareas pendientes. Atendiendo a esta invitación, en el texto se analiza la

naturaleza del problema de adicciones en las mujeres, sus determinantes biológicos y sociales y las opciones para enfrentarlo; se concluye con una serie de recomendaciones de política pública y respuesta en la esfera de la salud.

Dado que históricamente y en la mayoría de las culturas, las mujeres han consumido menos alcohol y drogas que los hombres, se analizan las influencias culturales que determinan el involucramiento de hombres y mujeres en el abuso de sustancias. En virtud de la disminución de estas diferencias en las generaciones más jóvenes (en 1998 había 3 hombres entre 12 y 17 años que había experimentado con drogas por cada mujer; en 2011, esta proporción se redujo a 1.5 hombres por cada mujer) [CONADIC, INSP, INPRF; 2008; CONADIC, INPRF, INSP; 2012], se analizan los factores del cambio y las implicaciones del aumento del consumo en la adolescencia, cuando el cerebro se encuentra en desarrollo (el riesgo de dependencia es mayor cuando el inicio ocurre en esta etapa) [CONADIC, INPRF, INSP; 2008] y durante la etapa de procreación (16% de las mujeres ha reportado consumir alcohol en el embarazo) [Borges *et al.*; 1997].

La posición de la mujer ante esta problemática no se limita a la esfera del consumo, su papel es también importante como madre, hermana, esposa e hija de personas con dependencia de sustancias, condición que se acompaña con frecuencia, entre otros problemas, de dificultades económicas y violencia (Natera *et al.*; 2007) [29% de las mujeres casadas reporta problemas de violencia familiar y en 66% de los casos, el alcohol estuvo involucrado] (Medina–Mora *et al.*; 1999) añadiendo carga al quehacer de estas mujeres como cuidadoras, por ello se analizan también sus necesidades particulares de atención.

Debido a que las mujeres desarrollan dependencia con menores niveles de uso y tiempo de consumo, se visitan las variaciones biológicas que determinan esta trayectoria y, por último, dado que tienen mayores problemas sociales, se analizan los determinantes de la inequidad.

¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?

Para responder a esta pregunta se toman los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 (CONADIC, INPRF, INSP), que incluyó población de 12 a 65 años que vive en hogares de comunidades rurales y urbanas, el tamaño de la muestra fue de 17 830

personas y la tasa de respuesta, de 73%. Parte de los datos se derivan de análisis secundarios de la base de datos de esta encuesta. Se incluye, además, información proveniente de las encuestas de epidemiología psiquiátrica y de otros estudios.

Drogas

Se ha dicho que los hombres consumen drogas con más frecuencia que las mujeres; esto hoy sigue siendo un hecho. Según la ENA 2011 (CONADIC, INPRF, INSP; 2012), 13% de los hombres y 3% de las mujeres entre 12 y 65 años de edad han experimentado alguna vez con drogas ilegales o drogas médicas usadas fuera de prescripción; 3 y 0.7%, respectivamente, lo hizo en el año previo a la encuesta. Entre 2008 y 2011, se incrementó el consumo de los hombres de entre 18 y 34 años, mientras que en las mujeres el consumo en el último año se mantuvo estable, donde la misma proporción que inicia el consumo es la que deja de hacerlo en el periodo de referencia.

61

La edad de inicio sigue siendo temprana, alrededor de la mitad de hombres y mujeres empieza a consumir antes de llegar a la mayoría de edad. Sin embargo, se observa una disminución de la edad de inicio de las mujeres en comparación con lo reportado en 2008 (p. ej., 44% reporta haber iniciado el consumo de drogas antes de los 18 años, en comparación con 34.6%, en 2008). En total, 94% de las personas que experimentan con drogas lo hace antes de los 26 años de edad.

Por grupos de edad, observamos que el mayor índice de consumo se da entre aquéllos entre 18 y 34 años (4.7%), seguidos por los que tienen entre 12 y 17 años (2.2%); en tercer lugar queda la población mayor de 34 años (1.7%). En las mujeres, el consumo en 2011 entre las adolescentes fue igual al que reportan las adultas jóvenes (1.1%), y en 2008 esta diferencia entre las adolescentes y adultas jóvenes fue más visible, con un incremento en el grupo de las más jóvenes (1.3% y 1%, respectivamente), lo que indica que el consumo en las mujeres es un fenómeno más reciente.

Entre las dos encuestas, se detectaron 1 380 443 casos nuevos (1.7% de la población entre 12 y 65 años, 27.6% de ellos fueron mujeres), es decir, personas que iniciaron el consumo después de 2008.

Cuando analizamos el crecimiento en la experimentación del consumo alguna vez, vemos incrementos importantes en el involucramiento de la mujer en esta práctica. Esta medición de la preva-

lencia evalúa la incidencia acumulada de casos que abarca a todas las personas que consumieron en el periodo, sobreviven al momento del estudio y habitan en hogares normales en el país; este indicador suma los casos detectados en encuestas anteriores por lo que el crecimiento se mide por la diferencia entre las dos mediciones.

Por cada mujer que había probado marihuana en 1988, hay 4.8 en 2011, 4 veces más usuarias de inhalables y en total 13 más que han usado alguna droga. La muestra de 1988 (SS, DGE, INPRFM; 1998), levantada antes de que cambiara la ruta del tráfico de la cocaína del caribe al corredor Centro América/México, no tuvo el tamaño suficiente para detectar mujeres usuarias de cocaína, pero en comparación con la encuesta de 1998 (SS, DGE, INPRFM, ENA; 1988), tenemos 2.7 veces más usuarias en 2011.

Las prevalencias de consumo de todas las drogas es más alta en los hombres, pero las diferencias entre ambos grupos aparecen cuando se analizan las prevalencias condicionadas, es decir, cuando se obtiene la proporción de usuarios de cada droga del total de consumidores hombres o mujeres (CONADIC, INPRF, INSP; 2012). En ambos grupos, la marihuana es la droga de mayor consumo, 80% de los hombres que han usado alguna droga reportan haberla consumido, pero sólo la mitad de las mujeres usuarias la han consumido (54.7%); la segunda droga de consumo es la cocaína, con 46% de los hombres usuarios y sólo 24.5% de las mujeres. Ellas reportan consumir proporcionalmente más drogas de uso médico fuera de prescripción, 21% tranquilizantes, en comparación con sólo 9% de los hombres; 10% de las mujeres usuarias y 5% de los hombres que han usado drogas reportan el uso de anfetaminas; 4 y 1.8% respectivamente, narcóticos.

Las drogas están más disponibles para ellos, es 3.8 veces más frecuente que los hombres reporten que les han ofrecido drogas regaladas, cuando se les compara con las mujeres; la proporción de hombres que reportó que le habían ofrecido creció en 7.6 puntos porcentuales de 2008 (28.6%) a 2011 (37.1%), en tanto que en las mujeres el incremento fue de tan sólo dos puntos (de 7.6 a 9.7%); en ambos casos, la exposición fue mayor en los adolescentes de entre 12 y 17 años, en este grupo, aumentó 8 puntos porcentuales en los hombres (de 13 a 21%) y 6 puntos en las mujeres (de 6.9 a 12.8%).

Las diferencias entre hombres y mujeres desaparecen cuando se controla por la exposición a la oportunidad de usar. Así, por ejemplo, 11% de los hombres reporta haber usado marihuana, en comparación con sólo 2% de las mujeres, pero casi la misma proporción informa haberla usado cuando se las regalaron, 14.7% de ellos y 12.7% de ellas.

Una proporción menor de ellas consume y desarrolla dependencia: 28.6% de los hombres y sólo 18% de las mujeres; sin embargo, a ellas les toma menos tiempo enfermar (10.7 años) que a ellos (14.9 años) y menos reciben tratamiento: 19.8% de los hombres con abuso/dependencia ha recibido tratamiento en comparación con sólo 9% de las mujeres. Ellas perciben mejor resultado del tratamiento, 90% reporta haber disminuido días de consumo en comparación con 61% de los hombres, e igual proporción de ellos informa que sus problemas disminuyeron (67 y 65%, respectivamente).

Pocos estudios han abordado el problema en la población de adultos mayores en la ciudad de México. Un estudio de personas de 69 años y más, que eran usuarias del programa de pensión alimentaria para personas de la tercera edad que se implementaba por parte del IAAM-DF (97.5% de la población de adultos mayores del Distrito Federal se encontraba incorporado a este programa) encontró que 1.1% de los hombres y 1.1% de las mujeres reportaron haber consumido alguna droga en los últimos 12 meses (IAPA, INPRF, IAAM-DF; 2012). Estos índices son menores a los que se reportan para la población adulta de 18 a 65 años (Borges *et al.*; 2012), el riesgo mayor radica en la dependencia a tranquilizantes.

63

Tabaco

El consumo diario de tabaco en mujeres adultas ha disminuido, de 7.5% en 2002 a 6.1% en 2008 y 5.5% en 2011, con cinco veces más consumo en los hombres (15.5%). En adultos mayores de la ciudad de México, los índices de consumo son similares 12.1 y 5.1% de hombres y mujeres, respectivamente, reportaron fumar diario (Borges *et al.*; 2012). Sin embargo, en las mujeres adolescentes, el consumo ha aumentado: 3.8% en 2002, 7.1% en 2008 y 8.1% en 2011, mientras que en los hombres el consumo, en este grupo de edad, se ha mantenido estable (14.3, 16 y 16.4%) [CONADIC, INPRF, INSP; 2012]. En los adolescentes, las diferencias entre hombres y mujeres han desaparecido (SSA, 1989) y según las encuestas de epidemiología psiquiátrica en adultos y adolescentes, al igual que pasa con las drogas ilícitas, el índice de dependencia de mujeres adolescentes (0.6%) y mujeres adultas (0.7%) es muy similar. Análisis de cohortes de esta encuesta muestran que en México, las generaciones jóvenes (OR 0.8; IC 0.8–0.9) están fumando más y que las mujeres se están pareciendo más a los hombres (OR 0.7, IC 0.7–0.8). Datos de

la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 muestran que 1.9% reportó haber fumado mientras estaba embarazada y 12% de las mujeres embarazadas reportó que su pareja fumaba cerca de ellas.

Alcohol

64

El alcohol es la principal sustancia de consumo en la población. En 2011, 43.2% de las mujeres adultas entre 18 y 65 años reportó haber consumido, un incremento significativo en relación con la proporción de mujeres que reportó haber bebido en 2008 de sólo 34.2%. Alrededor de una tercera parte de las adolescentes entre 12 y 17 años (28.1%) consumió el año anterior al estudio, proporción significativamente mayor a la observada en 2008 (20.6%), 12% bebe grandes cantidades por ocasión de consumo y 2% presenta abuso/dependencia, índice muy similar al que reportan las mujeres mayores de 18 años (1.7%), lo que indica, como ocurre con las drogas, la más reciente expansión del consumo en esta población.

Comparado con ellas, más hombres adultos (69.3%) y adolescentes (28.1%) consumen alcohol, lo consumen en mayores cantidades (47% son bebedores “altos”) y más enferman (10.8% es dependiente). Ellos tienen también una edad más temprana de inicio (65% de los hombres y sólo 43% de las mujeres inician antes de los 18 años de edad). Sin embargo, las diferencias tienden a disminuir, en la población más joven, tenemos 1.6 hombres por cada mujer mayor de 18 años que reporta consumir y sólo 1.1 hombres por cada mujer adolescente en esta condición.

A ellas les toma menos años de consumo desarrollar dependencia (9.6 años), siete años menos que a los hombres (16.6 años). Una proporción significativamente menor de aquéllas con dependencia llegan a tratamiento, con 2.24 hombres con abuso/dependencia por cada mujer en esta condición y aún más, poco más de la mitad de las mujeres que tiene abuso/dependencia ha estado internada en anexos (54%), en comparación con sólo una tercera parte (30.5%) de los hombres. Ellas perciben menores resultados del tratamiento, una proporción menor logra disminuir el consumo (50 vs. 70%) o la abstinencia (43 vs. 50%), aunque es similar la proporción de mujeres y hombres que reportan una disminución de problemas (74 y 76%, respectivamente).

El estudio de adultos mayores usuarios del programa de pensión alimentaria para individuos de la tercera edad al que se ha hecho

mención (Borges *et al.*; 2012) mostró 44% de consumo de alcohol en el último año, en población masculina y 24.9% en mujeres de 69 años y más, con 15.8% de consumo riesgoso en los hombres y 8.7% en las mujeres. Asimismo, 1.9% de los hombres y 0.2% de las mujeres tenía trastorno por dependencia, a lo largo de la vida. Estos índices son menores a los que se reportan para población adulta de 18 a 65 años, con un ligero incremento en los trastornos por abuso de alcohol.

Diferencias en la respuesta biológica y subjetiva

Las diferencias en la forma en que el consumo de alcohol afecta a hombres y mujeres tienen una base biológica, con distinta vulnerabilidad a los efectos de las sustancias. Se han identificado dos factores de riesgo, en cuanto a cómo hombres y mujeres metabolizan el alcohol (Alcohol and Health; 1997; Kershenovich; 2010) y la mayor intoxicación la presentan las mujeres, después de consumir menores cantidades de alcohol que los hombres, con mayores concentraciones de alcohol en sangre; esto se debe a que ellas tienen menor volumen relativo de agua en el organismo (Tuchman; 2010). Las mujeres tienden a consumir menor cantidad y tienen menos probabilidad de beber diario o de involucrarse en patrones de consumo excesivos por ocasión, pero el tiempo en que empiezan a consumir y desarrollan dependencia es menor.

Diferencias fisiológicas también están presentes en los efectos de la nicotina y cocaína (Tuchman, 2010); hombres y mujeres tienen la misma probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina, sin embargo es frecuente que las mujeres prefieran cigarrillos con menor concentración de nicotina, fuman menos cigarrillos por día y aspiran menos profundamente que los hombres. Ellas reportan más incremento positivo del humor y tienen una mayor disminución del estado de ánimo durante la abstinencia que los hombres. En el paso de las drogas legales a las ilegales, el tabaco juega un papel más importante en las mujeres y el alcohol en los hombres. Las mujeres encuentran más dificultad de mantener la abstinencia a nicotina que los hombres.

A las mujeres les toma menos tiempo volverse adictas a la cocaína y reportan menor euforia y disforia que los hombres. Hombres y mujeres con dosis equivalentes de cocaína tienen la misma respuesta cardiovascular a pesar de que las concentraciones no subieran tanto en ellas. Los estudios de efectos a largo plazo indican que las mujeres con mayor exposición a cocaína muestran igual disfunción

en memoria, concentración y logro académico que los hombres con menor exposición.

Las mujeres con dependencia tienen más problemas psiquiátricos y emocionales, con más frecuencia ligan el consumo a un evento estresante, tienen su autoestima más afectada y en el tratamiento muestran más síntomas de problemas emocionales que los varones. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica muestran que 30% de las personas con dependencia a sustancia tiene una comorbilidad; cuando sólo se consideran las drogas ilegales, este índice aumenta a 50% (Medina–Mora *et al.*; 2006) y cuando se consideran los casos graves, la comorbilidad es aún mayor, y puede alcanzar 79% cuando hay dependencia al alcohol y 86% cuando la dependencia es de drogas (Marín–Navarrete *et al.*, en prensa).

Es frecuente que los trastornos mentales ocurran antes de la dependencia a drogas, 75% de los trastornos de ansiedad se suscita antes, y el índice aumenta a 97% cuando se analiza la información sólo en mujeres, la mitad de los trastornos del afecto (49% en varones y 49% en mujeres) y todos los casos de trastornos del impulso (incluidos, trastornos de la conducta, trastorno opositor desafiante y trastorno por déficit de atención) aparecen también antes de que la persona se encuentre con las drogas. Cuando esto ocurre, la probabilidad de experimentar y desarrollar abuso/dependencia es mayor sobre todo para las mujeres; ellas tienen hasta siete veces más riesgo de desarrollar trastornos por abuso de sustancias cuando padecen ansiedad, en comparación con un riesgo de sólo 2.6 veces de los hombres, y hasta diez veces más riesgo cuando anteceden trastornos del impulso, en comparación con tres veces para los hombres. El riesgo para los trastornos del afecto es similar en hombres y en mujeres, con cuatro veces más riesgo (Medina–Mora *et al.*; 2006).

Las mujeres son también más vulnerables al tabaco, datos de las encuestas muestran que las mujeres fumadoras tienen el doble de la probabilidad de tener depresión que las no fumadoras (OR 2.1, 95% CI 1.3–3.5, $p = 0.002$). Las mujeres fumadoras actuales tienen cinco veces más probabilidad de tener depresión *que los hombres* (OR 5.3, 95% CI 2.9–9.9, $p = 0.001$) (Benjet *et al.*; 2004).

Hombres y mujeres difieren en la manera en que enfrentan y manifiestan sus problemas, análisis de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 (Medina–Mora *et al.*; 2010) muestran mayores índices de trastornos afectivos en las mujeres (7.18%) que en hombres (1.83%), y cuando hay un consumo alto de alcohol o drogas en los hombres la proporción de casos positivos aumenta a 3.84%, en las mujeres sube a

12.40%. Este incremento es significativo en ambos grupos, lo que implica un mayor riesgo de depresión para los dos, cuando hay consumo alto de sustancias, donde la proporción de mujeres es más elevada. Al contrario, cuando analizamos las conductas antisociales, observamos que más hombres que mujeres cometen actos antisociales en una proporción de una mujer por cada dos hombres, en los consumidores de marihuana los índices son 15% en los hombres y 11% en las mujeres, y cuando se analiza a los consumidores de cualquier droga, 13% de las mujeres reporta haber cometido uno o más actos antisociales, mientras que el índice entre los hombres alcanza 25%.

El cerebro adolescente en plena evolución tiene menos desarrollada la corteza cerebral responsable del razonamiento y juicio y más desarrollada la amígdala que controla las emociones, ambos sexos responderán más emocionalmente a las situaciones y tienden a reaccionar con rapidez frente a situaciones sin considerar las consecuencias de sus actos. Sin embargo, hombres y mujeres tienen patrones de comportamiento diferentes derivados de variaciones en su desarrollo cerebral, las mujeres enfrentan más fluctuaciones en sus estados de ánimo que los varones debido a cambios hormonales constantes y son más sensibles al estrés. Esto a su vez aumenta el riesgo de acercarse a las drogas, por ejemplo, Villatoro reporta que las mujeres que padecen estrés están en más riesgo de convertirse en fumadoras (haber fumado más de 100 cigarros en su vida) (OR = 1.64; 1.3–1.9), en comparación con las no fumadoras, y que este riesgo es mayor para ellas que para los hombres en esta misma condición (OR = 1.17; 1.0–1.33) (Medina–Mora *et al.*; 2012) y, como se ha mencionado, ellas tienen más riesgo de adicción a alcohol y drogas, cuando tienen trastornos emocionales.

Diversos estudios han mostrado diferencias en el cerebro de hombres y mujeres usuarias de drogas en comparación con no usuarios, por ejemplo, en los adolescentes que consumen marihuana se ha encontrado aumento asimétrico en el tamaño del hipocampo, estructura crítica para el aprendizaje y la memoria, alargamiento en el cerebelo, importante para la concentración y el control motor fino. El riesgo de impulsividad es mayor cuanto más delgada sea la corteza. La amígdala, que como se mencionó, tiene un papel fundamental en la respuesta emocional, está simétricamente alargada en las mujeres que fuman marihuana. Estos hallazgos sugieren consecuencias funcionales en cambios estructurales, con más riesgo en la adolescencia y con diferencias en hombres y mujeres que explicarían su respuesta más emocional y la necesidad de desarrollar programas de prevención y tratamien-

to que atiendan estas diferencias (CSAM; 2009). Otros estudios han encontrado que el género puede moderar el impacto del abuso de alcohol en el neurodesarrollo prefrontal (Medina–Mora *et al.*; 2008). Se trata de un área que requiere mayor investigación, pero la evidencia generada apoya la necesidad de desarrollar programas atendiendo a las necesidades específicas de cada grupo.

Impacto del problema en la salud de la mujer

68

Las mujeres que abusan de sustancias enferman más grave y rápidamente, con mayores alteraciones en el hígado, hipertensión, anemia y trastornos gastrointestinales que los hombres; también padecen de trastornos propios de su sexo como más alto riesgo de infertilidad, infecciones vaginales, abortos repetidos y parto prematuro. Las mujeres en la menopausia tienen más riesgo de padecer cáncer de mama y trastornos cardiovasculares, aun cuando beban menos que los hombres, y tienen un riesgo de morir entre 50 y 100% más alto que los hombres con el mismo patrón de consumo (Tuchman; 2010).

El abuso de sustancias también impacta a otros. Ejemplo de esto es el espectro de trastornos fetales asociado al abuso del alcohol, que se describe como un continuo de defectos permanentes de nacimiento que en su caso más grave se conoce como síndrome alcohólico fetal y que se caracteriza por deficiencias intelectuales, de lenguaje, auditivas y en las habilidades sociales, junto con anomalías en los rasgos faciales; ahora también sabemos que estos síntomas pueden ocurrir aun en ausencia de los rasgos faciales que caracterizan el nivel de mayor gravedad. El impacto del alcohol fue reconocido hace alrededor de cuatro décadas; sin embargo, hoy por hoy, una proporción importante de las mujeres consume bebidas con alcohol durante el embarazo, especialmente las que menos educación y acceso a tratamiento tienen. Por ejemplo, 57% de las mujeres en tratamiento por problemas con el alcohol (54% no había asistido a la escuela o no había completado el ciclo básico) reportó haber bebido durante sus embarazos (Berenzon *et al.*; 2007). Subyacen una dependencia grave, la imposibilidad biológica de la madre de controlar el consumo, a pesar de que con frecuencia se lo propone, y una falta de acceso a tratamiento. Los casos que logran acceder a éste manifiestan condiciones muy avanzadas de la enfermedad (Borges *et al.*; 2007).

El tabaco y el consumo de drogas tienen también efectos adversos como: bajo peso al nacer y deficiencias respiratorias, en el primer

caso, incluido el desarrollo de receptores nicotínicos que harán que el bebé expuesto sea más propenso a la adicción, si desarrolla el hábito de fumar (Volkow *et al.*; 2012). En el segundo caso, el nacimiento de bebés con dependencia a drogas por exposición *in utero*, por ejemplo a narcóticos, y durante sus primeros años, si la madre inhala en ambientes cerrados. Los anteriores son problemas crecientes que deben atenderse. En México, según las encuestas nacionales, 2% de mujeres embarazadas reporta haber fumado durante la gravidez y 12% refiere que su pareja lo ha hecho en el hogar. Subyace, como se ha mencionado, la incapacidad de la mujer con dependencia a dejar de consumir, a pesar de que quiera hacerlo, por ello la intervención preventiva y de tratamiento en esta etapa reviste una importancia muy especial.

El indicador de la carga global de enfermedad nos permite evaluar el impacto del abuso de sustancias como factor de riesgo para mortalidad prematura y días vividos sin salud. En los hombres, destaca el consumo de alcohol en primer lugar y el de tabaco en el séptimo, como factores de riesgo para enfermar; en las mujeres, ocupan el sexto y séptimo lugares.

Cuando se analizan los trastornos asociados a discapacidad, encontramos que en las mujeres el consumo de drogas aparece en el decimosexto lugar y es responsable de 1.8% de los años de vida asociados con discapacidad (AVD); en los hombres aparece en el quinto lugar y en ellos esta conducta es responsable de 4% de años de vida saludables perdidos. En los varones, los trastornos por abuso de alcohol aparecen en octavo lugar, con 2.9% de AVD, y en las mujeres no se encuentra entre los 20 principales causas de años de vida saludable perdidos (Lozano *et al.*; 2013).

Los costos a la salud son importantes en hombres y en mujeres, con preponderancia para los varones, pero con incremento del problema en mujeres. Sin embargo, los factores sociales aumentan la carga que recae en la mujer; en el siguiente apartado se hace un breve recorrido por ellos.

Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, son de naturaleza social, económica, política, cultural y ambiental y producen estratificación o inequidad dentro de la sociedad”. En su origen, participan factores biológicos y ambientales, y en su solución, políticas públicas.

El *contexto*, la *posición socioeconómica* y la *cultura* influyen en el tipo, magnitud y distribución de la salud entre hombres y mujeres. Hombres y mujeres sin acceso a la educación y trabajo están en mayor riesgo de consumir, en ellas es tres veces más probable que usen marihuana si no trabajan ni estudian, 2.5 veces más frecuente que usen cocaína y hasta veinte veces más probable que inhalen disolventes con fines de intoxicación; en comparación con los varones, el riesgo de inhalación en mujeres es considerablemente mayor (sólo incrementa cuatro veces en los hombres) cuando no tienen acceso a oportunidades de desarrollo.

Los aspectos culturales son más importantes en ellas, en general hay consenso en que las mujeres deben beber menos y cuando lo hacen, a pesar de que se comportan igual que los hombres, sufren mayor rechazo, lo que las lleva a ocultar su problema, menos permanecen casadas y es más frecuente que lleguen a tratamiento solas (Medina–Mora *et al.*; 2001).

Los datos expuestos muestran una tendencia hacia la disminución de las diferencias entre hombres y mujeres, que se asocian con una mayor exposición a la oportunidad de usar drogas en las mujeres, pero también a un cambio en los roles de género. Un análisis de la influencia de factores de modernidad, como el uso de anticonceptivos antes de los 25 años, la edad más tardía del primer matrimonio y mayor oportunidad de educación y empleo, mostró una estrecha asociación entre estos factores y la reducción de la brecha entre hombres y mujeres (Seedat *et al.*; 2009).

Las mujeres con familiares que han desarrollado dependencia al alcohol o drogas a menudo se ven afectadas; en ellas, son comunes la preocupación por su estado de salud, sentimientos de responsabilidad y culpa, preocupaciones económicas que incluyen los robos y la falta de trabajo, efectos negativos en la armonía y dinámica familiar que incluyen exigencias irracionales, mal olor, así como violencia verbal y física (Natera *et al.*; 2003; Orford *et al.*; 1998), lo que impacta la salud mental de estas mujeres. El riesgo de depresión es cuatro veces más alto en víctimas de violencia y ocho veces más alto cuando ésta ocurre en el embarazo (Medina–Mora *et al.*; 1999).

Estudios que han analizado la manera en que las mujeres responden a este problema, en comparación con lo que pasa en otras culturas, la inglesa por ejemplo, han encontrado que mientras que las familias inglesas tienden a reportar con más frecuencia estrategias de retirada, en México, especialmente entre las mujeres, es más frecuente el involucramiento y la inacción (Orford *et al.*; 2001). Otros reportes de este mismo estudio indican que mientras que las

familias inglesas reportaban con más frecuencia enojo, en las familias mexicanas era más frecuente la depresión y el sentimiento de desesperanza.

Las mujeres tienen una *exposición diferencial a los factores de riesgo* que está inversamente relacionada con la posición social, las personas en las posiciones de menor nivel socioeconómico y las mujeres pobres están más expuestas a condiciones poco saludables. Los estudios de niños, niñas y adolescentes que trabajan o viven en la calle, por ejemplo, muestran la importante inequidad a la que están sometidas las mujeres en estas condiciones. Consumen menos drogas, pero cuando inician esta actividad, lo hacen con la misma frecuencia que los hombres.

El entorno laboral define en gran medida los riesgos de consumo, problemas y consecuencias para la salud. Es menos probable que los hombres que van a la escuela trabajen en un medio en donde hay consumo de drogas y alta disponibilidad. Para ellas, es más importante el ambiente familiar; cuando es propicio, trabajan en condiciones de menor riesgo. En ambos casos el ambiente laboral define su involucramiento en el consumo de drogas, con un peso mayor para las mujeres, y en ellas esto incrementa el riesgo de abuso sexual, los problemas con la policía se derivan del abuso de drogas en los hombres, pero en las mujeres están más relacionados con el entorno laboral.

Como se mencionó, las mujeres tienen una *vulnerabilidad diferencial a riesgos*, pero, como también hemos visto, menos acceso a la atención a la salud, lo que aumenta su carga de enfermedad y existen importantes variaciones en las consecuencias. En el ámbito social, las mujeres sufren más rechazo social cuando tienen un problema, menos permanecen casadas y llegan con más frecuencia a tratamiento, solas. El temor de ser separadas de sus hijos representa una barrera importante para la atención, lo que refuerza la necesidad de tener un enfoque de género al aproximar el problema.

La tercera edad es una etapa importante de riesgo, con frecuencia olvidada, con múltiples factores de riesgo: la menopausia, la osteoporosis, las limitaciones motoras y el síndrome del nido vacío, que obligan a redefinir su rol social. Es una edad de riesgo mayor de consumo de tranquilizantes y de alcohol, y de la interacción del alcohol con consumo de medicamentos, entre ellos los tranquilizantes. Se espera que este problema se incremente por el aumento del consumo en adolescentes, que se muestra ahora en cohortes jóvenes quienes llegarán a la edad adulta con más problemas, de no incrementarse la cobertura de tratamiento.

Hacia una mejor respuesta

De esta evidencia podemos concluir que es menor la proporción de mujeres que consumen alcohol, tabaco o drogas. Estas diferencias se asocian con una menor exposición a la oportunidad de usar drogas en las mujeres, una vez expuestas, inician el consumo de manera similar a la de los hombres. Esta condición está cambiando, ha aumentado el consumo en mujeres y se observa una tendencia a la desaparición de las diferencias entre hombres y mujeres.

Más hombres desarrollan dependencia, a las mujeres les lleva menos tiempo desarrollar dependencia, más hombres llegan a tratamiento. Más hombres cometen actos antisociales, más mujeres presentan síntomas de depresión.

Los programas de tratamiento están basados en el problema que manifiestan los varones. Se requieren programas que consideren las necesidades especiales de las mujeres: condición reproductiva, vulnerabilidad social, barreras a tratamiento/rehabilitación. Los servicios deben incorporar a las mujeres en los programas de tratamiento.

72

Recomendaciones

De este análisis, derivamos las siguientes acciones en las que la Academia puede ejercer una influencia importante y contribuir así a disminuir los determinantes sociales que hacen más difícil la vida de las mujeres, particularmente de las que son pobres y han desarrollado una dependencia, con el fin último de cerrar la brecha entre prevención y tratamiento y, con ello, mejorar su calidad de vida:

- *El asegurarse que las estadísticas de salud y la investigación epidemiológica incluyan datos desagregados por sexo tanto en su recolección como en el análisis y la difusión de resultados, utilizando indicadores sensibles para las mujeres*
- *Promover la implementación y evaluación de la efectividad y la eficiencia de los servicios relacionados con el abuso de sustancias para mujeres*
- *Los esfuerzos de prevención deben iniciar reforzando el concepto de equidad entre hombres y mujeres, la educación debe enfocarse en el respeto y la tolerancia por la diversidad, debe iniciar de manera temprana y extenderse a los programas en la comunidad*
- *Deben atenderse de manera particular los factores que incrementan el riesgo en mujeres, como sus problemas emocionales,*

el rechazo social, la falta de oportunidades y el exceso de carga derivada del cuidado de otros

- *Ninguna modalidad de tratamiento es efectiva para todas las mujeres, por lo tanto, la combinación de servicios es recomendable y necesariamente tendrá que tomarse en cuenta el nivel socioeconómico, la edad, la condición física y psicológica de la paciente, así como sus creencias religiosas, si es madre y su preferencia sexual*
- *Esfuerzos especiales deben hacerse para incrementar la cobertura y disminuir las barreras de atención, particularmente de las más jóvenes*
- *Dada la alta comorbilidad que existe entre el consumo de alcohol y otros problemas sociales y de salud, la atención debe de ser integral y desarrollarse sobre el paradigma de atender personas más que enfermedades*
- *Los programas deben llegar también a la población de la tercera edad, ya afectada por el alcohol, el abuso de drogas médicas y el tabaquismo; en ella, se espera un incremento en el problema de abuso de otras drogas, como los narcóticos prescritos para el manejo del dolor, como resultado de los nuevos programas de acceso a estos medicamentos que colateralmente incrementan el riesgo de dependencia en poblaciones vulnerables, y de drogas, dado el incremento en el consumo en las cohortes más jóvenes que irán envejeciendo.*
- *Los programas deben incorporar a las familias de las personas que han enfermado por dependencia a sustancias, donde el riesgo de violencia, depresión y problemas emocionales es grande; debe intervenir a fin de evitar la réplica del ciclo reflejada, limitando el riesgo de que la mujer hija de alcohólico se case con hombre alcohólico*
- *El consumo de sustancias durante el embarazo es una tarea pendiente, es la más importante causa de defectos del nacimiento prevenible. El tema debe abordarse por la falta de atención que se le brinda y por el riesgo inminente de incremento, dadas las tendencias actuales; los programas de educación para la salud deben incorporarlo y la atención a las mujeres con dependencia debe hacerse en un marco de respeto, entendiendo la naturaleza de la enfermedad, de tal manera que no aumente el estigma y la discriminación de la que son objeto*

Bibliografía consultada

74

- Alcohol and Health. Ninth Special Report to the US Congress. NIH Publication No. 97-4017, 1997. National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Benjet C, Wagner FA, Borges G, Medina-Mora ME. The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. *Psychological Medicine*. 2004;34(5):881-888.
- Berenzon S, Romero M, Tiburcio M, Medina-Mora ME, Rojas E. Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2007;30(1):31-38.
- Borges G. Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la Ciudad de México 2012. México: IAPA, INPRF, IAAM-DF; 2012.
- Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
- Borges G, Tapia R, López M, Medina-Mora ME, Pelcastre B, Franco F. Alcohol consumption and pregnancy in the Mexican National Addiction Survey. *Cuadernos de Saúde Publica*. 1997;13(2):205-211.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Tat ChW. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*. 2007;97(9):1638-1643. (doi: 10.2105/AJPH.2006.090985).
- Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Fundación Gonzalo Río Arronte. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx>; <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/>
- Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et al. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/>, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx; www.insp.mx;
- CSAM. Impact of Marijuana on Children and Adolescents, 2009. Disponible en: http://www.csam-asam.org/sites/default/files/impact_of_marijuana_on_children_and_adolescents.pdf
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Estudio sobre consumo de Sustancias Psicoactivas en adultos mayores en la Ciudad de México 2012. Mendoza-Meléndez MA, Guimaraes-Borges GL, López-Brambila MA, Valdez-González GR, Beltrán-Silva A, Aguilar-Bustos OE, et al. México DF, México; 2012.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; Secretaría de Salud; Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México, D.F.; 2004. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/ena02.pdf
- Kershenovich D. Alcohol y alcoholismo: definiciones actuales, mecanismos de daño y tratamiento clínico. *Revista Gastroenterología de México*. 2010;supl 2(75):177–178.
- Lozano R, Gómez H, Garrido F, Jiménez A, Campuzano JC, Franco F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 2013;55:580–594
- Marín–Navarrete R, Benjet C, Borges G, Alvarado R, Eliosa A, Ayala M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales en Centros Residenciales de Ayuda–Mutua para la atención de las adicciones. En prensa.
- Medina KL, McQueeney T, Nagel BJ, Hanson KL, Schweinsburg AD, Tapert SF. Prefrontal cortex volumes in adolescents with alcohol use disorders: unique gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32: 386–394. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00602.x
- Medina–Mora ME, Berenzon S, Natera G. El papel del alcoholismo en las violencias. *Gaceta Médica de México*. 1999;135(3):282–287.
- Natera G, Juárez F, Medina–Mora ME, Tiburcio M. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2007;24(2):165–173.
- Natera G, Orford J, Copello A, Mora J, Tiburcio M, Velleman R. La cohesión y el conflicto en familias que enfrentan el consumo de alcohol y otras drogas: una comparación transcultural México–Gran Bretaña. *Acta Colombiana de Psicología*. 2003; 9, 7 6 C-03.
- Natera G, Velleman R, Copello A, Bowie N, Bradbury C, Davies J, et al. Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*. 2001;96(5):761–774.
- Orford J, Natera G, Davies J, Nava A, Mora J. Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*. 1998;93(12):1799–1813.
- Rojas E, Borges G, Vázquez L, Fleiz C. “Comorbidity: depression and other mental disorders”. En: Aguilar–Gaxiola S, Gullota T, Magana C (ed). *Prevention and treatment of depression in Latinos*; 2006.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1988. México, D.F.: SSA, 1989. Disponible en: www.inprf.gob.mx, <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/>

- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1998. México, D.F.: SSA, 1999. Disponible en: www.inprf.gob.mx, <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/>
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer M, Berglund P, Bromet E, Brugha T, et al. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785-795.
- Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*. 2010;29:2, 127-138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10550881003684582>.
- Villatoro J, Rafful C, Gutiérrez L, Moreno M, et al. ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En: Romero M, Medina-Mora ME, Rodríguez-Ajenjo C. *Mujeres y adicciones*. 2010. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. DIF, INPRF, INMUJERES.SSA.
- Villatoro J, Robles R, Real T. Aspectos psicosociales de la dependencia a tabaco y su inducción a probar otras drogas. En: Medina-Mora (coord.). *El tabaquismo en México, ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México, D.F.: El Colegio Nacional, segunda reimpresión; 2012.
- Volkow N, Baler R. Neurofisiopatología de la adicción a la nicotina, de la gestación hasta la muerte. En: Medina-Mora ME (comp.). *El tabaquismo en México, ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año*. México, D.F.: El Colegio Nacional; 2012.
- Women and alcohol in developing countries. *Salud Mental*. 2001;24(2):3-10.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN MÉXICO: ENTRE LO OCULTO Y LO VISIBLE

6

Martha Hajar
Mariana González Focke
Julio C. Campuzano

77

Introducción

En México, se ha advertido y legitimado, a partir de estadísticas mundiales y nacionales que recogen datos acerca de la violencia vivida por las mujeres, que se trata de un fenómeno bastante extendido que no diferencia ni estratos económicos ni grupos étnicos; de ahí que haya sido reconocido como asunto de derechos humanos y como problema de salud pública.¹⁻⁴ Esta problemática cobró notoriedad a partir de las reivindicaciones de los grupos feministas y de derechos humanos en favor de las mujeres y por la presión ejercida desde la sociedad civil para que los gobiernos dieran atención a las víctimas.⁵

En la década de los noventa, se crean los instrumentos internacionales de mayor relevancia que ordenan a los Estados miembros de Naciones Unidas implementar políticas que transformen las relaciones de género en favor de la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres. Uno de ellos es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, mejor conocida como Convención de Belem Do Pará.⁶ En México, entra en vigor en 1995. En ella, se establece que “debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Insta a los Estados miembros a que condenen toda forma de violencia contra las mujeres y adopten, “por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia” (Artículo 7). De hecho, se ha señalado que esta convención es el documento internacional más completo sobre el tema de violencia contra las mujeres, ya que in-

cluye medidas de prevención y legislativas, así como de asistencia y seguimiento a las víctimas.⁷ Sin embargo, en ella nada se menciona acerca de la identidad étnica y cultural de las mujeres que viven violencia.

Una de las estrategias en el ámbito mundial y que países como México retoman en su política de desarrollo social son los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por Naciones Unidas en el año 2000.⁸ Este plan de desarrollo tiene como objetivo 3º: “Promover la igualdad de sexos y la autonomía de la mujer”. En nuestro país se ha desarrollado política pública para responder a esta situación, no siempre con resultados favorables; sin embargo, se ha logrado la implementación de programas de prevención primaria, cambios en las legislaciones y en la prestación de servicios (médicos, legales y psicológicos) a mujeres maltratadas.⁹

En México, las acciones en el terreno legislativo, se ubican a mediados de los años noventa cuando se intenta regular la violencia familiar como falta administrativa, causal de divorcio y delito. En la actualidad, la mayoría de las entidades en el país cuentan con leyes administrativas (en materia de asistencia social) de las que deriva algún tipo de atención, tanto a víctimas de violencia de pareja como a agresores; se han modificado los códigos civiles o familiares, así como la legislación penal. En materia de salud, en el año 2000 se emitió la Norma Oficial Mexicana 190 (la cual se actualizó y se convirtió en la NOM 046,¹⁰ que incluye violencia sexual) para la atención de casos de violencia familiar. Los cambios en algunos rubros de la política nacional se han traducido en la creación de nuevas instituciones, como el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en 2001. Se ha desarrollado un modelo de atención focalizado para las mujeres víctimas de violencia de pareja y sus agresores.¹¹ En 2007 se aprueba la Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, con que, además, se logra la tipificación del delito de feminicidio en el Código Penal Federal. En este sentido, se pueden observar avances en la atención que ha recibido la problemática, en particular la violencia de pareja.

El breve recuento realizado en párrafos anteriores da la impresión de que la política en el tema de violencia contra las mujeres en nuestro país se ha centrado en la violencia de pareja y poco ha resonado la protección a las niñas, las jóvenes sin pareja y las adultas mayores. Como una manera de aproximarnos a estos grupos poblacionales y visibilizar la necesidad de su atención, el presente

^a El término homicidio se está circunscribiendo a las lesiones provocadas de manera intencional por otra persona con el fin de producir la muerte. No incluye eventos no intencionales (accidentes) que pudieran tipificarse desde el punto de vista legal como homicidios dolosos o culposos.

trabajo realiza un análisis para identificar las particularidades del fenómeno según el grupo de edad y las diferencias y/o similitudes de las causas de homicidio^a entre ellos.

Metodología

Diseño–población

Se utilizó un diseño longitudinal descriptivo de muertes por homicidios reportados como ocurridos en la República Mexicana durante un periodo de 12 años, de 2000 a 2011. La información analizada incluye las variables básicas registradas en los certificados de defunción como son: entidad de ocurrencia del evento, localidad, edad, sexo y causa básica de defunción. La información está concentrada en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), de la Secretaría de Salud, a partir de las bases de datos y registros de mortalidad, validados por la Dirección General de Epidemiología.

En estas bases de datos de mortalidad las muertes producidas por eventos violentos como el homicidio se encuentran registradas en el capítulo “Causas externas de traumatismos y envenenamientos” conforme a la décima edición revisada de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Los códigos incluidos fueron: del Y00 al Y09 y del X85 al X99.

Procesamiento y análisis de la información

Siguiendo la recomendación de expertos en análisis de mortalidad, se realizaron ajustes a los casos que, dentro de las causas de muerte, se encuentran ubicados en los denominados códigos inespecíficos o códigos *basura*.¹² Previo al análisis, se realizaron tres ajustes a los datos:

Primer ajuste: a las causas de muerte producto de la distribución de lesiones de causa externa intencional (homicidios), se le sumaron de forma proporcional los códigos inespecíficos o códigos basura del Capítulo XVIII, que en la décima revisión de la CIE están definidos dentro del grupo “R”.

Segundo ajuste: al producto de la corrección anterior se le sumaron de forma proporcional los códigos de lesiones que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas: Y33 y Y34.

Tercer ajuste: se realizó un proceso de imputación (asignación de información) en aquellos casos que tenían algún faltante de información, como edad, sexo o entidad.

Las variables analizadas fueron: edad, año de ocurrencia de la muerte, causa externa, entidad federativa, sitio de ocurrencia de la lesión que produjo la muerte, lugar de ocurrencia del deceso y escolaridad. La edad se categorizó con fines de este estudio en grupos poblacionales de la siguiente forma: niñas, 0 a 9 años; adolescentes, 10 a 19; jóvenes, 20 a 29; adultas, 30 a 59, y adultas mayores, 60 y más de 60.

Análisis estadístico

Para analizar el comportamiento de la mortalidad, se tuvieron en cuenta los valores absolutos representados por el número anual de casos y su distribución relativa a nivel porcentual. Se obtuvo una distribución de las muertes totales por grupos de edad y año de ocurrencia para el periodo de estudio. De la misma forma, se realizó un análisis de tendencia utilizando ecuaciones lineales (por medio de un análisis gráfico) del comportamiento de las muertes y se obtuvo la pendiente, como una medida resumen, para determinar si los casos, a nivel absoluto o porcentual, estaban en aumento o en descenso.

Tasas de mortalidad ajustadas: con el fin de asegurar la comparabilidad de los datos entre periodos, se calcularon utilizando la población estándar propuesta por la Organización Mundial de la Salud.¹³ Para realizar este procedimiento, se tomó en cuenta la distribución de frecuencias de las edades entre los grupos quinquenales; con las tasas estandarizadas, se hizo un análisis de tendencias con el total de la población de mujeres y por cada grupo quinquenal.

Para analizar el comportamiento de la tendencia de mortalidad (dinámica de crecimiento global), se utilizó la tendencia lineal a las tasas estandarizadas de todo el periodo de estudio, identificándose el valor de la pendiente de la línea como una condición de crecimiento o descenso; estos resultados también se graficaron por sexo y para cada grupo de edad analizado. Se analizó la pendiente de las tasas para cada grupo quinquenal de edad. Para los denominadores se utilizaron las bases de datos sobre proyecciones de población reportadas por CONAPO (2009), para cada uno de los años analizados. Las tasas se reportan por 100 000 mujeres.

Cada uno de los análisis se elaboró en Excel; en el procesamiento, los ajustes a la base de datos y el análisis de la información, se empleó el paquete estadístico Stata versión 10.0.

Resultados

Durante el periodo 2000–2011 ocurrieron 19 012 muertes por homicidio de mujeres, en nuestro país. En la gráfica de la Figura 6.1, se observa que existe una tendencia al incremento de la tasa por homicidio en mujeres que va de un poco más de 2.5/100 000 mujeres a casi duplicarse al final del periodo analizado 4.7/100 000 mujeres. Se presentó un incremento anual de 104 muertes por homicidio de mujeres durante el periodo estudiado.

Con respecto a cómo se ha presentado este fenómeno en los grupos de edad, en el Cuadro 6.1 se presenta la distribución de los casos tanto en grupos quinquenales como poblacionales, en donde el grupo de mujeres jóvenes entre 20 y 29 años es en donde se concentró el mayor número de muertes (24.3%); destaca dentro de este segmento el grupo quinquenal de 20 a 24 años. El grupo de adolescentes de 15 a 19 años ocupó el tercer lugar en el porcentaje de muertes por homicidio en mujeres para el periodo estudiado, lo que muestra que son las mujeres jóvenes, a partir de los 15 y hasta los 29 años, las que están concentrando un poco más de la tercera parte de las muertes por homicidio en nuestro país. Es de llamar la

81

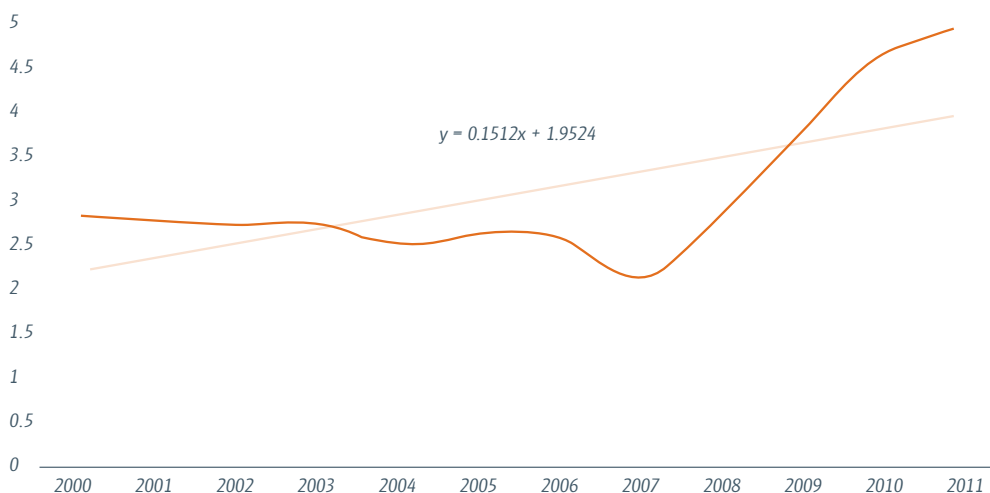


Figura 6.1. Comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por todas las causas de homicidios de mujeres 2000–2011, México.

Cuadro 6.1. Porcentaje de muertes por homicidios en mujeres, por quinquenio de edad y grupo poblacional, México 2000 a 2011

Grupo de edad (años)	Núm. de defunciones	Porcentaje	Grupo poblacional (años)	Núm.	%
Menor de 5	1 027	5.4	0 a 9 años (Niñas)	1 418	7.5
5 a 9	391	2.1	10 a 19 (Adolescentes)	2 780	14.6
10 a 14	678	3.6	20 a 29 (Jóvenes)	4 625	24.3
15 a 19	2 102	11.1	30 a 59 (Adultas)	7 833	41.2
20 a 24	2 435	12.8	60 y más (Adultas mayores)	2 356	12.4
25 a 29	2 190	11.5	TOTAL	19 012	100.0
30 a 34	2 023	10.6			
35 a 39	1 764	9.3			
40 a 44	1 439	7.6			
45 a 49	1 113	5.9			
50 a 54	850	4.5			
55 a 59	644	3.4			
60 a 64	512	2.7			
65 a 69	455	2.4			
70 a 74	434	2.3			
75 y más	955	5.0			
TOTAL	19 012	100			

82

atención que las niñas menores de 5 años concentran casi el mismo número de muertes que las observadas en niñas de 5 a 14 años y el mismo que las adultas mayores de 75 años.

En el Cuadro 6.2 se presentan las tasas por grupo decenal y año, donde se observa que las niñas menores de 10 años presentan una tasa, positiva pero estable a todo lo largo del periodo de 12 años. Los grupos que presentan una tendencia al incremento son desde los 10 años hasta el de 30 a 39, siendo el de las jóvenes de 20 a 29 el que presenta la tasa y el incremento mayor $1.47/100\ 000$ mujeres, $y = 0.0633 + 0.3576$.

¿Cuáles son las causas de los homicidios?

A lo largo de todo el periodo, los homicidios provocados con arma de fuego fueron los más frecuentes. Los cambios más importantes

Cuadro 6.2. Comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por homicidio en mujeres, según grupo decenal 2000–2011, México.

Grupo poblacional (años)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0 a 9	0.21	0.26	0.23	0.22	0.22	0.24	0.22	0.2	0.21	0.31	0.26	0.24
10 a 19	0.39	0.42	0.39	0.42	0.38	0.41	0.44	0.31	0.42	0.54	0.74	0.77
20 a 29	0.61	0.65	0.64	0.6	0.59	0.6	0.59	0.5	0.7	0.96	1.33	1.47
30 a 39	0.52	0.49	0.48	0.51	0.43	0.46	0.44	0.41	0.52	0.74	0.93	1.02
40 a 49	0.34	0.29	0.3	0.34	0.3	0.29	0.31	0.24	0.34	0.38	0.52	0.57
50 a 59	0.21	0.19	0.2	0.18	0.18	0.19	0.19	0.13	0.17	0.25	0.24	0.29
60 y más	0.41	0.35	0.37	0.35	0.28	0.32	0.3	0.25	0.27	0.35	0.34	0.35
Total	2.69	2.65	2.61	2.62	2.38	2.5	2.48	2.04	2.64	3.53	4.38	4.7

se observan en las tres causas incluidas en la Figura 6.2, donde cerca de 60% de las muertes por homicidio corresponden a aquellas donde se utiliza un arma, ya sea de fuego (40.2%) o punzocortante (17.7%), seguida de las que ocurren a través del uso de la fuerza física como la estrangulación o el ahorcamiento. Estas tres causas presentan un incremento en el número de casos en los últimos 4 años del periodo estudiado, donde se duplican los casos mediante el uso de la fuerza física y en relación con el uso de arma de fuego es de cuatro veces más. Lo anterior presenta diferencias por grupos de edad.

La distribución de las causas según grupo de edad presenta características muy especiales; por ejemplo, en las niñas menores de 10 años, destacan las causas relacionadas con el ejercicio de la fuerza física como los golpes, violación, ahorcamiento, estrangulación, negligencia y maltrato. Mientras que a partir de los 10 años los homicidios mediante el uso de armas de fuego fueron la principal causa, en especial para los grupos de jóvenes y adultas. Es de llamar la atención que en las niñas y las adultas mayores, más de la tercera parte de los decesos se debió a otras causas y a aquellas no especificadas, lo que denota un gran subregistro en estos grupos (Cuadro 6.3).

En la Figura 6.3, se presenta la distribución de las muertes según sitio de ocurrencia de la defunción por grupo poblacional; destacan, en las de 0 a 9 años los servicios de salud, lo que manifiesta que 25% de los casos alcanzaron a recibir atención médica. Las adolescentes, las jóvenes y las adultas están muriendo en el sitio de

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Ataque con arma de fuego	428	450	414	466	371	448	441	414	550	854	1 374	1 434	7 644
Ataque con arma blanca	240	236	263	242	232	253	260	227	311	302	334	460	3 360
Ahorcamiento, estrangulamiento, ahogamiento	211	228	231	287	263	289	309	212	274	362	348	414	3 428
Resto de causas	72	75	63	56	82	61	71	52	56	66	68	54	776
Otras causas	377	340	361	312	309	292	263	214	274	384	347	331	3 804
Total	1 328	1 329	1 332	1 363	1 257	1 343	1 344	1 119	1 465	1 968	2 471	2 693	19 012

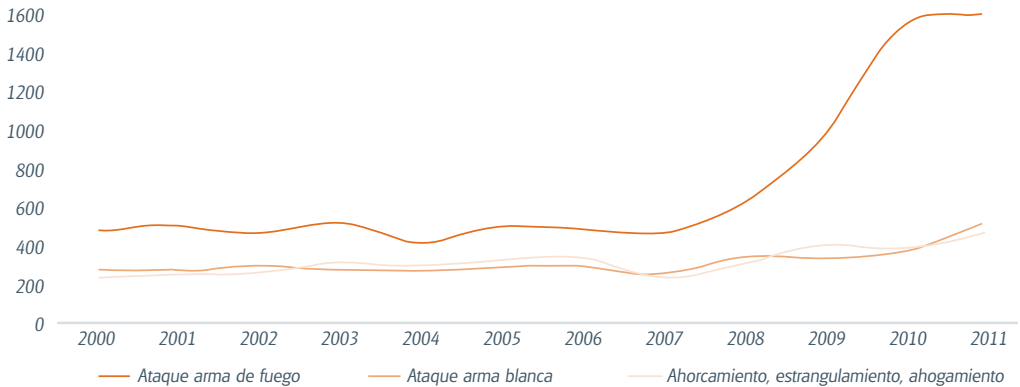


Figura 6.2. Comportamiento de los casos de las tres principales causas de homicidio en mujeres 2000–2011, México.

ocurrencia del evento que produce la muerte, en la vía pública. En el caso de las adultas mayores, el lugar de ocurrencia de la muerte es el hogar, que es el sitio donde ocurren las lesiones que producen la muerte. Lo anterior pone de manifiesto que un alto porcentaje no alcanza a llegar a recibir atención médica por diversas razones, las cuales no es posible identificar en el certificado de defunción.

En 15% de los casos de muertes por homicidio en mujeres, no se tiene registrado el lugar donde fallecieron.

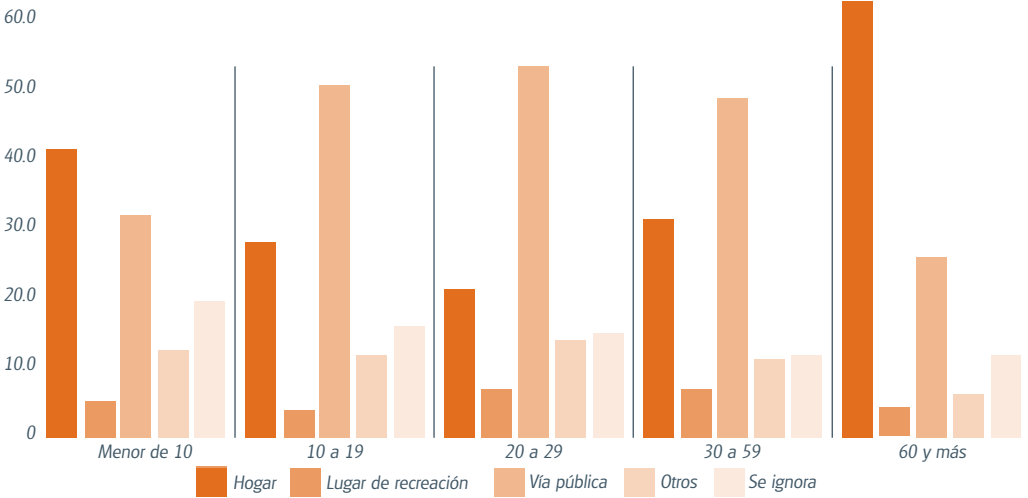
En la Figura 6.4 se presentan los casos por estado, donde se observan las diferencias por entidad federativa; debido al número pequeño de muertes en algunos de los estados, no fue posible realizar una comparación de tasas. Destaca el Estado de México con 3 877 homicidios de mujeres, mientras que en Chihuahua los casos son de casi 2 000. Sería necesario hacer un análisis más detallado para identificar dentro de estos estados, los grupos de edad, las causas y los municipios de mayor riesgo. En este trabajo no fue posible realizarlo.

Cuadro 6.3. Distribución de causas de muerte por homicidio en mujeres, según grupo poblacional, 2000–2011, México

Causas	0 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 59		60 y más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Golpes sin armas, violación	52	3.7	35	1.3	47	1.0	86	1.1	60	2.5	280	1.5
Ataque con sustancia corrosiva y envenenamiento	25	1.8	64	2.3	53	1.1	78	1	17	0.7	237	1.2
Ahorcamiento, estrangulamiento, ahogamiento	308	21.7	716	25.8	920	19.9	1 114	14.1	370	15.7	3 428	18.0
Ataque con arma de fuego y explosivos	269	19.0	1 085	39.0	2 071	44.8	3 744	47.7	525	22.3	7 644	40.2
Ataque con instrumento cortante o punzante	135	9.5	387	13.9	828	17.9	1522	19.3	490	20.8	3360	17.7
Negligencia y maltrato	116	8.2	7	0.3	6	0.1	18	.20	110	4.7	259	1.4
Otras causas	513	36.2	486	17.5	700	15.1	1321	16.6	784	33.3	3804	20
Total	1 418	100.0	2 780	100.0	4 625	100.0	7 833	100.0	2 356	100.0	19 012	100.0

¿Qué pasa con las niñas?

Las tasas de muerte se han mantenido estables a lo largo del periodo. Las causas de muerte, el lugar donde ocurre la lesión que produce la muerte y el lugar de ocurrencia de la defunción tiene características que diferencian a este grupo de edad del resto. Es importante mencionar que, en el caso de las niñas menores de 5 años, las que aún no cumplen 1 año de edad concentran casi 42% de todos los casos de homicidios en el grupo; la causa que concentra el mayor número de casos es ahorcamiento y estrangulamiento. A partir de los 2 años y hasta los 4, el arma de fuego y el uso de instrumentos cortantes son las causas más frecuentes de homicidio en las niñas.



86

Figura 6.3. Características del lugar de ocurrencia de la muerte por homicidio en mujeres.

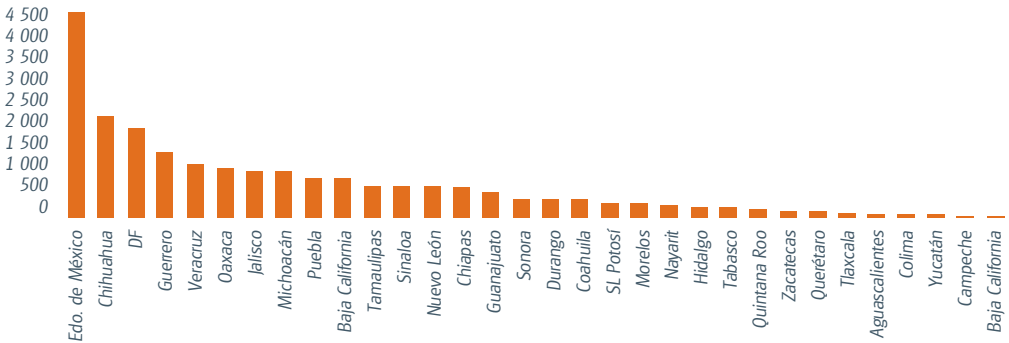


Figura 6.4. Casos de homicidio de mujeres por entidad federativa, 2000-2011, México.

¿Qué pasa con las adolescentes y las jóvenes?

La tendencia de las tasas de muerte en estos grupos es creciente, a lo largo del periodo estudiado; las causas más frecuentes son aquellas donde se utilizan armas de fuego o punzocortantes. La vía pública es el sitio donde ocurren los eventos y la muerte en estos grupos de edad, lo que la convierte en el sitio de mayor riesgo de morir por homicidio. Patrón muy parecido al de los hombres en estos grupos poblacionales. Dado el gran número de muertes que se está presentando en mujeres jóvenes, el mayor porcentaje de los decesos se concentró en el estado civil soltera.

¿Qué pasa con las adultas?

La tendencia de las tasas de muerte en el grupo de adultas más jóvenes (30 a 49) a lo largo del periodo estudiado es hacia el incremento, el cual se duplica del inicio al final del periodo de estudio. Al analizar la condición de embarazo en el que se encontraban las mujeres al momento de ser asesinadas, se registra que 1.1% de las mujeres en edad reproductiva estaban embarazadas, lo que revela esa condición como la más frecuente en esos casos.

¿Qué pasa con las adultas mayores?

El grupo de adultas mayores presenta un patrón muy similar al de las niñas, ya que, a pesar de que la tendencia es positiva, las tasas de muerte han permanecido estables a lo largo del periodo. Las causas de muerte, el lugar donde ocurre la lesión que la produce y el lugar de ocurrencia de la defunción tiene características que diferencian a la población; el hogar es el sitio de mayor riesgo de sufrir y morir por violencia en este grupo de edad en nuestro país; el uso de arma de fuego es la causa más frecuente.

87

Discusión

Según lo muestran las evidencias presentadas, es claro el incremento en la frecuencia, el volumen y el riesgo de muerte por homicidio en las mujeres en los últimos diez años en nuestro país, con un aumento destacado en los últimos tres años del periodo estudiado; alrededor de 40% de las muertes por homicidio en mujeres se presentó en estos tres años. La gran mayoría de los decesos fue por lesiones secundarias a armas de fuego; como segunda causa están las lesiones derivadas de ahorcamientos, estrangulamientos y ahorgamientos, seguida de las lesiones de arma punzocortante.

El tipo de violencia analizada en este artículo corresponde a la categoría definida por la OMS¹⁴ como *interpersonal*, que es aquella impuesta por otra persona o un número pequeño de individuos. Se divide en dos subcategorías: 1) la violencia familiar y de pareja, es decir, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja y que, en general, aunque no siempre, sucede en el hogar. En esta categoría se incluiría lo que se observa en las niñas y las adultas mayores; 2) la violencia comunitaria, aquella que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no y que sucede por lo general fuera del

hogar. Aquí se podría ubicar el fenómeno de la violencia manifiesta en homicidios en las adolescentes, jóvenes y adultas.

Los datos aquí descritos muestran una dolorosa realidad nacional; son la punta del *iceberg* de la violencia, la cual atraviesa dramáticamente todos los grupos poblacionales de mujeres, evidenciando particularidades que nos acercan a un análisis que ahonda en la relación de los homicidios con una cultura feminicida, estructurada por relaciones de dominación y desprecio, que coloca a las mujeres de diferentes edades en esos sitios donde ocurre su muerte y, con ello, simboliza su lugar en el mundo tal como se puede observar más adelante. Al mismo tiempo, se muestra que al no poseer datos que posibiliten caracterizar y analizar el móvil de los homicidios y los sujetos que produjeron la muerte —es decir, se desconoce el perfil del victimario y las causas o motivos que llevaron a la muerte de cada una de las mujeres—, se queda una laguna en la historia de esas mujeres.

Más allá de las limitaciones que tienen los análisis de mortalidad —debido fundamentalmente a los problemas de las fuentes consultadas, los cuales se intentaron minimizar en el presente trabajo— y más allá de que los denominadores para elaborar las tasas están sujetos también a la confiabilidad de las proyecciones de población hechas a partir de los Censos —que fueron las que se utilizaron en este componente del estudio—, la evidencia aquí presentada se suma a recientes trabajos de este tipo,¹⁵ que generan y orientan nuevas preguntas por responder para de verdad enfrentar una de las consecuencias más graves de la violencia contra las mujeres en nuestro país. Es posible, a través de esta evidencia, hacer visible aquello que se oculta de la violencia contra las mujeres en nuestro país.

La caracterización de las defunciones por homicidio mediante el análisis de las variables sociodemográficas también refleja que la ocurrencia de lesiones que llevan a la muerte por homicidio en mujeres ha descendido en el ámbito de los hogares, la proporción de lesiones y muertes se ha incrementado en la vía pública, la proporción de las mujeres que alcanzan a tener atención médica y a llegar a los servicios de salud se ha reducido, lo que sugiere que la severidad en las lesiones y la “eficacia” en los mecanismos usados (armas de fuego, ahorcamiento y armas punzocortantes) son mayores año tras año.

El patrón de las muertes por homicidio observado en el grupo de niñas pone de manifiesto un ejercicio de la violencia con patrones más severos, en los que la muerte sucede con mayor daño y sufrimiento, como los causados por golpes, violación, ahorcamiento y estrangulación. Lo que hay que resaltar es que esto ocurre año tras año y, al parecer, nada o poco se ha hecho en el tema en nuestro país.¹⁶⁻¹⁸ Urge un

esfuerzo serio y comprometido, no sólo de parte de los sectores encargados de los derechos humanos, la atención a la salud de dichos niños, entre otros, sino también de aquellos dedicados a la administración de justicia, a garantizar la seguridad, etc., para trabajar no sólo con los niños, sino también con las familias, en un esfuerzo por lograr el derecho fundamental a la vida de los niños y niñas de México.

Los homicidios de adultas mayores refuerza la necesidad de acciones urgentes en este grupo poblacional, ante los patrones de envejecimiento demográfico.¹⁹ La información publicada en el reporte “Voces ausentes”²⁰ sustenta nuestro supuesto. En México, podemos anticipar un crecimiento del maltrato, en razón del envejecimiento poblacional, a lo que habría que agregar que se trata de un grupo en desventaja física, emocional y económica.

A pesar de que, como se menciona en la introducción de este capítulo, en nuestro país se ha desarrollado política pública para responder a esta situación y a que se han implementado programas de prevención primaria y cambio en la legislación y en la prestación de servicios (médicos, legales y psicológicos), especialmente a víctimas de violencia de pareja, los resultados de este estudio dejan claro que falta mucho por hacer. Además, éste evidencia la necesidad de hacer una reflexión seria sobre las políticas para la atención, control y erradicación de la violencia contra las mujeres, con una mirada incluyente para todos los grupos de edad. Es necesario reconocer el compromiso que la comunidad internacional tiene sobre la necesidad de atender las cuestiones de género. En este sentido, el presente trabajo, a pesar de que sólo da cuenta de la consecuencia última de la violencia contra las mujeres, que es la muerte, pretende mover al planteamiento de políticas específicas de combate a la violencia, en cuyos componentes de prevención, control y erradicación queden claras las diferencias entre los grupos de mujeres, los espacios donde ocurren las muertes y los mecanismos empleados para producirlas.

Los resultados presentados en este capítulo ponen de manifiesto que el grupo de edad al que pertenecen las mujeres determina las causas, el sitio y el ejercicio de la violencia que lleva a la muerte. Lo mencionado urge a impulsar el reconocimiento de que todas las personas, en particular aquellas que son vulnerables, tienen derecho a vivir libres de temores y carencias, a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano; en pocas palabras, a vivir y morir con dignidad.²¹

Lo significativo de los hallazgos de este trabajo, que deben ir más allá del dato numérico y de las limitaciones en el estudio mismo, consiste en el hecho de que hemos postergado la toma de de-

cisiones en el tema en nuestro país. Desde hace décadas, varios autores²²⁻²⁴ han llamado la atención sobre este problema de salud pública, y no sólo parece no haber resultados positivos, sino que el problema aparentemente se incrementa.

En este momento, son muchos los retos para nuestro país, si de verdad se quiere enfrentar la complejidad del fenómeno de la violencia contra las mujeres desde sus distintas vertientes. Lo que no podemos hacer es mantenernos inmutables, impasibles y paralizados ante más de 19 000 muertes en el periodo analizado, que fueron realizadas por el ejercicio mismo de la fuerza sobre las más débiles y vulnerables. Insisto, y seguiré insistiendo, en que no debemos olvidar que la violencia no sólo produce daños a la salud, sino que paraliza, mata y lastima a los individuos, las familias, las comunidades y a toda la sociedad, está en todas partes y nos afecta a todos, pero puede detenerse y prevenirse.

90

Referencias

1. OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud, Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y salud. 1a. ed. 2006, México.
3. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003 y 2006.
4. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003 y 2008. Instituto Nacional de Salud Pública.
5. Alberti P. “¿Qué es la violencia doméstica para las mujeres indígenas en el mundo rural?” En: Violencia contra la mujer en México. México: CNDH; 2004: pp. 19-49.
6. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención de Belem do Pará”, 1994. Consultado el 4 de octubre de 2013: <http://basica.sep.gob.mx/dgei/pdf/acticultu/ConvenBelemdoPara.pdf>
7. Londoño A. Derecho a los derechos. Atención integral a sobrevivientes de delitos sexuales. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones; 2001.
8. PNUD. Los objetivos de desarrollo del Milenio. Consultado el 3 de octubre de 2013: www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview.html
9. Secretaría de Salud. Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF 16 de abril de 2009.

11. Hijar M, Valdez R. Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de parejas. México, Instituto Nacional de Salud Pública y Cámara de Diputados LX Legislatura, 2010.
12. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes of death data. *Population Health Metrics*. 2010;8(9):1–42.
13. World Health Organization. Age standarization of rates: A new WHO standard. GPE Discusión Paper Series No. 31. Ginebra: WHO; 2000.
14. OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, 2005 (Clasificación NLM: WA 309).
15. Fernández F, Castro R. Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres: presentación y síntesis de resultados. 2012. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
16. Lozano R, Híjar M, Torres JL. Violencia, seguridad pública y salud. En: Frenk J (ed). *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997: pp. 83–115. ISBN: 968–6186–73–5.
17. Valdez R, Híjar M. Del silencio privado a las salas de urgencia. La violencia familiar como un problema de salud pública. *Gaceta Médica de México*. 2002;138(2):159–63.
18. Hijar M, Tapia R, Rascón R. Mortalidad por homicidios en niños. México 1979–1990. *Salud Pub de Mex*. 1994(36):529–37.
19. Krug EG, et al. *World report on violence and health*, 2002. Geneva: World Health Organization.
20. Organización Mundial de la Salud. *Voces ausentes: visión de las personas mayores sobre el maltrato de las personas mayores*. [Missing voices: views of older persons on elder abuse]. Ginebra: OMS; 2002.
21. Commission on Human Security. *Human Security Now*. New York: Commission on Human Security; 2003.
22. Hijar M. *Violencia y salud pública*. En: *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. 1ª. ed., 2006: pp. 1–13.
23. Azaola E. *Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad*. En: *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. 1a. ed. 2006: Capítulo II, pp. 19–49.
24. Gutiérrez LM. *Violencia y abuso contra personas mayores*. En: *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. 1a. ed., 2006: Capítulo IV: pp. 77–115.

VIOLENCIA CONTRA MUJERES EN MÉXICO: QUÉ SABEMOS Y QUÉ NECESITAMOS SABER

Roberto Castro Pérez

7

Introducción

93

A partir de 2003, con el levantamiento de la primera edición de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) por parte del Instituto Nacional de las Mujeres y el INEGI, comenzó en México el estudio a gran escala del problema de la violencia de género, con la activa participación de las instancias oficiales en alianza con el sector académico. Desde hacía varios años, organizaciones civiles e investigadores universitarios habían llevado a cabo de manera independiente diversos estudios de menor envergadura.^{1,2} El INEGI había realizado en 1999 la Encuesta Nacional sobre Violencia Intrafamiliar, que aunque no estaba dirigida a mujeres, constituyó un antecedente importante. Además, el tema se había venido incorporando como un pequeño apartado específico de preguntas en diversas encuestas nacionales sociodemográficas y de salud.³⁻⁶ El gran salto hacia adelante que representó la Endireh fue su carácter pionero, en tanto primera encuesta de hogares en el ámbito nacional (y primera de su tipo en Latinoamérica), destinada a la medición de la violencia contra las mujeres, de pareja en su primera edición (2003) y de pareja y de otros tipos en sus ediciones subsiguientes (2006 y 2011).

Paralelamente, a partir de 2003 otras encuestas de carácter nacional han sido levantadas también desde el sector público, pero se han enfocado en sectores específicos de la población. Por ejemplo, la Secretaría de Salud realizó dos ediciones (2003 y 2006) de una encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud;⁷ la Secretaría de Educación Pública, a su vez, ha realizado también dos ediciones (2007 y 2009) de una encuesta sobre violencia entre estudiantes de nivel medio superior.⁸ Por su parte el Instituto Mexicano de la Juventud realizó una encuesta nacional sobre violencia en el noviazgo, entre jóvenes de 15

a 24 años de edad.⁹ Además, en estos años diversas encuestas de salud, sociodemográficas, laborales y de otros tipos han incorporado algunas preguntas sobre violencia contra mujeres en sus cuestionarios, y un amplio número de estudios, estadísticos y cualitativos, de corte local o regional, también han explorado el problema desde diversas perspectivas. Una de las investigaciones más exhaustivas en esta materia ha sido el Estudio Nacional sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Producen y Reproducen la Violencia contra las Mujeres, auspiciado por la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en 2012.¹⁰ Como lo demuestran los últimos avances de esa indagación, en los últimos años se ha acumulado un número muy significativo de investigaciones sobre violencia contra mujeres en México.

Apoyándonos en esta acumulación de estudios y evidencias generadas recientemente, en este capítulo nos proponemos sintetizar *qué sabemos y qué necesitamos saber* en torno al problema de la violencia contra las mujeres en México, con el fin de sustentar de mejor manera las políticas públicas y los programas destinados a prevenir, atender y erradicar este grave problema.

Qué sabemos

Debemos ser muy esquemáticos en la elaboración de este inventario. Para mayor claridad, conviene diferenciar la violencia según su letalidad. Abordaremos primero la violencia homicida y, en un segundo apartado, los distintos tipos de violencia no homicida contra las mujeres.

Homicidios de mujeres

- *La violencia contra las mujeres se incrementó en forma drástica a partir de 2007*

Desde 1980 y hasta 2007, la tasa de homicidios en general de este país había venido descendiendo de manera sostenida. Sin embargo, a partir de 2007, en el contexto de la guerra contra el narcotráfico emprendida por el gobierno federal, la tasa de homicidios de hombres y mujeres se incrementó de manera drástica, y en tan sólo 4 años volvimos a los niveles de hacía 30 años. La tasa estandarizada de homicidios de mujeres en 2010 (4.37/100 000) fue más del doble de la registrada en 2007 (2.03/100 000). El norte del país ha sido la zona más afectada: en los estados de Chihuahua,

Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Zacatecas, el riesgo de homicidio en mujeres se incrementó en más de 400%, mientras que en los estados de Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora, el riesgo se incrementó en más de 200%.¹¹ Ello significa que el riesgo de morir por homicidio es muy diferente en las diversas regiones del país. Por citar sólo un ejemplo, las mujeres de 55 a 59 años de edad de los estados del noreste del país tienen un riesgo 91 veces superior de morir por homicidio, en comparación con las mujeres del mismo grupo de edad de los estados del centro del país.

- *El homicidio de mujeres presenta claras determinaciones de género*
La proporción de muertes por homicidio entre la población más joven (de 19 años o menos), así como entre la población de mayor edad (de 60 años y más), es más elevada entre mujeres en comparación con los hombres. Es decir, proporcionalmente hablando, se asesina a más niñas y mujeres de la tercera edad que a niños y hombres de la tercera edad. Por otra parte, la mayoría de los homicidios de mujeres se da en el espacio doméstico, si bien en los últimos años se incrementó de manera muy evidente la proporción de homicidios de mujeres ocurridos en la vía pública. Por último, los medios más crueles de homicidio han aumentado su proporción: ahora más mujeres son asesinadas por arma de fuego, golpes sin armas y violación, ahorcamiento, estrangulación y ahogamiento, así como por armas punzocortantes; en cambio, en los últimos diez años ha disminuido de manera drástica la proporción de mujeres muertas por negligencia y maltrato, así como por envenenamiento o ataques con armas corrosivas.^{12,13}
- *El homicidio de mujeres se “contagia” del homicidio de hombres*
Con excepción de la zona sur, durante la década 2001–2010 la mayoría de los casos de muertes de mujeres por homicidio ocurrió sobre todo en las ciudades medias y grandes del país, así como en las zonas metropolitanas. Se advierte la existencia de un creciente efecto de *contagio*, mediante el cual la existencia de homicidios de hombres en un municipio determinado hace más probable el surgimiento de homicidios de mujeres en ese mismo municipio; y ello, a su vez, hace más probable la existencia del mismo problema en los municipios contiguos (notablemente, con un año, en promedio, de retraso). Así, hasta 2008 había 20% de los municipios del país con más de 100 mil habitantes que no registraban homicidios de muje-

res; en tan sólo tres años, dicho porcentaje disminuyó a sólo 10%. Durante la década analizada, 86% de los municipios considerados como *hotspots* por esta condición, es decir, de alta comisión de homicidios de mujeres, se concentró en 10 estados: México, Guerrero, Chihuahua, Michoacán, Distrito Federal, Oaxaca, Chiapas, Sinaloa, Durango y Sonora.¹⁴

- *Los determinantes del homicidio de mujeres son diferentes de los correspondientes a los hombres*

Como consecuencia de todo ello, se advierte la presencia de un fenómeno de convergencia, que consiste en que las tasas de homicidio de mujeres evolucionan de tal manera que las diferencias originales entre los municipios tienden a desaparecer, es decir, se presenta un efecto de homologación. Aquellos municipios que en 2001 tenían las tasas de homicidios de mujeres más bajas vieron crecer tales tasas a una velocidad promedio superior a las de los municipios que tenían tasas elevadas. Y, más indicativo aún, la tasa de convergencia del homicidio de mujeres es mayor que la tasa de convergencia del homicidio de hombres. Así, la tendencia nacional es hacia una homogeneización de las tasas de homicidio de mujeres en todas las zonas del país. El crecimiento de la tasa de homicidios de hombres se asocia con la guerra contra el narcotráfico, con la existencia de cárteles en la zona y a condiciones de inequidad. El crecimiento de la tasa de homicidios de mujeres, en cambio, no muestra estar asociado a dichos factores ni a otras variables socioeconómicas locales. Por tanto, estamos ante indicios que apuntan a la verosimilitud de la hipótesis feminista que postula la existencia de fuerzas específicas, como el patriarcado y la desigualdad de género, que le imprimen una dinámica particular al homicidio de mujeres.¹⁵

- *La violencia es un factor muy relevante en el origen de la mortalidad materna*

La violencia contra las mujeres se ha convertido en un factor de la mayor relevancia en el problema de la mortalidad materna. La violencia en el embarazo en muchos casos tiene como resultado la muerte de las mujeres, por lo que se ha llamado a incluirla en las estadísticas oficiales como causas indirectas de muerte materna.¹⁶ En contextos de extrema pobreza, como en los Altos de Chiapas, diversas formas de violencia interpersonal contra las mujeres (por su pareja, familiares, prestadores de servicios y otros) se potencian

con otras formas de violencia estructural (pobreza, marginación y otros), lo que da lugar a la muerte prematura y perfectamente evitable de muchas mujeres de la región.^{17,18}

Violencia contra las mujeres en diversos ámbitos y de diferentes tipos

- *La mayoría de las mujeres experimenta violencia en el contexto familiar*

El carácter sistémico de la violencia de género se aprecia en el hecho de que sólo 33% de las mujeres de 15 años y más han podido llevar una vida relativamente libre de violencia, pues no atestiguaron ni sufrieron violencia en su infancia ni la han ejercido o sufrido en la escuela ni la han sufrido por parte de su pareja ni la ejercen contra sus hijos. Para los otros dos tercios, en cambio, la violencia ha estado presente en su vida en una o más de estas modalidades.¹⁹ Hay un efecto de transmisión intergeneracional e intercontextual de la violencia:^{20,21}

a) Entre 23 y 40% de las mujeres unidas o alguna vez unidas experimentó algún tipo de violencia (física o emocional) durante la infancia en casa. Sin embargo,

b) La violencia familiar contra las niñas puede estar disminuyendo. Los datos muestran que las mujeres de mayor edad reportan una mayor prevalencia en su infancia, en comparación con lo que informan las mujeres más jóvenes. Con todo,

c) Cerca de 27% de las mujeres unidas ejerce violencia contra sus hijos, con lo que se completa el ciclo de la violencia a lo largo de una generación. Además,

d) Un elevado porcentaje de mujeres mayores de 60 años reporta haber sufrido violencia emocional (13%), negligencia (11%) o violencia física en el contexto familiar²²

e) La violencia de pareja presenta constantes y cambios al paso del tiempo

Una década después del levantamiento de la primera Endireh y luego de tres posteriores (2003, 2006 y 2011), existe una serie de *datos duros y tendencias*, al parecer claras, con respecto a la violencia de pareja contra las mujeres. En primer lugar, 42% del total de mujeres (unidas, solteras, separadas y viudas) ha sufrido alguna forma de violencia de pareja alguna vez en su vida.²³ Al comparar

las tres ediciones de la encuesta, sin embargo, un hallazgo notable se refiere a la tendencia decreciente que al paso de los años se registra en la prevalencia. Entre las mujeres unidas o casadas de 15 años y más, la violencia física en los últimos 12 meses pasó de 9.3% en 2003 a 4.4% en 2011; en ese mismo periodo la violencia sexual disminuyó de 7.8 a 2.8%; la violencia emocional pasó de 34.5 a 23.3%, y la violencia económica de 27.3 a 16.1%. Los cuatro tipos de violencia (física, sexual, económica y emocional) se presentan con mayor riesgo en mujeres que:

- *Trabajan fuera del hogar*
- *Iniciaron el noviazgo antes de los 15 años*
- *Iniciaron su unión antes de los 15 años*
- *Han estado unidas más de una vez*
- *Tienen tres o más hijos nacidos vivos*
- *Tienen hijos con más de una pareja*
- *Su esposo o pareja tiene hijos con otras mujeres*
- *Su esposo sufrió violencia física y/o emocional en la infancia*
- *Atestiguaron y/o sufrieron ellas mismas violencia física en la infancia, y*
- *Ejercen ellas y/o sus parejas violencia contra sus hijos*

En estos años ha habido una sostenida discusión en foros y reuniones académicos, acerca de si el hecho de que las mujeres reciban los beneficios del Programa Oportunidades puede ser un factor de riesgo en relación con la violencia de pareja. Lo que sabemos hoy es que:

- a) El hecho de recibir el Programa Oportunidades, así como remesas internacionales se asocia con el riesgo de sufrir violencia física y sexual en el ámbito rural,²⁴ pero
- b) El hecho de no recibir el Programa Oportunidades ni remesas internacionales se asocia con el riesgo de sufrir violencia emocional y económica en el ámbito urbano²⁵

Otro ámbito de controversia se refiere a la asociación entre el embarazo y el riesgo de sufrir violencia. No es claro que el embarazo sea en sí mismo un factor de riesgo (en términos epidemiológicos), pero sí es evidente que tampoco constituye necesariamente un factor de protección. Un estudio en Morelos demostró que, con el embarazo, el riesgo de la violencia física y sexual disminuye, pero aumenta el de la violencia emocional.^{26,27}

- *A mayor empoderamiento de las mujeres, menor riesgo de sufrir violencia física y sexual*

Además del contexto social en que viven las mujeres, es en el tipo de relación que sostienen con su pareja donde radican las claves que explican el riesgo de que sufran (o no) algún tipo de violencia. Así, en la medida en que se incrementa la *participación de los hombres en las tareas domésticas*, disminuye de manera drástica el riesgo para la mujer de sufrir cualquier tipo de violencia de pareja.²⁸ La implicación de este hallazgo, en términos de política pública, es inmediata: hay que promover en forma activa, por medio de campañas masivas y duraderas, la corresponsabilidad de los hombres en las tareas del hogar. Las razones del efecto protector de esta variable radican en el carácter invisible del trabajo doméstico (que, a diferencia de las labores que se hacen fuera del hogar, sólo se ve cuando no se hace) y en el efecto concientizador que ejerce en quienes comienzan a hacerlo tras largos años de solamente darlo por sentado.

Otras mediciones del grado de poder con que cuentan las mujeres en su relación de pareja muestran también claras asociaciones con el riesgo de sufrir violencia. Así, el *índice de autonomía* (capacidad de la mujer de decidir por su cuenta cuestiones sobre trabajar por un pago, ir de compras, visitar a otras personas, comprar algo para sí misma o cambiar su arreglo personal, participar en una actividad vecinal o política, hacer amistad con alguna persona o votar por algún partido o candidato) tiene efectos muy claros con respecto a la violencia física y sexual: a mayor autonomía, menor riesgo de sufrir ambos tipos de violencia.²⁹

Un patrón un poco más complejo se observa con respecto al *índice de roles de género* (medida en que las mujeres apoyan una visión más igualitaria entre hombres y mujeres) y el *índice de poder de decisión de la mujer* (la influencia efectiva o capacidad de intervención de las mujeres en el proceso de toma de decisiones en cuestiones personales, sexuales y reproductivas, de crianza y educación de los hijos, y otras de tipo familiar). En ambos casos, un mayor empoderamiento de la mujer se asocia con un menor riesgo de violencia física y sexual, pero con un mayor riesgo de violencia emocional. Cabe suponer que este efecto “negativo” del empoderamiento con respecto a la violencia emocional será sólo temporal, en tanto que quizás expresa el desajuste de muchos hombres ante los nuevos roles que desempeñan las mujeres.

- *Las mujeres sufren diversas formas de violencia en el contexto laboral*

El ámbito del trabajo también es escenario de otras formas de violencia contra las mujeres, particularmente acoso y hostigamiento sexual, y discriminación laboral por razones de género. Las cifras que siguen pueden parecer bajas; sin embargo, es importante tener en cuenta que sólo alrededor de 36% de las mujeres de México cuentan con un trabajo remunerado.³⁰ Según la Endireh 2011:

- a) Más de 3% de las mujeres han sido despedidas alguna vez por haber quedado embarazadas
- b) A más de 14% se les ha exigido una prueba de no embarazo para conservar el empleo
- c) Casi un 4% reporta haber sufrido diversas formas de hostigamiento sexual en el trabajo
- d) Cerca de 8% de las mujeres enfrentó la exigencia de una prueba de embarazo durante el último año al solicitar un empleo
- e) Cerca de 2.1% de las mujeres empleadas reportó haber sufrido alguna forma de hostigamiento o acoso sexual en el trabajo, en el último año.³¹

- *La violencia contra las mujeres también se presenta en las instituciones más “nobles”: la escuela, la universidad y los servicios de salud*

Con base en las encuestas realizadas por la Secretaría de Educación Pública en las escuelas de nivel medio superior del país, cerca de 10% de las mujeres reporta haber sufrido alguna agresión sexual en ese contexto, y menos de la mitad denunció dicha agresión (a alguna autoridad o a otra persona).³² Las universidades, a su vez, pueden llegar a reproducir patrones de interacción patriarcales para con las mujeres, que terminan destruyendo los esfuerzos de emancipación de éstas mediante mecanismos de contraempoderamiento específicos, y de nuevo “poniéndolas en su lugar”.³³ En los servicios de salud referidos a la atención del parto, se ha documentado desde hace más de una década la existencia de patrones específicos de abuso y violación de los derechos de las mujeres.³⁴⁻³⁶

- *Las mujeres enfrentan barreras de género para solicitar y recibir ayuda*

Pervive una cultura patriarcal que coloniza tanto las prácticas de los prestadores de servicios de salud y justicia, como la misma decisión que toman las mujeres acerca de la conveniencia o no de

presentar una denuncia o solicitar atención médica. Sólo un reducido porcentaje de mujeres presenta cargos contra sus agresores, mayoritariamente cuando se trata de violencia física. Aunque una alta proporción de mujeres considera haber sido bien atendida, aún sigue existiendo una gran falta de preparación de parte de los funcionarios que laboran en las instituciones médicas y de justicia, que les permita ver el problema de la violencia contra las mujeres como una genuina materia de trabajo.^{37,38}

Qué necesitamos saber

Junto al conocimiento acumulado que hemos descrito con brevedad en el apartado anterior, hay un conjunto de preguntas científicas que necesitaremos explorar en los próximos años, con el fin de fortalecer nuestra capacidad de desarrollar políticas y programas eficaces. Será fundamental el apoyo de esta agenda de investigación desde el sector público y académico. Podemos clasificar dichas cuestiones según su tipo, ya sean de orden sustantivo o metodológico.

101

Cuestiones de orden sustantivo

- *Violencia contra mujeres y discapacidad*

No existe una indagación sistemática sobre la violencia que sufren las mujeres con discapacidades. El tema es relevante pues se trata de una razón de vulnerabilidad adicional a las de género, clase, región y generación, cuyo peso hemos advertido en la sección anterior. No contamos con datos que nos permitan explorar la asociación entre formas de discapacidad y niveles de prevalencia y severidad de los diferentes tipos de violencia en los diversos ámbitos y contextos. Como en el caso de la violencia de pareja, al abordar esta temática deberá prevalecer un enfoque relacional, pues es en las relaciones de género en las que se hayan inmersas las mujeres y los hombres donde podremos encontrar claves para el esclarecimiento de este problema. A modo de ejemplo: una investigación actualmente en curso muestra que la mayoría de los donadores de riñón son mujeres, y la mayoría de los receptores de un riñón donado son hombres.³⁹ En esta práctica altruista, se aprecian de nuevo patrones de género que es preciso dilucidar y transformar.

- *Violencia contra mujeres migrantes*

En los últimos años, diversos medios masivos han documentado la tragedia de los migrantes centroamericanos y del sureste de México, y los altos riesgos a los que están sometidos en su esfuerzo por llegar a Estados Unidos. Y, sin embargo, carecemos de información más precisa sobre la violencia que sufren en particular las mujeres. Los testimonios de las que viajan sobre el tren denominado “La Bestia” son sobrecogedores. La condición de migrante ilegal constituye una condición de vulnerabilidad adicional a las mencionadas con anterioridad, que es urgente investigar en relación con el problema de la violencia.

- *Violencia contra mujeres no heterosexuales (de pareja y en otros contextos)*

Tampoco se ha explorado la violencia a la que están expuestas las mujeres no heterosexuales, tanto en el ámbito de la pareja, como en el familiar, laboral y comunitario. Los trabajos publicados acerca de otros países muestran que también en las parejas formadas por personas del mismo sexo existe un grave problema de violencia, que en este país ha permanecido del todo inexplorada. Además, no existe información científica que muestre los patrones específicos de acoso que sufren las mujeres no heterosexuales (lesbianas, transgénero, transexuales, etc.) en los ámbitos escolar, laboral y comunitario. ¿De qué manera se activan en esos contextos los mecanismos de sometimiento y regulación que se despliegan de manera tan clara en la sociedad patriarcal contra las mujeres heterosexuales?

- *Trata de personas y esclavitud sexual*

También en los medios de comunicación y en la agenda política y de procuración de justicia ha surgido con creciente importancia el problema de la esclavitud sexual y la trata de mujeres y niñas. Es urgente realizar una indagación sistemática que, combinando diversas metodologías de investigación, permita estimar la magnitud de esta tragedia e identificar sus principales determinantes y factores de riesgo. Ello hará más factible el desarrollo de políticas públicas de prevención y erradicación más eficaces.

- *Violencia en poblaciones indígenas*

Hasta la fecha no se ha realizado investigación en poblaciones indígenas con instrumentos en sus propias lenguas, debidamente

validados según su contexto cultural y con entrevistadoras capacitadas para hacer investigación en dichos espacios. La información disponible, generada por la Endireh y otros estudios, depende de que la población entrevistada hable español y esté familiarizada con el procedimiento de entrevista. Por tanto, la información referente a las poblaciones indígenas sigue siendo, hasta la fecha, muy limitada.

- *Violencia contra mujeres por la ex pareja*

Una variante que ha permanecido inexplorada hasta ahora se refiere a la violencia que sufren las mujeres en el contexto de una separación o divorcio, y por parte de sus ex parejas. Esta violencia se refiere no sólo a los cuatro tipos ya mencionados (física, sexual, emocional y económica), sino también a las múltiples variantes que puede adoptar la agresión en este tipo de circunstancias: retención ilegal de los hijos, denegación de la pensión ordenada por el juez o mutuamente acordada, alteración de la información personal (como salario) para disminuir el monto mensual a pagar a la mujer, despojo de propiedades, expulsión de la casa, tráfico de influencias, etc. Es importante estudiar este tipo de violencia, pues suele ejecutarse por parte de los hombres en connivencia con otros actores sociales clave, particularmente abogados y jueces, así como los parientes y otro tipo de personas. El estudio sistemático de este tipo de atropellos debe permitir desentrañar una de las variantes del funcionamiento de la sociedad patriarcal, así como su capacidad para activar recursos y agresiones en contra de las mujeres.

- *El descenso de las prevalencias de violencia contra las mujeres según la Endireh*

A raíz de las bajas prevalencias de violencia contra las mujeres detectadas por la Endireh 2011, se abre una nueva línea de investigación que deberá, por una parte, confirmar que en efecto, 9 años después de la primera medición, tenemos prevalencias significativamente más bajas que las detectadas en un principio; por otra parte, deberá tratar de identificar las causas de estos decrementos y ubicar en ellos el papel que le pueda haber correspondido a las políticas públicas y programas de promoción de la igualdad y erradicación de la violencia; por último, deberá también ofrecer explicaciones para hallazgos que se antojan *contraintuitivos*, en tanto que el decremento de las prevalencias se presenta justamente en un periodo —los últimos 5 años— en el que la inseguridad y la violencia han aumentado de manera exponencial en este país.

- *La importancia estratégica de los análisis jerárquicos*

Habida cuenta de que las encuestas nacionales como la Endireh cuentan con representatividad estatal, es indispensable realizar análisis jerárquicos que permitan considerar el papel de los factores estructurales en el nivel regional. Esto apenas se ha hecho, y el resultado ha sido muy revelador, pues las variables asociadas con la explicación de la violencia juegan papeles diferentes en las diversas regiones. Por ejemplo, un alto nivel de autonomía de las mujeres, en entidades con menor desigualdad de género, como el DF, es un factor *protector* contra la violencia; pero ese mismo nivel de autonomía, en estados con una elevada desigualdad de género, se vuelve un factor de *riesgo*.⁴⁰ Sabemos, entonces, que en materia de violencia contra las mujeres, las encuestas analizadas en el ámbito nacional apenas tienen un valor indicativo. Para fincar políticas más eficaces, es preciso realizar análisis estatales y regionales.

- *La medición de la violencia en el noviazgo*

En los últimos años, las encuestas que han incluido tanto a mujeres como a hombres en sus muestras, han reportado resultados sorprendentes. Es el caso de la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (Envin 2007), según la cual 10% de hombres reporta haber sufrido violencia física de parte de sus novias, contra sólo 3% de mujeres que reporta lo mismo de parte de sus novios.⁴¹ Algo similar ocurre con los datos de la Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia en las Escuelas Públicas de Educación Media Superior en México (ENEIVEMS 2007 y 2009). De acuerdo con esta fuente, casi 26% de los adolescentes varones informan haber sufrido alguna forma de violencia en el noviazgo, mientras que esta proporción es de sólo 10% entre las mujeres. Es necesario dilucidar el carácter de estas cifras. Es posible que estemos ante datos válidos, en cuyo caso habrá que buscar las explicaciones teóricas adecuadas. Pero también es posible que estemos ante datos poco válidos, en cuyo caso habrá que buscar las causas: una posibilidad, por ejemplo, es que los hombres sobrerreportan la violencia de que han sido objeto por *extrañamiento* (la agresión femenina les resulta atípica, de acuerdo con los estándares de género), mientras que las mujeres subreportan la violencia que han sufrido por *normalización* (la agresión puede resultarles típica de lo que cabe esperar de los hombres). Es necesario continuar con esta línea de indagación.

- *Investigación sobre la bidireccionalidad de la violencia de pareja y en el noviazgo*

Lógicamente, también es necesario impulsar estudios que exploren en forma sistemática la bidireccionalidad de la violencia, esto es, no concentrarse sólo en la violencia que las mujeres sufren, sino también en la que ellas ejercen. Esta línea de indagación debe llevarse a cabo en diálogo con el debate internacional actual sobre esta materia, con el fin de evitar la trivialización del problema o la reducción de la aparente bidireccionalidad a una supuesta equivalencia con la violencia que ejercen los hombres. La hipótesis fundamental que ha guiado nuestros análisis de la Endireh es que la violencia de pareja que sufren las mujeres debe entenderse en el contexto relacional de la pareja. Por tanto, al entrevistar sólo a mujeres se pierde un cúmulo de información muy relevante para teorizar de manera adecuada el problema. Necesitamos información sobre el contexto en el cual se produce la violencia (bidireccional) de pareja, para poder comprender su naturaleza.

- *Estudios de los agresores, sus motivaciones, estrategias y justificaciones*

También hace falta desarrollar una línea de investigación que se centre en los agresores de mujeres, para dilucidar sus motivaciones, estrategias y “justificaciones”. Un estudio de Segato⁴² en Brasil con presos por violación permitió formular una de las hipótesis más audaces y de más largo alcance en relación con los feminicidios de Ciudad Juárez, a saber: que se trata de un código entre hombres que usan cuerpos de mujeres para comunicarse entre sí y marcar territorio y jerarquías. La apuesta es que al estudiar a los agresores debe ser posible obtener elementos para nuevas hipótesis que permitan ampliar el conocimiento que tenemos sobre el funcionamiento de la sociedad patriarcal y sus articulaciones específicas, en el plano de los actores/ejecutores, con la violencia contra las mujeres.

- *Violencia contra mujeres en diversos espacios institucionales*

Por último, es necesario impulsar investigación sistemática sobre formas, tipos y grados de severidad de violencia contra las mujeres en otros espacios institucionales, además de las escuelas y los hospitales: no sabemos mucho sobre los mecanismos de dominación y sujeción de las mujeres en las propias procuradurías de justicia del país, en el Consejo de la Judicatura Federal y en los tribunales

superiores de justicia; tampoco sabemos gran cosa sobre violencia contra las mujeres institucionalizadas, como en el ejército, los hospitales psiquiátricos, las cárceles, los asilos.

Cuestiones de orden conceptual y metodológico

- *Necesidad de precisión conceptual y metodológica en torno al feminicidio*

Es imperativo operacionalizar el objeto de estudio que llamamos “feminicidio”. El tema presenta más claridad conceptual que metodológica. Los recientes estudios publicados sobre el tema en realidad son estudios sobre homicidios de mujeres.⁴³ Para efectos de la agenda feminista y de igualdad de género, es necesario diferenciar ambas cosas. Según la definición de feminicidio que se ofrece en el Código Penal Federal (artículo 325), para que un homicidio de mujer sea además un feminicidio debe cumplirse una o varias de las siguientes características: que la víctima presente signos de violencia sexual de cualquier tipo; se le hayan infligido lesiones o mutilaciones infamantes o degradantes, previas o posteriores a la privación de la vida o actos de necrofilia; existan antecedentes o datos de cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar, laboral o escolar, del sujeto activo en contra de la víctima; haya existido entre el activo y la víctima una relación sentimental, afectiva o de confianza; existan datos que establezcan que hubo amenazas relacionadas con el hecho delictuoso, acoso o lesiones del sujeto activo en contra de la víctima; la víctima haya sido incomunicada, cualquiera que sea el tiempo previo a la privación de la vida; o el cuerpo de la víctima sea expuesto o exhibido en un lugar público. Los certificados de defunción carecen de estas especificaciones, y las estadísticas de mortalidad tampoco las ofrecen. En términos de políticas públicas, es necesario impulsar el registro sistemático de los feminicidios, recopilando la información antes mencionada junto con la mayor cantidad de información sociodemográfica y contextual posible, incluido el lugar del homicidio (vivienda o vía pública), los medios utilizados, etcétera.

- *Mejoramiento de las escalas de medición de violencia emocional y económica*

Necesitamos mejorar las escalas de medición de abuso económico y emocional. En la medición de la violencia física y sexual parece ha-

berse alcanzado un nivel adecuado de confiabilidad. En cambio, la medición de las violencias emocional y económica sigue presentando muchas variaciones y poco acuerdo entre los investigadores con respecto a cómo mediarlas. Los acuerdos al respecto alcanzados en otros países pueden servir de ejemplo.

Conclusión

Tras una década desde la realización de la primera Endireh, y luego de la realización de múltiples y diversos estudios cuantitativos y cualitativos en torno a las diversas expresiones de la violencia contra las mujeres, es mucho lo que podemos dar por conocimiento acumulado, y son claras las preguntas fundamentales que aún tenemos por explorar. Las políticas públicas pueden apoyarse en el conocimiento consolidado, al mismo tiempo que una nueva política de impulso a la investigación en esta materia puede concentrarse en las prioridades aquí detectadas. Así evitaremos el riesgo de investigar más sobre cosas que ya conocemos, con el costo de postergar innecesariamente la exploración de preguntas de urgente resolución.

107

Referencias

1. Ramírez J, Uribe P. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex.* 1993;35(2):148–160.
2. COVAC (Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres). Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia doméstica. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Fondo de Población de las Naciones Unidas. México, 1994.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. México, 1998.
4. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud –II. México, 1994.
5. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud. México, 2000.
6. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. México, 2003.
7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Violencia contra Mujeres. México, 2003 y 2006.
8. Secretaría de Educación Pública. Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas Públicas de Educación Media Superior. México, 2007 y 2009.

9. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo. México, 2007.
10. Riquer F, Castro R (coord.). Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. CONAVIM. México, 2012.
11. Hijar–Medina MC, Martín–Rodríguez J, Hernández–Álvarez A, Campuzano–Rincón JC. Tras la evidencia de la violencia contra las mujeres: un análisis de los homicidios. En: Riquer F, Castro R (coord.). Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. CONAVIM. México, 2012, vol I, pp. 134–308.
12. Hijar–Medina MC, Martín–Rodríguez J, Hernández–Álvarez A, Campuzano–Rincón JC. *Ídem*.
13. LXI Legislatura, Cámara de Diputados; ONU-Mujeres; Instituto Nacional de las Mujeres. Violencia feminicida en México 1985-2010. ONU–Mujeres. México, 2012.
14. Valdivia M. Análisis espacial de la dinámica del homicidio de mujeres en México a nivel municipal (2001–2010). Identificación y explicaciones de patrones de convergencia y polarización territorial. En: Riquer F, Castro R (coord.). Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. CONAVIM. México, 2012, vol. II, pp. 1–45.
15. Valdivia M, Castro R. Gender bias in the convergence dynamics of the regional homicide rates in Mexico. *Applied Geography*. 2013. En prensa.
16. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos. *Salud Publica Mex*. 2006;48(supl. 2):S297–S306.
17. Freyermuth-Enciso G, Argüello-Avenidaño HE. La muerte prematura de mujeres en los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia. *Revista Pueblos y Frontera Digital*. Diciembre 2010–Mayo 2011;6(10).
18. Freyermuth-Enciso G. Las mujeres de humo. *Morir en Chenalhó*. CIESAS. México. 2003.
19. Frías S, Castro R. Socialización y violencia: desarrollo de un modelo de extensión de la violencia interpersonal a lo largo de la vida. *Estudios Sociológicos* 2011; XXIX(86): 497–550.
20. Frías S, Castro R. Violencia y discriminación contra las mujeres mexicanas en la escuela y el trabajo: hallazgos recientes y propuestas de políticas de prevención. En: *Violencia contra las mujeres. Análisis y aproximaciones desde una perspectiva de derechos humanos*. UNIFEM. UNIFEM, México, D.F., 2010: pp. 109–132.
21. Frías S, Castro R. La familia y la escuela: escenarios de vulnerabilidad para los niños y las niñas en México. En: Peña–Sánchez EY, Hernández–Albarrán L (coord). *Discriminación y violencia. Sexualidad y situación de vulnerabilidad*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 2013: pp. 83-103.

22. Frías S, Castro R. Violencia contra las mujeres en el ámbito familiar. Más allá de la pareja. En: Casique I, Castro R (coord.). Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Inmujeres, México, 2012: pp. 214–247.
23. Todos los datos de esta sección tomados de: Castro R. Conclusiones: tiempo de recapitulación e identificación de pendientes de investigación. En: Casique I, Castro R (coord.). Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Inmujeres, México, 2012: pp 287–316.
24. Bobonis G, González–Brenes M, Castro R. Public transfers and domestic violence: the roles of private information and spousal control. *Am Econ J Economic Policy*. 2013;5(1):179–205.
25. Rivera L, Hernández B, Castro R. Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema y la incorporación al Programa Oportunidades. En: López MP, Salles V (coord.). El Programa Oportunidades examinado desde el género. Oportunidades, Unifem y El Colegio de México, México, 2006: pp. 69–94.
26. Castro R, Peek–Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health*. 2003;93:1110–6.
27. Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. CRIM-UNAM, Cuernavaca, 2004.
28. Casique I. Índices de empoderamiento de las mujeres y su vinculación con la violencia de pareja. En: Casique I, Castro R (coord.). Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Inmujeres, México, 2012: pp. 72–143.
29. Casique I. *Ídem*.
30. INEGI. Mujeres y hombres en México 2012. INEGI, Aguascalientes, 2013.
31. Frías S. Violencia contra las mujeres en el ámbito educativo, laboral y social. En: Casique I, Castro R (coord.). Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Inmujeres, México, 2012: pp. 248–286.
32. Frías S. Violencia contra las mujeres mexicanas en los ámbitos familiar, educativo, laboral, comunitario e institucional: evidencia a partir de las encuestas. En: Riquer F, Castro R (coord.). Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. CONAVIM, México, 2012, vol. 2: pp. 46–224.
33. Castro R, Vázquez V. La universidad como espacio de reproducción de la violencia de género. Un estudio de caso en la Universidad Autónoma Chapingo, México. *Estudios Sociológicos* 2008; Vol. XXVI (78): 587–616.
34. Castro R. Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. En: Stern C, Echárri CJ (comp.).

Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación. El Colegio de México, México, 2000: pp. 33–66.

35. Castro R, Erviti J. Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*. 2003;7(1):90–110.
36. Villanueva-Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*. 2010;15(3):147–151.
37. Frias S. Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. 2013;19(1):24–49.
38. Herrera C. Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México. FLACSO, México, 2009.
39. Limón C. La construcción social de ser donador vivo: un análisis de género. Tesis de doctorado en curso. Universidad de Guadalajara. 2013.
40. Frias S. Gender, the state and patriarchy: Partner violence in Mexico. ProQuest LLC, Ann Arbor, 2008.
- 110 41. Castro R, Casique I. Violencia en el noviazgo entre los jóvenes mexicanos. Instituto Mexicano de la Juventud y CRIM–UNAM, Cuernavaca, 2010.
42. Segato RL. Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 2003.
43. LIX Legislatura, Cámara de Diputados. Investigación diagnóstica sobre violencia feminicida en la República Mexicana. Comisión Especial para Dar Seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada, México, 2006.

SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES MIGRANTES EN ESTADOS UNIDOS

Claudia Díaz Olavarrieta
Laurent Reyes
Mariana Ríos

8

111

Introducción

Migrantes mexicanos en Estados Unidos

En la actualidad, alrededor de 50 millones de personas residentes en Estados Unidos (EU) se autoidentifican como latinos o hispanos, de los cuales 37% nació en el extranjero. La población de origen mexicano, incluidos tanto aquellos nacidos en México como los que tienen padres mexicanos y nacieron en territorio estadounidense, representa la porción mayoritaria de la población latina en EU: 6 de cada 10.¹ Los patrones actuales de migración de México a EU están determinados por una historia de fronteras cambiantes, donde la mayor parte de lo que hoy es el suroeste de EU fue territorio mexicano hasta el fin de la guerra hispanoamericana (la cesión de grandes porciones de territorio mexicano a EU se concretó en 1848 con la firma del Tratado de Guadalupe Hidalgo), y a partir de entonces EU y México comparten la frontera contigua más extensa del mundo.² Si bien la migración de México hacia EU tiene una larga historia, a partir de 1990 el flujo migratorio se intensificó en forma notable, y hoy en día dos de cada tres personas de origen mexicano llegaron a EU después de ese año.³ Aproximadamente un cuarto de los 33.5 millones de inmigrantes mexicanos son ciudadanos

estadounidenses, y las otras dos terceras partes restantes cuentan con un estatus migratorio temporal o son indocumentados.³ La inmigración mexicana se encuentra altamente concentrada de manera geográfica; poco más de la mitad (52%) de los inmigrantes mexicanos vive en el oeste de EU, sobre todo en el estado de California, y en el sur, en el estado de Texas (26%).³

La tasa de pobreza para los inmigrantes mexicanos (29%) es mucho más elevada que aquella para la población total de EU (15%), e incluso un poco más alta que la del total de los inmigrantes de todas las nacionalidades (20%).⁴ En otras palabras, los inmigrantes nacidos en México tienen casi dos veces la probabilidad de vivir en situación de pobreza que las personas nacidas en EU. El caso de los migrantes que cuentan con un estatus de ilegalidad es aún más dramático, ya que reportan tasas significativamente más altas de pobreza y de niveles cercanos a la pobreza (valores que rebasan 50%) en comparación con los inmigrantes mexicanos legales.⁵

Mujeres migrantes mexicanas

Las mujeres migrantes mexicanas representan un poco menos de la mitad (47%) que su contraparte masculina, y comparten mucho del contexto que se describió antes. Sin embargo, en comparación con el conjunto de las mujeres inmigrantes latinas o hispanas, las de origen mexicano son más vulnerables: al igual que los hombres migrantes mexicanos, ellas tienen mayor probabilidad de vivir en situación de pobreza (29%) que los ciudadanos nacidos en EU (15%) y que el total de los migrantes nacidos en sus países de origen (20%).⁴ En general, reciben una remuneración menor por su trabajo, en comparación con las migrantes latinas en general, y con las mujeres estadounidenses en general;⁶ tienen menor escolaridad que las migrantes latinas (59% de las migrantes mexicanas no cuenta con preparatoria completa y 49% de las migrantes latinas tiene por lo menos un semestre de educación universitaria);⁶ y, por último, por razones arraigadas en su cultura de origen, tienen gran dificultad para negociar temas de salud reproductiva con sus parejas y, en consecuencia, poca participación en las decisiones reproductivas.⁷ En el presente texto se describen algunas de las barreras que las mujeres migrantes de origen mexicano, en especial las de migración reciente, enfrentan para acceder a servicios de salud reproductiva. Estas barreras están íntimamente ligadas a su condi-

ción de género, clase y origen étnico, pero también a su condición de migrantes, y determinadas sobremanera por las características estructurales del país que las recibe.

Temas clave en salud reproductiva

Salud materna

La tasa de muertes maternas (MM) en EU se ha incrementado hasta casi duplicarse entre 1990 y 2010. En 2010, la tasa de MM era de 21 por cada 100 000 nacidos vivos, comparada con la de 1990 que era de 12 por cada 100 000 nacidos vivos.⁸ Aunque se sabe que las tasas de MM entre las mujeres pertenecientes a grupos étnicos minoritarios son más altas que las de mujeres blancas no hispanas, el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) no ha reportado cifras nuevas para estos grupos desde el año 2007. Sin embargo, entre 2000 y 2006 la tasa de mortalidad materna para las mujeres hispanas se incrementó de 6.8 a 10.2, en comparación con la tasa de mortalidad de mujeres blancas no hispanas, la cual se mantuvo estable e incluso se redujo de 9.9 a 9.1 en el mismo periodo.^{9,10}

En contraste, la tasa de mortalidad infantil se ha reportado hasta 10 puntos porcentuales más baja entre mujeres migrantes de origen mexicano, en comparación con mujeres blancas no hispanas.¹¹ Un estudio longitudinal que analizó la tasa de mortalidad infantil entre poblaciones de origen mexicano y poblaciones blancas no hispanas a partir de datos del Centro Nacional de Estadística en Salud (NCHS) correspondientes al periodo 1995–2002 informó que los nacimientos del primer hijo de las mujeres migrantes de origen mexicano que ocurren antes de que ellas tengan 25 años corresponden a 69%, mientras que entre las mujeres blancas no hispanas el porcentaje es 45%. Lo anterior significa que las migrantes mexicanas tienden a tener hijos a una edad más temprana que las mujeres blancas no hispanas, y este patrón se mantiene en los nacimientos subsecuentes. De manera general, las migrantes mexicanas tienen una menor tasa de morbilidad materna y complicaciones durante el parto, aunque en este mismo grupo se reportó un porcentaje de asistencia a citas de control prenatal inadecuado más elevado (27%) que entre las mujeres blancas no hispanas (11%).¹²

Un estudio realizado en California comparó la morbilidad materna entre muestras representativas de mujeres blancas no his-

panas y mujeres migrantes nacidas en México, y encontró que, en general, la tasa de morbilidad entre las mujeres nacidas en México era menor que la de las mujeres blancas no hispanas. Sin embargo, las mujeres nacidas en México tenían tasas más elevadas de complicaciones derivadas de una atención obstétrica inadecuada, tales como hemorragias posparto, lesiones e infecciones graves. Dichos hallazgos apuntan a una disparidad en el cuidado prenatal que reciben las mujeres migrantes nacidas en México, en comparación con el que reciben las mujeres blancas no hispanas. Este mismo estudio reveló que las migrantes nacidas en México tenían casi el doble de probabilidad de retrasar la primera visita de control prenatal hasta el quinto mes de embarazo o incluso más avanzado éste.¹³

En EU, 59% de las mexicanas migrantes acude a servicios de control prenatal durante el primer trimestre de embarazo, en comparación con 67% de las mujeres blancas no hispanas nacidas en ese país.¹⁴ No obstante, el embarazo es la principal razón por la que las migrantes mexicanas acuden al médico por primera vez en EU.¹⁵ Un estudio cualicuantitativo sobre el uso de servicios de salud reproductiva por parte de mexicanas migrantes en Nueva York reportó que 88% de las participantes en el estudio había recibido atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo. La atención prenatal incluía pruebas de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e infecciones de transmisión sexual (ITS), lo cual explica los altos porcentajes de mujeres que se habían realizado dichas pruebas, 80 y 61%, respectivamente. Por otro lado, en el último año sólo se había realizado una prueba de Papanicolaou a 56% de estas mujeres, y a un porcentaje similar (58%) se le había realizado una exploración mamaria o una mamografía. El estudio también concluyó que el acceso a información estaba asociado con una mayor probabilidad de realizarse una prueba de Papanicolaou en el último año.¹⁵

Uso de anticonceptivos

La mayoría de los modelos de salud pública postula que el conocimiento y las actitudes sobre ciertos comportamientos en salud y sus efectos a corto y largo plazos influyen de manera directa en la conducta de una persona. Dichos modelos tienden a subestimar los factores culturales y estructurales que contribuyen a crear el contexto en el que operan los grupos y las personas. Gran cantidad de la bibliografía sobre anticoncepción se basa en el concepto de que una mujer elige un método anticonceptivo después de una sesión de

consejería y que va a utilizar dicha información de manera eficaz. Varios estudios, sin embargo, demuestran que el conocimiento y las actitudes son sólo una parte de la ecuación de la anticoncepción. Otros factores fundamentales que participan en ésta son las normas culturales y las creencias colectivas, el nivel sociocultural, el género, la edad, la ocupación, el nivel de escolaridad e ingreso, la capacidad de acceder a servicios de salud, la condición migratoria, etcétera.

Varios estudios han reportado que el uso de anticonceptivos entre latinas es menor al de cualquier otro grupo racial en EU.^{16–18} Los investigadores encontraron que las latinas de menores ingresos tienen un menor uso de anticonceptivos (48%), comparadas con las mujeres no latinas de escasos recursos (78%). Más recientemente, un estudio analizó la conducta sexual y las prácticas anticonceptivas de mujeres en México, e hizo una comparación entre dos subgrupos: mujeres que después migraron a EU y mujeres que permanecieron en México, con el fin de evaluar si existían diferencias en el nivel de información y en las conductas de prevención de riesgos derivados de actividad sexual sin protección entre grupos. Dicho estudio encontró que 51% de las mujeres que había migrado a EU en los últimos tres años no utilizaba ningún método anticonceptivo, en comparación con 35% de las mujeres de origen mexicano nacidas en EU.¹⁹ Este estudio también encontró que el tener información sobre salud sexual y reproductiva estaba asociado de forma significativa con el uso de métodos anticonceptivos.¹⁵

Un estudio realizado en Georgia, Wisconsin, Connecticut, Minnesota y Dakota del Sur que entrevistó a inmigrantes hispanos originarios de México (70%) reportó que 43% de las inmigrantes no usaba ningún tipo de método anticonceptivo y 48% nunca se había hecho una prueba de VIH.²⁰ Otro estudio llevó a cabo una comparación entre el uso de condón —y una evaluación de otros factores fuertemente asociados con un alto riesgo de contraer VIH— entre migrantes de origen mexicano antes y después de migrar al estado de California. La mayoría de las mujeres (65%) informó no haber tenido acceso a preservativos cuando los necesitó, y sólo 18% reportó haber usado condón en la última relación sexual con una pareja estable. Antes de migrar, 91% manifestó usar condón en algunas ocasiones, y después de migrar ese porcentaje bajó a 87%, aunque la diferencia no fue significativa estadísticamente.²¹

Aborto

No existe suficiente información sobre el tema del aborto inducido y el acceso a servicios entre la población latina o específicamente

entre mujeres mexicanas en EU. Las tasas de aborto entre latinas en EU son más bajas comparadas con las de otros grupos. Kaplan, Erickson, Stewart y Crane (2001) encontraron que 7% de las mujeres entre 14 y 24 años informaron haber tenido un aborto. El subregistro del aborto inducido en esta población podría contribuir a las diferencias que se observan entre mujeres latinas y no latinas.²²

A pesar de que este procedimiento es más frecuente entre mujeres latinas, existe evidencia de que es más frecuente entre las latinas nacidas en EU, comparadas con las latinas nacidas en el extranjero.²³ Un estudio realizado entre mujeres jóvenes de 15 a 24 en San Francisco, California, reportó que el antecedente de aborto inducido es significativamente menor entre las latinas nacidas en el extranjero (28%), en comparación con las latinas nacidas en EU (80%).²³

116 Barreras en el acceso a salud reproductiva

Idioma

En EU las migrantes de origen mexicano enfrentan una serie de obstáculos para gozar de una salud sexual y reproductiva satisfactoria. Dichas barreras están mediadas por factores como el idioma, los altos costos de los servicios de salud y el acceso a éstos. La mayoría de las migrantes de origen mexicano en EU no habla inglés, tiene acceso limitado a educación y servicios de salud y, en general, vive en situación de pobreza.^{4,15} Todos estos factores limitan el acceso a servicios de salud de calidad, incluso cuando éstos están disponibles para la población sin importar su estatus migratorio. Varios estudios han mostrado que el costo de los servicios, las barreras de idioma, aspectos culturales y el miedo a la deportación son los factores más determinantes que la disponibilidad de los servicios.^{20,24,25} Por ejemplo, un estudio exploratorio con migrantes en Nueva York que eran pacientes con un diagnóstico de cáncer concluyó que el idioma era un factor asociado con la probabilidad de ser diagnosticado de manera correcta o incorrecta; aquellos pacientes que hablaban inglés tenían casi el doble de probabilidad de ser diagnosticados correctamente, en comparación con los que no lo hablaban.²⁶ Estos resultados muestran que aun cuando se brinde el servicio, la calidad de éste puede verse afectada si el personal de salud no opera con sensibilidad a la cultura de los pacientes. Otro estudio con migrantes recientes, en su mayoría mexicanos (70%), residentes en cinco estados de EU, en-

contró que niveles bajos de aculturación, tales como no hablar inglés con fluidez o no hablarlo en lo absoluto, y la intención de regresar al país de origen en el mediano plazo estaban asociados con una baja probabilidad de realizarse una prueba de VIH.²⁰ De manera similar, un estudio cualicuantitativo sobre utilización de servicios de salud reproductiva por parte de mujeres mexicanas migrantes residentes en Nueva York reportó que 69% de las participantes que no hablaba inglés no tenía acceso a estos servicios.¹⁵

Calidad migratoria

Se han documentado diferencias en el tipo de atención médica al que acceden los inmigrantes indocumentados y los documentados. Los primeros acuden con menos frecuencia al médico y tienen una tasa inferior de visitas al médico en comparación con otros latinos o con la población de EU en su conjunto. Por ejemplo, un estudio analizó los datos de la Encuesta de Salud de California (CHIS) para comparar acceso a la atención, uso de los servicios de salud, así como los reportes sobre experiencias de atención médica entre mujeres latinas nacidas en EU y entre inmigrantes latinas indocumentadas. No es de extrañar que los autores encontraran que el uso de servicios de salud de las latinas inmigrantes es menor al de las latinas nacidas en EU. Los patrones de uso de servicios de salud parecía imitar el continuo de su estatus migratorio —es decir, las latinas con estatus de legalidad migratoria tendían a incrementar su uso de servicios de salud—. En comparación con los mexicanos nacidos en EU, los inmigrantes mexicanos indocumentados en California tienen menor probabilidad de contar con una fuente de servicios médicos, acuden menos frecuentemente a consultas médicas de rutina, incluso cuando se controla con variables sociodemográficas, como contar con seguro médico y necesidad de acudir al médico. A pesar de que las mujeres indocumentadas latinas o los inmigrantes en este estudio tenían menor probabilidad que sus contrapartes nacidas en EU de tener un seguro médico y una fuente habitual de atención médica, también tenían menor probabilidad de haber acudido/utilizado servicios de urgencias en el último año.⁵

117

Seguro médico y costos

Más de 50% de las migrantes mexicanas que viven en EU no tiene acceso a seguro médico.¹⁴ Según un estudio cuantitativo realizado

con una muestra representativa de migrantes mexicanas en EU, el acceso a los servicios está significativamente correlacionado con contar con seguro médico. Por ejemplo, casi 80% de las migrantes mexicanas que llevaban menos de diez años en EU y que tenían seguro médico reportó haberse realizado una mamografía en los últimos dos años, mientras que entre las mujeres que no estaban aseguradas sólo 37% tuvo acceso a ese examen.²⁷ El costo de los servicios de salud también impide que muchas mujeres accedan a la atención que necesitan. Un estudio realizado en Washington demostró que cuanto más bajos eran los costos del examen para detectar el cáncer de mama, mayor era el número de mujeres migrantes que accedía a esta tecnología. La mayoría de las mujeres participantes en el estudio que recibieron vales canjeables por servicios de salud reproductiva se sometió a una mamografía (87%), mientras que sólo 17% de las mujeres en el grupo de control se realizó esta prueba.²⁸ El estudio de Betancourt, Colarossi, y Pérez (2013) antes mencionado, y en el cual sólo 20% de las participantes contaba con seguro médico, obtuvo resultados que apuntan hacia una dirección similar: las mujeres reportaron el costo como la principal barrera de acceso a los servicios de salud reproductiva (76%), seguido por el idioma (69%), disponibilidad de guarderías para sus hijos, mala calidad de los servicios de salud reproductiva (61%) y estatus migratorio (46%).¹⁵

Nandi (2008) examinó el acceso y el uso de servicios de salud de los inmigrantes mexicanos indocumentados que viven en la ciudad de Nueva York. Los autores postulan que las características de los inmigrantes indocumentados, incluidos edad, género, estatus migratorio, año de ingreso a EU, la aculturación lingüística y social y los recursos económicos influyen en la probabilidad de que una persona cuente con cobertura médica, tenga acceso a un proveedor regular de salud y utilice los servicios de urgencia. De los 431 inmigrantes indocumentados nacidos en México que participaron en el estudio, una décima parte dijo que la mala salud física o mental impidieron sus actividades habituales durante más de cinco días de los últimos 30 días; sólo 10% informó haber tenido seguro médico en los últimos 6 meses y un poco más de un tercio (36%) mencionó haber tenido acceso a un proveedor de salud de manera regular. Los investigadores encontraron que las mujeres tenían tres veces más probabilidades que los hombres de reportar haber tenido acceso a un proveedor de salud habitual, una diferencia que ellos atribuyen al hecho de que las mujeres tienden a utilizar servicios de atención

obstétrica y ginecológica. Asimismo, existe la hipótesis de que los hombres tienden a migrar en primer lugar, y son seguidos por sus esposas, una vez que los varones han establecido las redes de apoyo social y económico que sus parejas tienden a aprovechar.²⁹

Conclusión

En su conjunto, los estudios antes descritos plantean una infinidad de preguntas relevantes sobre las políticas de salud y la migración, y cómo influyen éstas en las tendencias de salud reproductiva y las decisiones que toman las mujeres migrantes mexicanas que residen en EU. La mayoría de estos estudios son de naturaleza cuantitativa, ya que examinan las tendencias más generales. Un enfoque cualitativo podría ilustrar de manera más detallada algunos de los factores que subyacen a estos patrones demográficos, así como a las experiencias personales. De manera general, la conclusión de esta revisión sobre las barreras que las mujeres migrantes mexicanas enfrentan en EU es que, sobre todo las mujeres indocumentadas, todavía cuentan con un alto nivel de necesidades insatisfechas de servicios de anticoncepción, aborto seguro, salud materna, así como calidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.¹⁶⁻¹⁸

119

El clima político estadounidense actual se ha caracterizado por adoptar medidas cada vez más restrictivas para limitar o eliminar por completo los recursos públicos destinados a los servicios de salud, educación y asistencia social para inmigrantes indocumentados. Sin embargo, algunos estados generosamente han creado programas para satisfacer las necesidades de los migrantes. Por ejemplo, en 1996 California inauguró un programa que brinda servicios gratuitos de salud reproductiva a mujeres, hombres y adolescentes de escasos recursos que residen en el estado, independientemente de su calidad migratoria. El programa denominado *Family PACT* ha crecido en forma exponencial desde su creación y ha ampliado el número de clínicas participantes así como de proveedores, ha facilitado las normas de elegibilidad y afiliación y ha ofrecido una amplia gama de servicios.³⁰ Otros ejemplos incluyen, el *DC Health Alliance* que brinda cobertura de salud para los residentes del Distrito de Columbia (DC), sin importar su estatus migratorio. Nueva Jersey y Nueva York también ofrecen cobertura de salud para las mujeres embarazadas indocumentadas y residentes legales.³¹ Desafortunadamente, la problemática de la provisión de los servicios de salud

para los migrantes (documentados e indocumentados) aún no se ha abordado a nivel federal en Estados Unidos o en México.

Un estudio llevado a cabo en 1994 preguntó a los participantes si habían tenido miedo de buscar atención médica debido a su estatus migratorio. Un gran porcentaje (33%) de los indocumentados en Houston, 36% en Los Ángeles, 47% en Fresno y 50% en El Paso dijeron que temían que se les negara la atención debido a su estatus migratorio. Basado en sus hallazgos, los autores concluyen que excluir a los inmigrantes indocumentados de los servicios de salud no reducirá la inmigración ilegal; en cambio, negar servicios médicos a una población vulnerable puede traer consigo problemas de salud más graves y más costosos.³² Esta observación debe considerarse sobre todo ante la posibilidad de que se apruebe en EU la nueva reforma migratoria “Seguridad Fronteriza, Oportunidad Económica y Ley de Modernización de Inmigración de 2013”, según la cual unos 11 millones de inmigrantes podrían convertirse en residentes permanentes legales (RPL), en un proceso que tomará alrededor de 13 años.³³

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, la salud y la migración son un binomio indisoluble y, por lo tanto, no podemos ignorar los potenciales efectos que esta nueva reforma tendría sobre la vida y salud de 11 millones de personas. El primero de ellos es que, a pesar de que los migrantes serían reconocidos por el Estado como inmigrantes provisionales registrados, incluso antes de obtener la residencia legal, este reconocimiento no les conferiría acceso a servicios de salud federales ni a los subsidios al seguro médico privado que ofrece la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (*Affordable Care Act [ACA]*).³³ Obtener la residencia legal permanente tampoco garantizaría el acceso a estos beneficios, ya que los inmigrantes legales tienen prohibido recibir servicios de salud financiados con presupuesto federal si no han cumplido al menos 5 años de residencia legal en EU.³⁴ Lo anterior implica que aun cuando la nueva reforma constituye un avance importante al dar reconocimiento y un estatus de legalidad a millones de migrantes, su derecho a servicios de salud accesibles y al alcance de sus posibilidades económicas puede permanecer como un tema no resuelto.

A través de diversos ejemplos de investigación basada en evidencia, hemos recorrido los principales obstáculos que enfrentan los migrantes mexicanos en EU para acceder a servicios de salud de calidad, en particular aquellos que enfrentan las mujeres para satisfacer sus necesidades específicas de salud reproductiva. Contar con estos estudios es un primer paso. Vincular estas investigaciones con

la formulación de políticas binacionales en salud, reformas y leyes para poblaciones migrantes sería el siguiente paso y constituiría un gran avance en materia de salud —incluida la salud reproductiva— y migración.

Referencias

1. Motel S, Patten E. The 10 largest Hispanic origin groups: characteristics, rankings, top counties. Pew Hispanic Center: Washington; 2012.
2. Rubel AJ, Weller-Fahy K, Trosdal M. Conception, gestation, and delivery according to some Mananabang of Cebu. *Philippine Quarterly of Culture and Society*. 1975; 3(2/3):131–45.
3. Brown A, Patten E. Pew Research Center. 2013. Hispanics of Mexican origin in the United States, 2011. [En línea] Disponible en: <http://www.pewhispanic.org/files/2013/06/MexicanFactsheet.pdf> [Consultado el 27 de agosto de 2013].
4. Stoney S, Batalova J. (2013) The Migration Information Source. Mexican immigrants in the United States. [En línea] Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/usfocus/display.cfm?ID=935#17> [Consultado el 27 de agosto de 2013].
5. Ortega A, Fang H, Perez V, Rizzo JA, Carter-Pokras O, Wallace S, et al. Health care access, use of services, and experiences among undocumented Mexicans and other Latinos. *Arch Int Med*. 2007;167(21):2354–60.
6. Gonzales F. Hispanic Women in the United States, 2007. [e-book] Pew Hispanic Center. 2008. <http://www.pewhispanic.org/files/2011/08/42.pdf> [Consultado el 27 de agosto de 2013].
7. Quelopana AM, Alcalde C. Exploring knowledge, belief and experiences in sexual and reproductive health in immigrant Hispanic women. *J Immigrant Minority Health*. 2013:1–6.
8. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates. 2012. [e-book] http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf [Consultado el 27 de agosto de 2013]. 2008; 33(5):357–62.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Deaths: Final Data for 2000. 2002. [pdf] Disponible a través de: National Vital Statistics Report http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_15.pdf [Consultado el 27 de agosto de 2013].
10. Centers for Disease Control and Prevention. Deaths: Final Data for 2007. 2009. [pdf] Disponible a través de: National Vital Statistics Report http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_19.pdf [Consultado el 27 de agosto de 2013].

11. Hummer RA, Powers DA, Pullum SG, Gossman GL, Frisbie WP. Paradox found (again): infant mortality among the Mexican-origin population in the United States. *Demography*. 2007;44(3), 441–57.
12. Powers DA. Paradox revisited: a further investigation of racial/ethnic differences in infant mortality by maternal age. *Demography*. 2013;1–26.
13. Guendelman S, Thornton D, Gould J, Hosang N. Social disparities in maternal morbidity during labor and delivery between Mexican-born and US-born white Californians, 1996–1998. *Am J Public Health*. 2005;95(12):2218–24.
14. Leite P, Castañeda X. Migration and health. Mexican immigrant women in the U.S. CONAPO, Health Initiative of the Americas. University of California at Berkeley, School of Public Health. 2010.
15. Betancourt GS, Colarossi L, Perez A. Factors associated with sexual and reproductive health care by Mexican immigrant women in New York city: a mixed method study. *J Immigrant Minority Health*. 2013;1–8.
16. Darroch FH, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspect*. 1999; 31(2):56–63.
17. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982–2008. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics*. 2010;23(29).
18. Abma JC, Chandra A, Mosher WD, Peterson LS, Piccinino LJ. Fertility, family-planning, and women’s health: new data from the 1995 National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics*. 1997;23 (19).
19. Minnis AM. US migration and reproductive health among Mexican women: assessing the evidence for health selectivity. *Field Actions Science Reports*. J Field Actions. 2010 (special issue 2).
20. Schulden JD, Painter TM, Song B, Valverde E, Borman MA, Monroe–Spencer K, et al. HIV testing histories and risk factors among migrants and recent immigrants who received rapid HIV testing from three community-based organizations. *J Immigrant Minority Health*. 2013;1–13.
21. Sanchez MA, Hernández MT, Hanson JE, Vera A, Magis–Rodríguez C, Ruiz JD, et al. The effect of migration on HIV high-risk behaviors among Mexican migrants. *J Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2012;61(5), 610–7.
22. Kaplan CP, Erickson PI, Stewart SL, Crane LA. Young Latinas and abortion: the role of cultural factors, reproductive behavior, and alternative roles to motherhood. *Health Care Women Int*. 2001;22(7):667–89.
23. Minnis AM, Padian NS. Reproductive health differences among Latin American– and US–born young women. *J Urban Health*. 2001;78(4), 627–37.
24. Kinsler JJ, Lee SJ, Sayles JN, Newman PA, Diamant A, Cunningham W. The impact of acculturation on utilization of HIV prevention services and access to care among an at-risk Hispanic population. *J Health Care Poor Underserved*. 2009;20(4):996.

25. Solorio MR, Galvan FH. Self-reported HIV antibody testing among Latino urban day laborers. *J National Medical Association*. 2009;101(12):1214.
26. Gany F, Yogendran L, Massie D, Ramirez J, Lee T, Winkel G, et al. "Doctor, What doo I have?" Knowledge of cancer diagnosis among immigrant/migrant minorities. *J Cancer Education*. 2013;1-6.
27. Breen N, Rao SR, Meissner HI. Immigration, health care access, and recent cancer tests among Mexican-Americans in California. *J Immigrant Minority Health*. 2010;12(4):433-44.
28. Skaer TL, Robinson LM, Sclar DA, Harding GH. Cancer-screening determinants among Hispanic women using migrant health clinics. *J Health Care Poor Underserved*. 1996;7: 338-54.
29. Nandi A, Galea S, Lopez G, Nandi V, Stronghorne S, Ompad DC. Access to and use of health services among undocumented Mexican immigrants in a US urban area. *AJPH*. 2008;98(11):2011-20.
30. UCSF Bixby Center for Reproductive Health. Fact sheet on FAMILY PACT: Overview, Version.3. May 2006.
31. Fortuny K, Chaudry A. A comprehensive review of immigrant access to health and human services. Report submitted to Department of Health and Human Services Office of Assistant Secretary for Planning and Evaluation by the Urban Institute. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2011. <http://aspe.hhs.gov/hsp/11/ImmigrantAccess/Review/index.html>.
32. Berk ML, Schur CL, Chavez LR, Frankel M. Health care use among undocumented immigrants. *Health Affairs*. 2000;19(4):51-65.
33. National Immigration Law Center. The Senate Immigration Reform Bill (S. 744) What's Good, What's Bad. 2013. [En línea] Disponible en: <http://nilc.org/s744goodbadtable.html> [Consultado el 27 de agosto de 2013].
34. Fix ME, Randy Capps, Neeraj K. 2009. "Immigrants and welfare: overview." En: Fix ME (ed. 1-36). *Immigrants and welfare: the impact of welfare reform on America's newcomers*. New York: Russell Sage Foundation.

CIENCIA, ÉTICA Y EDUCACIÓN

III

LA FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA Y ÁREAS BIOMÉDICAS

*Enrique Graue Wiechers
Guadalupe Alarcón Fuentes
Rosalinda Guevara Guzmán
Patricia Ostrosky Wegman*

9

127

Feminización de la medicina

En el presente texto, se hacen algunas consideraciones y reflexiones sobre la cada vez mayor participación de la mujer en la educación, en los campos médico y biomédico.

Las cátedras de medicina dieron inicio en la Real y Pontificia Universidad de México en 1579 y no fue sino hasta 1882, tres siglos después, que se inscribiera en la Escuela Nacional de Medicina la primera mujer, Matilde Montoya Lafragua (ca. 1857–1938). A ella siguió Columba Rivera, quien se titulara en 1899, y 10 años después, en 1908, el número de médicas tituladas que habían cursado sus estudios en la Escuela Nacional de Medicina ascendía a 5.¹

Con la refundación de la Universidad de México en 1910, se facilitó el ingreso de las mujeres a los estudios profesionales, no obstante, los tiempos sociales no fueron favorables para tal efecto. Para 1912, en la Escuela Nacional de Medicina estudiaban 357 hombres y sólo 4 mujeres.

Sin embargo, lenta y gradualmente, con la estabilidad social y un régimen mayor de libertades, la matrícula femenina en las escuelas de medicina del país fue creciendo al tiempo que se abrieron otras instituciones educativas que ofrecían esa disciplina en el interior de la República. Para 1970, con 24 escuelas, la matrícula nacional era de 28 731 alumnos, de los cuales 6 169 (21%) eran mujeres (primeros datos desagregados por género reportados por ANUIES).²

La década de los setenta se caracterizó por la expansión acelerada de la educación superior pública. Este impulso a la educación

se acompañó por el fenómeno conocido como “masificación de la educación superior”, del cual no escapó la carrera de medicina. Para principios de los ochenta, existían matriculados en medicina 93 365 alumnos, de los cuales 30 813 eran mujeres (33%).

Como respuesta reactiva a este desmedido y súbito crecimiento, sobrevino una contracción del primer ingreso a las escuelas médicas públicas, con la consecuente disminución en la matrícula total. En 1989, la matrícula nacional era de 60 521 alumnos (30% menor que a principios de esa década). Ya desde entonces, el número de mujeres inscritas en los estudios de medicina se asemejaba mucho al de los hombres. Para 1994, estaban matriculados en las distintas escuelas de medicina del país 29 796 alumnos y 27 150 alumnas, y compartían, casi en igualdad numérica, los espacios educativos disponibles.

A partir de 1999, el ingreso por género a las escuelas de medicina en nuestro país se invirtió. Desde entonces y hasta la fecha, existe un predominio en el país del género femenino, tanto en ingreso como en el total de la matrícula nacional, que, en lo general, es de 52% contra 48% del género masculino (Figura 9.1).

Esta distribución, por supuesto, no es homogénea, existen entidades federativas donde el género femenino domina mayormente, como es el caso del Distrito Federal, con 58% de mujeres, mientras que en otros, como Nuevo León, la predominancia es masculina (54%).³⁻⁵

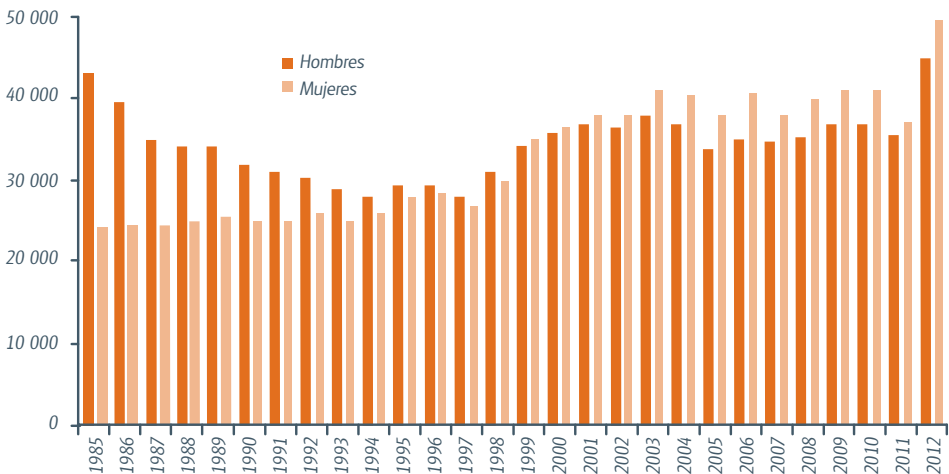


Figura 9.1. Comportamiento de la matrícula de las facultades y escuelas de medicina en México, según género. Serie histórica 1985–2012.

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.

Si se analizan los 28 registros disponibles de la matrícula por género y se proyectan hacia el año 2027, es probable que el porcentaje de mujeres matriculadas en escuelas de medicina en el ámbito nacional alcance a ser de 60%, siempre que las tendencias históricas se mantengan y la disponibilidad de espacios educativos lo permita (Figura 9.2).⁶

Si bien las proyecciones utilizadas predicen que el proceso de la feminización en medicina continuará creciendo en los próximos lustros, en los pasados 8 años la diferencia entre géneros se ha mantenido bastante estable, lo que sugiere también la posibilidad de estar entrando en una etapa de estabilización del proceso de feminización de los estudios en medicina (Figura 9.3).

Estos cambios en el género de una profesión que hasta hace algunas décadas había sido de un gran predominio masculino no son privativos de nuestro país. La feminización de la medicina es un fenómeno que se ha venido dando en muchas partes del mundo y que ha dado origen a publicaciones acerca de este tema en: Inglaterra, Holanda, Noruega Suecia, Finlandia, Rusia, Australia, Canadá y Estados Unidos (Figura 9.4).⁷

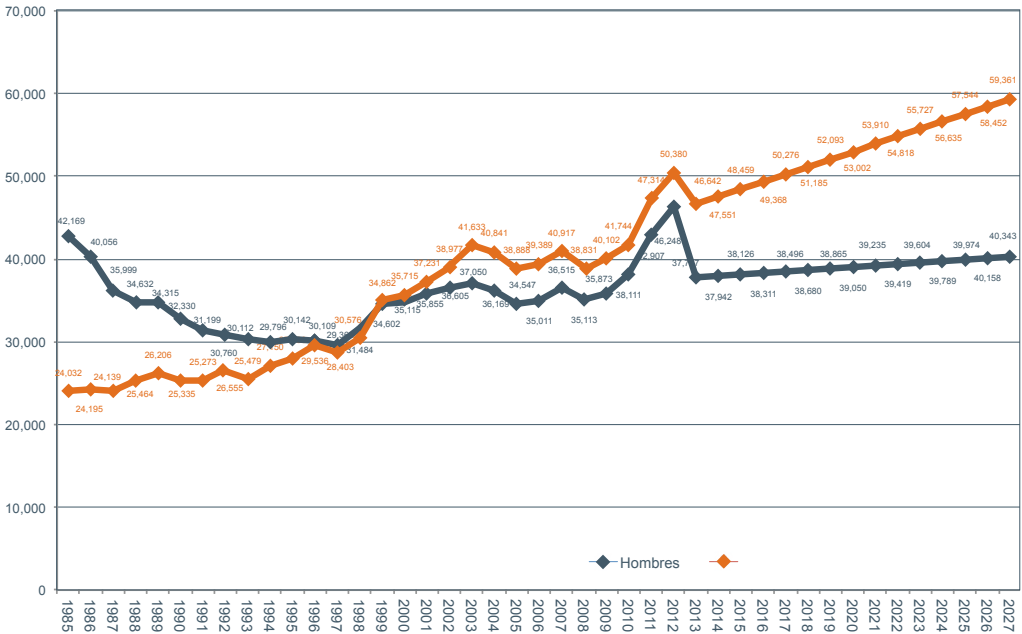


Figura 9.2. Comportamiento de la matrícula de facultades y escuelas de medicina en México, por género. Serie histórica 1985–2012 y proyección 2013–2027.

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.

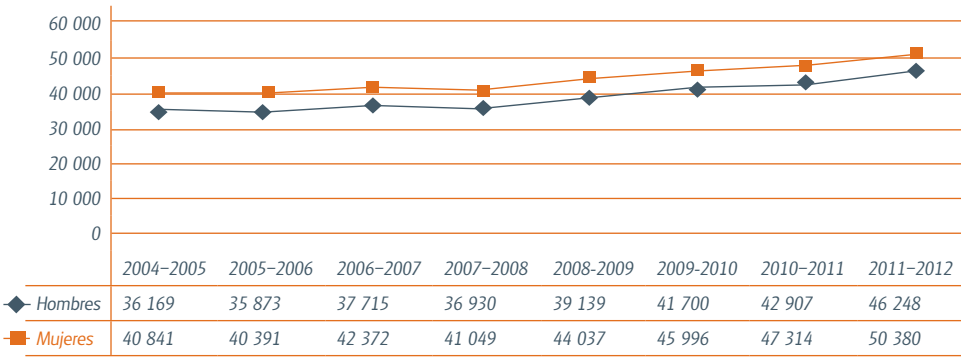


Figura 9.3. Matrícula por ciclo escolar y género.

Tendencias de la matrícula escolar por género en la República Mexicana.

Fuente: Estadísticas educativas [Internet]. México: SEP, Sistema Nacional de Información Estadística Educativa; 2013. [Última actualización: 2013; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas.html

Información Estadística de Educación Superior [Internet]. México: ANUIES; 2013. [Última actualización: 19 de diciembre de 2012; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: <http://www.anui.es.mx/content.php?varSectionID=142>

Matrícula de Educación Superior [Internet]. México: SEP, Dirección General de Educación Superior Universitaria; 2012. [Última actualización: 2012; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: <http://www.dgesu.ses.sep.gob.mx/Principal/>

Subsecretaría de Educación Superior [Internet]. México: SEP; 2012. [Última actualización: 2012; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: http://www.ses.sep.gob.mx/wb/ses/ses_inicio

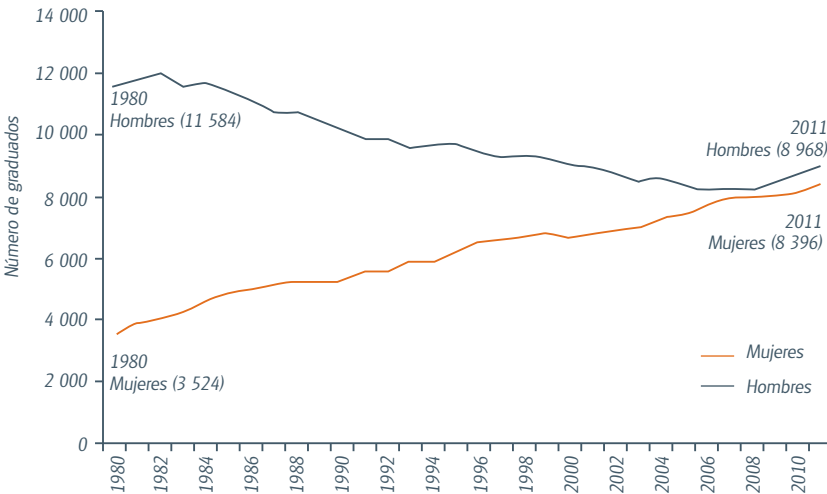


Figura 9.4. Tendencias de la educación en medicina en Estados Unidos (cifras de 2012).

Fuente: Almacenamiento de datos de la Asociación de Colegios Médicos Estadounidenses (AAMC Data Warehouse: Applicant Matriculant File, as of 1/26/2012).

Las razones para ello pueden tener diversos orígenes: un primer factor, en nuestra nación, sería el que en las últimas décadas, se ha incrementado gradual y significativamente la participación de la mujer en el trabajo remunerado, el cual, de haber sido de casi 18% a fines de los años setenta, subió a 36.5% en 1996, a 41.4% en 2007 y ha continuado ascendiendo de manera gradual. Esta mayor

participación de la mujer en la vida económica de la nación tiene, por supuesto, repercusión en todas las ramas del conocimiento, y los estudios de medicina no escapan a ello.

Si bien el llamado fenómeno de la feminización en las áreas profesionales puede ser el resultado esperado de la mayor participación de la mujer en la economía nacional, la presencia de la mujer en la medicina es más notable. Para explicar lo anterior se han planteado una serie de posibilidades: al parecer la intención de estudios entre los hombres se ha movido poco a poco hacia profesiones en donde pueda existir la posibilidad de mayores ingresos económicos, tales como negocios, leyes y tecnologías de la información,⁸ mientras que las mujeres ingresan a una profesión por razones de orientación vocacional más altruista y humanística⁹⁻¹⁴ y sin importarles mayormente las expectativas económicas derivadas del ejercicio profesional (Figuras 9.5 y 9.6).^{15,16}

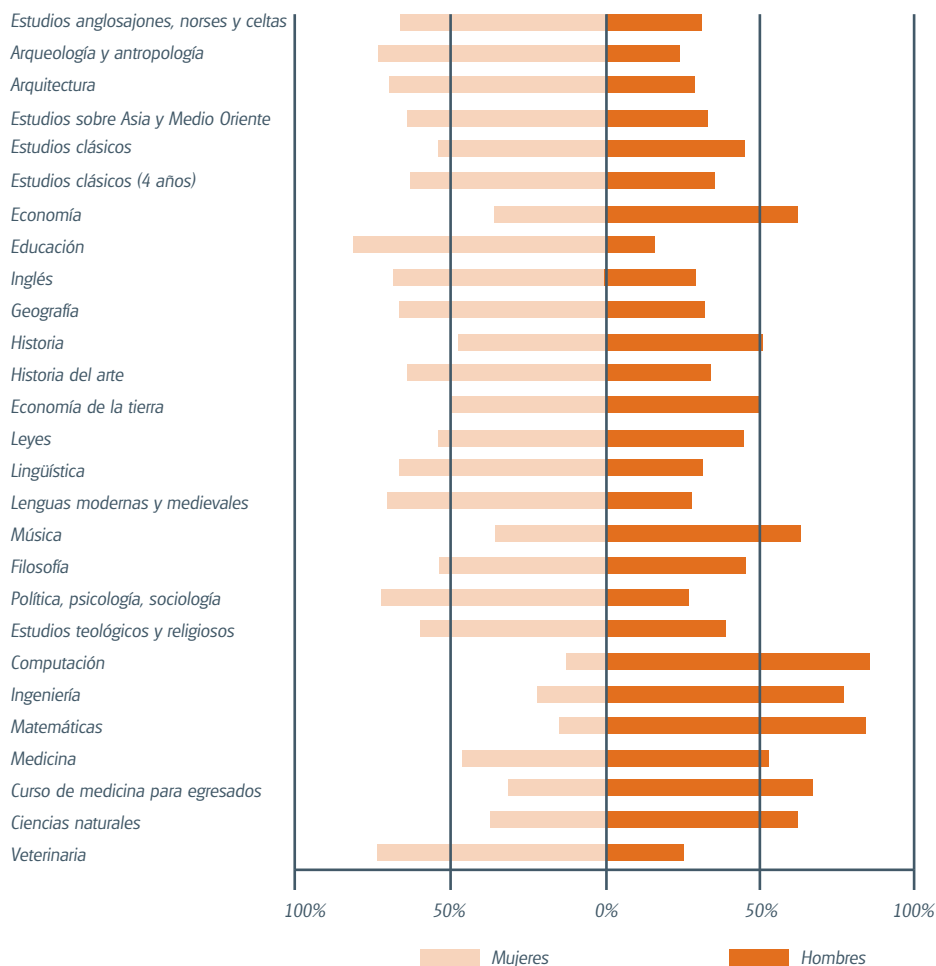
Se ha argumentado también que el cambio de género podría explicarse por la alta exigencia del promedio de calificaciones y los exámenes de admisión para ingresar a los estudios de medicina, pues, en general, los hombres tienden a tener menores calificaciones en los estudios previos al ingreso al nivel profesional que el grupo femenino, y que esto podría ser la razón de las diferencias. Sin embargo, esta aseveración no ha podido ser sustentada ni aceptada en forma universal, pues también existen evidencias contrarias y tampoco es infrecuente que las mayores puntuaciones estén en el grupo de aspirantes masculinos.¹⁷

Como todo fenómeno social, las razones para la inversión en el género en la medicina deben ser variadas y probablemente particulares en las distintas regiones y naciones; en todo caso, poco deben importar si no alteran de manera sustancial el nivel de estudios ni el ejercicio profesional de la disciplina. Es en este sentido que la feminización de la medicina puede ser analizada en sus diferentes efectos e implicaciones en el rendimiento escolar, en las conductas, actitudes y habilidades que por género pudieran ser diferentes, en el comportamiento escolar y en el ejercicio profesional de la medicina.

El comportamiento escolar

Algunos reportes de Estados Unidos han analizado este comportamiento con base en los resultados del examen de ciencias básicas, en donde los varones han obtenido mejores resultados que las mujeres, mientras que en los exámenes correspondientes a las ciencias clínicas no han existido diferencias entre los géneros.^{18,19}

Aceptados por rama de estudios y género en 2012



132

Figura 9.5. Porcentaje de estudiantes, por género, aceptados en la Universidad de Cambridge en 2012, en las distintas áreas del conocimiento.

Fuente: Estadísticas de admisiones de pregrado de la Universidad de Cambridge, Reino Unido, publicadas anualmente, con base en datos del Servicio de Admisiones a Universidades y Colegios (UCAS) del Reino Unido.

Disponible en: <http://www.study.cam.ac.uk/undergraduate/publications/docs/admissionsstatistics2012.pdf>

Documentos estadísticos relacionados de años anteriores: <http://www.study.cam.ac.uk/undergraduate/apply/statistics/archive>
 Disponible en: http://www.ses.sep.gob.mx/wb/ses/ses_inicio

Para el caso de la Facultad de Medicina de la UNAM, con base en el análisis de la última cohorte generacional, el resultado de los exámenes de ciencias básicas es similar al informado en otras latitudes; se encontró que un número mayor de reprobados en las materias básicas correspondieron al género femenino (Figura 9.7).

Educación y entrenamiento

Educación terciaria^a

	Hombres	Mujeres
Total	8 850	10 997
Ciencias sociales, negocios y leyes	2 812	3 937
Ingeniería, manufactura y construcción	2 147	717
Salud y bienestar	704	2 001
Humanidades y artes	838	1 586
Ciencias, matemáticas y computación	1 246	750
Servicios	406	395
Agricultura y veterinaria	177	173

^a Refiérase al archivo de metadatos de internet (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/en/educ_esms.htm)

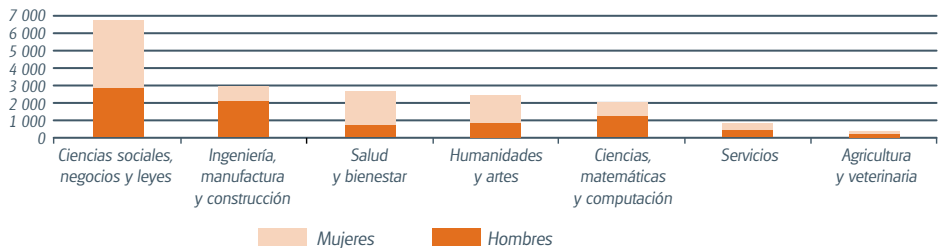


Figura 9.6. Tendencias de educación terciaria en la Unión Europea, por campo de educación y género, 2010.

Fuente: Eurostat (código de información en línea: educ-enr15), EuroStats UnionEuropea_Tertiary_education_YB2013.xls

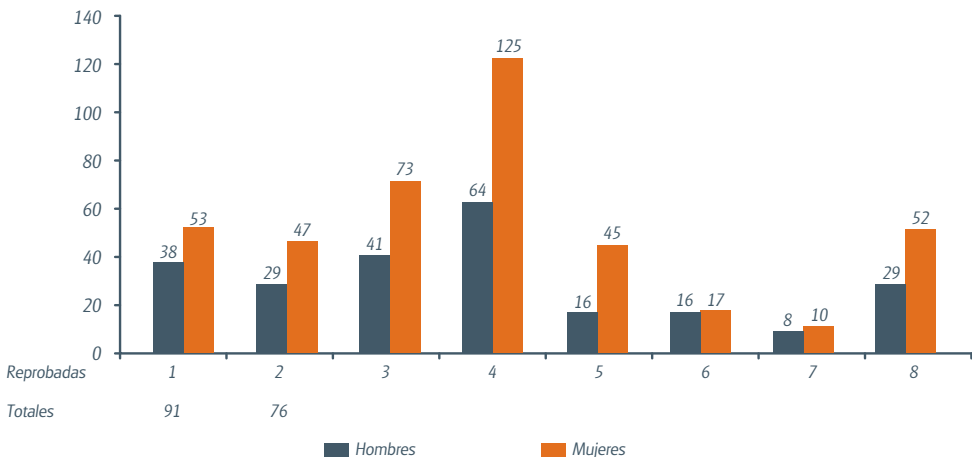
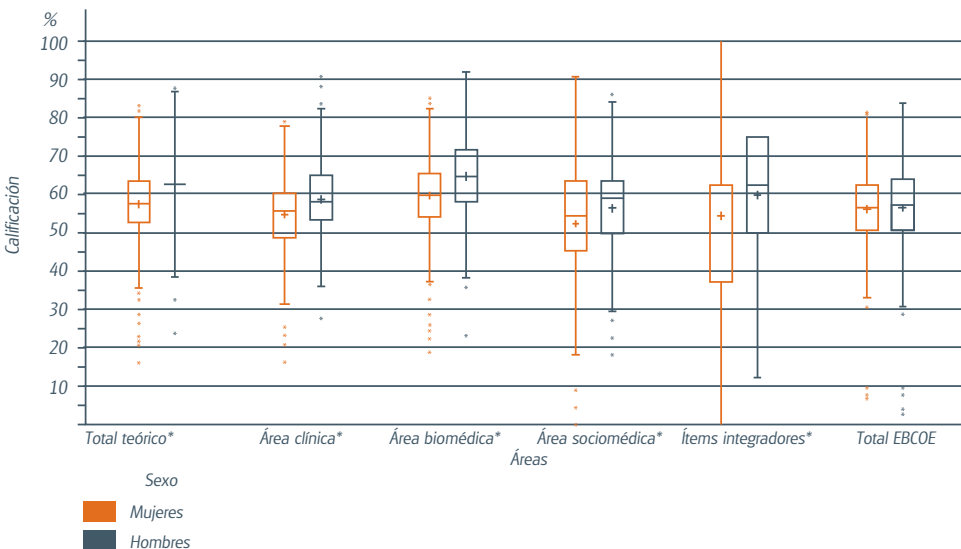


Figura 9.7. Reprobados de primer año, por género y número de asignaturas.

De igual manera, al término del segundo año, en el plan por competencias de la Facultad de Medicina de la UNAM, todos los alumnos presentan un examen diagnóstico del perfil intermedio,

en éste los estudiantes del género masculino tuvieron un comportamiento discretamente mejor que el de las mujeres en las áreas biomédicas, sociomédicas y clínicas, así como en el Examen Básico Clínico Objetivo Estructurado (EBCOE) [Figura 9.8].

Si se quieren buscar diferencias en el comportamiento escolar por género, con toda seguridad se encontrarán y van a ser discordantes. De hecho, los trabajos publicados al respecto están pleotóricos de estas diferencias que no arrojan datos determinantes. En Estados Unidos,²⁰ las mujeres se comportan mejor en los exámenes de la clínica de psiquiatría, urgencias y cirugía;^{21,22} en Irlanda, sobrepasan a los hombres en pediatría y ginecología y obstetricia.²³ En todos estos estudios se demuestran diferencias significativas, desde el punto de vista estadístico; sin embargo, por su dimensión (siempre son muy numerosos), esta significación estadística era de esperarse, pero sus resultados son tan contradictorios que difícilmente podría establecerse una diferencia en el comportamiento escolar y, si se llegara a encontrar en favor de cualquiera de los géneros, es probable que esto obedeciera a un sinnúmero de circunstancias que poco podrían correlacionarse con la capacidad de estudiar y aprender.



* La diferencia de medias entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa ($p < 0.001$)

Figura 9.8. Resultados de los estudiantes del examen diagnóstico del perfil intermedio I, por sexo (junio, 2013).

Conductas, actitudes y habilidades en los estudios de medicina

En este campo también los estudios existentes sobre las diferencias entre géneros acerca de las actitudes y habilidades entre los estudiantes de medicina son contradictorios. Algunos reportes sugieren que las mujeres tienden a tener actitudes con predominio en la promoción de la salud,^{24,25} mayor empatía con pacientes con incapacidades²⁶ y mejor comunicación con los pacientes y el equipo de salud. Se ha documentado también una mejor capacidad para trabajar en equipo.^{27,28} Sin embargo, en otros estudios observacionales, donde se comparan médicas estadounidenses y mexicanas, no se encontraron diferencias en las actitudes y habilidades de comunicación hacia las enfermeras cuando se les comparó con el grupo masculino.²⁹ Estas diferencias entre géneros, si existen, también han sido cuestionadas y se ha sugerido que en la cultura médica existe una predisposición a atribuir a las mujeres una exagerada competencia en la comunicación, empatía y capacidad de trabajar en equipo.³⁰

135

En cuanto a las destrezas quirúrgicas o intervencionistas, también los resultados en la bibliografía son contradictorios: en ciertos procedimientos, la mujeres se percibieron a sí mismas como competentes, después de haber realizado un menor número de procedimientos que sus compañeros hombres;³¹ en otros, sobre destrezas quirúrgicas, ellas se percibieron como menos competentes, después del mismo tiempo de entrenamiento que sus compañeros hombres.³² En cualquier caso, si existen algunas diferencias, éstas probablemente sean mínimas y estén más bien relacionadas con las metodologías de autoevaluación empleadas, donde existen evidencias de que los hombres tienden a sobreestimar sus niveles de habilidad y las mujeres a subestimarlos.³³⁻³⁵

Prestación de servicios

De igual manera, lo escrito sobre la diferencia entre géneros en la prestación de servicios vuelve a ser variada y con frecuencia contradictoria. Al parecer las mujeres médicas tienden a usar más los estudios clínicos³⁶ (p. ej., registran mayor frecuencia de pruebas de colesterol,³⁷ búsqueda de sangre oculta en heces³⁸ y estudios radio-

lógicos y de imagen)³⁹ que los médicos hombres. Contra estos estudios, hay otros donde no se encuentran mayores diferencias en cuanto a si son más demandados por un género u otro.⁴⁰ De igual manera, en Noruega, en ambientes hospitalarios controlados, no existieron diferencias entre géneros en la eficiencia diagnóstica y terapéutica de los médicos estudiados.⁴¹

En Estados Unidos y Canadá parece haber una mayor tendencia entre las médicas a integrarse a grupos de práctica clínica, aunque sus diferencias comparadas con hombres y mujeres que ejercían la profesión en forma individual no resultaron de consideración.⁴²⁻⁴⁴ Un hecho que sí demostró diferencias significativas y consistentes en los diferentes estudios fue la tendencia a que los pacientes de las médicas fueran preferentemente del género femenino.⁴⁴⁻⁴⁶

La ansiedad y tendencias depresivas propenden a afectar el ejercicio profesional y, en los diferentes estudios, parecen ser más frecuentes en las médicas.⁴⁷⁻⁴⁹ En México, en un estudio de 2005, la ansiedad se presentó con mayor frecuencia entre los residentes del género masculino, mientras que los estadios depresivos fueron mayor en el sexo femenino.⁵⁰ Las razones de la mayor tendencia a la depresión y al llamado *burn out* entre las mujeres pueden ser de origen diverso pues está documentado que las mujeres se desarrollan, con cierta frecuencia, en ambientes hostiles, tanto sexual como laboralmente, y no se perciben como miembros aceptados con facilidad en las comunidades científicas,⁷⁻⁵¹ factores que pudieran contribuir a la mayor depresión entre ellas.

De hecho, durante los estudios de pregrado, es más frecuente el abandono escolar entre el género femenino, que, para la Facultad de Medicina, equivale a más de las dos terceras partes de los estudiantes que abandonan los estudios por diversas causas: económicas, embarazo no planeado, familiares y depresión (Figura 9.9).

Probablemente, las razones del abandono escolar durante el primer año de estudios (8% en promedio generacional) también puedan explicar el mayor índice de reprobación que presentan las mujeres en la Facultad de Medicina de la UNAM. Ellas, nuestras estudiantes, se ven sujetas a una serie mayor de presiones: la economía familiar precaria, la necesidad de ayudar en las labores domésticas, los embarazos no planeados y hasta el matrimonio precoz son razones suficientes para explicar lo anterior; en particular, si se toma en cuenta que una tercera parte de la población estudiantil total pertenece a familias con ingresos inferiores a cuatro salarios mínimos y en donde, si alguien debe ser sacrificado, suelen ser las

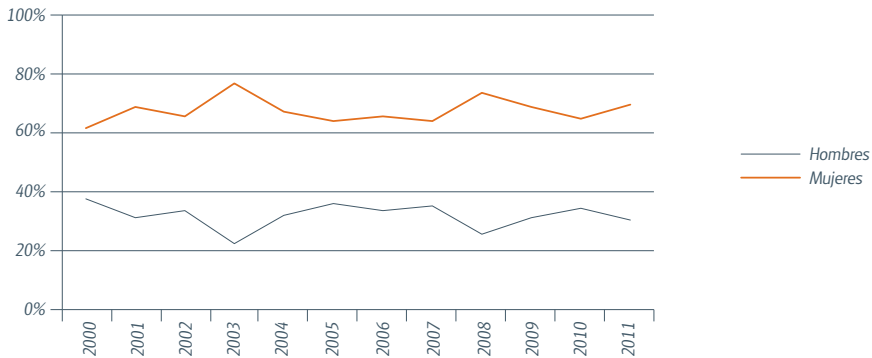


Figura 9.9. Porcentaje de abandono escolar por género durante el primer año de estudios. Facultad de Medicina, UNAM.

Fuente: Secretaría de Servicios Escolares, Facultad de Medicina, UNAM.

mujeres. Culturalmente son ellas en quienes recae la responsabilidad de ayudar en casa, pues con frecuencia la madre trabaja y se espera que las estudiantes realicen las labores propias del hogar familiar.

No obstante todos los obstáculos que tarde o temprano enfrenta el género femenino para su titulación en una carrera como es la de medicina, la predominancia de las mujeres se observa en el ingreso, en la matrícula total, en los egresados y en la titulación (Figura 9.10).

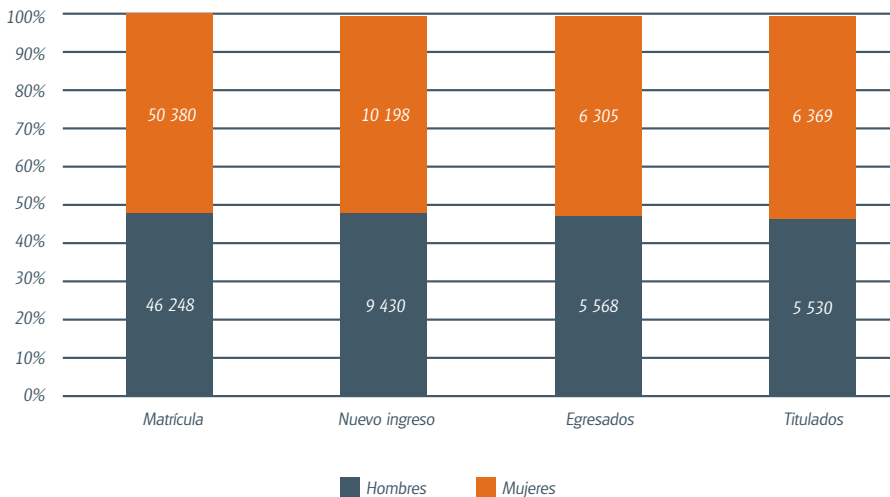


Figura 9.10. Ingreso, matrícula total, egreso y titulación en Medicina, por sexo.

Fuente: Anuario estadístico 2005–2007: población y personal docente en la educación media superior y superior. México: ANUIES, Dirección General de Información y Planeación, Dirección de Medios Editoriales, 2008.

Anuario estadístico 2009: población y personal docente en la educación media superior y superior ciclo escolar 2008–2009. México: ANUIES, Dirección General de Información y Planeación, Dirección de Medios Editoriales, 2010.

Anuario estadístico 2011: Población y personal docente en la educación media superior y superior ciclo escolar 2010–2011. México: ANUIES, Dirección General de Información y Planeación, Dirección de Medios Editoriales, 2012.

Las mujeres en las especializaciones médicas

Desde que en 1991 la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) sistematizó los datos desagregados por género del concurso de selección para ingresar a las diferentes especializaciones (ENARM), se observaron tendencias de preferencias por género a ciertas especialidades: las más solicitadas por las mujeres (en 60% o más), como pediatría y genética médica, y aquellas con mayor preferencia por los hombres aspirantes a ingresar a ellas (en 60% o más), como cirugía general y ortopedia. Otras especialidades al pasar de los años han ido mostrando que tienen una gradual tendencia a ser más aspiradas por las mujeres, mientras que otras se mantienen, en ambos géneros, con una igualdad de preferencias (Cuadro 9.1).⁵

Sin duda, hay ciertas inclinaciones por género a una determinada área del conocimiento, probablemente debido a la imagen que el estudiante tiene de ellas o al campo laboral particular propio de las especialidades. Preferir una especialidad no es sinónimo de ser aceptado en ella, la selección dependerá de la puntuación obtenida y del número de aspirantes a cada una en particular. Sin embargo, en la mayoría de los casos y siendo la proporción de aspirantes por género muy similar, estas tendencias de preferencia se mantienen en

138

Cuadro 9.1. Preferencias por género para ingresar a las especializaciones de medicina

<i>Feminizadas</i>	<i>En incremento gradual de preferencia entre las mujeres</i>	<i>Masculinizadas</i>	<i>Igualdad de preferencia entre géneros</i>
Pediatría	Ginecología y obstetricia	Cirugía general	Epidemiología
Genética médica	Anestesiología	Ortopedia	Calidad de la atención clínica
Medicina de rehabilitación	Anatomía patológica	Medicina interna	Psiquiatría
Medicina familiar	Otorrinolaringología	Medicina de urgencias	Oftalmología
	Medicina del trabajo	Medicina legal	
	Medicina integrada	Medicina nuclear	
	Salud pública	Imagenología diagnóstica y terapéutica	
	<i>Patología clínica</i>		

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

el resultado y en la distribución de los seleccionados a las distintas especialidades (Figura 9.11).

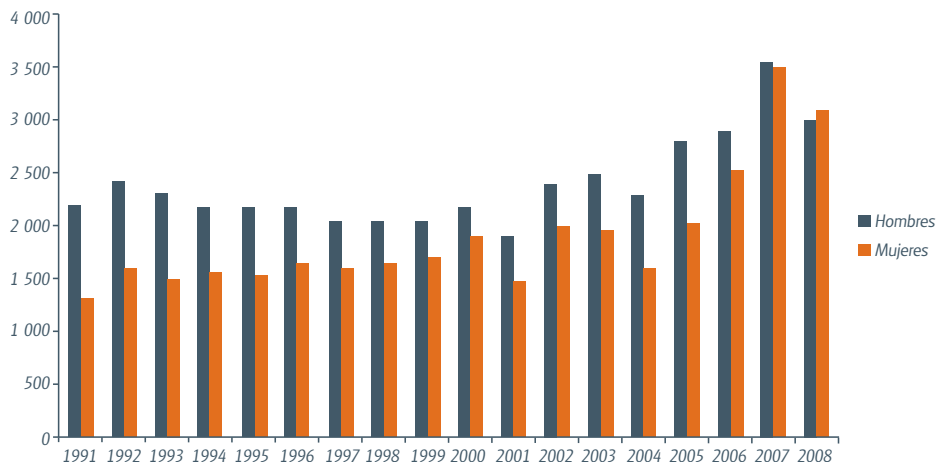


Figura 9.11. Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. Seleccionados según género. Serie histórica 1991–2008.

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

La tendencia a la feminización que se manifiesta en los estudios de medicina se muestra también en el posgrado en las especialidades médicas. Con base en los datos (2013) de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, que aproximadamente avala 50% de las residencias médicas de especialidad, se observa también una gradual feminización de los estudios de especialidad, aunque en los últimos tres años se mantiene una proporción de hombres y mujeres cercana a 50% de todos los inscritos en la División (Figura 9.12).

En algunas especialidades, la tendencia a la feminización es aún mayor y en otras permanece la preferencia masculinizada (Figuras 9.13 a 9.15).

El campo laboral profesional

La feminización de la medicina no sólo se ha visto reflejada en la matrícula escolar de esta carrera, sino que gradualmente ha venido incrementándose también en el campo laboral. En el año 2000, 37.4% de los médicos empleados por el sector eran mujeres, cifra que aumentó a 40% en el lapso de 8 años (2008). Es de esperarse que en el transcurso de la siguiente década, en la medida que la matrícula escolar actual egrese, estos porcentajes tiendan a revertirse (Cuadro 9.2).

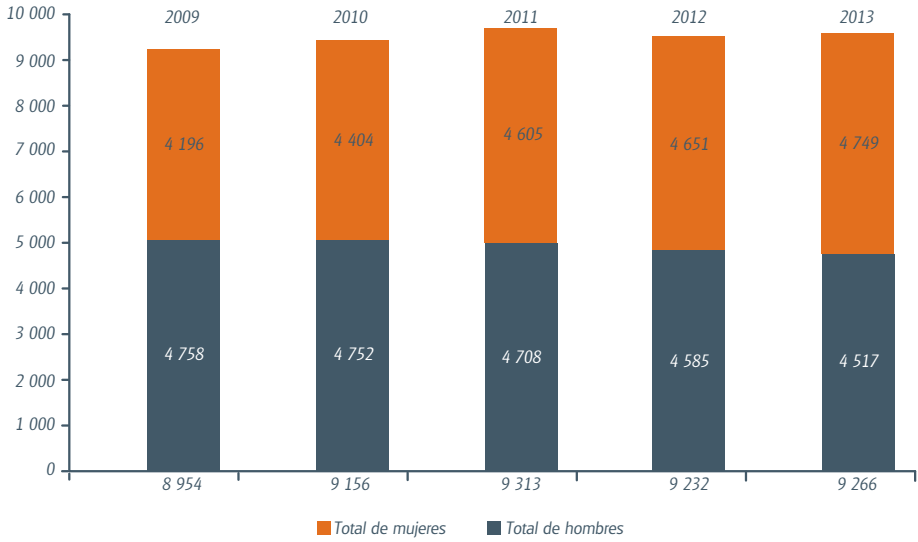


Figura 9.12. Total de residentes inscritos por año, según género (2009–2013).

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

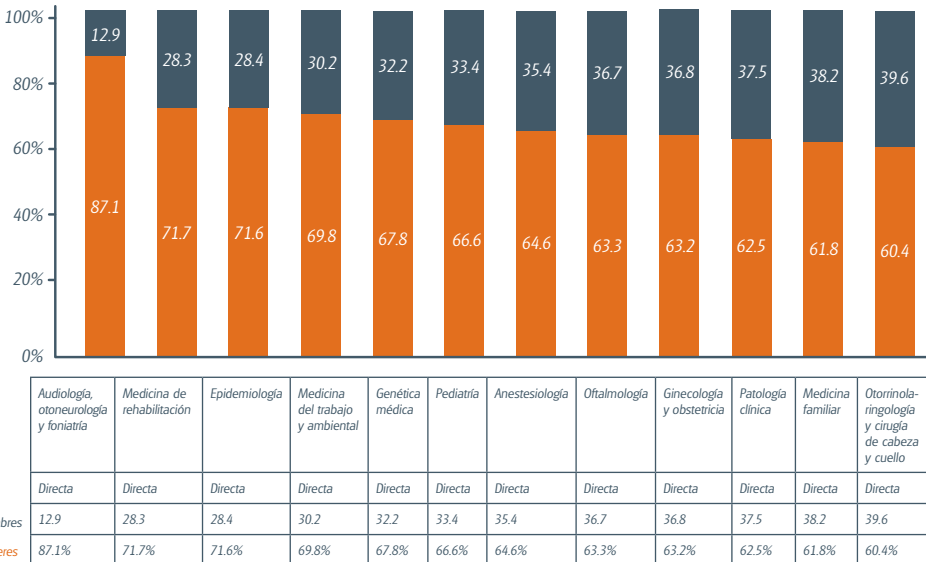
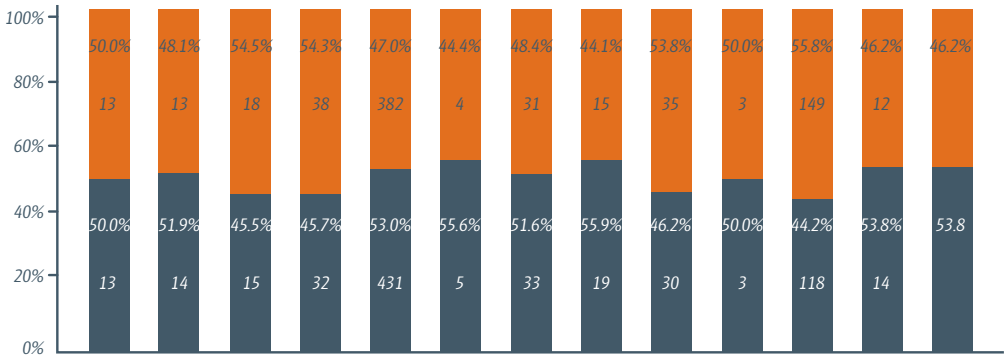


Figura 9.13. Porcentaje decreciente de inscritos por género femenino. Especialidades feminizadas.

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.



	Alergia e inmunología clínica	Alergia e inmunología clínica pediátrica	Cardiología pediátrica	Epidemiología	Medicina interna	Neurofisiología clínica	Neurología	Neurología pediátrica	Oncología médica	Patología pediátrica	Psiquiatría	Psiquiatría infantil y de la adolescencia	Urología ginecológica
	Indirecta	Indirecta	Indirecta	Directa	Directa	Indirecta	Indirecta	Indirecta	Indirecta	Indirecta	Directa	Indirecta	Indirecta
■ % de mujeres	50.0%	48.1%	54.5%	54.3%	47.0%	44.4%	48.4%	44.1%	53.8%	50.0%	55.8%	46.2%	46.2%
■ % de hombres	50.0%	51.9%	45.5%	45.7%	53.0%	55.6%	51.6%	55.9%	46.2%	50.0%	44.2%	53.8%	53.8%

141

Figura 9.14. Especialidades con igualdad de género.

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

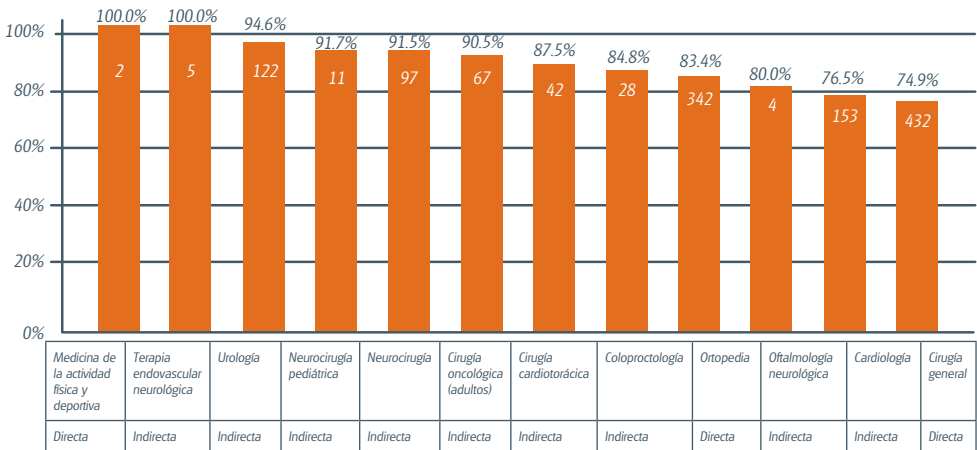


Figura 9.15. Porcentaje decreciente de inscritos por género masculino. Especialidades masculinizadas.

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

Cuadro 9.2. Total de médicos en el mercado laboral

Años	2004	2006	2008
Total	257 488	296 747	313 863
% de mujeres	37.4%	38.6%	40%
% de hombres	62.6%	61.4%	60%

Fuente: Tomado de Nigenda G, Ruiz JÁ, Bejarano R, Aguilar E. En: Nigenda G, Ruiz JÁ, Bejarano R, Aguilar E. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para una planeación estratégica. Documento de trabajo, 2010.

De la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2008, se desprende que 13.2% de la totalidad de los médicos se encontraba desempleado y que, de ese porcentaje, 62% correspondía a mujeres. De las 27 192 médicas sin trabajo, 51% declaró estar desempleadas por dedicarse al hogar y sólo 8% manifestó estar en búsqueda de empleo. El resto de las desempleadas se dedicaba a otras labores, incluidos diferentes tipos de estudios.⁵²

La mayor parte del desempleo femenino se encuentra entre las médicas generales, pues sólo 6.5% de las médicas desempleadas eran especialistas. De hecho, dentro de la planta laboral médica nacional, 29.7% de los especialistas contratados son mujeres. En algunos estados, su presencia laboral es más importante, como el Estado de México, Tlaxcala, Querétaro y el Distrito Federal, en donde la proporción de ellas está entre 35 y 37%. En ciertos ambientes de superespecialidad y entornos más académicos como pueden ser los Institutos Nacionales de Salud y los hospitales de alta especialidad y referencia, su porcentaje, como planta laboral, es aún más alto, 42.2 y 38.3%, respectivamente.⁵³

Presencia académica de las mujeres en medicina, en las ciencias biomédicas y en la generación de conocimiento

La participación de la mujer en las actividades académicas propias de la medicina y en la generación del conocimiento puede evidenciarse de diversas maneras, tanto en el proceso de formación como dentro del campo laboral en tareas propias de investigación.

Por ejemplo, si tomamos el campo del conocimiento dentro del área de la salud encontramos que la mayor parte de los estudiantes de maestrías y doctorados en nuestro país pertenece al género femenino (Cuadro 9.3).

Cuadro 9.3. Matrícula de maestrías y doctorados en ciencias de la salud y salud pública, 2011. Distribución por género

GÉNERO	NÚMERO	%
Mujer	9 907	59.8
Hombre	6 638	40.2
Total	16 545	100.00

Fuente: BD. ANUIES, Anuario 2011.

No es de extrañar, entonces, que su presencia dentro del Sistema Nacional de Investigadores sea cada día mayor y dentro del área III, de Medicina y Ciencias de la salud, representan casi 50% de la totalidad de los investigadores registrados (Figura 9.16).

En el Área III del SNI, que representa Medicina y Ciencias de la salud, hay registrados 2 035 investigadores nacionales (Cuadro 9.4).

En el Área II del SNI, que engloba a Biología y Química, pero a la que por elección pertenecen también médicos, hay registrados 3 142 investigadores nacionales y, entre ellos, las mujeres ocupan 42% de la totalidad de investigadores en activo (Cuadro 9.5).

Si se observan con mayor detenimiento los Cuadros 9.4 y 9.5, se podrá apreciar que en los niveles II y III del SNI predomina el género masculino mientras que en los niveles I y de candidatura o

Cuadro 9.4. Investigadores registrados en el área III del SNI, por nivel y sexo

	Candidatos	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
Totales	269	1 247	340	179	2 035
Hombres	128	596	218	143	1 085
Mujeres	141	651	122	36	950

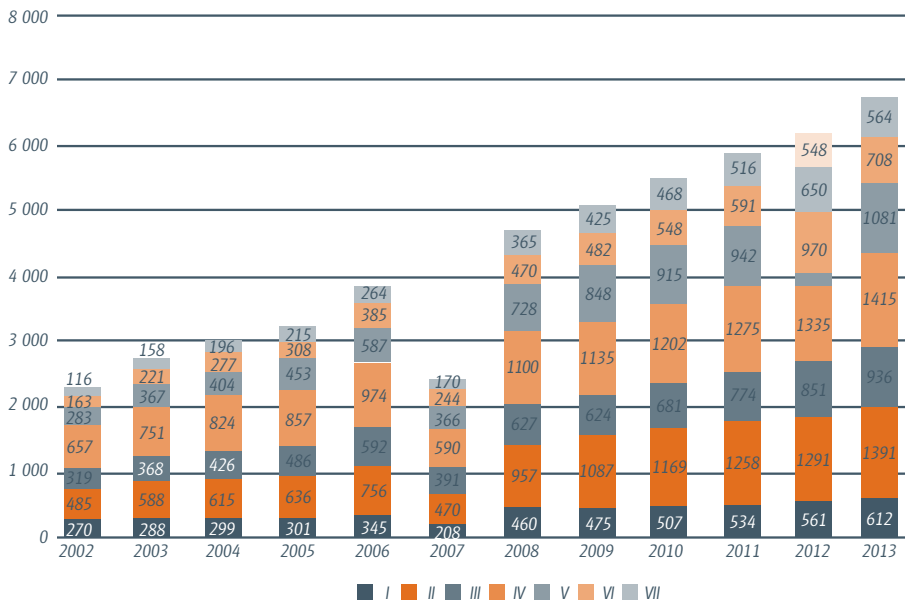


Figura 9.16. Investigadoras registradas en el SNI, por área de conocimiento, 2002–2013.

Fuente: Foro Consultivo 2013.

Cuadro 9.5. Investigadores registrados en el área II del SNI, por nivel y sexo

	Candidatos	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
Totales	598	1 765	496	283	3 142
Hombres	298	970	338	219	1 825
Mujeres	300	795	158	64	1 317

existe una equidad de género o predomina el género femenino. Este dato podría ser consistente con la gradual, pero consistente, mayor presencia de la mujer en las ciencias de la salud y relacionadas, y sería de esperar, que en los años por venir, su presencia fuera cada día mayor en los niveles II y III del Sistema Nacional de Investigadores.

144

La mujer y su papel de liderazgo en la medicina y en las ciencias biomédicas

Es difícil juzgar las razones por las que se asume un liderazgo, pero, sin duda, son variadas: la personalidad y el carácter, los méritos laborales y académicos, las relaciones sociales y políticas y las inclinaciones académico—administrativas cuentan, en grado variable, para que ello suceda. Pero en todo caso, es de esperar que estos liderazgos se asuman en equidad de género. Indudablemente esto no ha sido así.

Sin contar con datos que puedan precisarse, los puestos de mando en hospitales de los diferentes niveles, en las jefaturas de servicio, en las secretarías de salud estatales y en las delegaciones, han recaído principalmente en varones. Lo mismo sucede en la educación: la mayor parte de los directores de las escuelas de medicina son del género masculino. La Facultad de Medicina de la UNAM ha sido dirigida por hombres, durante toda su historia, desde 1579. Todos los rectores de la universidad, desde 1910 han sido varones. En los 150 años de la Academia Nacional de Medicina no ha habido ninguna presidenta y, en la actualidad, de un total de 568 miembros, 14.43% son mujeres.

Sólo a guisa de ejemplo: en la UNAM, en los cuatro institutos de investigación científica involucrados directamente con salud (Biomédicas, Biotecnología, Fisiología Celular y Neurobiología) ha habido cuatro directoras, de un total de 20.

Todos estos cargos directivos requieren indudablemente de una dedicación completa, que no siempre, por razones de familia, puede o quiere otorgar la mujer. También es cierto que con frecuencia estos cargos son ocupados por personas mayores de 50 años y que, en ese grupo etario, es mayor la presencia del género masculino (pues la feminización de las ciencias de la salud es un fenómeno relativamente reciente, de hace 20 años a la fecha) y que cada vez será mayor el número de mujeres que se irán incorporando a este grupo etario, en donde se acumulan los méritos, las relaciones, la trayectoria y la madurez, que son probablemente los ingredientes que se consideran para ocupar los cargos de liderazgo en la medicina y en la salud.

En 2013, en los 13 Institutos Nacionales de Salud, dos mujeres son directoras generales, de la misma manera dos de los 13 directores de investigación son del género femenino y por primera vez en la historia, una mujer, la doctora Mercedes Juan, ocupa la máxima responsabilidad de la salud en México, en su calidad de Secretaria de Salud Federal.

Conclusiones y recomendaciones

En nuestro país un poco más de la mitad de los estudiantes de medicina son mujeres, en algunas instituciones, como la UNAM, ellas representan 60% de los estudiantes. Los datos señalan que tanto las mujeres como los hombres tienen el interés de ser médicos y que su capacidad de desarrollo es igual.

Existe una tendencia a la mayor depresión y abandono escolar dentro del grupo de estudiantes del sexo femenino. Existen razones culturales y biológicas para ello, pues los embarazos no planeados son una de las causas de la deserción escolar.

1. *Las escuelas de medicina deben emprender acciones dirigidas a subrayar la igualdad de género y los derechos de la mujer a su salud reproductiva. Debe intervenir de manera enérgica en cualquier acción de acoso sexual sobre las mujeres y proteger su integridad y dignidad*

La tendencia mundial es que cada vez hay más mujeres en el campo de la medicina, en nuestro país los datos y extrapolaciones actuales indican que no será hasta el 2027 cuando el mundo de la medicina esté predominantemente feminizado. Pero aún así, las diferencias no serán mayores. Hombres y mujeres se desarrollarán

por igual en el campo de la salud. Aunque los datos con los que contamos parecen indicar que existen preferencias de género por ciertas especialidades, es muy probable que, en el futuro, la distribución de ellas dentro de las especialidades sea muy similar.

No obstante, el alto porcentaje femenino, tanto en la medicina general como en las especialidades, es un elemento que debe tomarse en cuenta para una planeación estratégica adecuada de formación de recursos humanos. Un buen número de profesionistas femeninos bien calificados deja de laborar por problemas de género y familia o por no tener las facilidades para compaginar ambas actividades en forma satisfactoria. Como consecuencia de lo anterior, existe una tendencia, tanto nacional como internacional, a que las mujeres se empleen, en un alto porcentaje de los casos con 6 horas o menos. Necesitamos preguntarnos:

- *¿Cuáles son las principales oportunidades y amenazas del incremento de mujeres en la medicina?*
- *¿Que se requiere para mejorar la planeación y enfrentar la feminización de la medicina? ¿Qué podemos hacer para mitigar los efectos adversos que pudieran surgir?*
- *¿Qué cambios en las prácticas laborales se requieren?*
- *¿Cómo podemos estimular el liderazgo en las mujeres?*
- *¿Cómo planificar y organizar el cuidado de los niños y los viejos para los médicos con responsabilidades familiares?*

En algunos países europeos como Suecia, se ha establecido que la pareja que tenga un bebé tiene derecho a un total de 480 días de permiso parental, y que 60 días están reservados para cada miembro de la pareja. Sin embargo, cualquiera de los dos puede transferir al otro progenitor los otros 180 días a los que tienen derecho.⁵⁴

2. *Se requiere tener estudios y estadísticas claras sobre el empleo de las mujeres y del abandono del campo laboral para poder tener políticas claras de formación de recursos humanos*
3. *Se necesitan estudiar y conocer las razones del abandono laboral y qué se puede hacer para propiciar su reinserción. Generar políticas laborales específicas de reinserción a fin de evitar esta importante pérdida de personal bien educado y entrenado*
4. *Se debe tener presente la baja participación de la mujer en los puestos de liderazgo y, cuando sea posible, propiciar el acceso de ellas a los cargos de mando y decisión*

En la actualidad, cuando a una niña le preguntan: ¿Qué vas a ser de grande? Responde: “Mamá”, mientras que el niño contesta: “Bombero, piloto, médico, etc.”, y eso no excluye que también será papá. Las mujeres, al igual que los hombres, requieren desarrollarse en todo su potencial y, si alguno o alguna se siente satisfecho y realizado en el hogar, debe respetarse y admirarse su decisión. Sin embargo, habrá a quienes les gustará ser profesionistas y quienes querrán ser líderes. Es por ello que se necesitan iniciativas que permitan el desarrollo de todos los individuos, independientemente de su sexo.

Mujeres y hombres deben tener las mismas posibilidades de desarrollo pleno, por lo tanto, ambos sexos deben poder realizarse profesionalmente, pero también es su derecho el desarrollar una familia. Es necesario que las instituciones diseñen e implementen mejoras que se traduzcan en una igualdad de oportunidades de desempeño y de futuro académico en el ámbito de la medicina.

Referencias

1. Rodríguez ME. La mujer en la educación médica. Evolución histórica. En: Lifshitz A, Zerón L, Hernández R (coord). Los retos de la educación médica en México. Tomo II. México: Academia Nacional de Educación Médica; 2011:175–86.
2. Serie Sociedad y Educación, ANUIES, 1984. En: Narro RJ, Cevallos J (ed). Los desafíos de la educación médica en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1990:58–75.
3. Páginas Web de Facultades y Escuelas de Medicina en México, consultadas en agosto y septiembre de 2013.
4. Secretaría Técnica de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Disponible en página web. Consultada en septiembre de 2013.
5. Alarcón FG. Feminización de la medicina en México. En: Lifshitz A, Zerón L, Hernández R (coord). Los retos de la educación médica en México, Tomo II. México: Academia Nacional de Educación Médica; 2011:211–31.
6. Los datos de ingreso, matrícula general, egreso y titulación de la licenciatura médica por género en la República Mexicana pueden consultarse en las Fuentes:
 - 6.1 Estadísticas educativas [Internet]. México: SEP, Sistema Nacional de Información Estadística Educativa; 2013. [Última actualización 2013; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas.html
 - 6.2 Información Estadística de Educación Superior [Internet]. México: ANUIES;

2013. [Última actualización 19 de diciembre de 2012; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: <http://www.anuies.mx/content.php?varSectionID=142>
- 6.3 Matrícula de Educación Superior [Internet]. México: SEP, Dirección General de Educación Superior Universitaria; 2012. [Última actualización 2012; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: <http://www.dgesu.ses.sep.gob.mx/Principal/>
- 6.4 Subsecretaría de Educación Superior [Internet]. México: SEP; 2012. [Última actualización 2012; citado el 26 de agosto de 2013.] Disponible en: http://www.ses.sep.gob.mx/wb/ses/ses_inicio
7. Kilminster S, Downes J, Murdoch–Eaton D, Roberts T. Women in medicine . Is there a problem? A literature review of changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education*. 2007;41:39–49.
8. Cooper R. Impact of trends in primary, secondary and potsecondary education on applications to medical school. I. Gender considerations. *Acad Med*. 2003; 78(9):855–6.
9. Van der Reis I. Causes and effect of a changed gender ratio in medicine. *Med Teacher*. 2004;26(6):506–9.
10. Kruijthof CJ, Van Leeuwen CD, Venteel P, Van Der Horvogst HE, Van Staveren G. Career perspectives of women and men medical students. *Med Educ*. 1992;26:21–6.
11. Neittaanmaki L, Gross EB, Virjo I, Hyppola H, Kumpusalo E. Personal values of male and female doctors: gender aspects. *Soc Sci Med*. 1999;48:559–68.
12. Vaglum, Wiers J, Ekeberg. Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Med Educ*. 1999;33 (4):236–42.
13. Xu G, Rattner SL, Veloski JJ, Hojat M, Fields SK, Barzansky B. A national study of the factors influencing men and women physicians' choices of primary care specialties. *Acad Med*. 1995;70 (5):398–404.
14. Gross EB. Gender differences in physician stress. *J Am Med Women Assoc*. 1992;47:107–25.
15. Jones BJ, Arnold L, Xu G, Epstein LC. Differences in the preparation and practice of male and female physicians from combined baccalaureate MD degree programs. *J Am Med Women Assoc*. 2000;55:29–31.
16. Donaldson G. Dr. Mom: when the hand that rocks the cradle wields a scalpel. *The Medical Post, National Survey Issue*. 1993;64–70.
17. Stamps PL, Boley Cruz NT. *Issues in physician satisfaction: new perspectives*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1994.
18. Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Soc Sci Med*. 2001;52 (179):187.
19. Williams AP. Changing the palace guard: analysing the impact of women's entry into medicine. *Gender Work Org*. 1999;6 (2):106–19.

20. Case SM, Swanson DB, Ripkley DR, Bowles LT, Melnick DE. Performance of the class of 1994 in the new era of USMLE. *Acad Med.* 1996;71:S91–S93.
21. Krueger PM. Do women medical students outperform men in obstetrics and gynecology? *Acad Med.* 1998;73 (1):101–2.
22. Wang–Cheng RM, Fulkerson PK, Barnas GP, Lawrence SL. Effect of student and preceptor gender on clinical grades in an ambulatory care clerkship. *Acad Med.* 1995;70 (4):324–6.
23. Linn BS, Zeppa R. Sex and ethnicity in surgical clerkship performance. *J Med Educ.* 1980;55:513–20.
24. McDonough H, Codd C. Gender differences in the results of the final medical examination at University College Dublin. *Med Educ.* 2000;34(1):30–4.
25. Bellas PA, Asch SM, Wilkes M. What students bring to medical school: attitudes to health promotion and prevention. *Am J Prev Med.* 2000;18 (3):242–8.
26. Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventative screening and counselling. An analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care.* 2001;39:1281–92.
27. Tervo RC, Azuma S, Palmer G, Redinius P. Medical students' attitudes toward persons with disability: a comparative study. *Arch Phys Med Rehab.* 2002;83:1537–42.
28. Cooke L, Hutchinson M. Doctors' professional values, results from a cohort study of United Kingdom medical graduates. *Med Educ.* 2001;35:735–42.
29. Searle J. Women and medicine—a new paradigm. *Med Educ.* 2001;35 (8):718–9.
30. Hojat M, Nasca TJ, Cohen MJM, et al. Attitudes toward physician–nurse collaboration: a cross–cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nurs Res.* 2001;50(2):123–8.
31. Pringle R. Sex and medicine: gender, power and authority in the medical profession. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
32. Sharp LK, Wang R, Lipsky MS. Perception of competency to perform procedures and future practice intent: a national survey of family practice residents. *Acad Med.* 2003;78 (9):926–32.
33. Falck G, Bratteboy G. Skills of pre–registered house officers: gender differences reported in Norway. *Med Educ.* 1997;31:188–9.
34. Clack GB. Gender differences in medical graduates' assessment of personal attributes. *Med Educ.* 1999;33:101–5.
35. Clance PR, O'Toole MA. The imposter phenomenon: an internal barrier to empowerment and achievement. *Women Ther.* 1988;6:51–64.
36. Whittle SR, Murdoch Eaton DG. Attitudes towards transferable skills in medical undergraduates. *Med Educ.* 2001;35 (2):148–53.
37. Lurie N. Preventative care for women: does sex of the physician matter? *N Engl J Med.* 1993;329(478):482.
38. Kreuter MW, Strecher VJ, Harris R, Kobrin SC, Skinner CS. Are patients of women physicians screened more aggressively? A prospective study of physician gender and screening. *J Gen Intern Med.* 1995;10:119–25.

39. Majeroni BA, Karuza J, Wade C, McCreadie M, Calkins E. Gender of physicians and patients and preventive care for community-based older adults. *J Am Board Fam Pract.* 1993;6 (4):359–65.
40. Rosen MP, Davis RB, Lesky LG. Utilization of outpatient diagnostic imaging. *J Gen Intern Women's Health.* 1997;12:407.
41. Riska E, Wegar K. The medical profession in the Nordic countries: medical uncertainty and gender-based work. London: Routledge; 1995.
42. Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB et al. Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past 28 years. *Soc Sci Med.* 2000;50(1665):1972.
43. Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. Physicians' perceptions of the changing health care system: comparisons by gender and specialties. *J Commun Health.* 2000;25(6):455–71.
44. Williams AP, Woodward CA, Ferrier B, Cohen M. Cohort, gender and practice organization: examining the bounds of collaborative medicine among newly established female and male family physicians in Ontario. *Health Serv Manage Res.* 1997;10:121–31.
45. Elstad J. Women's priorities regarding physician behaviour and their preference for a female physician. *Women Health.* 1994;21:1–9.
46. Ahmad F, Gupta H, Rawlins J, Stewart DE. Preferences for gender of physician among Canadian European-descent and South-Asian immigrant women. *Fam Pract.* 2002;19:146–53.
47. Toews JA, Lockyer JM, Dobson DJ, et al. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med.* 1997;72(11):997–1002.
48. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1887–94.
49. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales. *J Epidemiol Commun Health.* 2001;55:293–300.
50. Martínez-Lanz P, Medina-Mora M, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM.* 2005, Vol 48: 191–7.
51. Wall TD, Bolden RI, Borrilla CS, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psychiatry.* 1997;171:519–23.
52. Vilar P, Fajardo G, Hernández F, Lavalle C. Análisis y propuestas de las especializaciones médicas en México. Documento de trabajo 2012.
53. Nigenda G, Ruiz JÁ, Bejarano R, Aguilar E. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para una planeación estratégica. Documento de trabajo 2010.
54. http://www.forsakringskassan.se/privatpers/foralder/barnet_fott/foraldrapenning. Consultado el 10. de septiembre de 2013

LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y GÉNERO

Norma Blazquez Graf

10

Introducción

151

En este trabajo se presentan algunas características de la investigación en salud y género, así como algunos de los campos y problemáticas que aborda, con el fin de propiciar la reflexión acerca de su importancia en el país y de las estrategias que se requieren para estimular su desarrollo.

Aunque empieza a observarse un cambio, la mayoría de los estudios sobre la salud de las personas no incluye el análisis de sexo y de género en su diseño, ni en la recopilación de los datos o en la evaluación de los resultados obtenidos. Tampoco se aborda en ellos con este enfoque el proceso de formación de profesionales en la medicina y áreas afines, el reconocimiento y liderazgo de sus especialistas y, en general, es escasa la investigación en salud que se realiza con este análisis.

Aunque en muchas partes del mundo se trabaja desde hace tiempo en el campo de la investigación en salud y género, y en algunos países, como Canadá y Estados Unidos, aparece como uno de los requisitos para otorgar recursos a la investigación, en México apenas comienza a ser reconocido y se observa poco a poco la incorporación de estas categorías para un mayor entendimiento de los elementos biológicos y socioculturales en el origen, desarrollo y prevención de la enfermedad, así como de la recuperación de la salud, ya que su inclusión produce resultados de investigación más precisos y relevantes.

La investigación en salud y género ayuda a comprender los orígenes de ciertas enfermedades, la forma como son enfrentados por quienes las padecen, la manera de ser tratados en los sistemas sanitarios, el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como las estrategias de prevención.

Este tipo de investigación también pone atención en el progresivo aumento de las mujeres en la profesión médica en las últimas décadas y, como sucede en otros campos de la ciencia, su concentración preferente en algunas especialidades; las dificultades para que accedan a los puestos de toma de decisiones y de representación; la falta de respeto a sus preferencias en el uso de los tiempos y la ausencia de promoción de su trabajo como investigadoras.

Salud y género

152

La perspectiva de género, además de distinguir entre los aspectos biológicos y sociales atribuidos a cada sexo y de hacer visible la forma como se construyen las identidades y se organizan los roles de género, destaca cómo es que estas diferencias atribuidas a hombres y mujeres se transforman en relaciones desiguales de poder que se manifiestan en diferentes esferas de la vida de las personas.

Cuando se aborda la investigación en salud desde esta perspectiva, se observa cómo las asignaciones de género y la manera en que hombres y mujeres se relacionan a partir de ellas, se expresan tanto en los procesos de salud–enfermedad, como en la atención médica y en el sistema institucional de salud que incluye la formación en la profesión médica, así como la investigación.^{1,2}

Introducir la perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud requiere considerar las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, las cuales determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos, así como la división sexual del trabajo.

La investigación sobre las diferencias según sexo y las desigualdades según género en la salud debe tener en cuenta tanto a las mujeres como a los hombres y, siempre que sea posible, deben realizarse análisis desagregados por sexo, donde el género esté incluido como un concepto multidimensional e integral. El hecho de analizar conjuntamente a hombres y mujeres significa asumir que los determinantes de la salud son los mismos para los dos sexos, pese a las notables diferencias biológicas y de género que explican diferencias en un amplio abanico de dimensiones de la salud entre hombres y mujeres.³

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos y fisiológicos) que se manifiestan de forma distinta en la salud y en la enfermedad.

Desigual porque hay otros factores explicados por el género, que influyen de una manera injusta en la salud de las personas, sobre todo cuando se relaciona con otras categorías como la clase social, la etnia, la edad o la preferencia sexual.⁴

Muchos estudios se han centrado en una población exclusivamente masculina y las generalizaciones hechas a partir de este tipo de enfoque han servido para disminuir o enmascarar las desigualdades en la salud de mujeres y hombres.^{1,2}

La investigación en salud y género coloca a las mujeres en el centro del análisis y, al hacerlo, corrige las distorsiones, sesgos y recuentos o explicaciones erróneas que se han realizado. Es una forma de cuestionar lo que se ha aceptado ampliamente, ponerlo en duda y bajo un escrutinio crítico, demostrar defectos en afirmaciones por lo común aceptadas y desarrollar alternativas correctivas.

Algunas contribuciones del enfoque de género en la salud

Al explicar las desigualdades en salud según sexo y género, se ha propuesto que las principales desigualdades en la salud de mujeres y hombres se deben a los riesgos diferenciales adquiridos, derivados de los roles y estilos de vida. Como factores importantes, se resalta la subjetividad y la percepción y valoración de los síntomas por parte de las mujeres y los hombres, así como la habilidad y prontitud para buscar ayuda médica. Asimismo, se ha puesto atención en los contactos anteriores y la experiencia que tiene cada persona con la asistencia médica, los riesgos biológicos, la capacidad de referir problemas de salud y los efectos de las relaciones con el personal de salud, por ejemplo, sesgos relacionados con el sexo del(la) médico(a). Se ha destacado la importancia de estudiar y comparar la salud de mujeres y hombres. Se puede aprender más sobre ellas al comparar sus experiencias y respuestas a la enfermedad con las de ellos, que si se les estudia de manera aislada, ya que la exclusión tanto de mujeres como de hombres produce generalizaciones que no son aceptables y que generan sesgos tanto en el sentido de tratar como iguales a individuos diferentes, como de partir de la premisa de la diferencia al considerar situaciones que son injustas como “naturales”.^{4,5}

Desde esta perspectiva, Carme Valls–Llobet⁶ ha realizado una crítica al sistema médico actual, y cuestiona la equidad de la medicina con datos estadísticos, investigaciones y diversos ejemplos; muestra los sesgos de género en relación con la invisibilidad de las mujeres en la investigación, en los diagnósticos y en los tratamientos; argumenta que las patologías que afectan a las mujeres son poco estudiadas o invisibilizadas y cuestiona que las que afectan a hombres y mujeres por igual sean estudiadas sólo desde el punto de vista masculino, cuando los síntomas y las consecuencias son, en muchas ocasiones, diferentes (como en el caso de síntomas de problemas cardíacos). Propone cambiar esta visión y considerar que la salud de las mujeres depende también de problemas sociales y culturales, de la discriminación y la violencia.

154 Diferencias en morbilidad y mortalidad

Existen múltiples datos sobre las diferencias en morbilidad y mortalidad entre mujeres y hombres, sin embargo, en la investigación en salud se ha trabajado poco en la exploración de las causas. Algunas autoras han encontrado un marcado sesgo masculino en el diseño de los estudios clínicos, reflejado en la tendencia a incluir sólo a hombres como sujetos de estudio y generalizar los hallazgos tanto a hombres como a mujeres.⁷

Las mujeres experimentan una mayor morbilidad en casi todas las etapas de su vida debido al menor acceso tanto a cuidados como a servicios de salud. Además, en las mujeres se presentan diversos problemas de salud relacionados con hechos reproductivos.¹

Las diferencias por sexo se asocian con aprendizajes de género que propician riesgos para la salud. En el caso de los hombres, se relacionan con modelos de masculinidad que tienen como valor central el control, la competencia, el riesgo, la agresividad, la menor realización de prácticas preventivas —por ejemplo, la aplicación de crema protectora solar—, el menor reconocimiento de sus problemas de salud y, por lo tanto, el retraso en las visitas a los profesionales de la salud, así como el consumo excesivo de alcohol y tabaco, que inicia en muchos casos desde la adolescencia y en la edad adulta pueden ocasionar padecimientos del hígado, enfermedades del corazón, VIH/SIDA y enfermedades de las vías respiratorias. En las mujeres, dichas diferencias se asocian con modelos de feminidad que tienen como valor central la belleza física y la

maternidad, por lo que se observan desórdenes alimentarios como bulimia y anorexia, así como complicaciones en diferentes etapas del ciclo reproductivo.¹

Otra causa significativa de enfermedad y muerte que proporciona elementos importantes de diferenciación entre mujeres y hombres es el cáncer. En las mujeres, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama son los de mayor incidencia y, entre los hombres, el cáncer de próstata está alcanzando niveles altos.

Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, y entre las mujeres adultas es la depresión. Uno de los aspectos más importantes de la salud desde un enfoque de género es atender de manera integral a las mujeres que sufren las consecuencias de la desigualdad de género, que se expresan como diferentes malestares y mediante síntomas psicosomáticos.¹

Un estudio elaborado sobre cuáles son los temas y problemas vinculados al proceso de salud, enfermedad y atención que han sido objeto de mayor preocupación en los programas de estudios de la mujer y de género en las universidades⁸ mostró que estos programas priorizaban el trabajo de investigación sobre la salud reproductiva, la sexualidad y la violencia. También se observó que en los programas de estudios de la mujer y de género analizados, no se estudiaban las condiciones socioculturales bajo las que se producen, desarrollan y difunden la diabetes, las deficiencias nutricionales, las adicciones u otros padecimientos que han venido cobrando importancia en el perfil epidemiológico de la población mexicana y, particularmente, en las mujeres.

155

Atención médica

A partir de que las estadísticas en salud comenzaron a desagregarse por sexo, se han mostrado evidencias de las desigualdades entre mujeres y hombres referentes a la frecuencia de padecimientos atendidos en los servicios de salud. La atención a la salud fue abordada en nueve hospitales de cinco estados mexicanos donde se analizaron las diferencias en la calidad técnica e interpersonal de la atención hospitalaria ofrecida a mujeres y a hombres para tres enfermedades. La principal conclusión es que existen inequidades de género en la calidad de la atención.^{5,9}

Existe un debate sobre las diferencias en la frecuencia en que hombres y mujeres utilizan los servicios hospitalarios. La diferencia

responde a que muchos hombres no alcanzan a llegar a los servicios del primer nivel de atención, tienen una menor cultura del cuidado y la prevención, así como a aspectos considerados socialmente como atributos femeninos. Las investigaciones sobre sesgo de género que tienen las mujeres y los hombres en el acceso a los hospitales para igual necesidad muestran la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención médica, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexo. También se incluyen investigaciones de sobreprescripción de terapias en los problemas de salud más prevalentes o exclusivos de mujeres.¹⁰

156 Participación femenina en la educación e investigación médicas

Como en el resto del mundo, la participación de las mujeres en la educación superior, así como en las actividades de investigación científica, está cambiando en México, y el campo de la salud ilustra este hecho con claridad.

Desde finales de los ochenta y principios de los noventa del siglo XX, en todo el mundo los porcentajes de matrícula femenina en la universidad alcanzaron valores cercanos o superiores a 50% en relación con los hombres.¹¹ Este crecimiento de la participación femenina en la educación superior muestra que hay áreas en las que se ha producido en tiempos recientes una acelerada transformación de una composición típicamente masculina a una femenina, como es el caso de la medicina.

La medicina es una de las disciplinas que más se han transformado, además de haber experimentado un aumento en sus contenidos científicos y tecnológicos, cuenta con mecanismos para la selección de estudiantes que en nuestro medio son de los más exigentes, lo que la convierte en un buen ejemplo de cómo las mujeres en ese nivel han vencido los obstáculos para acceder a disciplinas científico-técnicas que requieren altos niveles de calificación.

Pero si bien se observa un incremento en la participación femenina en la matrícula, no ocurre lo mismo en la docencia o los niveles de dirección. Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), actualmente las mujeres representan 63% del total del alumnado, sin embargo se observa al mismo tiempo una segregación vertical, ya que sólo

37% del total de su personal académico son mujeres y nunca en su historia ha habido una directora.^{12,13}

También se ha documentado que en la formación y profesión médica existe un desarrollo profesional desigual entre mujeres y hombres, y se ha observado que las mujeres muestran menor promoción y reconocimiento profesional que sus contrapartes masculinas. En algunos casos, requieren el doble de productividad para acceder a financiamiento de investigaciones o para obtener un puesto de igual categoría laboral que sus colegas hombres.²

En la selección de especialidades médicas hay más hombres en áreas que representan mayor prestigio o implican mayor presión y demanda de tiempo y accesibilidad en todo momento, como la cardiología o la medicina interna y la cirugía, mientras que más mujeres se concentran en donde las áreas de especialidad podrían considerarse una extensión del rol femenino como la pediatría, o pueden combinarse con horarios más flexibles y compatibles con las exigencias familiares, como la dermatología o la oftalmología.^{7,14}

Un aspecto muy interesante es el de la investigación médica. El número de personas dedicadas a la investigación en el país se ha estimado a través del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), que fue creado en 1984 con el fin de apoyar al personal de investigación del país mediante estímulos económicos a partir de sus méritos profesionales. Pertenecer al SNI se ha convertido en una vía de legitimación académica que además otorga un estatus en el ámbito individual y, sobre todo, dentro de la estructura institucional. En 2012, el SNI registró 18 476 personas, 34% de ese total son mujeres, de las cuales sólo 18% tiene el nivel III.¹⁵

Si se revisa año con año la participación de las mujeres en el SNI desde su fundación a la fecha, se observa que hay una incorporación gradual y lenta, ya que en 1984 el porcentaje de mujeres fue de 19%¹⁶ y, después de casi 30 años, las mujeres sólo alcanzan 34%, además de que no pasan a niveles superiores en la misma proporción que sus colegas hombres y tampoco hay una distribución homogénea por áreas del conocimiento.

En el caso del área de medicina y ciencias de la salud, las mujeres representan 45% del total, sin embargo, en la categoría inicial de candidatas, las mujeres conforman 52%; en el nivel I se mantienen casi igual, ya que son 50%; en el nivel II disminuyen a 32%, y en el nivel III sólo corresponden a 20%. Esto se relaciona directamente con lo que ocurre cuando se revisa la participación de las mujeres en las comisiones dictaminadoras del sistema, ya que en el área de

medicina y ciencias de la salud de 12 integrantes, sólo 2 son mujeres.^{15,17} Lo anterior muestra con claridad la necesidad de analizar las desigualdades en los mecanismos que regulan la entrada en un campo científico y las promociones posteriores, así como los periodos de supervivencia para cada posición o nivel, y la cantidad de tiempo que se ha permanecido en ellos.

El hecho de que en la actualidad en la mayoría de las escuelas y facultades de medicina la proporción de mujeres que estudia sea mayor que la de hombres no se ha reflejado todavía en algunos aspectos de la vida académica. Por ejemplo, la Academia Nacional de Medicina de México (ANM) fue creada en 1864, con 25 integrantes. Los objetivos de la ANM se relacionan con el progreso de la medicina y la solución de los problemas de salud en el país; sus criterios de admisión han sido siempre muy rigurosos, y es una institución que otorga reconocimiento y prestigio a sus integrantes al pertenecer a la élite médica.¹⁸

Cuando se analiza la incorporación de las mujeres a esta Academia, se observa que fue hasta 1957 cuando ingresó la primera mujer, la doctora Rosario Barroso Moguel, lo que marcó el inicio para que otras mujeres participaran en la institución, aunque pasaron 8 años para que en 1965 ingresara la doctora Julieta Calderón de Laguna; en 1968, 1969 y 1970 se incorporaron sucesivamente las doctoras María de la Soledad Córdova, Blanca Raquel Ordóñez de la Mora y María Elena Anzures. En 1972, ingresó la doctora Aline Shunemann de Aluja, en el área de veterinaria. Hasta 2004 habían ingresado 55 mujeres, distribuidas en la mayoría de las áreas.¹⁹ Desde entonces y de manera muy lenta, se han ido incorporando más mujeres, ya que el estudio de Ana Cecilia Rodríguez¹⁴ muestra que para 2006, la ANM tenía 536 académicos de los cuales 62 eran mujeres —es decir, 11.5%—, que se incorporaron sobre todo en la década de los noventa y en 2001; la edad promedio al integrarse fue entre los 41 y 45 años, y en la estructura de la ANM ha habido secretarías generales, de actas y tesoreras, pero nunca ha habido una presidenta. En su origen, la ANM contaba con cinco secciones y en la actualidad existen cuatro departamentos con 59 áreas de trabajo, donde es interesante observar que: Biología Médica cuenta con 26 mujeres, Cirugía tiene cuatro, Medicina ha incorporado a 25 y Salud Pública y Sociología Médica cuenta con 10.

En cuanto a la participación de las mujeres en los más altos niveles de decisión del sistema de salud, es importante destacar que por primera vez una mujer, la doctora Mercedes Juan López, se encuentra al frente de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Estudios de género y publicaciones

El conocimiento sobre las desigualdades entre mujeres y hombres en la investigación en salud también aborda las disciplinas y temas que estudian, las publicaciones, el sexo de la persona que firma en primer lugar y si los temas han sido abordados con perspectiva de género.

La publicación en revistas médicas es una medida importante de la productividad académica para el reconocimiento y la promoción, así como un medio necesario que la comunidad académica médica utiliza para comunicarse. En el trabajo de Castaño y colaboradores,²⁰ se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Biomedicina, Sociología, Enfermería, Antropología y Psicología, incluyendo artículos originales, revisiones y monografías, nacionales e internacionales, publicadas en España entre 1990 y 2005. Encontraron que los temas más abordados son salud mental y salud sexual y reproductiva, y concluyen que si bien son escasos los trabajos con enfoque de género, están firmados mayoritariamente por mujeres como primeras autoras. En el material estudiado, la salud de las mujeres sigue circunscribiéndose a la reproducción, por lo que sigue siendo necesario incorporar otros determinantes de salud.²⁰

De igual modo, en el artículo de Prudencia Cerón y colaboradores,⁷ se indagó en revistas científicas mexicanas de importantes instituciones qué tanto se desagregan y se analizan los datos por sexo, y qué tanto se aplica la perspectiva de género. Los resultados muestran que sólo en una tercera parte de los artículos publicados, los resultados se desagregan por sexo, y que en una proporción muy pequeña se analizan con perspectiva de género.⁷

En Estados Unidos, se estudió la distribución por sexo de las autorías en las publicaciones de investigación y se encontró un aumento de 1970 a la fecha en la participación de las mujeres como primeras autoras y editoras. El aumento en esta participación se observó más en pediatría, obstetricia y ginecología y en menor proporción en cirugía, lo cual puede estar reflejando el número de mujeres que entran en esos campos.²¹ Dentro de las posibles explicaciones para los resultados obtenidos, se ha sugerido que la cantidad de mujeres que pueden ser elegidas para ser autoras titulares o editoras es limitada y que estas pocas mujeres que llegan a esos altos niveles académicos se ven rebasadas con actividades académicas, a tal grado que tienen que declinar invitaciones constantemente a costa de su influencia, liderazgo y prestigio potencial, pero es algo que debe explorarse más.

Promoción académica

Otro aspecto interesante en los estudios de salud y género es la promoción académica en el sistema de salud, ya que los hombres tienden a ocupar en su mayoría los puestos directivos, y las jerarquías como la elección de especialidades profesionales están determinadas fuertemente por las relaciones de poder entre hombres y mujeres.^{1,22} Resulta importante conocer la situación ocupacional de los recursos humanos que se encargan de proveer atención. Se ha encontrado que a pesar de que los recursos humanos en el sector salud concentran un mayor número de mujeres que de hombres, la constante es que ellas presenten situaciones de empleo más desfavorables que implican un gran desperdicio de capital humano.²³

160

Hacer el análisis de la discriminación, la segregación y la subordinación de las mujeres en las profesiones de salud y las especialidades médicas es importante, Nonnemaker²⁴ examinó en Estados Unidos la tasa de avance académico de hombres y mujeres entre diferentes cohortes de las facultades de medicina entre los años 1979 y 1997. Su estudio reveló que el número de mujeres que avanzan del rango o nivel de asociadas a profesoras titulares es más bajo de lo esperado. Datos longitudinales de la Asociación Americana de Colegios de Medicina reafirman estos resultados.²¹

Lo anterior sugiere que existen patrones de inequidad en relación con la disposición de recursos, espacio, salario, actividades profesionales fuera de la facultad y posiciones de decisión e influencia.

También se observan diferencias en la elección de carrera o especialidad entre hombres y mujeres pues ellas se dedican más a la enseñanza y a la actividad clínica que a la investigación. Al respecto, se ha sugerido que las mujeres pueden tener prioridades diferentes para lograr mayor equilibrio entre el trabajo y otras metas, aunque algunos estudios recientes sugieren que este balance entre el trabajo y otras actividades es tan importante para los hombres como para las mujeres.^{12,14,21} También se ha propuesto que el periodo más productivo para la carrera de las mujeres ocurre más tarde con respecto a los hombres y que este retraso entra en conflicto con los tiempos tradicionales para obtener la plaza de antigüedad y las promociones, por lo que se han propuesto premios al desarrollo de la trayectoria académica, independientemente del número de años que han transcurrido desde que se terminó la carrera universitaria.²¹

En Estados Unidos, 25% del total de médicos son mujeres y representan 32% del personal de tiempo completo de las facultades de

medicina. Sin embargo, las mujeres siguen estando subrepresentadas en los niveles más altos de la medicina académica, ya que representan 10% de las direcciones de las escuelas de medicina, 11% de las direcciones de los departamentos de éstas y 14% del profesorado de tiempo completo dedicado a la clínica en estas escuelas.²¹

Campos de especialidad

El número de mujeres que se dedican a cirugía general en Estados Unidos ha ido aumentando durante los últimos 30 años, de 3.4% en 1980 a 15.6% en 2007, y mientras que 10% de los residentes de cirugía eran mujeres en 1980, este número ha aumentado a 36% en 2011.²⁵ Sin embargo, el tiempo para lograr cada nivel académico es mayor para las mujeres que para los hombres. Trabajos recientes de Sexton y colaboradores²⁶ demuestran que las percepciones pueden jugar un papel crítico en ese avance, ya que más de la mitad de las mujeres en la facultad de una sola institución perciben que el género todavía importa y limita sus oportunidades de promoción. De hecho, en la especialidad de obstetricia y ginecología donde se observa que las mujeres son 51% del personal académico de la facultad, existen las mismas tendencias que en cirugía. Un resultado interesante es que se considera que la estructura de liderazgo en cirugía es jerárquica y se identifica esta organización jerárquica como barrera potencial para el avance de las mujeres en la medicina académica. Por ejemplo, la Asociación Americana de Cirugía nunca ha tenido una mujer de presidenta y en la actualidad no tiene mujeres como integrantes en su consejo.²⁵ Se propone que tal vez si se cambia la estructura del ambiente de trabajo de cirugía eliminando la jerarquía y poniendo límites al tiempo de los puestos de liderazgo, múltiples factores pueden corregirse, lo que permitiría la eliminación de las disparidades de género.²⁶ Sería interesante y necesario realizar estos estudios para el caso de México.

161

Reflexión final

Incluir el sexo y el género en la investigación en salud es una cuestión ética y de calidad de la ciencia. Cada persona tiene sexo y género, por lo que ambos deben ser incluidos en cualquier investigación en salud que sea completa y relevante. Si bien ha habido progresos,

existen muchos ejemplos de artículos de investigación, libros, presentaciones y otros productos que no hacen esta distinción, por lo que sus resultados son a veces inútiles.

Lentamente pero con gran acierto, se ha visto que la mejor investigación es la que incluye el sexo y el género con el fin de obtener una mayor validez, fiabilidad, generalización e integración.²⁷ Estos cambios lentos y emergentes también se manifiestan en el desarrollo y modificación de las prácticas de financiamiento de la investigación y de las organizaciones, así como en la formulación de políticas. En Canadá, por ejemplo, el análisis del sexo y el género es un elemento necesario en las propuestas de investigación de los institutos canadienses de investigación en salud.²⁸ Este esfuerzo se complementa con el apoyo de una política federal que requiere el análisis de género en la formulación de políticas en todo el gobierno, promulgada en 2000 por *Health Canada*.²⁹ En el ámbito internacional, estas tendencias se ajustan a un compromiso con el análisis de género en los principales organismos internacionales, en particular la Organización Mundial de la Salud.³⁰ En países como Australia y Estados Unidos, se han desarrollado estrategias para orientar la formulación de políticas en materia de género y salud. Por ejemplo, en Estados Unidos se requiere evidencia de atención a las mujeres, niños y minorías en la investigación propuesta a los Institutos Nacionales de Salud³¹ y recientemente en Australia, la estrategia de salud de los hombres se ha desarrollado en paralelo con la actividad estratégica en curso en la salud de las mujeres.

Hay un camino largo y pedregoso para mejorar la investigación, así como para formular políticas y obtener resultados efectivos en materia de género y salud. Para apoyar estos cambios institucionales y de organización, capacitación para el personal y usuarios de la investigación, se han requerido herramientas, cartillas, folletos y libros.²⁹

La investigación en salud con base en el sexo y el género contribuye a mejorar la comprensión de todos los aspectos de la salud, la enfermedad, el tratamiento y el diseño de políticas y sistemas de salud, ya que pretende obtener más conocimiento e información sobre las influencias del sexo y el género en la salud. Para ello, es importante una mayor precisión en la investigación sobre el sexo, el género y la salud, mediante el desarrollo de indicadores y medidas más precisas y complejas del sexo y el género. Esto requiere un compromiso con una amplia gama de disciplinas y de trabajo altamente conceptual y teórico para comprender todos los componentes del género y sus implicaciones en la vida humana. Es necesario pregun-

tar si un conocimiento se aplica por igual y de manera equitativa en todo el espectro de los sexos y los géneros, en una gama de diversidad de cuerpos, prácticas, identidades, edades y lugares, con el fin de que este tipo de preguntas se puedan contestar.

Lo anterior implica voluntad y actitudes abiertas a los cuestionamientos y propuestas que la visión de género hace al quehacer institucional, e implica también impulsar, desde cada área del sistema de salud, una visión diferente de los procesos de salud, enfermedad, atención y de la relación del personal médico con usuarios y usuarias.¹ De esa forma, será posible explorar cómo es que los elementos biológicos y sociales y su interacción pueden ayudar a determinar de qué se enferman mujeres y hombres, sus respuestas a medicamentos, tratamientos y diversas cuestiones relacionadas con la utilización de los servicios de salud; todo ello, con el fin de desarrollar mejores estrategias para el diagnóstico, control, prevención y manejo médico de los padecimientos.

Asimismo, es importante realizar investigación sobre las condiciones en las que las trabajadoras y los trabajadores del sector salud se desarrollan de manera profesional, con el fin de identificar obstáculos para hacer posible la equidad de género en las áreas de servicio, promoción y de investigación del sector salud.⁷

Incluir el género en las políticas de salud implica un desafío en materia de voluntad y disposición de las autoridades, capacidad técnica, capacitación del personal, sistematización de información y disposición de recursos, entre otros aspectos. Supone también denunciar y criticar la construcción histórica de identidades profesionales sexuadas; la existencia de una segregación vertical en las sociedades científicas y en los equipos editoriales de las revistas; la existencia de prácticas androcéntricas en las revistas científicas que se manifiestan en el estilo de firma mediante la inicial del nombre; la inexistencia en las sociedades científicas de datos desagregados por sexo; las dificultades que todo ello supone para las investigaciones cuantitativas aplicando la variable sexo y una perspectiva de género, y la necesidad de fomentar la investigación cualitativa sobre el tema.²²

Un tema importante para desarrollar más este tipo de investigación en salud y género es establecer qué relaciones de poder, de jerarquía o de autoridad se dan dentro de la profesión médica y de la investigación, teniendo en cuenta que existe una tradición de práctica masculina y jerárquica, por lo que es necesario considerar los niveles actuales de participación femenina y los lugares donde se encuentran

los hombres y las mujeres, la identificación de la existencia de conflictos, pactos y rupturas, así como los elementos de continuidad y transformación de estas relaciones, ya que es un tema clave e insuficientemente analizado en México.

Referencias

1. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. México, D.F.: SS-CNEGySR; 2005.
2. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Una mirada de género en la investigación en salud pública en México. México, D.F.: SS-CNEGySR; 2007.
3. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica*. Mayo–jun 2008; v.82 n.3. Madrid. (www.scielosp.org/scielo)
4. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M, Do C. Género, desigualdades y salud pública: Conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*. 2000(14 supl);3:60–71.
5. Pérez–Gil RSE, Ravelo–Blancas P. Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México. CIESAS. México: Miguel Angel Porrúa; 2004.
6. Valls–Llobet C. Mujeres, salud y poder. Cátedra, España; 2009.
7. Cerón–Mireles P, Robledo–Vera C, Sánchez–Carrillo C, Del Río–Zolezzi A, Pedrosa–Islas L, Reyes–Zapata H, et al. Análisis de género e investigación en salud. En: Una mirada de género en la investigación en salud pública en México. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, 2007: pp. 33–46.
8. Cardaci D. Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer. *Salud colectiva*. 2006; Buenos Aires, 2 (1) :pp. 21–34.
9. Poblano O, et al. Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana. En: Una mirada de género en la investigación en salud pública en México. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, 2007: p. 60–9.
10. Ruiz–Cantero MT, Verdú–Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*. 2004; v.18 supl.1, Barcelona mayo 2004. (scielo.isciii.es/scielo.php)
11. UNESCO. Indicadores terciarios <http://www.uis.unesco.org/publications/GED2009>
12. Blazquez–Graf N, Bustos–Romero O. Saber y poder. Testimonios de directoras de la UNAM. México: CEIICH, UNAM. 2013.

13. UNAM. Agenda Estadística 2013. Disponible en: <http://www.estadistica.unam.mx/agenda/agendas/2013/> (Consultado en agosto de 2013).
14. Rodríguez de Romo AC. Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica. *Gaceta Médica de México*. 2008; Vol. 144 No. 3: pp: 265–70.
15. Conacyt. www.foroconsultivo.org.mx (consulta de 2013).
16. Blazquez–Graf N. El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia. CEIICH, UNAM. México, 2008.
17. Blazquez–Graf N. La segregación de las mujeres en las ciencias de la salud. *Ciencia Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*. 2012. México. Vol 63, No. 3: pp. 72–8.
18. Inauguración del 150 Aniversario de la Academia Nacional de Medicina de México. Palabras del Presidente de esta Academia, doctor Enrique Ruelas Barajas: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_237–240.pdf
19. Anzures–López ME. La Academia Nacional de Medicina. Espejo de la vida de un país. *Gaceta Médica de México*. 2005 julio-agosto; v. 141 n. 4.
20. Castaño–López E, Plazaola–Castaño J, Bolívar–Muñoz J, Ruiz–Pérez I. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990–2005). *Rev Esp Salud Pública*. 2006 noviembre–diciembre; v. 80 n.6. Madrid. (www.scielosp.org/scielo)
21. Jagzi R, Guancial EA, Worobey C, Henault LE, Chang Y, Starr R, et Tal. The gender gap in authorship of Academic Medical Literature. A 35 Year Perspective. *N Engl J Med*. 2006;355:281–7. (DOI: 10.1056/NEJMsao53910).
22. Ortiz–Gómez T, Birriel–Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública”. *Gac Sanit*. 2004 mayo; V. 18 (supl. 1). Barcelona. (scielo.isciii.es/pdf/gsv18s1/05profesiones)
23. Nigenda G, Ruiz A. Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género. En: Una mirada de género en la investigación en salud pública en México. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, 2007: pp. 48–56.
24. Nonnemaker L. Women physicians in Academic Medicine. New insights from cohort studies. *N Engl J Med*. Febrero 10 de 2000;342:399–405. (DOI: 10.1056/NEJM200002103420606).
25. Cochran A, Freischlag JA, Numann P. Women, surgery, and leadership. Where we have been, Where we are, Where we are going. *JAMA Surg*. April 2013; 148(4):312–3.
26. Sexton K, Hocking K, Wise E, Osgood M, Cheung–Flynn J, Komalavilas P, et al. Women in Academic Surgery: The pipeline is busted”. *J Surg Educ*. Jan–Feb 2012;69(1):84–90. (doi: 10.1016/j.jsurg.2011.07.008).
27. Greaves L. Why put gender and sex into health research? En: Oliffe J, Greaves L (ed). *Designing and conducting gender, sex and health research*. SAGE. 2012: pp. 3–14. (www.sagepub.com/upm-data/40427_Chapter1.pdf).

28. Spitzer D. Gender and sex-based analysis in health research: a guide for CIHR researchers and reviewers. Ottawa, ON, Canada: Canadian Institutes of Health Research. 2006. ([www.iph.uottawa.ca.pdf](http://www.iph.uottawa.ca/pdf)).
29. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2012. Chapter 4: Incorporating sex and gender into health interventions: pp 51–87 (www.publichealth.gc.ca/pdf).
30. World Health Organization. (2002). Integrating gender perspectives in the work of WHO: WHO gender policy. Retrieved December 11, 2010. (<http://www.who.int/gender/documents/engpolicy.pdf>)
31. National Institutes of Health. (1993). NIH Revitalization Act of 1993: Public Law 103–43. ([history.nih.gov/research/downloads/PL103–43.pdf](http://history.nih.gov/research/downloads/PL103-43.pdf)).

Introducción^a

167

Cuando se abordan temas de ética en un libro cuyo título es *La mujer y la salud en México*, por fuerza nos acercamos a uno de los problemas más graves de la actualidad: el ideal de una distribución justa de los recursos para la protección de la salud no se cumple; por si esto fuera poco, en el caso de las mujeres, la realidad muestra que la situación es peor, es decir, reciben menos recursos, en comparación con los que se otorgan a los hombres. Numerosos estudios corroboran este dato.

Es un hecho que hay diferencias entre mujeres y hombres, pero vale la pena destacar dos maneras de enfocarlas. Por una parte, a veces cuando hablamos de las diferencias entre los sexos, nos referimos meramente a características biológicas, como los cromosomas, los órganos sexuales internos y externos, la distribución de las hormonas y los caracteres sexuales secundarios.¹ Sin embargo, existen también las diferencias del género que, más que remitir a rasgos biológicos, atañen a la forma en que se conceptualiza a la mujer o al hombre en las sociedades en que vivimos. El género se relaciona con maneras de percibir a los seres humanos, las cuales guardan cierta correspondencia con la organización de la sociedad de la que forman parte.² Ahora bien, desde ambos puntos de vista, las mujeres sufren marginación y discriminación, lo que las coloca, en consecuencia, entre los grupos con menos ventajas de la sociedad.

En lo biológico, un buen número de mujeres carecen, por ejemplo, de los servicios de salud necesarios durante el embarazo, desde la etapa del cuidado prenatal hasta el parto, y también durante la lactancia. Hasta la fecha no existen mecanismos que garanticen el

^aAgradezco a Laura Manríquez sus comentarios al texto y a Carlos Pereda la ilustrativa discusión sobre el respeto y la dignidad.

acceso efectivo de toda la población femenina a los servicios de salud. Lo mismo sucede con enfermedades que suelen afectar el funcionamiento biológico de la mujer, por ejemplo, el cáncer de seno, que no sólo continúa siendo uno de los principales problemas de salud que padece la población femenina, sino que su comportamiento muestra una tendencia al alza en el número de defunciones que ocasiona.³

Existe, además, otra amenaza real para la salud de la mujer: el cáncer cervicouterino. En la actualidad, se sabe que este tipo de cáncer está vinculado con la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y, como tal, se incluye entre las secuelas de las infecciones adquiridas por transmisión sexual. Aunque en los últimos años se ha mostrado una baja sensible en el número de casos relativos a esta infección, el contagio a edades tempranas así como el diagnóstico tardío dificultan su atención.⁴

Otro problema frecuente radica en el enfoque que se concede a la protección de la salud de la mujer, pues suele considerarse principalmente la salud reproductiva y dejarse al margen, entre otros, la atención a problemas sanitarios propios de otras fases del ciclo vital, como la infancia y la vejez, y otros trastornos que no corresponden a esa esfera.

Desde el punto de vista del género, se aprecian también varios factores que repercuten en la percepción y valoración que se tiene de la mujer, en la igualdad de género, entre ellos: una imagen centrada en la función reproductiva (se ve a las mujeres sobre todo como productoras y cuidadoras de hijos o como objetos sexuales) y la discriminación laboral, que se manifiesta en salarios por lo general más bajos y condiciones de protección de la salud mínimas o inferiores, en comparación con los hombres. Tampoco se puede ignorar la violencia que sufren las mujeres, no sólo en el hogar, sino también fuera de él. Lo que estos fenómenos muestran es una percepción disminuida de la mujer que la presenta con una dignidad carente o mermada. Por ello, como se ve en este texto, la consideración ética de la mujer cumple un papel esencial en la superación de los problemas que la afectan.

Al hablar de la mujer, la salud y la ética, no debemos olvidar que los problemas antes señalados se acentúan cuando las mujeres viven en un estado de pobreza. En tales casos, la desigualdad se manifiesta de dos formas: 1) en el seno de las familias pobres, las mujeres tienen menos acceso a los recursos en la distribución de los bienes; y 2) las familias en que las mujeres son jefas del hogar

se encuentran en peores condiciones. Como lo afirman José Gómez de León y Susan Parker: “La pobreza de las jefas del hogar ha tomado relevancia mundial con la llamada ‘feminización de la pobreza’”. En muchos países se han encontrado evidencias de que las probabilidades de vivir en condiciones de pobreza son más altas en los hogares cuyos jefes de familia son mujeres que en aquellos encabezados por hombres. Estos niveles más altos de pobreza se explican porque, en esos hogares, las mujeres deben ocuparse tanto de proveer los ingresos para la familia, como de los quehaceres domésticos. Esto se agudiza por el hecho de que, en general, las mujeres perciben menores ingresos en el mercado laboral, ya sea por discriminación o por contar con menor experiencia o menos años de escolaridad, lo que reclama mayores esfuerzos de su parte para el sostenimiento de su familia.⁵

Los problemas que existen tanto en los aspectos biológicos como de género han sido estudiados y corroborados por especialistas en la materia que colaboran en este libro. Los menciono como ejemplo de la importancia que cobra la ética en el análisis de la situación de la mujer. En el siguiente apartado de este texto, me refiero a los conceptos de igualdad, respeto y dignidad, que son parte fundamental del tratamiento ético de la mujer y los asuntos que le conciernen.

La igualdad

Uno de los objetivos principales en el tema de la mujer, tanto en el aspecto biológico como en el de género, es la igualdad en términos de protección a la salud. El problema de la igualdad representa uno de los mayores retos para la consideración ética que merecen las mujeres.

Hay un sinnúmero de tesis que discuten acerca de qué es lo relevante cuando se habla de igualdad, es decir, qué es lo que debe igualarse. El término *igualdad* ha empezado a adquirir sentido como expresión constitucional, es decir, como una expresión que afirma una relación con las leyes. Todos los ciudadanos, hombres y mujeres, deben tener los mismos derechos y obligaciones. Sin embargo, los estudiosos del problema de la igualdad se han percatado de que, además de la ley, es necesario insistir en la igualdad económica, pues ésta influye de manera importante en las exigencias de la igualdad constitucional. La igualdad legal y la económica constituyen lo que se ha denominado *igualdad sustantiva*.

Quizá uno de los enfoques más interesantes de la igualdad se encuentra en la obra de John Roemer, quien se refiere a la igualdad de oportunidades y cuyas ideas son muy útiles para examinar el problema de la igualdad en la distribución de recursos para proteger la salud de la mujer.⁶ Él propone dos principios de la igualdad de oportunidades con los que solemos toparnos en las democracias occidentales. Al primero lo llama *nivelación del campo de juego*, que consiste en propiciar que la mayor parte de los ciudadanos de una nación estén en condiciones de competir para obtener ciertas posiciones, bienes o servicios. El segundo pone de relieve las políticas contra la discriminación y plantea que, en la competencia por la obtención de ciertas posiciones, bienes o servicios en una sociedad, todos los individuos que posean atributos relevantes puedan optar por ellos. Según este segundo principio, la posibilidad de las mujeres de ocupar una posición debe juzgarse sólo por los atributos relevantes. Un ejemplo del primer principio son las políticas de protección a la salud ideadas para compensar a mujeres que han vivido en condiciones de desventaja social. Como suele considerarse que el ingreso familiar depende de los hombres, las mujeres carecen de la atención que necesitan. Un ejemplo del segundo principio sería que el género no se tome en cuenta para obtener u otorgar una posición, un bien o un servicio.

El principio no discriminatorio puede derivarse de la “nivelación del campo de juego”, ya que, cuando hay discriminación, aumenta la probabilidad de que las mujeres discriminadas carezcan de servicios de protección de la salud. Según Roemer, cualquier teórico que defienda la igualdad de oportunidades sostendrá que las mujeres deben ser responsables de las ventajas que pueden adquirir, por ejemplo, la protección de la salud. Por esta razón, en el principio de igualdad de oportunidades existe un *antes* y un *después*.⁷ El *antes* atañe al hecho de nivelar el campo de juego; es decir, en la medida de lo posible se deben reducir las desigualdades iniciales en el acceso a la protección de la salud. Una vez hecho esto, las mujeres estarán en mejores condiciones para ocupar cargos y llegar a posiciones más favorables. Así, el propósito de una política de igualdad de oportunidades es, en primer lugar, elevar el campo de juego; es decir, lograr que las ventajas lleguen a la parte de la población que se encuentra debajo del nivel deseado, como es el caso de las mujeres.

Ahora bien, para elevar el nivel del campo de juego, es necesario distinguir aquellas circunstancias propias de las mujeres que —aunque no dependen de ellas— sí pueden afectar sus posibilidades de competir por posiciones, bienes y servicios. Por ejemplo, puede

afirmarse que la salud es una condición para tener acceso a mejores puestos en el mercado de trabajo; sin embargo, la igualdad de oportunidades no presupone otorgar la misma cantidad de recursos a todas las mujeres. Garantizar un financiamiento igualitario per cápita para la salud no es suficiente para garantizar su protección. Hay factores que inciden en las circunstancias de vida de las mujeres y, en algunos casos, son muy desfavorables y tal vez escapan a su control; ejemplo de ello son la herencia genética, el ambiente familiar, la cultura y el medio social. Esos factores generan ciertas condiciones de vida que, como se ha visto, afectan de manera decisiva las oportunidades para la mujer.

Una vez que se haya logrado igualar el campo de juego y se hayan atendido las desigualdades que no dependen de las elecciones de las mujeres, entra en acción el *después* de la protección de la salud, es decir, el esfuerzo que hacen para transformar los recursos que reciben en elementos que les abran la posibilidad de tener posiciones y oportunidades semejantes a las de los hombres.

Roemer propone establecer una diferenciación en las sociedades según lo que él llama *tipos*. Estos tipos poseen ciertas características; por ejemplo, las mujeres pertenecerían a un tipo social. Una política de igualdad de oportunidades tendrá que elevar primero el nivel del campo de juego de quienes conforman algún tipo social especial. En el caso al que nos referimos en este trabajo, el tipo especial son las mujeres. Esta perspectiva de la igualdad tiene por objeto focalizar los problemas de las mujeres, tanto biológicos como de género, con el fin de intentar igualar el campo de juego con respecto al de los hombres.

Teniendo como fondo el problema de la igualdad, podemos detectar, por lo menos, tres argumentos para que una política social busque influir en la situación de desigualdad que enfrenta la mujer. El primero prevé la importancia de los apoyos a las mujeres en reconocimiento a la situación de exclusión y marginación que histórica y culturalmente han afrontado. Con esto se pretende reducir la desigualdad de género. Este argumento es propiamente compensatorio y procede conforme al razonamiento siguiente: una política social tiene la obligación de reducir la desigualdad por haberla permitido en el pasado. En este sentido, permitir se relaciona con la noción de “dejar que algo suceda”, es decir, con la idea de remover un obstáculo que está impidiendo el desarrollo de una serie de sucesos. Los obstáculos pueden ser físicos, culturales, sociales e históricos. Este argumento, que se basa en una situación de injusticias cometidas

contra las mujeres en el pasado, es contrario al de Jon Elster, quien sostiene que los mecanismos de distribución deben ser “presentistas”, es decir, deben aplicarse a injusticias que se dan de manera exclusiva en el presente.⁸ Por su parte, el elemento presentista tendría por objeto identificar los tipos menos favorecidos en los servicios de protección a la salud, tal y como se encuentran en la actualidad. Según la tesis presentista, las políticas de protección a la salud para las mujeres no deben ser exclusivamente compensatorias sino también focalizadas. Las dos clases de tesis servirán para mejorar el estado de salud biológica y la situación de género de la mujer.

El segundo argumento se relaciona con las consecuencias, es decir, con el beneficio que causará en las familias y en la sociedad en general mejorar la situación de la mujer. Por ejemplo, se ha constatado que cuanto mayor sea la escolaridad de las madres, menor será el número de hijos, lo que permite, entre otras cosas, una mejor atención a la salud de todos. La escuela brinda a las mujeres elementos e instrumentos que las preparan para decidir libre y conscientemente sobre sus derechos reproductivos. Uno de los factores esenciales para reducir la situación de desigualdad que afrontan las mujeres en la actualidad es la protección de la salud, pues ofrece mayores posibilidades de incorporarse a la vida social, política y económica del país. Además de ser un derecho constitucional, la salud es una necesidad básica y su conservación contribuye al desarrollo óptimo del ser humano. Una persona saludable tendrá mayores probabilidades de contar con las capacidades necesarias para una vida productiva y una actividad bien remunerada.

El término adecuado para designar dichas políticas, como lo vimos antes, es *igualdad de oportunidades*. Por ejemplo, la salud y la educación propician un mejor desempeño en todas las actividades, tanto en el ámbito cotidiano como en el laboral. Un buen estado de salud tiene repercusiones sustanciales, pues, entre otros, contribuye a reducir la desigualdad en general, y en particular la que afecta a la mujer. Contar con la información y los conocimientos pertinentes le abre el camino a un mejor aprovechamiento de los recursos y servicios a su alcance y a continuar con una vida saludable para sí misma y para su familia. Quizás uno de los principales beneficios de la buena salud es que evita que causas ajenas determinen las elecciones de las mujeres. Cuantas más posibilidades tenga una mujer de ver con objetividad su situación inmediata, más oportunidades tendrá de cambiarla. Al abrir más caminos para la superación personal, tanto la educación como la buena salud promueven el ejercicio de la libertad y tienden a reducir las desigualdades de género.

Ahora bien, en México, por ejemplo, un problema real es el aumento considerable en la demanda de servicios de salud y de matrícula escolar. Esto ha propiciado que la oferta de médicos y de escuelas sea insuficiente. Por esta razón, se podría pensar en la necesidad de elevar también el *campo de juego* de un tipo especial: el de los maestros y los médicos que atienden a las comunidades rurales. En muchas ocasiones, las circunstancias —p. ej., el lugar donde se sitúan las escuelas y las clínicas— dificultan el trabajo de los especialistas e impiden el óptimo ejercicio de sus labores.

El tercer argumento, que es también el más importante, se refiere al cumplimiento de los artículos 1° y 4° de la *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos*. El artículo 1° afirma:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

*“Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.*⁹

Por su parte, el artículo 4° estipula:

*“El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia”.*¹⁰

Es pertinente mencionar que para fomentar el cumplimiento del artículo 4° de la Constitución es indispensable valorar tanto los derechos políticos y civiles, como los de índole económica y social. En el caso particular que nos ocupa, los primeros se refieren a la obligación que el Estado y los demás ciudadanos tienen de no coar-

tar las libertades de las mujeres; se incluye el castigo a la violencia, pero también a otras formas de coerción, por ejemplo, para obligarlas a realizar actividades contra su voluntad. Dentro de estos derechos políticos y civiles, se encuentran los de protección contra la violencia física o psicológica.

Los derechos económicos y sociales, por su parte, se relacionan con las acciones que no sólo prohíben los medios necesarios para el desarrollo de ciertas capacidades. No basta permitir la libertad de expresión de las mujeres o protegerlas de situaciones violentas y agresiones; una política que atienda a las mujeres debe promover su capacidad para ejercer dicha libertad, y proporcionarles los medios necesarios para ello. El ejercicio de la libertad permite el reconocimiento de la dignidad y del respeto. Veamos a continuación cómo se caracterizaría lo que entendemos por *dignidad* de las personas en general y de las mujeres en particular.

La dignidad

El concepto de dignidad, en filosofía, tiene su origen en el pensamiento kantiano. Dos ideas de Kant permiten comprender la idea del respeto que merecen todos los seres humanos: el concepto de autonomía y el de tratar a las personas como fines y no sólo como medios, que aparece en la segunda formulación del imperativo categórico. Kant definió la autonomía como la facultad que tiene la voluntad de ser ella misma su ley y, según él, así entendida, es el principio supremo de la moralidad, en la medida en que es la condición de posibilidad de un imperativo categórico. Kant dice:

“La autonomía de la voluntad es la constitución de la voluntad, por medio de la cual esta es una ley para sí misma. El principio de la autonomía es, pues: elegir de tal forma que las máximas de la elección sean al mismo tiempo concebidas como ley universal.”¹¹

Parte de la obra moral de Kant tiene por objeto mostrar la legitimidad de atribuir autonomía a la voluntad de todos los agentes racionales. Y la autonomía se expresa en la capacidad que tienen éstos de establecer leyes que ellos mismos obedecerán. En este sentido, es la condición de posibilidad de la libertad.

En relación con la idea de tratar a las personas como fines, y no como medios, en la *Cimentación para la metafísica de las costumbres*, Kant sostiene:

*“El hombre y, en general, todo ser racional existe como fin en sí mismo, no meramente como medio para uso caprichoso de esta o aquella voluntad, sino que debe ser considerado al mismo tiempo como fin en todas las acciones señaladas tanto a él como a todo ser racional [...]. Los seres racionales se denominan personas, porque ya su naturaleza los señala como fines en sí mismos, e.d., como algo que no debe ser usado como simple medio, y con ello limita toda arbitrariedad (y es un objeto de respeto). Éstos no son, pues, fines subjetivos, e.d., cosas cuyo ser es fin en sí mismo y ciertamente un fin tal que en su lugar no puede ponerse ningún otro fin a cuyo servicio tuvieran que estar como meros medios, ya que sin esto no se encontraría nada de valor absoluto; si todo valor fuera condicionado, y por lo tanto casual, no podría encontrarse ningún principio práctico supremo para la razón”.*¹²

Para Kant, la naturaleza racional es un fin en sí mismo y no hay argumentos que justifiquen tratarla exclusivamente como medio para que otros seres racionales alcancen sus fines. En esa misma obra, Kant afirma que el imperativo práctico debe ser el siguiente:

*“Obra de modo que en cada caso te valgas de la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de otro, como fin, nunca sólo como medio”.*¹³

Según Kant, el concepto de ser racional que debe considerarse como legislador universal y que puede juzgarse a sí mismo y enjuiciar sus actos conduce al concepto de reino de los fines. El reino de los fines constituye la unión sistemática de los seres racionales mediante leyes comunes.¹⁴

De las afirmaciones de Kant podemos extraer tres lecciones. De entrada, considerar a las mujeres sólo en su función de reproducción o exclusivamente como objetos sexuales equivale a tratarlas como medios y no como fines. En segundo lugar, tratar a las mujeres como seres racionales equivale a considerarlas como iguales en un sentido sustantivo; como lo señalamos antes en relación con lo que plantea Roemer, esto supone elevar su “campo de juego” para que puedan obtener las mismas oportunidades que los hombres. En tercero, ver a la mujer como fin en sí mismo significa que se valore como poseedora de una cualidad inherente que es la dignidad y que la haga valer frente a los otros.

Recientemente, Thomas Pogge sostuvo:

*“La dignidad no es algo que exista de manera independiente, sino un atributo (por ejemplo, de los seres humanos)”.*¹⁵

Según él, es necesario entender que la dignidad tiene dos significados distintos: por una parte, se afirma que cada ser humano tiene una dignidad inherente, inalienable e igual para todos; por otra, se sostiene que, en ciertas ocasiones, más de las que imaginamos, la dignidad de los seres humanos es precaria y por ello necesita protección social, especialmente para garantizar su educación y la protección de su salud. Por desgracia, un buen número de estudios sobre la salud de las mujeres concluyen que éstas carecen de dignidad tanto en el primer sentido como en el segundo. Muchas mujeres, sobre todo aquellas que viven en estado de pobreza, no se consideran con una dignidad inherente. Como comentan Östlin, George y Sen,

*“es importante destacar que en las comunidades pobres y rurales, la carga de trabajo de la mujer es tan pesada que el umbral social de la enfermedad termina siendo muy alto. El resultado de ello es que, en esas sociedades, las mujeres padecen de mucho dolor sin admitirlo y no reconocen estar enfermas para poder seguir trabajando”.*¹⁶

Asimismo, los responsables de diseñar las políticas públicas suelen olvidarse de que las mujeres tienen dignidad y, por lo tanto, entre las prioridades no incluyen diseñar o proponer las políticas públicas que les brinden protección y atención en caso de enfermedad, discapacidad o carga de trabajo excesiva.

Ahora bien, Pogge sugiere que la dignidad es alienable y posiblemente desigual: quienes tienen dignidad pueden ver disminuidas las condiciones previas indispensables para mantenerla y, como consecuencia, perderla. Si esto sucede, las personas no serán entonces “iguales en dignidad” a aquellas que la conservan.¹⁷ Para recapitular, Pogge afirma:

*“[...] sostener que cada ser humano tiene dignidad en el primer sentido es afirmar (a) que él/ella tiene el potencial para la dignidad en el segundo sentido y (b) que el hacer efectivo ese potencial (una vida con dignidad) es de gran importancia moral. Un ser humano puede llevar una vida así sólo si él/ella tiene el acceso asegurado a ciertas condiciones esenciales, es decir, sólo si sus derechos humanos se han hecho efectivos. Por lo tanto es de gran importancia moral asegurar dicho acceso efectivo. Cuando un derecho humano se cumple para todos, podemos decir que se encuentra plenamente efectivo (en el ámbito mundial o dentro de cierta jurisdicción)”.*¹⁸

Por último, la idea de dignidad en sus dos aspectos significa que las mujeres deben gozar de autonomía, es decir, tener la capacidad de proponerse planes de vida y buscar los medios para alcanzarlos. Para ello, es necesario el respeto a los derechos establecidos en

las leyes constitucionales y en los tratados internacionales. Así, es menester contar con instituciones que garanticen la existencia de mecanismos para hacer valer los derechos cuando no se cumpla con ellos, y para sancionar a las instituciones responsables. Negar a las mujeres un trato digno y los derechos que se derivan de ello es despojarlas de una cualidad que les es inherente. Ahora bien, no sólo es necesario hablar de la cualidad inherente de las personas, también debemos poner énfasis en el respeto que se merecen.

El respeto

La dignidad supone un trato respetuoso. A este rasgo definitorio de la dignidad de las personas le corresponde una actitud: el respeto de los demás. El concepto de respeto es fundamental cuando lo que está en juego es un tratamiento ético a la condición de la mujer. Varios autores han estudiado el respeto que merecen las personas en general y en este trabajo lo aplicamos a las mujeres, tanto en lo que atañe a los aspectos biológicos, como a los de género. Por ejemplo, John Rawls ha definido el respeto como aquello que todos los seres humanos deben tener:

177

“Las bases sociales del respeto por sí mismo son aquellos aspectos de las instituciones básicas que normalmente son esenciales para que los ciudadanos tengan un sentido vivo de su propio valor como personas morales y sean capaces de realizar sus intereses de orden supremo y promover sus fines con confianza en sí mismos.”¹⁹

También sostiene:

“[P]odemos definir el respeto propio (o la autoestima) en dos aspectos. En primer lugar, incluye el sentimiento en una persona de su propio valor, su firme convicción de que vale la pena realizar su concepción del bien, su proyecto de vida. En segundo lugar, el respeto por uno mismo implica confianza en la propia capacidad, en la medida en que la ejecución de nuestros planes de vida dependerá de nuestras propias facultades, de nuestras intenciones. Cuando creemos que nuestros proyectos son de escaso valor, difícilmente podemos seguirlos con placer o disfrutar de su ejecución. Atormentados por el fracaso y por la falta de confianza en nosotros mismos, tampoco podemos llevar adelante aquello por lo que nos esforzamos.”²⁰

Powers y Faden también han examinado la dimensión del respeto y están de acuerdo con Rawls en que esa actitud es un elemento esencial del bienestar humano; coinciden, por lo tanto, en que es

una preocupación fundamentalmente ética. El respeto a los demás supone la capacidad de ver y tratar a las mujeres como seres con dignidad. También exige que las veamos como fuentes independientes del valor moral. De ello se deriva la importancia del respeto.

Powers y Faden relacionan la idea de respeto con la de bienestar, la cual comprende, en primera instancia, el buen estado de salud, pero también la seguridad personal, el razonamiento, el compromiso y la autodeterminación, entendida esta última como la capacidad de proponerse fines y buscar los medios para alcanzarlos. Cuando no hay respeto, la persona no puede lograr un estado de bienestar ni los elementos antes señalados.²¹ En el caso de las mujeres, esto lamentablemente sucede con cierta frecuencia.

Ahora bien, Powers y Faden hacen una distinción de especial pertinencia en cuanto al respeto propio y al respeto de los demás. El respeto propio implica la capacidad de un individuo de verse a sí mismo como un ser igual a los demás desde el punto de vista moral, y como fuente independiente de exigencias morales basadas en la dignidad. El respeto es importante para la idea del bienestar humano, pues una vida que carece de él tiene una deficiencia en bienestar. El respeto de los demás consiste en que los otros vean, en este caso a las mujeres, como poseedoras de dignidad. Estos dos elementos del respeto se combinan y la falta de respeto de los hombres, de las instituciones y de la sociedad en general hacia las mujeres suele contribuir a que éstas carezcan de respeto por sí mismas.

Powers y Faden consideran que la falta de respeto incide en una dimensión del bienestar que puede ser interna o externa. En el plano externo se relaciona con la violencia, por eso se refieren a la seguridad personal; mientras que la interna tiene que ver con el trato discriminatorio por pertenecer, por ejemplo, a un grupo vulnerable, en este caso el género femenino. Como ya se dijo, el género abarca la manera en que los demás ven a las personas en una sociedad determinada, por su condición de ser mujeres u hombres. La falta de respeto conduce muchas veces a un estado de humillación, que daña profundamente la idea de igualdad de los seres humanos.

Ronald Dworkin considera que existe un reconocimiento a los derechos de las personas, en este caso de las mujeres, cuando se las trata con igual consideración y respeto.²² El respeto, como aquí he insistido, constituye uno de los elementos indispensables del bienestar. Una concepción ética de las mujeres por fuerza tiene que tomar en cuenta el respeto que ellas deben tener por sí mismas, como el respeto con el que los demás deben considerarlas.

Conclusiones

Podemos concluir que existe la conciencia de que la mujer debe ser tratada con igual dignidad y respeto. Las ideas sobre la especificidad de las políticas públicas en defensa de las mujeres se plasmaron en el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo en 1994, que, en su capítulo IV, apartado 4.8, manifiesta:

“Los gobiernos, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales deberían velar por que sus políticas y prácticas de personal se ajusten al principio de la representación equitativa de ambos sexos, especialmente a los niveles de gestión y formulación de políticas, en todos los programas, incluidos los programas de población y desarrollo. Se deberían elaborar procedimientos e indicadores especiales a fin de analizar los programas de desarrollo desde el punto de vista de sus efectos sobre uno y otro sexo y valorar la repercusión de esos programas en la condición social, económica y sanitaria de la mujer, y en su acceso a los recursos”.²³

179

Sin embargo, por desgracia, esas políticas no siempre han sido prioritarias.

La enfermedad y la discapacidad impiden el desarrollo pleno de las mujeres. Cuando una mujer está incapacitada o enferma, su potencial para lograr el reconocimiento de su dignidad y del respeto que merecen se reduce de manera drástica. Por ello, los países que no toman en cuenta propuestas de políticas en favor de las mujeres, sobre todo en materia de salud, están negando una condición ética necesaria para el desarrollo social. Negarles a las mujeres la igualdad sustantiva, la dignidad y el respeto que merecen es quitarles la calidad de fines que les corresponde para verlas exclusivamente como medios. Evitar que esto suceda es la función de una teoría ética que se dedique a buscar y lograr el bienestar de las mujeres.

Referencias

1. Cfr. Piroška Östlin, Asha George, Gita Sen. Gender, health, and equity. The intersections, p. 133.
2. Cfr. *ibídem*.
3. Cfr. Rosario Cárdenas. La salud de las mujeres en México.
4. Cfr. *ibídem*.
5. José Gómez de León, Susan Parker. Bienestar y jefatura femenina en los hogares mexicanos, p. 11.

6. *Cfr.* John Roemer. Equality of opportunity.
7. *Cfr. ibídem*, p. 2.
8. *Cfr.* Jon Elster. Local justice. Cambridge: Cambridge University Press; 1992: p. 195.
9. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
10. *Íbidem*.
11. Immanuel Kant. Cimentación para la metafísica de las costumbres, p. 127.
12. *Íbidem*, p. 111.
13. *Ibid.*
14. *Cfr. ibíd.*, p. 117.
15. Thomas Pogge. Dignidad y justicia global, p. 3.
16. Piroška Östlin, Asha George, Gita Sen, *op. cit.*, p. 140.
17. Thomas Pogge, *op. cit.*, p. 4.
18. *Ibid.*, p. 5.
19. John Rawls. Unidad social y bienes primarios, p. 193.
20. John Rawls. A theory of justice, p. 440.
21. *Cfr.* Madison Powers, Ruth Faden. Social justice. The moral foundations of public health, and health policy, p. 23.
22. *Cfr.* Ronald Dworkin. Taking rights seriously, p. 273.
23. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, p. 14.

LOS PARADIGMAS DE LA ATENCIÓN

IV

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA SALUD

María Beatriz Duarte Gómez

12

*..todos y todas somos potencialmente
personas cuidadoras y personas
necesitadas de cuidado.*

Ibarretxe, 2013

183

Introducción

El cuidado de la salud de la familia ha estado tradicionalmente a cargo de la mujer, por razones de género que han naturalizado esta función social, asumiendo que debe priorizar el interés de los otros sobre el suyo y que su disponibilidad es permanente e incuestionable. A pesar de los avances que se han producido en las últimas décadas en la posición social de la mujer y su empoderamiento, principalmente en los países occidentales, esta asignación social sigue siendo hegemónica en todos los ámbitos de la sociedad: personal (en mujeres y hombres), familiar e institucional.

El tema del cuidado domiciliario de la salud ha ido adquiriendo importancia nacional e internacional por varias razones: a) por el incremento creciente de personas que necesitan cuidados de salud en el hogar, principalmente debido al aumento de población adulta mayor y, por consiguiente, de las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones; b) porque constituye un asunto de equidad de género, que reclama tanto la visibilización y cuantificación del trabajo no remunerado, como la participación del Estado en la garantía del derecho a la salud y al bienestar, no sólo de quienes requieren de cuidados, sino también de aquellos que los brindan; c) por la disminución de miembros de la familia con disponibilidad de cuidar, dados los cambios sociodemográficos, como la reducción del tamaño de las familias, la movilidad familiar, la incorporación de la

mujer a las actividades laborales y académicas, y d) por las reformas en los sistemas de salud (altas tempranas, cirugías ambulatorias, corresponsabilidad familiar en el cuidado intrahospitalario y domiciliario), que con argumentos médicos y económicos aumentan la carga de las familias (Carrasco, 2004; Nigenda, 2007; Valle, 2003; Secretaría de Salud, 2006).^a

En sociedades utilitaristas, el cuidado de personas consideradas económicamente improductivas, como adultos mayores y discapacitados, es visto como un gasto que disminuye las ganancias y, por lo tanto, no es prioritario, lo cual se refleja en la distribución de los presupuestos hacia los grupos productivos o potencialmente productivos.^b Sin embargo, en sociedades donde el desarrollo humano es tan importante como el desarrollo económico, existen estrategias para lograr la equidad de género y garantizar el derecho al bienestar de las personas que requieren cuidados y de aquellas que los brindan.

Para hablar de atención domiciliaria de la salud, partiremos de tres principios, a saber:

- *Sólo una persona sana puede brindar cuidados adecuados a otra (DISCAPANET, 2013; Secretaría de Salud, 2006)*
- *El cuidado de otros no puede comprometer el bienestar de quien lo realiza*
- *El cuidado es una responsabilidad social compartida (Estado, comunidad y familia) y un derecho que se debe garantizar por medio de políticas públicas*

Nos referiremos a la atención domiciliaria de personas que requieren cuidados de salud, brindados por cuidadoras(es) informales (en general, mujeres familiares sin remuneración), sus características, sus implicaciones y los retos para la sociedad y el Estado; estos retos se relacionan con las políticas que garanticen los derechos de unos y otros (cuidadores y cuidados) y con la toma de conciencia sobre la necesidad de la democratización social y familiar del cuidado y la corresponsabilidad en el bienestar colectivo (Carrasco, 2004). Una vez caracterizado el problema del cuidado domiciliario de salud como una cuestión de inequidad de género, describiremos las políticas y estrategias nacionales e internacionales desarrolladas

^a Secretaría de Salud, 2006. Dirección de Equidad de Género. Propuesta de atención domiciliaria con enfoque de género para el desarrollo del MIDAS. Pensando en quienes cuidan. México: material no publicado.

^b Secretaría de Salud, 2006. Dirección de Equidad de Género.

sobre el tema y plantearemos algunas conclusiones y retos para el contexto mexicano.

El problema

Existe, en los ámbitos internacional y nacional, un aumento en el interés por medir el trabajo doméstico no remunerado, incluido el tiempo dedicado al cuidado de menores de edad y de personas con discapacidad.

En México se han realizado dos encuestas sobre el uso del tiempo libre (ENUT), cuyo objetivo es proporcionar información estadística sobre el tiempo que los miembros del hogar —varones y mujeres de 12 años y mayores— dedican a las actividades que realizan en forma cotidiana. La primera se realizó en 2002; en ella casi el doble de mujeres declaró realizar cuidados a algún miembro discapacitado del hogar, y por un promedio de horas significativamente más alto que los varones (INEGI, 2002). La segunda, en 2009, mostró que de las 182 714 334 horas semanales dedicadas en el país en ese año, “cuidados a integrantes del hogar que necesitan de apoyo”, 75% fue invertido por mujeres; del total de personas que realizan esta labor, 63.7% son mujeres; cerca de 50% de ellas son jóvenes, de entre 20 y 40 años de edad.

Además, existen en esta encuesta otras actividades, también desarrolladas sobre todo por mujeres, denominadas “Apoyo y cuidado a integrantes del hogar (menores de 15 años de edad y mayores de 60 años)” y “Apoyo emocional y compañía a integrantes del hogar”, esta última compartida con los hombres, quienes realizan esta actividad en 45% (INEGI, 2009). A pesar de que se acepta y se reconoce que los hombres participan en la atención a familiares que requieren cuidados, su labor es en general marginal y de apoyo a la cuidadora principal, teniendo en cuenta que el trabajo en el hogar está desvalorizado por la sociedad y casi siempre carece de remuneración, lo cual entra en contradicción con el papel de proveedor tradicionalmente asignado al hombre (Lagarde, 2003).

“Mi hermano me ayuda a bañarla los domingos”. (Hija)

“Tengo un ahijado que me ayuda porque yo no lo puedo mover sola”. (Esposa)

“Mis hermanos me dan dinero mensualmente para ayudar a pagar quien lo cuide durante el día”. (Hermana 1)

Se consideran sujetos de cuidado en el hogar los miembros de la familia que son dependientes por su edad o porque sufren disminución de las capacidades para atender sus necesidades básicas. El cuidado se vive de manera diferente, según el tipo de enfermedad (problemas congénitos, accidentes, envejecimiento, enfermedad crónico-degenerativa, cáncer, lesiones, entre otros), el tipo de discapacidad (física, mental), el grado (leve, moderado, grave), la relación de la persona cuidadora con el o la paciente, la organización familiar para el cuidado, las redes sociales y los recursos económicos para la contratación de apoyo externo (Secretaría de Salud, 2006); también influyen en la salud del(a) cuidador(a) sus características personales, como el grado de autoestima, la forma de afrontar los problemas y la percepción de los aspectos positivos del cuidado, entre otros (Puerto, 2009).

Se reconoce que a mayor discapacidad, mayor es la exigencia para la persona cuidadora (Provoste, 2004; INEGI, 2010), y que la convivencia diaria con personas con demencia afecta de manera abrumadora a aquellos individuos del entorno del enfermo (Ayuntamiento de Alcalá, 2013; OMS, 2012). Se estima, por ejemplo, que quien realiza las actividades de cuidado para algún familiar con proceso demencial invierte un promedio de 8.8 horas, de lunes a domingo, lo que equivale a una jornada de trabajo, pero sin ninguna remuneración económica, y con la renuncia a sus actividades personales y profesionales (Secretaría de Salud, 2006).

Aunque el cuidado de familiares con discapacidad genere satisfacciones si se hace de manera voluntaria, con amor y se reciba el reconocimiento debido, toda persona cuidadora necesita espacios de respiro para dedicarse tiempo a sí misma, y evitar el agotamiento físico y emocional (Phillipson, 2004).

“Cuidamos a mi papá con mucho gusto; él nos dio todo y ahora le estamos retribuyendo”. (Hijo 2)

“Para poder dar amor y cuidados de calidad uno debe descansar un poquito”. (Esposa)

La posibilidad de desgaste se ve aumentada cuando la responsabilidad de cuidado se hace por la presión de las circunstancias familiares, no se recibe reconocimiento de ningún tipo, implica el sacrificio de metas personales o requiere, por el tipo de enfermedad, grandes esfuerzos físicos o emocionales.

“Yo dejé de venir a hacer ejercicio porque tuve que dedicarme a cuidar a mi esposo que tenía diabetes. Ahora ya murió y los dos descansamos. Ahora ya pude volver”. (Esposa 3)

“Lo que yo necesito es un sitio donde puedan cuidarla bien. Yo no estoy en capacidad de hacerlo. No puedo moverla porque pesa más de 100 kilos. No es para abandonarla. Yo podría ir varias horas al día para ayudar a cuidarla. He buscado, pero unas son muy caras y las otras son muy feas y me da pesar dejarla”. (Hija 1 de paciente del IMSS)

El desgaste de la persona que cuida, o *síndrome del cuidador*, suele tener consecuencias en los ámbitos físico, psicológico, familiar y social, y puede llevar a situaciones de violencia, si no se ofrecen espacios de recuperación y descanso ni por parte de las familias, ni de la comunidad, ni del Estado (Servicio Andaluz de Salud, s/f).

“La unidad familiar se ha perdido por esta carga cotidiana. Ya ni me hablo con mis hermanos”. (Hermana)

“Uno se vuelve agresivo por el agotamiento o por no poder cuidarla como es debido. Yo a veces regaño a mi mamá porque no se ayuda cuando trato de levantarla y no puedo”. (Hija)

187

En el sistema de salud las personas con discapacidad quedan fuera de los servicios en muchas ocasiones, ya sea por problemas de acceso funcional, económico, cultural o geográfico, además de que las instituciones no ajustan los servicios a las necesidades de las personas con discapacidad y no dan continuidad a la atención fuera de los muros de la institución, todo lo cual aumenta la carga de la familia y, en especial, de la cuidadora principal. La insuficiencia o la ausencia de cuidados especiales, como terapias física y ocupacional por parte de las instituciones de salud, limita la mejoría potencial para disminuir el grado de discapacidad, en detrimento del paciente y de sus cuidadores. En general, la capacitación que recibe la persona cuidadora es insuficiente y puede redundar también en agravamiento o retraso en la mejoría de la persona con discapacidad.

“En el hospital no me daban suficiente información. Ahora que estuve en el curso de Voz Prosalud Mental, me cambió la vida. Ahora entiendo mejor a mi hija [con trastorno bipolar] y tengo menos culpas”. (Madre 1)

“Estoy muy desilusionada de las instituciones. Más que cosas para mí quiero que ella no sufra, porque si sufre mi hija, sufro yo”. (Madre 2)

En el país, la respuesta institucional es escasa y desarticulada. La mayoría de los programas de atención a las personas con discapacidad crónica se centran en la atención médica hospitalaria y no se ofrecen otras alternativas diferentes al envío al domicilio, aun cuando se requieran por el tipo de paciente o por las características familiares.

Si bien no existe una política con estrategias y programas definidos para el apoyo a las familias que tienen personas que requieren cuidados a largo plazo, diferentes instituciones públicas y privadas han creado de manera aislada y sin integración algunas estrategias de capacitación y apoyo, escasamente evaluadas. Algunos de estos ejemplos son:

- *Centros de día para el cuidado de personas adultas mayores, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o del sector privado, pero que en general no reciben personas con discapacidad*
- *En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) existe el programa de Atención en el Hogar para el Enfermo Crónico (APEC) para brindar atención médica en el hogar a enfermos crónicos y terminales, pero que no necesariamente satisface las necesidades del paciente y la familia. Incluye capacitación, dotación de material quirúrgico, medicamentos y alimentación complementaria cuando se requieran, y una línea telefónica a la cual pueden llamar los familiares. La Ley del Seguro Social establece que los beneficiarios con discapacidad tienen derecho, además de la atención médica, a prestaciones en dinero (Funsalud, 2004; Secretaría de Salud, 2006)*
- *En el Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) existe la “Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento” que capacita a cuidadores(as), la mayoría familiares de personas adultas mayores*
- *La experiencia de servicios de salud mental con base en la comunidad y las casas de medio camino, como una estrategia de “deshospitalización” de las personas con problemas de salud mental crónicos*
- *El sector privado brinda atención a personas adultas mayores o con enfermedades crónicas en diferentes modalidades por medio de organizaciones con y sin ánimo de lucro. Por ejemplo, casas de día o de alojamiento permanente para personas adultas mayores. También hay hospitales privados que brindan capacitación y apoyo psicológico para familiares de pacientes con problemas crónicos o terminales. Las organizaciones de familiares y personas que tienen algún padecimiento específico (Alzheimer, esquizofrenia, diabetes, alcoholismo, esclerosis múltiple, entre otras), cumplen una función muy importante, apoyando a las personas con discapacidad y/o a sus familias con diversas acciones como capacitación sobre la enfermedad, grupos de autoayuda, consecución de medicamentos o implementos, proyectos productivos domésticos en los que puedan participar cuidadoras(es) y sujetos de cuidado, que aminoren la carga económica de la discapacidad y mejoren la autoestima de quienes los realicen, entre otras acciones⁶*

⁶ Un ejemplo es la asociación de familiares de personas con problemas de salud mental (Voz Prosalud Mental, en Cuernavaca), quien organizó un albergue privado para personas con esquizofrenia y capacita, supervisa y merca dea los pasteles que elaboran los pacientes.

- *Son pocos en el país los estudios y las propuestas sobre la problemática de las personas cuidadoras. Podemos mencionar algunos, como el realizado por la Fundación Mexicana para la Salud en 2004 (Funsalud, 2004; Nigenda, 2007); otro trata sobre el impacto del programa APEC del IMSS, el cual muestra que incide de manera positiva en el o la paciente, pero que implica una mayor carga para el familiar cuidador; una propuesta de la Dirección de Equidad de Género, de la Secretaría de Salud, en 2006, que propone que el modelo de atención incluya el apoyo a las personas cuidadoras y que incluyó un Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras, en colaboración con el Hospital Médica Sur (Secretaría de Salud, 2006). Otros estudios se han enfocado más en visibilizar el valor del trabajo doméstico no remunerado o el aporte económico que representa el trabajo voluntario de las mujeres en salud, incluido el que se realiza para las instituciones del sector*

Desde la Secretaría de Salud, es escasa la normatividad que regularice la atención domiciliaria, que garantice la continuidad de la atención en el hogar y el apoyo a las personas cuidadoras, y que permita evaluar la calidad de los cuidados que allí se brindan (Secretaría de Salud, 2006).

Existe en las familias la necesidad de buscar cuidadores o cuidadoras externos, tanto para ayudar al cuidado y movilización de la persona enferma, como para tener espacios de respiro; sin embargo, se encuentran con dos grandes obstáculos: el alto costo y la dificultad para encontrar personas capacitadas y de confianza (Secretaría de Salud, 2006).

En el ámbito internacional, hay mayores avances en países como Finlandia, Canadá, Gran Bretaña, Estados Unidos (EU) y, en especial, en España, en donde los debates, las políticas y el interés por el cuidado de las personas adultas mayores ha promovido de manera paralela el abordaje del problema de las personas que los cuidan (Funsalud, 2004; Instituto Vasco de la mujer, 2004; Secretaría de Salud, 2006). Algunas propuestas de políticas se relacionan con la educación desde los primeros años para que generen actitudes y comportamientos positivos hacia el cuidado de los otros; con redes de servicios que permitan conciliar en forma equilibrada vida personal, familiar, social y profesional; con el mercado laboral para organizar y flexibilizar los tiempos y espacios de trabajo, de modo que hombres y mujeres atiendan en forma equilibrada las necesidades de cuidado de su familia; con el reconocimiento del

trabajo de cuidadora(or) para efectos fiscales y de protección social (Ibarretxe, 2004) y con acciones afirmativas, como el Plan de Atención a la Cuidadora que incluye una tarjeta preferencial para atención en salud y para eventos culturales. Otras iniciativas se orientan a los profesionales de la salud, como el máster en atención a cuidadores de personas dependientes, de la Universidad de Sevilla, que tiene como objetivo contribuir a mejorar la formación de los profesionales que interactúan con cuidadores, enfermos dependientes o ambos (Universidad de Sevilla, 2013).

En los países nórdicos, donde la equidad social es un compromiso social y gubernamental, hay políticas expresas para dar a las mujeres la oportunidad de escoger entre recibir un apoyo económico para cuidar en casa a los miembros de su familia que lo requieran o emplear ese apoyo para contratar a alguien que lo haga, y así poder continuar su desarrollo profesional, en un esfuerzo por “feminizar la ciudadanía”. Existen servicios sociales públicos disponibles para el cuidado de adultos mayores o de menores de edad, como derechos garantizados por el Estado, principalmente por el nivel municipal (Repo, 2004).

Algunos sistemas de salud ofrecen apoyo de enfermería para ciertas actividades diarias, como el baño, la movilización o ciertos procedimientos específicos; en países como Japón y EU existen seguros de salud que también incluyen el cuidado domiciliario (Provoste, 2004; Cameron, 2004).

Con respecto a los servicios y políticas sociales, hay oferta de incentivos económicos por medio de subsidios y medidas fiscales; apoyo en tiempo, mediante reorganización del horario laboral o licencias de corto tiempo sin goce de sueldo; líneas telefónicas e Internet para dar información y asesoría, casi siempre atendidas por enfermeras, las 24 horas del día.

Tanto algunos gobiernos municipales como organizaciones no gubernamentales ofrecen albergues temporales de respiro para que las familias puedan descansar y tomarse unas vacaciones (Phillipson, 2013; Gobierno de Andalucía, 2005; Ayuntamiento Alcalá de Henares, 2013).

En Gran Bretaña, se hizo un ejercicio de consulta con personas adultas mayores para conocer sus necesidades de apoyo a su salud (Secretary of State for Health, 2006), las más destacadas fueron aquellas para disminuir la dependencia de otros, lo cual a su vez reduciría la carga de las personas cuidadoras: a) mejorar el acceso a la tecnología médica en el hogar, por ejemplo: facilitar medidores

de glucosa y presión arterial, sistema de alarma conectado a servicios de apoyo, localizadores para detectar ubicación de personas con Alzheimer; b) acceso rápido y oportuno a los servicios de salud y horarios más accesibles; c) coordinación intersectorial para que una sola persona o institución integre todos los apoyos y dé solución integral a los problemas, y d) residencias para personas con graves discapacidades.

Otro de los avances se refiere a la disponibilidad de manuales sobre el cuidado del(a) cuidador(a) que incluyen sus derechos, señales de alarma con respecto a su salud física y mental y consejos para cuidarse (Atece, s/f); esto se complementa con cursos para manejo del estrés y grupos de autoayuda, todo lo anterior impulsado en gran medida por las organizaciones de la sociedad civil.^d Los grupos de autoayuda son un apoyo emocional importante para las personas cuidadoras porque ayudan a liberar emociones (Seebohm, 2013).

191

[El grupo] “me ayudaba a desahogarme, como cuando se destapa una olla a presión. También ve uno que hay personas que están en peor situación. Pero no pude volver porque mis hermanos no me reemplazan ni siquiera dos horas al mes para poder ir”. (Hija)

Discusión

La demanda para el cuidado de personas con discapacidad o limitaciones en su funcionalidad, principalmente adultas mayores, es creciente. Dados los cambios sociales y demográficos ya mencionados, en especial el nuevo rol social de la mujer, es necesario que este cuidado sea socializado y asumido no como un asunto privado realizado por las mujeres, sino como una responsabilidad que deben compartir la familia, la sociedad y el Estado. Esto implica mayor generosidad y equidad en el cuidado dentro de las familias, mayor solidaridad de la sociedad civil organizada y mayor democratización y gobernanza por parte del Estado por medio de políticas públicas.

Sin embargo, en la mayoría de los países latinoamericanos, como México, el cuidado de las personas con enfermedades que generan discapacidad y cuidados permanentes no ha sido asumido como un derecho que el Estado debe garantizar y la sociedad debe

^d Existen numerosas organizaciones de apoyo a cuidadores y enfermos. Algunos ejemplos son: Asociación Nacional de Cuidadores de Familiares, de San Diego, EU; *Care for Carers* (Edinburgh, UK); *Carers Care Program* (University of Tasmania, Australia); SIRIMIRI, Atención a cuidadores de personas mayores (España). Además, están las organizaciones por tipo de enfermedad: Alzheimer, esclerosis múltiple, diabetes, cáncer, traumatismos craneoencefálicos y daño cerebral, autismo, síndrome de Down, entre otras muchas.

asumir por medio de sus estamentos, y sigue siendo una responsabilidad de la familia, en específico de las mujeres.

Podemos decir que en México las instituciones se han quedado atrás de los cambios en la posición de las mujeres en la sociedad y reproducen los estereotipos de género en relación con el cuidado de los miembros de la familia (Provoste, 2004). Si a esta situación se le agrega la tendencia a disminuir los costos del Estado en materia de salud y trasladarlos a las familias, tendríamos un panorama sombrío a corto plazo para mejorar la calidad de vida de las personas que cuidan a sus familiares en el hogar; aumentar la responsabilidad de las familias en el cuidado en el hogar, sin un apoyo real, sistemático, continuo y suficiente del sistema de salud aumenta los gastos de bolsillo, en contradicción con las políticas de seguridad social, que pretenden dar protección financiera frente a contingencias de salud.

192

Este panorama puede cambiar si se logra sensibilizar sobre el tema a la sociedad en su conjunto, a partir de los grupos organizados, sobre todo desde las organizaciones de mujeres, desde el poder legislativo y desde las instituciones públicas relacionadas con el problema (secretarías de salud, educación, desarrollo social). Esto requiere investigación y difusión masiva de sus resultados y utilización de los medios de comunicación para crear conciencia sobre la necesidad de democratizar el cuidado de las personas y sobre los efectos perversos que pueden generar en quienes lo realizan, si no se dan las condiciones óptimas.

Lo que más reclaman las personas cuidadoras es tiempo libre, apoyo para el cuidado y ayuda económica (Castro, 2009), para lo cual es indispensable el concurso de la familia, las redes sociales y el Estado (Terán, s/f).

Existen avances internacionales acerca del cuidado que requieren las personas cuidadoras. Éstos se relacionan con: a) el posicionamiento del tema en las agendas de discusión sobre equidad de género, derechos y políticas públicas de salud y bienestar social; b) la legislación que garantiza, a las familias y a las mujeres en particular, alternativas para el cuidado de quienes lo requieran, sin tener que renunciar a su desarrollo personal o profesional; c) la existencia de estrategias de difusión y capacitación sobre el cuidado de las personas cuidadoras (cursos, videos, folletos, grupos de autoayuda, entre otras), y d) el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil.

Ya sea que el cuidado se realice por motivaciones afectivas, morales o religiosas, o por asignación familiar, el Estado debe intervenir para garantizar opciones que eviten las inequidades sociales en razón del género, del ingreso o del nivel educativo. Como en los países con alto

desarrollo humano, las propuestas deben ir dirigidas a que el cuidado de familiares en el hogar sea una elección, no una obligación que implique el sacrificio de la calidad de vida de la persona que cuida, para lo cual deben existir alternativas de cuidado transferido temporal o permanente.

Retos

Quedan muchos retos para la sociedad mexicana en el tema del cuidado domiciliario de la salud, algunos de los cuales enunciamos a continuación:

- o *Promover desde el sector salud la equidad de género en el cuidado domiciliario de las personas dependientes por discapacidad, por medio de leyes, normas, asignación presupuestal y coordinación intersectorial, que garanticen el derecho a una vida digna tanto a las personas enfermas como a sus cuidadores, bajo los principios de la bioética: la autonomía, el beneficio y el no perjuicio para ninguno de los dos (Secretaría de Salud, 2006)*
- o *Garantizar el cuidado domiciliario acompañado y supervisado por las instituciones de salud y seguridad social, tanto con equipos de salud itinerantes como con estrategias que faciliten la comunicación y los insumos, con oportunidad*
- o *Evitar que el sistema de salud siga reforzando los estereotipos de la división sexual del trabajo. Esto requiere una sensibilización y capacitación para que fomente la solidaridad intrafamiliar y el cuidado compartido por varios miembros de la familia, hombres y mujeres. Esta sensibilización debería incluirse también en el sector educativo y en los medios de comunicación masiva*
- o *Coordinar el sector salud con las universidades para que las y los estudiantes de las diferentes áreas del conocimiento realicen actividades de apoyo a cuidadoras(es), como parte de su servicio social. Dependiendo del área del conocimiento, estas actividades serían de apoyo para el cuidado directo de la persona con discapacidad (baño, movilización, acompañamiento) o para la persona cuidadora. Las actividades pueden ser terapias (física, psicológica, ocupacional), asesoría, consejería, capacitación para proyectos productivos individuales, familiares o colectivos donde participen cuidadores y cuidados, según sus capacidades, entre otros*
- o *Promover y ofrecer alternativas de respiro que permitan a las y los cuidadores tener tiempo para sí mismos y para sus respectivas familias*
- o *Continuar trabajando en los cambios culturales que empoderen a la*

- mujer, paralelamente con la promoción del cuidado familiar equitativo y solidario entre hombres y mujeres y entre sociedad y Estado*
- o *Ampliar la investigación sobre las necesidades de las(os) cuidadoras(es) y de las personas sujetas de cuidado y evaluar las estrategias existentes para satisfacerlas*

Conclusiones

- El Estado mexicano no garantiza el derecho a la salud ni de las personas con discapacidad ni de sus cuidadores informales
- Las alternativas de apoyo institucional y social a las cuidadoras y sus familias son escasas, lo cual es un factor de riesgo no sólo para el enfermo sino también para quienes los cuidan
- El logro de la equidad de género en el cuidado de la salud de la familia requiere cambios profundos en la mentalidad de la sociedad y la disminución de las inequidades de clase y de género; los cambios institucionales pueden ayudar en el avance hacia la equidad.
- El papel de las organizaciones de la sociedad civil es importante, tanto en el apoyo directo a las personas cuidadoras y sus familias, como en la abogacía para poner el tema en la agenda política y legislativa

194

Buenas prácticas

La revisión de experiencias y necesidades de las personas cuidadoras sugiere como buenas prácticas:

- *Los grupos de autoayuda y las organizaciones civiles por tipo de enfermedad*
- *Servicios asistenciales formales como complemento al cuidado familiar, para necesidades específicas*
- *Espacios de respiro, como albergues temporales y casas de día, apoyadas por el Estado*
- *Los subsidios estatales para remunerar al(la) cuidador(a) o contratar apoyo externo*
- *Los incentivos no económicos para las personas cuidadoras (atención médica preferencial, descuentos para recreación, entre otros)*
- *Las leyes sobre flexibilidad laboral que permitan la conciliación de la vida familiar con la laboral*
- *La educación para fomentar la solidaridad social y familiar en el cuidado de las personas que requieran cuidados permanentes*

Bibliografía consultada

- Atece–Bizkaia. (s/f). El cuidado del cuidador. Disponible en: <http://www.featece.org/elcuidadodelcuidador.pdf>
- Ayuntamiento de Alcalá de Henares. (2013). Programa de apoyo al cuidador principal. Servicio integral de atención al cuidador principal (s.i.c.u.p.). Disponible en: http://afalcala.org/general/servicios_cuidadores.htm
- Cameron C. (2004). El trabajo Asistencial en Europa: ¿empleo de calidad? En: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Congreso Internacional Sare 2003. Instituto Vasco de la mujer.
- Carrasco–Bengoia C. (2004). El cuidado: ¿coste o prioridad social? En: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Congreso Internacional Sare 2003. Instituto Vasco de la mujer.
- Castro R, Solórzano H, Vega E. (2009). Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad por parte de su familia en la localidad de Fontibón. Bogotá, DC: Tesis de Enfermería. Universidad Javeriana. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis19.pdf>
- Del Valle–Murga T. (2004). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado En: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Congreso Internacional Sare 2003. Instituto Vasco de la mujer. Disponible en: http://www.emakunde.euskadi.net/u72-publicac/es/contenidos/informacion/pub_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf
- DISCAPANET. (2013). El cuidador: concepto y perfil. Disponible en: <http://www.discapnet.es/Castellano/Paginas/default.aspx>
- Europapress.es. Más de 5.000 personas cuidadoras del Distrito de Atención Primaria tienen la tarjeta +Cuidado. Viernes, 30 de Agosto de 2013.
- Fundación Mexicana para la salud –FUNSALUD–. (2004). Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Un análisis con perspectiva de género. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/bitacorao4/informes/informe%20final%20cuidados.pdf>
- Gobierno de Andalucía. (2005). Servicio Andaluz de Salud. Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. Sevilla.
- Ibarretxe–Markuartu I, Arteaga–Ansa T. (2004). Inauguración. En: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Congreso Internacional Sare 2003: Instituto Vasco de la mujer. Jornada 18. Sept 2004
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1997). Diario Oficial de la Federación. Ley del Seguro Social. Última modificación: 27 de mayo de 2011. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2002). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002. Tabulados Básicos Definitivos.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009. Metodología y Tabulados Básicos Definitivos. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/enut/2009/ENUT_2009_MTB.pdf
- Instituto Vasco de la mujer. (2004). Congreso Internacional Sare 2003.
- Lagarde M. (2004). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. Congreso internacional SARE 2003. Instituto Vasco de la Mujer. No. 53, Victoria, Emakunde.
- Nigenda G, Lopez M, Matarazzo C, Juarez C. (2007). Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género. En: Una mirada de género en la investigación en Salud Pública en México. México, DF: Secretaría de Salud, 2007: 105–17.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Demencia. Nota descriptiva N°362. Abril de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Phillipson L, Magee C, Jones SC. (2013). Why carers of people with dementia do not utilise out-of-home respite services. *Health & Social Care in the Community*, 21: 411–422. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12030/abstract>
- Provoste–Fernández P. (2004). Los cuidados domésticos e institucionales de salud y enfermedad provistos por las mujeres. En: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Congreso Internacional Sare 2003. Instituto Vasco de la mujer.
- Puerto–Vidales N. (2009). Cuidado de los cuidadores. Valencia, España. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/12/articulo-cuidadores.shtml>
- Repo K. (2004). Acerca del modelo de atención social de los países nórdicos: el ejemplo de Finlandia. En: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Congreso Internacional Sare 2003. Instituto Vasco de la mujer.
- Secretary of State for Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. Health and social care working together in partnership. Presented to Parliament by the Command of Her Majesty. January 2006. UK.
- Seebom P, Chaudhary S, Boyce M, Elkan R, Avis M, Munn–Giddings C. (2013). The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social Care in the Community*, 21:391–401.
- Servicio Andaluz de Salud. (2005). Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. Sevilla.
- Terán–Trillo M. (s/f). Estudio de red personal en cuidadores de pacientes con Alzheimer. México: UNAM. Disponible en: <http://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Frevista-redes.rediris.es%2Fwebredes%2Fvmesahispana%2Falzheimer.doc>
- Universidad de Sevilla. Atención a Cuidadores de Personas Dependientes. Disponible en: <http://www.atencionacuidadores.es/>

TRABAJO NO REMUNERADO: CUIDADORA DE ENFERMOS

María Luisa Rascón Gasca^a

13

Introducción

197

Hablar de las mujeres y del papel tradicional que desempeñan obliga a la revisión de diversos estudios^{1,2} que muestran sistemáticamente la valoración que hacen los hombres y las mujeres de la participación tradicional de las mujeres dentro de la familia, su variación en diversas clases sociales y grupos de edad. Se sostiene que el papel fundamental de la mujer es cuidar a la familia y a sus hijos, pese a que la tasa de participación económica de las mujeres urbanas es cada vez mayor, en especial entre las mujeres que realizan la crianza entre 25 y 34 años de edad.³ Los hombres tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades domésticas y de cuidado. En 2002, las mujeres aportaban 85% de tiempo total de trabajo doméstico, mientras que los hombres, 15%. El mayor tiempo dedicado por las mujeres se incrementa de manera notable en los tramos de ciclo vital asociados con la crianza y el cuidado de niños y niñas, algo que no ocurre con el tiempo que destinan los hombres, el cual permanece constante para los distintos rangos de edad que integran su ciclo de vida, en relación con el tamaño y la composición del hogar. Las mujeres destinan en promedio 14 horas a la semana exclusivamente al cuidado de los niños y otros miembros del hogar; en cambio, los varones contribuyen con 7.6 horas.³ En la Figura 13.1, se observa la estadística de las labores domésticas y de cuidados no remunerados del hogar, INEGI, en 2011.⁴ Destaca que 53 de cada 100 personas que realizan el trabajo doméstico son mujeres y que éstas contribuyen con 41 100 pesos al

^a La autora hace patente su agradecimiento a los familiares de personas con esquizofrenia, al psicólogo Humberto Alcántara Chabelas, por su colaboración, y al CONACYT, por el financiamiento del proyecto con clave 3335-H.

año por sus labores domésticas y de cuidados no remuneradas. La actividad de mayor valor económico es el cuidado y apoyo, el valor de las labores domésticas y de cuidados es 9.5 veces mayor al PIB de los servicios de salud, 9.9 mayor a los servicios de alojamiento y preparación de alimentos y 5.2 mayor a los servicios educativos. De haber adquirido en el mercado estos servicios, los hogares hubieran desembolsado 31 pesos adicionales por cada 100 pesos del gasto realizado.



Figura 13.1. Labores domésticas y de cuidados no remunerados del hogar, 2011.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2011.

Esping⁵ considera que habitualmente quienes se hacen cargo del trabajo doméstico y de cuidado son cuatro instituciones: el Estado, el mercado, la comunidad y, sobre todo, las familias, y dentro de éstas, las mujeres. En el ámbito público, el trabajo de cuidado se realiza en tres formas básicas mediante el trabajo doméstico remunerado, los servicios públicos y privados, y los servicios mixtos, que también desempeñan de manera mayoritaria las mujeres.

En América Latina, las desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual del cuidado familiar y social, de ese modo, se conforma un círculo vicioso: quienes tienen más recursos disponen de mayor acceso a los cuidados de calidad y tienen menos miembros del hogar que cuidar. Aquellos que disponen de menos recursos tienen más dificultades para acceder a los escasos servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras *informales*.⁶

La finalidad del cuidado en el hogar es garantizar la supervivencia orgánica y social del enfermo, y va más allá de la atención a la enfermedad, ya que el cuidador está presente en la trayectoria del padecimiento, ya sea en el avance o en el deterioro del funcionamiento del paciente.

El cuidado ha sido un término que se ha ido introduciendo en los trabajadores de la salud como un recurso ilimitado para enfrentar las demandas de atención, pero que poca reflexión ha generado, según el sitio que ocupa entre los sistemas médicos de la sociedad.

El cuidado de los enfermos crónicos en el hogar es una forma de autoatención que conlleva diferentes actividades. El término *familiar cuidador primario informal* (FCPI) se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente. Los FCPI pueden ser los padres, el cónyuge, los hijos o las hermanas; son informales porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente, ni tampoco remuneración. Los servicios que incluye el cuidado informal son: alojamiento, alimentación, higiene, recibir información sobre el diagnóstico, aplicación de tratamientos, compañía, transporte, vigilancia, gestión del servicio sanitario (trámites, pagos, información, compra de medicamentos), seguimiento, apoyo en la rehabilitación y en la reinserción social en la comunidad, entre otros.

En México, al igual que en otras partes del mundo, en las instituciones de salud mental, la familia, en particular el cuidador, es y será el agente responsable de cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes con trastornos mentales. En diversos estudios realizados, entre 60 y 85% de los pacientes vive con su familia.^{7,8} Sin embargo,

en la institución médica psiquiátrica, se le brinda poca orientación y ayuda profesional al cuidador, es decir, éste tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento claro de la situación, sin los elementos para brindar una atención adecuada, ni el entendimiento de la naturaleza biopsicosocial de la enfermedad.

Además del tiempo invertido en los cuidados por el FCPI, generalmente no reconocido ni valorado (en algunos casos, limita la posibilidad de realizar otro tipo de actividades, incluido el trabajo extradoméstico), los gastos económicos que generan los trastornos mentales recaen en los familiares, debido a que los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud son insuficientes y los seguros de salud no cubren este tipo de afecciones.⁹

La mayoría de las investigaciones acerca del impacto del cuidado del enfermo en la salud de las personas cuidadoras señala el deterioro físico y mental que dicha actividad produce;¹⁰ el efecto negativo en la salud psicológica es más evidente que en la física.¹¹ Las consecuencias del cuidado en la salud mental de los cuidadores son fundamentalmente depresión y ansiedad, así como elevados niveles de estrés.

A continuación se presentan resultados de un estudio publicado¹² que tuvo como objetivo conocer el impacto de ser FCIP de personas con trastorno mental crónico en México.

El método de estudio fue descriptivo, transversal y *ex-post-facto* de una muestra no probabilística de FCIP de personas con esquizofrenia *n*: 131 (un cuidador por paciente), que asistieron a la consulta externa de la institución^b y que después participaron en un programa de tratamiento integral. El estudio fue dictaminado previamente por un comité de ética y cumplió con la normatividad internacional de bioética.

En cuanto al perfil sociodemográfico de los participantes, predominó el cuidador femenino en 80.9%, con una edad promedio de 50 años, con escolaridad media baja, la mayoría reportó tener pareja, 46.3% tenía empleo remunerado, 45.3% se dedicaba al hogar y 8.5% estaba conformado por jubiladas; 83% comentó haber convivido siempre con el familiar enfermo en el mismo domicilio. Con respecto al cuidador del sexo masculino, 76% reportó tener empleo remunerado, 4% se dedicaba al hogar y 20% era jubilado, 64% mencionó haber convivido siempre con el familiar enfermo en el mismo domicilio.

^b Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Con respecto a la valoración del impacto en su salud, 48% de los FCIP reportó alguna enfermedad física y 74% algún trastorno emocional, en relación con el padecimiento del familiar con esquizofrenia. Las enfermedades físicas relacionadas con el papel de cuidador fueron agrupadas de la siguiente manera: del aparato digestivo 15.3%, cardiovasculares 13%, endocrinas 9.2%, del sistema óseo 9.2%, neurológicas 5.3%, cáncer 4.6% y el resto, 43.4%, se distribuyó entre las enfermedades respiratorias, infecciosas, alérgicas y autoinmunes.

Alrededor de 58% de los FCIP reunió criterios para algunos de los trastornos psiquiátricos explorados por el instrumento diagnóstico, con un rango de entre uno a cuatro diagnósticos. La depresión constituyó el trastorno más frecuente, principalmente en las mujeres, seguido por el abuso o dependencia del alcohol, que fue más frecuente en los familiares varones (Figura 13.2).

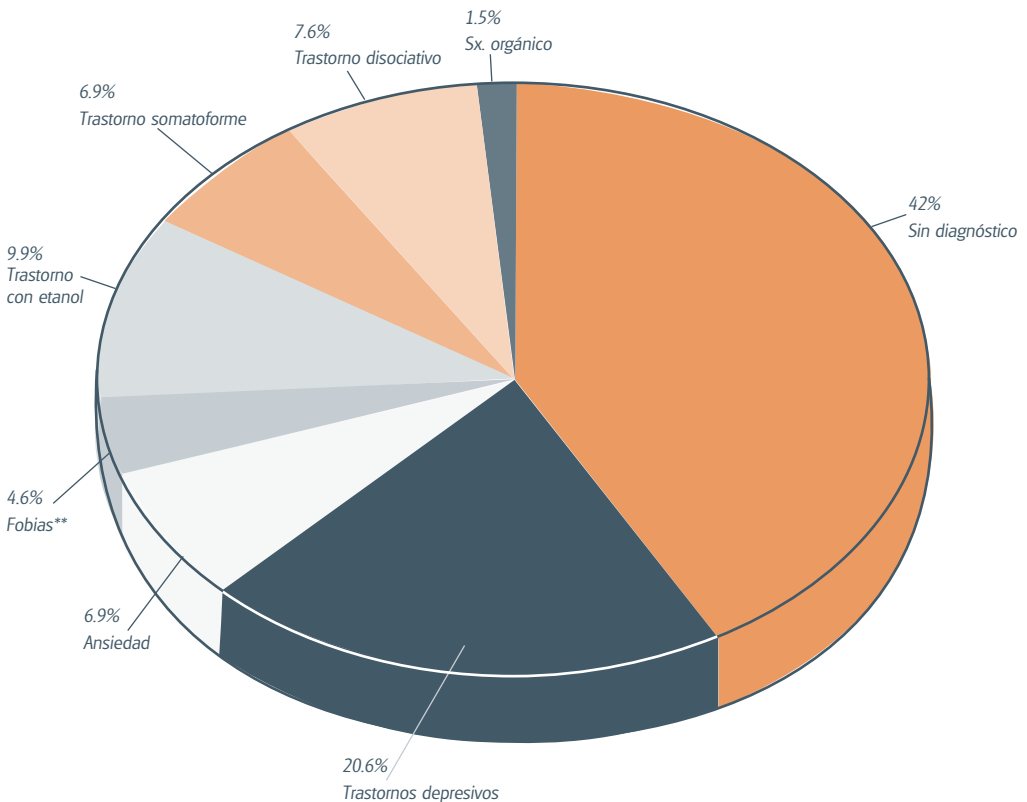


Figura 13.2. Diagnósticos de los familiares (n = 131).*

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

** Fobias: incluye fobia simple, social y agorafobia.

En la relación de hechos de los FCIP, se combinaron los aspectos subjetivos con los aspectos objetivos de la experiencia del sufrimiento, el esfuerzo de adaptación, la inestabilidad psicológica, la necesidad de apoyo familiar y económico, como resultado de una serie de necesidades insatisfechas y de la inminente necesidad de atención integral, tanto para el FCIP como para el paciente, ya que, debido a su impacto, la enfermedad mental no es un problema individual sino del grupo familiar.

Conclusiones

202

El estudio del papel que desempeña el FCIP en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo mental ha permitido entender que la participación y consideración son elementales, ya que el cuidador es el principal agente de apoyo en la evolución de la enfermedad. Si bien es de suma importancia tomar en consideración que la rehabilitación no se logra si el entorno social no se informa ni adapta a las necesidades de las personas con la enfermedad,^{6,10} la realidad es que ni el FCIP ni la familia son considerados como parte esencial de la red de apoyo social en el proceso salud-enfermedad-atención.¹³

Tomando en cuenta lo anterior, el FCIP, en particular la mujer, tiene una carga desigual del trabajo doméstico y de cuidado de familiares con enfermedad crónica; además, es víctima de la enfermedad, lo que se observa en su calidad de vida, pero que es invisible para la política pública. Desde un primer momento, el cuidador sufre las consecuencias del papel que se ve obligado a desempeñar: la sobrecarga por el cuidado informal y la carga económica, considerando los costos directos (medicamentos, hospitalizaciones) e indirectos (pérdidas de horas de trabajo del FCIP, mal uso de servicios generales de salud, tasa de accidentes, entre otros). Asimismo, padece las consecuencias subjetivas: sufrimiento del paciente y de sus familiares, falta de tiempo libre, falta de apoyo social, estigmatización, entre otras. En este orden de ideas, los costos son elevados no sólo para el FCIP, sino también para los servicios de salud.

Las publicaciones sobre el tema ponen de manifiesto el mayor deterioro de la salud psíquica de las mujeres cuidadoras con respecto a los hombres cuidadores,^{11,14} debido a la mayor implicación de éstas en los cuidados, en términos de cantidad y calidad (tipo

de cuidados y forma en que se prodigan).^{15,16} Sin embargo, los resultados de nuestro estudio ponen en evidencia que tanto mujeres como hombres presentan un alto riesgo de deterioro de la salud psíquica.

Las diversas transformaciones que han ocurrido en las últimas décadas plantean nuevos desafíos en la concepción y el diseño de las políticas públicas, para promover e incorporar el trabajo doméstico y de cuidado entre las distintas esferas institucionales. Es necesario que Estado, mercado, comunidades y familias fomenten el trabajo equitativo entre hombres y mujeres.

El desempeño de un rol tradicional como el ser cuidador de la salud merma la participación social y la autonomía de las cuidadoras, y el cambio en la desigual distribución del trabajo doméstico y de cuidado. Entendemos que la resistencia cultural y de valores dificulta que los cambios en las familias y en las relaciones familiares sean incorporados en el discurso político.

En el ámbito de los cuidados informales, la distinta distribución de las responsabilidades está asociada con una distribución diferente de sus costos y genera desigualdades de género en la salud.^{15,16}

Toda política pública se vincula directa o indirectamente con la reproducción social, de ahí la necesidad de diseñar políticas para promover que el trabajo doméstico y de cuidado se incorpore en las agendas públicas,³ tomando en cuenta que los familiares cuidadores requieren:

1. *Información y adiestramiento en el manejo de la enfermedad mental*
2. *Valoración del tiempo destinado a ser cuidador*
3. *Seguimiento de su salud física y mental*
4. *Remuneración por el trabajo de ser cuidador*

Por último, se ha de considerar que el rol de cuidador, además de ser invisible, tiene diferentes implicaciones, significados y efectos según el tipo de persona a la que se cuida. Así, es muy diferente del significado atribuido cuando se dice que una persona con discapacidad o mayor de 74 años “requiere cuidados”. Además, cuando se atiende a personas adultas con discapacidad, el estado de salud psicológica del cuidador puede estar relacionado con la atención prolongada y sin apoyo social ni remuneración.¹⁷

Referencias

1. Inglehart R, et al. Human elief and values. En: A cross cultural sourcebook based on the 1999-2002 value surveys. México: Siglo XXI; 2004.
2. Sunkel G. La familia desde la cultura. ¿Qué ha cambiado en América Latina? En: Arriagada I, Aranda V (comp). Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. Santiago de Chile: CEPAL-UNPFA (Seminarios y Conferencias, 42); 2004.
3. Arriagada I. Familias sin futuro o futuros de las familias. En: Lerner S, Melgar L (coord). Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas. México: UNAM; El Colegio de México; Programa Universitario de Estudio de Género; Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales; 2010: pp. 53-71.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2007-2011: año base 2003 / INEGI, c2013.
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/derivada/cuentas/trab_no_remune/2007-2011/cstnrhm07_11.pdf
5. Esping-Andersen, Gösta. Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Barcelona: Ariel; 2000.
6. Aguirre R. Familias como proveedoras de servicio de cuidado. (Ponencia presentada en el seminario Género y cohesión social). En: Astelarra J (coord). Género y cohesión social. Madrid: Fundación Carolina CEALCI (documento de trabajo, 16); 2007.
7. Valencia M, Saldívar G. Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos. En: VIII Reunión de Investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría, Anales IV. México 1993: 145-56.
8. Valencia M, Rascón ML. Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Psicología Iberoamericana* 1998;6(4):18-33.
9. Medina-Mora. Instituto Nacional de las Mujeres (www.inmujeres.gob.mx), Diciembre, 2006.
10. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*. 2003;18:250-67.
11. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
12. Rascón ML, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica*, Vol. 62 N° 6; Noviembre- Diciembre; 2010: pp. 509-15.
13. TARRIER N, BARROGLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAN J, PORCEDDU K, WATTS S, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiat*. 1988;153:532-42.

14. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi BG. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009; 27: 50–5.
15. Durán MA. La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas. Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.
16. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008; 22:443–50.
17. Schultz R, Belle SH, Czaja SJ, McGinnis KA, Stevens A, Zhang S. Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well being. *JAMA*. 2004; 292:961–7.

RETOS PARA LA SALUD

ENFERMEDADES DEL REZAGO

Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

14

Introducción

209

Las actualmente nombradas enfermedades tropicales desatendidas o enfermedades asociadas al rezago o enfermedades tropicales del rezago (ETR) tienen más en común de lo que parece. Mientras enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo (que también son enfermedades asociadas al rezago) son llamadas las “tres grandes”, son muy conocidas como los principales flagelos que afectan a la humanidad y existen muchos mecanismos para su financiamiento y lucha en contra de ellas; las ETR, hasta hace poco, habían recibido relativamente poca atención en la comunidad mundial de salud pública, la industria farmacéutica y la sociedad en general (de ahí su nombre de “desatendidas”). Una de las razones de esta falta de atención, el factor principal que conecta a todas estas enfermedades, es que son enfermedades de la pobreza. Las ETR tienden a propagarse en zonas de desventaja económica y/o rural, donde las condiciones de vida, el acceso a la atención médica y los servicios de agua y saneamiento son inadecuados. Persisten en las comunidades más marginadas, lo cual contribuye al ciclo de la pobreza. Su efecto negativo en la productividad se debe al retraso de crecimiento infantil, desarrollo intelectual y aprendizaje, lo que es especialmente evidente en las zonas rurales indígenas. En estas poblaciones, las mujeres y los niños tienden a sufrir de manera desproporcionada estas enfermedades, por lo que son los más vulnerables entre los vulnerables, y también los más excluidos.¹

La mayoría de las ETR son mortales en muy pocos casos –otra razón, tal vez, por la cual no se les ha dado la misma prioridad que a las “tres grandes”. Sin embargo, sus consecuencias suelen manifestarse en los efectos crónicos insidiosos que causan, en particular

en la infancia: desnutrición, anemia, dificultad en el crecimiento y mayor susceptibilidad a otras infecciones, en el caso de helmintosis transmitida por contacto con el suelo y la esquistosomiosis. Otras ETR pueden causar discapacidades y desfiguraciones, por ejemplo filariosis linfática, lepra y leishmaniosis cutánea, o incomodidad extrema y ceguera, en el caso de tracoma y oncocercosis. A su vez, estas enfermedades tienen repercusiones en el ámbito social, como la disminución en la productividad laboral, la merma en la calidad de vida y la disminución de la capacidad de ingreso, e imponen, a su vez, una carga adicional en los sistemas de salud, además de que impactan en los años de vida potencialmente saludables perdidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han mencionado que más de un billón de personas están afectadas por una o más de las ETR. En América Latina y el Caribe, principalmente se concentran en zonas rurales de Bolivia, Colombia, Guatemala, México y Perú, países donde se concentra 80% de la población indígena de la región.²

El diagnóstico de estas ETR casi siempre es simple y llega a costar menos de un dólar por prueba. En general, los medicamentos para combatirlas son baratos y seguros; en algunas áreas de América Latina se distribuyen de manera gratuita, incluso son repartidos por personal no médico (maestros, líderes comunitarios, etc.). Estos esfuerzos han logrado que algunos países controlen y/o eliminen algunas de estas infecciones; por ejemplo, en los últimos 20 años, en 116 de los 122 países endémicos con lepra como un problema de salud pública, aquella ya ha sido eliminada de su territorio, y poco más de 14.5 millones de personas se han curado con la terapia multidroga. En cuanto a la dracunculosis, ésta se encuentra focalizada, por lo que se considera que está en vías de eliminación con la simple intervención consistente en el uso de filtros de agua. Con respecto a las geohelmintosis, son varias las investigaciones que demuestran que su reducción no sólo mejora la salud infantil, sino que también aumenta de manera considerable el desarrollo cognoscitivo, la participación escolar y el bienestar de los adultos.³ Por otro lado, se ha demostrado que la quimioprofilaxis para combatir las cinco ETR más prevalentes está entre las intervenciones mundiales en salud más eficaces, en relación con el costo por años de vida ajustados en función de la discapacidad evitada. De este modo, se ha estimado que las tasas de rendimiento económico obtenidas mediante el control de las enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades infecciosas varían entre 15 y 30%.⁴

Las enfermedades asociadas con el rezago

En la actualidad, se consideran 14 enfermedades, en su mayoría prevenibles y eliminables de América Latina (AL),^{5,6} que se pueden agrupar de la siguiente manera:

- *Infecciones bacterianas como: bartonelosis (Bartonella bacilliformis); lepra; leptospirosis (Leptospira spp.); peste (Yersinia pestis); sífilis congénita; complejo de mal de pinto; tracoma (Chlamydia trachomatis); úlcera de Buruli (Mycobacterium ulcerans)*
- *Infecciones por protozoarios y parasitarias: enfermedad de Chagas; leishmaniosis; enterobiosis; filariosis linfática; infecciones de geohelminthos (helminthosis transmitida por contacto con el suelo), Ascaris lumbricoides; Trichuris trichiura; Ancylostoma spp., Necator americanus (uncinariás); oncocercosis; toxocariosis; triquinosis; esquistosomiosis (Schistosoma mansoni); fasciolosis (Fasciola hepática); paragonimosis*
- *Céstodos parasitarios (cisticercosis/teniosis), equinococosis (hidatidosis), himenolepiosis*
- *Hongos parasitarios y artrópodos ectoparasitarios como micosis superficiales (tiñas) piquetes de pulga, ácaros, miosis por larvas de moscas, piojos de cabeza y corporales, garrapatas*
- *Infecciones víricas como enfermedades hemorrágicas víricas/fiebres hemorrágicas víricas (excepto fiebre hemorrágica de dengue y Hantavirus)*

211

De acuerdo con la OMS y la OPS, la mayoría de las enfermedades de esta lista puede ser prevenida o eliminada. Por ejemplo, las enfermedades listas para la eliminación o erradicación mundial son la dracunculosis, lepra y filariosis; las enfermedades con buenas herramientas de control son: leishmaniosis, tracoma, cisticercosis, equinococosis, oncocercosis, rabia, esquistosomiosis, geohelminthosis y sífilis endémica; por último, las enfermedades cuyas herramientas de control son deficientes son: brucelosis, ántrax, úlcera de Buruli, enfermedad de Chagas, dengue, tripanosomiosis africana y encefalitis japonesa.⁶ La OPS ha recomendado priorizar las acciones conforme a la situación epidemiológica de la región. Así, ha sugerido focalizar las acciones primero en tracoma, Chagas, lepra, filariosis, oncocercosis, esquistosomiosis y geohelminthosis, y en segundo término, las enfermedades ocasionadas por ectoparásitos, leishmaniosis y zoonosis parasitarias. El

presente capítulo aborda algunos ejemplos de estas enfermedades tropicales del rezago.

Tracoma

Tracoma es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* que provoca inflamación en la conjuntiva y puede llegar a causar ceguera. Más de 84 millones de personas en 56 países tienen tracoma activo y se ha estimado que 8 millones pierden la vista debido a las complicaciones de esta enfermedad, representando la principal causa de ceguera prevenible en el mundo. En la actualidad, el tracoma existe en México (Chiapas), Guatemala y Brasil, además de otros 53 países de África, Asia, Oriente Medio y Australia.^{7,8}

212

El tracoma se transmite inicialmente por el contacto de los ojos con las manos de una persona infectada, o por sus pertenencias como toallas, pañuelos, prendas de vestir, por las secreciones de la garganta e incluso por las moscas; o bien, por lavarse la cara con agua que fue usada por una persona en periodo de contagio. Esta enfermedad se dispersa con rapidez por el estrecho contacto personal, es decir donde existe hacinamiento, que en general se observa en comunidades rurales y en las más pobres con malas condiciones de vivienda e higiene, cuyo acceso al agua limpia es limitado, deficiente o ausente de servicio de saneamiento y con servicios de salud de mala calidad.⁹ En áreas donde esta enfermedad es endémica, entre 60 y 90% de los niños entre 1 a 10 años de edad está infectado, sobre todo los menores de 5 años, y las mujeres adultas corren más riesgo de desarrollar ceguera que los hombres, ya que son quienes en general cuidan a los niños enfermos, de modo que tienen exposiciones repetidas a la bacteria y, en consecuencia, el daño en la córnea. El diagnóstico se realiza por medio de muestra ocular en hisopo. Su tratamiento es muy sencillo y eficaz; sin embargo, si no se aplica en forma oportuna y adecuada, el tracoma puede volverse crónico y producir ceguera.

El tracoma persiste debido a la higiene escasa y a las malas condiciones de vida de las familias que habitan áreas donde es endémico. Es más, la desaparición del tracoma en Europa en el siglo XIX, que se logró sin antibióticos, fue atribuida al mejoramiento de las condiciones sanitarias de vivienda y de higiene personal. Para lograr el control de la enfermedad, la OMS ha recomendado la estrategia llamada SAFE (*Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness and Envi-*

ronmental education efforts), que consiste en: cirugía para tratar la triquiosis; administración de antibióticos para el tratamiento de la infección por clamidia; promoción del uso de pañuelos desechables, para la limpieza facial con el objeto de reducir la transmisión, y del mejoramiento del ambiente, para disminuir la incidencia e interrumpir el ciclo de la infección. El mejoramiento ambiental consiste principalmente en proveer medidas de saneamiento y agua potable, incluido el control de las moscas, concediendo una gran importancia a la educación a la comunidad; por ejemplo, enseñar a lavarse la cara o usar pañuelos desechables o trapos bien lavados o previamente hervidos, sobre todo en las casas donde existen casos con triquiosis, y mostrar a la comunidad cómo es la transmisión de esta enfermedad, para que así los habitantes colaboren a evitarla.¹⁰

Geohelmintos

213

A las infecciones por uno o más de los helmintos transmitidas por el suelo se les conoce como geohelmintosis. Esta es la parasitosis más frecuente de las denominadas “enfermedades infecciosas del rezago”, lo que da lugar a una alta carga de morbilidad y agrava las desigualdades sociales. Los geohelmintos más comunes, aunque no los únicos, son *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiuria*, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*. La geohelmintosis constituye un grave problema de salud pública en muchas regiones del mundo, en especial en los países en desarrollo, y están vinculadas a las condiciones ambientales y socioeconómicas desventajosas, como: mala o insuficiente alimentación, condiciones de vivienda precaria, situaciones que favorecen el contacto con tierra contaminada con alto grado de fecalismo, falta de saneamiento ambiental, carencia de agua potable o malas condiciones del agua, falta de higiene en la preparación y almacenamiento de los alimentos, entre otras condiciones desfavorables. La infección en la población infantil, que es la más propensa a estos parásitos, ocasiona retraso en el desarrollo cognitivo, pérdida de hierro, retraso del crecimiento y disminución de la eficacia de las vacunas.^{11,12} Otros factores de riesgo incluyen la edad (intensidad de los picos de infección en la infancia), la falta de educación, vivir en clima húmedo, tropical y las labores agrícolas.¹³ No se transmiten de una persona a otra ni por otra vía. Debido a que estas geohelmintosis tienen el mismo mecanismo de infección, cuando una persona está infectada con uno

de ellos, generalmente la probabilidad de que tenga todos es muy alta. Las geohelminosis son fáciles de diagnosticar, ya sea porque los pacientes o tutores llegan con los parásitos que han arrojado y se los muestran al personal de salud y/o médico, o bien por un análisis de muestras de heces utilizando la técnica de Kato–Katz. La mayor parte de los antiparasitarios se dan en dosis única y son bastante eficaces.

Para prevenir las geohelminosis, es importante que haya vigilancia y educación sobre los factores de riesgos y modos de transmisión. El tratamiento masivo es una forma efectiva de reducir la carga parasitaria; sin embargo, ha de ir acompañado con soluciones a largo plazo, como son las intervenciones orientadas a lograr el cambio de comportamiento, que incluyen la instalación de letrinas, mejores servicios de saneamiento y agua potable, uso de zapatos, lavarse las manos, la preparación cuidadosa de los alimentos, en especial de vegetales y cultivos de raíz, y la educación sobre el autocuidado, como la desparasitación periódica. En todas estas medidas, la mujer toma un rol fundamental para lograr cortar la transmisión.^{3,5,6} La población prioritaria para la distribución masiva incluye niños de 1 a 15 años de edad, mujeres embarazadas después del primer trimestre, los hombres con ocupaciones de alto riesgo (p. ej., recolectores de té, agricultores, mineros) y a los manejadores de alimentos formales (comercio) e informales (madres) pues ellos desempeñan un papel fundamental en la transmisión de las geohelminosis.¹¹

Teniosis-cisticercosis

La teniosis y la cisticercosis ocasionadas por *Taenia solium* son problemas de salud pública que prevalecen tanto en áreas urbanas como rurales, donde se les asocia con las prácticas tradicionales de crianza de cerdos, malas condiciones sanitarias e higiénicas, ignorancia y pobreza. La cisticercosis se encuentra en África, Asia y Latinoamérica; en particular, México y Brasil son los países que informan las frecuencias más altas. La contribución que tiene la cisticercosis humana en las tasas de morbilidad y mortalidad es resultado del desarrollo del cisticerco en el sistema nervioso central (SNC), lo que con frecuencia causa discapacidad física y, en ocasiones, la muerte. Se ha sugerido que la principal consecuencia de la teniosis en la salud es la desnutrición, aunque aún no se ha demostrado en forma concluyente, como con otras parasitosis.¹⁴⁻¹⁶

La infección ocurre cuando las larvas de la tenia se introducen en el cuerpo y forman cisticercos. Cuando los cisticercos son encontrados en el cerebro, la condición se conoce como neurocisticercosis. El ser humano desarrolla teniosis intestinal por la ingestión de cisticercos vivos cocidos en forma inadecuada en la carne del hospedero intermediario natural, el cerdo. En las personas, la neurocisticercosis ocurre por la ingestión de alimentos o agua contaminados con excremento humano que contiene huevos; esto se facilita por la convivencia con un portador de *T. solium*, normalmente la mujer manejadora de alimentos, quien al no tener medidas higiénicas básicas, como el lavado de las manos después de ir al baño, al preparar los alimentos, los contamina con huevos de tenia y ocasiona la cisticercosis a quien los consume.^{17,18,20}

El diagnóstico de teniosis se puede realizar por la identificación de los proglótidos, coproparasitoscópicos y captura de antígeno, entre otras; el diagnóstico de cisticercosis puede hacerse por pruebas serológicas como ELISA, BLOT, TC y RM, entre otras. En la actualidad, existen tratamientos tanto para la teniosis como para la neurocisticercosis¹⁹⁻²³ con resultados muy alentadores.

La vigilancia activa se puede llevar a cabo en forma muy fácil, mostrando pedazos de proglótidos a todos los que acudan a consulta y en caso de que alguien reconozca que él o ella o alguien de su familia los ha arrojado, entonces ofrecer tratamiento con praziquantel para toda la familia.

El modo más eficaz para prevenir cisticercosis es el saneamiento y la educación, junto con la prevención y el control de la teniosis, ya que hay características que hacen a la *T. solium* vulnerable: a) su ciclo de vida requiere exclusivamente a los seres humanos como sus hospederos definitivos; b) la teniosis es la única fuente de infección para el huésped intermediario; c) el cerdo puede ser controlado; d) no existen reservorios silvestres, y e) se dispone de productos antiparasitarios seguros y eficaces contra la teniosis.²⁴ También se debe prevenir el acceso de los cerdos a la materia fecal y considerar la vacunación de estos animales.

No se recomienda comer carne de cerdo y otras carnes crudas o insuficientemente preparadas, además de insistir en el lavado de manos, sobre todo de los manejadores de alimentos, frutas y verduras, así como tomar agua hervida. El tratamiento masivo también ha demostrado ser eficaz para cortar el ciclo de transmisión en las comunidades, por lo que esta zoonosis puede ser eliminable de nuestros países.²⁵⁻²⁷

Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una consecuencia de infección con el protozooario *Trypanosoma cruzi*, que persiste por toda América Latina, a pesar de varios esfuerzos de control. Se estima que en nuestros días hay entre 8 y 9 millones de individuos infectados con el parásito y entre 25 y 90 millones de individuos están en riesgo de la infección. Afecta en especial a las poblaciones de zonas rurales y marginadas, y en las últimas décadas, se ha convertido en una de las preocupaciones principales en salud pública en particular, en las regiones de Mesoamérica. En algunas otras partes del continente, cada vez más se reportan casos de la enfermedad en asentamientos periurbanos.^{3,7}

216

El parásito puede ser transmitido por los siguientes mecanismos: transmisión vectorial, transfusión de sangre y transmisión vertical.

Transmisión vectorial. El modo más común de transmisión es por la picadura de varias de las especies del insecto triatómino (*Triatoma*, *Rhodnius*, y *Panstrongylus*), que tienen una preferencia por alimentarse de la sangre de humanos y actúan como vectores para la transmisión entre humanos y otros mamíferos.²⁸ El parásito habita en el intestino de estos insectos, los cuales defecan mientras se alimentan de sangre. La infección sucede cuando el individuo se rasca y frota las heces contaminadas del insecto con los pequeños cortes o arañazos que se autoproduce. Este es el modo más importante de transmisión de la enfermedad, ya que cada año aparecen 40 000 casos nuevos de Chagas.^{5,9} Una de las razones por las que la enfermedad está asociada con la pobreza es que las viviendas en general están construidas con techos de paja o palma, paredes de barro o adobe y pisos de tierra, materiales que atraen infestaciones con triatóminos.^{29,30} Además, mamíferos no humanos desempeñan un papel importante en el ciclo de transmisión, pues actúan como reservorios; existen 150 especies de animales salvajes y domésticos que han sido identificados como huéspedes del parásito.³¹

Transfusión de sangre. Este es el mecanismo de infección más frecuente. Esta ruta es particularmente importante en áreas urbanas, donde el propio vector no está presente, pero hay migración de personas desde zonas rurales. Una encuesta de seroprevalencia en México demostró que 1.5% de los donantes de sangre eran positivos para anticuerpos de *T. cruzi*.³²

Transmisión vertical. Transmisión de la enfermedad de Chagas de la madre al feto ocurre en alrededor de 1 a 12% de embarazos de mujeres infectadas, pero es el modo de transmisión menos reportado y menos comprendido.³³ En algunas partes de América Latina, la enfermedad de Chagas congénita es una causa principal de nacimiento de niños muertos. Bebés infectados pueden ser tratados y curados si se hace un diagnóstico apropiado de manera oportuna.³³

Transmisión oral. La enfermedad de Chagas puede ser transmitida mediante el consumo de comida contaminada por las heces de triatóminos (tal como la fruta *açaí* en Brasil)³⁴. Este es el mecanismo menos frecuente.

El diagnóstico no es fácil, aunque un indicador de Chagas de la fase aguda es “el signo de Romaña”, una hinchazón en los párpados que ocurre como resultado de la contaminación conjuntival con las heces del vector. Sin embargo, eso sucede en menos de 5% de los casos.³² Después de un periodo de hasta 8 semanas, los casos agudos se resuelven en una forma asintomática e indeterminada, y de 60 a 70% de los infectados no padecerán ningún otro problema médico. En el restante 30%, la enfermedad quedará latente durante varios años (en algunos casos, hasta tres decenios), antes de que se desarrolle en la fase sintomática crónica, que ocasiona la miocardiopatía chagásica crónica (MCC), la cual puede llevar a arritmia del corazón y disfunción, debido a la falla del corazón y, por consiguiente, a la muerte. Las megavisceras ocurren en 18 a 30% de pacientes con la enfermedad de Chagas crónica y, mientras esta condición puede causar discapacidad, la cirugía y secuelas son peligrosas con una tasa de mortalidad de 1 a 5%.³⁵ El diagnóstico de la enfermedad de Chagas se lleva a cabo mediante el análisis serológico utilizando las pruebas de IFA, ELISA o de HI. El tratamiento se centra en la administración de quimioterapia antiparasitaria.

La detección activa de casos para la enfermedad de Chagas puede realizarse por medio de tamizaje serológico en las poblaciones en riesgo. La seroprevalencia en niños menores de 15 años es un indicador comúnmente usado para determinar el alcance de transmisión actual de la enfermedad de Chagas. La infección se manifiesta en general en forma agrupada dentro de los hogares (alrededor de 20% de las casas representan 80% de la carga de infección). Para la vigilancia de la transmisión vertical, los recién nacidos pueden ser tamizados al nacer y a los seis meses de edad en busca de anticuerpos contra *T. cruzi*.³⁵ Las estrategias de control y prevención deben ser precisas. Tienden a enfocarse en el control vectorial y el tamizaje de sangre para transfu-

sión y tamizaje y tratamiento de casos agudos en niños de edad escolar y preescolar. Actividades focalizadas de control vectorial han involucrado el uso de rociamiento en el domicilio con insecticidas de acción residual y materiales tratados con insecticida para eliminar los focos de los insectos, tanto como el mejoramiento de condiciones de vivienda en áreas rurales para prevenir la domiciliación de este vector.³⁶ El papel de la mujer en el control de esta parasitosis es fundamental, pues se ha observado que cuando las mujeres ganan un ingreso, son más propensas a comprar mosquiteros tratados con insecticida en sus hogares para reducir los casos y la transmisión de enfermedades en sus hijos. El tamizaje de sangre, sobre todo en los bancos de sangre, y los programas de control de vectores domiciliarios que se han implementado en América en los últimos años también han reducido las tasas de infección y han llevado a reducciones considerables en las tasas de prevalencia en los grupos de edades más jóvenes.

Leishmaniosis

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria asociada con la pobreza que puede causar la muerte, ocasionada por varios protozoarios del género *Leishmania*. Se estima que alrededor de 12 millones de personas en 88 países endémicos están infectadas y entre 51 000 y 59 000 individuos mueren por esta razón cada año. En América Latina, la leishmaniosis prevalece en Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela, donde se reportan alrededor de 5 000 casos de leishmania visceral y 62 000 casos de leishmania cutánea.^{3,5}

Los flebótomos son insectos voladores mediocres, y por ello no salen lejos de sus casas. Necesitan condiciones con gran humedad, por lo que les gustan vivir en aéreas tropicales, madrigueras, huecos de árboles, grietas de las rocas, macizos de vegetación y fisuras. Las personas se infectan cuando son picadas, por lo común en las noches, por un flebótomo hembra que ha sido infectado con el parásito. No todas las personas y animales infectados tienen síntomas, por lo que es fácil su propagación entre las casas y, por ende, las comunidades.^{5,19,38} Se identifican tres tipos de leishmaniosis: cutánea, mucocutánea y visceral. Su diagnóstico se realiza por medio de diversas pruebas serológicas para la detección de anticuerpos, desafortunadamente sin poder diferenciar infecciones recientes, asintomáticas, o con resolución espontánea. Estas técnicas son IFI o ELISA, DAT y la prueba basada en inmunocromatografía [rK39

(TIC)]. Estas dos últimas tienen comparativamente altos niveles de sensibilidad y especificidad; en los últimos años se ha utilizado la PCR.^{5,7,9} También se recomienda la identificación microscópica de los parásitos con las muestras directamente de las lesiones (Heymann) y la prueba cutánea de Montenegro. El tratamiento consiste en antimonials pentavalentes con buena eficacia.^{9,37}

Es importante detectar y tratar los casos de leishmania en forma oportuna, por ello se recomienda proveer de diagnóstico y medicamentos adecuados en áreas endémicas. Es necesario también que exista un sistema de notificación para poder establecer y delimitar las áreas endémicas donde se apliquen las medidas de control, el cual se basa en la educación para el personal de salud y de las comunidades para identificar la enfermedad, comprender los ciclos de vectores y también las actitudes y conocimientos de la gente que se encuentra en riesgo, para lograr entonces el cambio de comportamiento, donde las madres y cuidadoras asumen un papel primordial. Otras medidas de prevención incluyen el repello y la colocación de paneles de malla fina y/o mosquiteros impregnados con insecticidas para reducir el riesgo de la infección y, por ende, la incidencia en la zona. También en este caso, se ha demostrado que las mujeres que cuentan con un salario son más propensas a comprar insumos que logren prevenir las enfermedades en sus hogares como lo es la protección con ropa y repelentes.^{5,38,39}

219

Reflexiones

Además de ser una estrategia clave, es siempre un privilegio trabajar mano a mano con la comunidad para lograr un proyecto eficaz, tomando en cuenta sus prioridades y/o necesidades sentidas para que exista empoderamiento y demostrando los cambios por medio de ejemplos comunitarios replicables. Es importante hacer un diagnóstico participativo, donde la gente pueda identificar los problemas de salud en la comunidad. Hay cinco partes del diagnóstico participativo: historia, recursos, problemas, soluciones y priorización. Dicho diagnóstico debe acompañarse de un programa de educación a la comunidad, que enseñe las causas que provocan este tipo de enfermedades y cómo prevenirlas y controlarlas; promueva el cambio en el comportamiento (lavado de manos frecuente) y cambios en el ambiente, como la instalación de letrinas y su adecuada utilización; por último, los tipos de tratamiento para prevención, sobre todo aquellos que se ofrecen en forma masiva. Desde la

perspectiva sanitaria, existe amplia evidencia que demuestra cómo el tratamiento regular de la infección por helmintos produce un beneficio en la salud inmediata, así como beneficios a largo plazo, contribuyendo así de manera significativa al desarrollo de los individuos afectados, en particular, el de los niños. Desde la perspectiva operacional, la inclusión de antihelmínticos en programas de salud pública cuenta con el apoyo de la comunidad científica, ya que aquéllos son baratos, seguros y fáciles de administrar.

A partir de los años setenta, México ha establecido programas de salud, donde el papel de la mujer es fundamental, ya que gran parte de ellos, incluidos los proyectos de las ETR, identifican a la mujer como responsable de la salud de los hijos y familia por su rol biológico en el embarazo y lactancia y por ser el miembro de la familia al que nuestra cultura le ha asignado este papel. Asimismo, a la mujer por lo común se le responsabiliza de la higiene, la preparación de los alimentos y otras tareas que contribuyen a la salud familiar y la definen; cabe mencionar que al desarrollar esta labor, la mujer se encuentra con mayor exposición a diferentes enfermedades que aquejan a los familiares. De ese modo, la mujer se encuentra en una disyuntiva: participar en el mercado laboral remunerado o cumplir sus tareas tradicionales de “cuidadoras” de la salud en el ámbito doméstico, para lo que no reciben ni apoyo ni reconocimiento alguno por su cumplimiento. Hoy en día una gran mayoría de las mujeres debe cubrir ambas jornadas. Es necesario, pues, tener políticas que promuevan la participación de otros miembros de la familia en los cuidados de la salud familiar.

Referencias

1. Colston J, Nelson J. <http://www.iadb.org/es/temas/salud/enfermedades-tropicales-del-rezago,2349.html>. Consultado el 25 de agosto de 2013.
2. Gracy M, King M. Indigenous health Part 1: determinants and disease patterns. Perth, Australia, The Lancet, 2009:65-75.
3. Bitrán R. Regional study to estimate the cost of preventing, controlling, and eliminating selected NTDs in the Americas. Bitrán & Asociados/Inter-American Development Bank, 2009.
4. Hotez P. The giant anteater in the room: Brazil's neglected tropical diseases problem. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2008;2(1):177.
5. Pan American Health Organization. Epidemiological profiles of neglected diseases and other infections related to poverty in Latin America and the Caribbean. Retrie-

- ved March 31, 2010, from Pan American Health Organization: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1247&Itemid=259
6. WHO Geneva. World Health Organization; deworming for health and development. Report of the Third Global Meeting of the Partners for Parasites Control. 2005: 51.
 7. Hotez P, Botazzi ME. The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: a review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2008;2 (9):300.
 8. Burkot T. Vectors. *Am J Trop Med Hyg*. 2004;71:24–6.
 9. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Benenson AS (ed). Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. 16a ed. 2006.
 10. Solomon AW, Zondervan M, Kuper H, Buchan JC, Mabey DCW, Foster A. Trachoma control, a guide for programme managers. Published jointly by the World Health Organization, the London School of Hygiene & Tropical Medicine, and the International Trachoma Initiative. 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546905_eng.pdf
 11. Urbani C, Albonico M. Anthelmintic drug safety and drug administration in the control of soil-transmitted helminthiasis in community campaigns. *Acta Trop*. 2003;86:215–22.
 12. Crompton DWT, Nesheim MC. Nutritional impact of intestinal helminthiasis during the human life cycle. *Annu Rev Nutr*. 2002;22:35–59.
 13. Smith HM, et al. Prevalence and intensity of infections of *Ascaris lumbricoides* and *Trichuris trichiura* and associated socio-demographic variables in four rural Honduran communities. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2001;96(3):303-14.
 14. Sarti E. La teniosis y cisticercosis por *Taenia solium*. *Rev. Salud Pub. Mex*. 1997; 39:225–31
 15. Sarti E. La taeniasis y cisticercosis en México (revisión bibliográfica). *Salud Pública Mex*. 1986;28:556–63.
 16. Malagón F. Elementos del binomio taeniasis/cisticercosis. Una síntesis. En: Flisser A, Malagón F (ed). *Cisticercosis humana y porcina, su conocimiento e investigación en México*. México: Limusa Noriega; 1989: pp. 3–7.
 17. Sarti E, Schantz P, Lara R, Gómez H, Flisser A. *Taenia solium* taeniasis and cysticercosis in a Mexican village. *Am J Trop Med Hyg*. 1988;39:194–8.
 18. Sarti E. Epidemiología de la taeniasis y cisticercosis. En: Flisser A, Malagón F (ed). *Cisticercosis humana y porcina, su conocimiento e investigación en México*. México: Limusa Noriega; 1989: pp. 233–42.
 19. Schantz P, Sarti E, Plancarte A, Wilson M, Roberts J, Flisser A. Clinical radiological and epidemiological correlations of ELISA and immunoblot assays for *Taenia solium* cysticercosis in 2 populations. Mexico. *Am J Trop Med Hyg*. 1991;45:130–1.
 20. Schantz P, Sarti E, Plancarte A, Wilson M, Criales J, Roberts J, et al. Community based epidemiological investigations of cysticercosis due to *Taenia solium*.

- Comparison of serological screening tests and clinical findings in two populations in Mexico. *Clin Infect Dis.* 1994;18:879–85.
21. Pawlowski Z, Allan J, Sarti E. Control of *Taenia solium* taeniasis/cysticercosis; from research towards implementation. *Int J Parasitology.* 2005; 35:1221–32.
 22. Sarti E, Rajshekhar V. Measures for the prevention and control of *Taenia solium* Taeniosis and cysticercosis. *Acta Tropica.* 2003;87: 137–43.
 23. Allan JC, Mencos F, García-Noval J, Sarti E, Flisser A, et al. Dipstick dot ELISA for the detection of taenia coproantigens in humans. *Parasitology.* 1993;107:79–85.
 24. Heymann DL. Control of communicable diseases manual. Washington, DC: American Public Health Association; 2008.
 25. Sarti E, Flisser A, Schantz PM, Gleizer M, Loya M, Plancarte A, et al. Development and evaluation of health education intervention against *Taenia solium* in a rural community in Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 1997;56:127–32.
 26. Sarti E. Considerations for the control and prevention of neurocysticercosis. En: Wijeyaratne P, Hatcher-Roberts J, Kitts J, Jones-Arsenault L (ed). *Gender, health and sustainable development: a Latin America perspective.* Ottawa, Canadá: International Development Research Centre. 1994:748–55.
 27. Sarti E, Schantz P, Avila G, Medina R, Ambrosio J, Flisser A. Mass treatment against human taeniosis for the control of cysticercosis a population based intervention study. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.* 2000;94:85–9.
 28. Williams–Blangero SA. Attitudes towards Chagas’ disease in an endemic Brazilian community. *Cad Saude Publica.* 1999;7–13.
 29. Franco–Paredes CA (2009). The unfinished public health agenda of Chagas disease in the era of globalization. *LoS Neglected Tropical Diseases.* 2009;3(7):470.
 30. Rojas–de Arias A. Chagas disease prevention through improved housing using an ecosystem approach to health. *Cad Saude Publica.* 2001:89–97.
 31. Remme JH. Tropical diseases targeted for elimination: Chagas disease, lymphatic filariasis, onchocerciasis, and Lepr. En: *Disease control priorities in developing countries.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006: pp. 433–50.
 32. Olivera–Mar A, Hernández–Vicencio C, Camacho–Marie M, Hernández–Becceril N, Monteón–Padilla VM, Vallejo M, et al. Chronic chagasic cardiomyopathy at the Hospital General de Zona no. 24 IMSS. Poza Rica, Veracruz. *Arch Cardiol Mex.* 2006;76(3):269–76.
 33. Dorn P. Whac-a-mole: future trends in Chagas transmission and the importance of a global perspective on disease control. *Future Microbiology.* 2007:365–7.
 34. Wilson L. Cost-effectiveness of Chagas disease interventions in Latin America and the Caribbean: Markov models. *Am J Trop Med Hyg.* 2005:901–10.
 35. Knudsen AB. Vector-borne disease problems in rapid urbanization: new approaches to vector control. *Bulletin of the World Health Organization.* 1992;70:1–6.

36. Levy MZ. Targeted screening strategies to detect *Trypanosoma cruzi* infection in children. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2007;1(3):03.
37. Chappuis F, et al. "Visceral leishmaniasis: What is needed for diagnosis, treatment, and control?" *Nature*. 2007:7–16.
38. Mathers CD. Measuring the burden of neglected tropical diseases: the global burden of disease framework. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2007;(2):114.
39. Hotez P, Botazzi ME. (2008). The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: a review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2008;2(9):e300.

Introducción

225

En este trabajo se presenta la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva para las mujeres. Cuando no se instrumentan las acciones necesarias para garantizar la salud sexual y reproductiva se originan embarazos no planeados o no deseados, abortos inseguros, complicaciones obstétricas que pueden llevar a discapacidad o a muertes maternas, muertes perinatales, recién nacidos con malformaciones o con infecciones perinatales, infecciones sexualmente transmisibles, casos de VIH, mortalidad perinatal, malestares ginecológicos, cánceres, insatisfacción con la pareja, violencia sexual, entre otros. El acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva contribuyen a un mayor control de las personas sobre su vida, en particular de las mujeres. Se conceptualiza como un asunto de derechos, autonomía y justicia social que contribuye a la igualdad sustantiva de las mujeres y a un mayor desarrollo social y económico de la mujer, su familia y su comunidad. Se resumen los avances logrados en México en esta área, así como los obstáculos y desafíos identificados, con recomendaciones generales emitidas por expertos internacionales y nacionales para mejorar el acceso y utilización de estos servicios por las mujeres en mayor situación de desigualdad.

Importancia de la salud sexual y reproductiva para la salud de las mujeres

A pesar de que la sexualidad es parte integral de todos los seres humanos desde su nacimiento hasta su muerte, los temas que se vincu-

lan con ella son tratados de manera parcial y con diversas dificultades por la sociedad en su conjunto. A menudo se evita su abordaje en las instituciones de salud, educación, en la familia y otras instituciones y persisten barreras para el acceso y uso de estos servicios, sobre todo en la población que tiene mayores desigualdades, las mujeres y, en especial, las de escasos recursos, las indígenas y las adolescentes.

Las diversas culturas, incluida la mexicana, han promovido inequidades de género que todavía persisten y se expresan con mayor intensidad en las mujeres en mayor situación de desigualdad. El género, o sea el conjunto de atributos simbólicos, sociales, jurídicos, culturales, políticos y económicos asignados a las personas conforme a su sexo que se traducen en actitudes, creencias, comportamientos, valores y estereotipos, continúa impactando a las mujeres en la exposición a riesgos específicos ligados a roles femeninos, en la percepción sobre el cuerpo y el autocuidado, en el grado de acceso y control sobre los recursos para la protección de su salud o en la calidad de los servicios que se les ofrecen.

Estas inequidades han sido reforzadas históricamente por las principales instituciones y la sociedad en su conjunto. La sexualidad y la reproducción han sido temas donde se han establecido diferencias y limitaciones en la autonomía, comportamientos esperados y poder para la toma de decisiones entre hombres y mujeres.

La Organización Mundial de la Salud define la *salud reproductiva* como el estado de bienestar físico, mental y social (y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias) en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para la salud o para procrear, con la libertad de decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad y de su reproducción.

Asimismo, la salud reproductiva atiende el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre sexualidad y reproducción, el derecho a recibir servicios adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgos, y las máximas posibilidades de tener hijos sanos así como el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho a una sexualidad informada, placentera y sin riesgos para su salud. Requiere también de un enfoque basado en los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Durante varias décadas, el tema de salud sexual y reproductiva prioritario en las instituciones de salud fue la salud materna y perinatal y más tarde la planificación familiar, enfoque que fue

evolucionando con los avances y recomendaciones en el ámbito internacional y de las políticas públicas en México.

A partir de 1994, y en seguimiento a las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo que se efectuó en El Cairo, se realizó un cambio conceptual que considera como ejes los derechos humanos y la perspectiva de género, poniendo en el centro a las personas y su bienestar, a la mujer en primera persona y no como un medio para el control demográfico y vincula la salud reproductiva al desarrollo humano, social y económico; así como la necesidad de un trabajo multisectorial, no limitado al área de salud (social, ambiente, trabajo, educación, entre otros).

En la actualidad, la salud sexual y reproductiva abarca diversos temas como: la salud materna y perinatal, la anticoncepción, la lactancia materna, cánceres ginecológicos como el cáncer mamario y cervicouterino, problemas de la peri y posmenopausia o de la andropausia, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidas infección por VIH o SIDA, irregularidades menstruales, disfunciones sexuales, insatisfacción sexual, infertilidad y reproducción asistida, entre otros.

A pesar de los avances, la salud sexual y reproductiva continúa siendo en las discusiones internacionales y nacionales un tema de conflicto y desencuentros, y los hallazgos de diversos estudios realizados en México¹ constatan que aún nos encontramos “con un campo de acción lleno de tensiones, conflictos y desencuentros que evidencian la persistencia de rezagos, de grandes desigualdades, de nuevos retos que se avecinan y de intereses y posiciones ideológicas que ponen en peligro el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos”.²

Sin embargo, estos temas son de vital importancia particularmente para la salud y la vida de las mujeres. Por ello, las organizaciones de la sociedad civil, en especial las feministas, de mujeres y jóvenes han jugado un papel trascendental en impulsar estos temas y presionar para que se promuevan políticas públicas que garanticen el acceso, uso y la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva en todos los países, con perspectivas de derechos humanos, género e interculturalidad.

Amy Coen, quien fue presidenta del grupo *Population Action International*, expresó:

“Invertir en la salud sexual y reproductiva, y en los derechos sexuales y reproductivos transforma vidas: la vida de una mujer, la vida de un joven, la vida de una familia y, además, la vida social y económica de todo su país”.⁴

⁴ Amy Coen luchó por más de 30 años por los derechos de las mujeres. Durante 12 años fue presidenta de *Population Action International* y bajo su liderazgo se impulsaron avances en salud reproductiva en Estados Unidos. Murió en 2011.

Cuando no se instrumentan las acciones necesarias para garantizar la salud sexual y reproductiva se originan embarazos no planeados o deseados, daños a la salud y muerte; aunado a que la pobreza y la salud sexual y reproductiva están íntimamente ligadas. Las poblaciones con mayor pobreza y marginación presentan de manera constante indicadores de salud sexual y reproductiva más rezagados que en otros aspectos de la salud, como son mayor número de hijos de los deseados o planeados, mayores complicaciones de parto, aborto y puerperio o morbilidad–mortalidad materna y neonatal, inicio temprano de la fertilidad, abandono escolar, altas prevalencias de infecciones de transmisión sexual, violencia sexual u orfandad prematura. Todo lo anterior, contribuye a su vez a rezagar más a las personas en la pobreza y perpetuar ésta en las generaciones futuras.

Por ello, invertir en la salud sexual y reproductiva en un marco de respeto a las personas contribuye a ampliar las opciones de las mujeres y hombres, permite a las personas ejercer su sexualidad sin riesgos y alcanzar sus aspiraciones reproductivas. Se trata de derechos y libertades, del derecho que tienen mujeres y hombres a tener control sobre su sexualidad, su cuerpo y su reproducción. Se trata de permitir que las personas elijan el tipo de vida que quieren llevar, pero también de brindarles tanto las herramientas como las oportunidades para que puedan tomar tal decisión, contribuyendo a una mayor autonomía, mejor salud y mejores opciones de desarrollo profesional, educativo y laboral.

El acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva contribuyen a un mayor control de las personas, particularmente las mujeres, sobre su vida. Es un asunto de *derechos, autonomía y justicia social*, y por ello contribuye a la igualdad sustantiva de las mujeres.

Avances en salud sexual y reproductiva en México

Se sabe que en todo el mundo las prácticas sexuales sin protección constituyen el segundo factor de riesgo más importante para la salud. Los aspectos relacionados con la pérdida de la salud sexual y reproductiva representan 20% del peso de la enfermedad en mujeres y 14% en hombres. Por ello, son parte de los compromisos internacionales, en particular, de las metas del milenio expresadas en los objetivos 5 y 6.

La disponibilidad de buenos servicios de salud sexual y reproductiva es inversamente proporcional a las necesidades que tiene la población, aunado a que la discriminación y falta de autonomía de niñas y mujeres repercute en un bajo control de sus vidas, en particular de su vida sexual y reproductiva, y a que la violencia de género repercute también en problemas de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, existe una gran resistencia por parte de ciertos grupos de la población para que las y los adolescentes y jóvenes accedan a la educación sexual y a servicios para prevenir riesgos y para la atención integral de su salud sexual y reproductiva.

El acceso a los métodos anticonceptivos fue un avance que permitió que las mujeres pudieran controlar el embarazo e incrementar sus opciones educativas y laborales. Además, la planificación familiar y la anticoncepción son de las intervenciones más efectivas en relación con su costo, ya que generan una serie de beneficios potenciales en la salud de las mujeres y los niños, como la disminución de la mortalidad materna en 30% con la reducción de los embarazos con alto riesgo obstétrico y la mortalidad infantil en 10 a 20% a través de su contribución al espaciamiento de los nacimientos, lo que da más posibilidades de sobrevivida de los hijos.

El riesgo de muerte materna aumenta en cada parto sucesivo a partir del cuarto, de 1.5 a tres veces más que en mujeres con 3 o menos. El no espaciamiento de los nacimientos a por lo menos 2 años disminuye la probabilidad de sobrevivencia de los niños en 2.5 veces comparada con la de niños con un intervalo menor a 2 años, con lo cual se aumentaría la mortalidad infantil. Un intervalo entre nacimientos de menos de 12 meses aumenta el promedio del riesgo general de morir para el hijo precedente menor de 5 años de edad en por lo menos un intervalo de 70 a 80%.

Durante los últimos 30 años, se han logrado diversos avances en materia de salud reproductiva en México, lo cual ha permitido incidir en la dinámica demográfica del país y disminuir de manera paulatina la morbilidad y mortalidad materna y neonatal al prevenir embarazos no planeados y no deseados.

Sin embargo, la anticoncepción ha caído de las prioridades de los servicios de salud. La cobertura de uso de métodos anticonceptivos no ha avanzado como se esperaba en los últimos años. La demanda insatisfecha se ha mantenido sin disminución en 10 años (12%) y es dos veces mayor en adolescentes (24.6%) y en mujeres indígenas (22.8%). La oferta de anticoncepción después de un parto es baja en los hospitales, de modo que se pierde esta oportunidad, y

el aborto no ha sido abordado en forma adecuada en la mayoría de las instituciones y servicios de salud, con un enfoque de criminalización hacia las mujeres. La población más afectada por el rezago en planificación familiar y la anticoncepción son los grupos más vulnerables como los indígenas, adolescentes y población urbana marginada. Por otro lado, en la actualidad, con el incremento de obesidad, la diabetes, la hipertensión o los problemas renales, las mujeres se exponen a riesgos adicionales al embarazarse y requieren de una consejería anticonceptiva más especializada que no puede ser otorgada por un primer nivel de atención.

En México, se ha colocado la mortalidad materna en la agenda política del más alto nivel de las autoridades. Sin embargo, no se ha logrado articular todas las acciones necesarias para lograr un mayor impacto. México se comprometió a disminuir en 75% la razón de mortalidad materna (RMM) a partir de 1990. Hasta 2012 se había logrado una disminución de 55% de la RMM, menor que la requerida para cumplir con este compromiso internacional, aun cuando la mayoría de las muertes maternas son totalmente prevenibles. La principal razón actual de este rezago se debe a problemas de la calidad de atención obstétrica y de sus complicaciones; además de resistencias para garantizar acceso a todas las opciones anticonceptivas y a servicios de aborto seguro.

Se han promovido servicios para la población de adolescentes y jóvenes, pero aún no responden a sus necesidades y no se ha logrado el impacto deseado en este grupo de la población, tanto en los embarazos no planeados como en la incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y el SIDA. El número de hijos de madres adolescentes es de 17% en el sector salud y 25% en la Secretaría de Salud, porcentaje que se ha mantenido sin grandes cambios desde la década de los noventa. Los modelos de servicios para esta población requieren un enfoque distinto, multidisciplinario, integral y amigable, respondiendo a sus necesidades de espacios, horarios y servicios, con modelos menos asistencialistas y la participación activa de jóvenes.

En cuanto al cáncer cervicouterino, se han logrado coberturas mayores de 70% del papanicolaou y se ha modernizado el tamizaje incorporando pruebas de detección como la prueba de captura híbridos, por medio del establecimiento de una red de laboratorios en el país para esta prueba. Se inició la administración de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en las adolescentes de las zonas más marginadas y en la actualidad se incluyó de manera

amplia a las niñas de 9 a 10 años de edad. El tratamiento de cáncer cervicouterino se incluyó en el Fondo de Protección contra gastos catastróficos (FPcGC) desde 2005, lo que permite el acceso gratuito a las mujeres sin seguridad social. Estos logros han tenido un impacto favorable en la mortalidad por cáncer cervicouterino, pero todavía existen retos vinculados con la desigualdad en las comunidades más marginadas.

La cobertura de detección con mastografía en mujeres de 50 a 69 años en todo el sector pasó de 8.5% en 2007 a 21.6% para el cierre de 2012. Se ha impulsado el aumento de la cobertura de manera decidida, pero existen problemas estructurales y de recursos humanos para poder avanzar más rápido. En México, a partir de 2007 se garantiza el tratamiento gratuito del cáncer de mama a mujeres y hombres sin seguridad social a través del FPcGC. Entre los retos actuales, se encuentran que de 70 a 80% de las mujeres se diagnostican en etapas avanzadas con pocas posibilidades de supervivencia, que los tiempos para la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento son todavía largos; y que no toda la población conoce el procedimiento y cómo acceder a estos beneficios.

La epidemia del SIDA en México se encuentra estable y concentrada en las poblaciones clave como son mujeres transgénero con una prevalencia al VIH de 20%, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) de 17%, hombres trabajadores sexuales de 18% y personas usuarias de drogas inyectables (UDI) de 6%. La prevalencia de VIH en la población general es una de las más bajas de la región, con una prevalencia de VIH en la población adulta de 0.24%. Las nuevas infecciones por VIH tienen una tendencia a la baja en los últimos años y se estiman en 9 900 casos nuevos anuales. Sin embargo, es necesario fortalecer la prevención sexual, lograr impacto en la prevención de la transmisión perinatal del VIH, lograr un diagnóstico más oportuno, aumentar la cobertura de la detección del VIH, mejorar la calidad de la atención y aumentar la retención en los servicios de las personas afectadas.³

Debido al envejecimiento de la población, el conjunto de las personas de la tercera edad se mantendrá en crecimiento continuo en los próximos 50 años. Se estima que para el año 2050 la población de 60 años y más aproximadamente se quintuplicará, pues pasará de 6.7 millones en el año 2000 a 36.5 millones en 2050. Los programas de salud reproductiva en esta población distan mucho de ser prioritarios en la actualidad y se ha avanzado muy lentamente en esta área.

En la actualidad, se cuenta con estimaciones anuales detalladas del gasto en acciones de salud reproductiva y de equidad de género y se ha logrado generar una serie de tiempo comparable para el periodo 2003–2010.⁴ De 2003 a 2010 el gasto total en SR y EG tuvo una disminución promedio anual, en términos reales, de 0.5%. En 2010 el gasto en salud reproductiva fue de 43 205.8 millones de pesos, equivalentes a 0.33% del producto interno bruto (PIB) y 5.23% del gasto total en salud. En el Cuadro 15.1 se muestra la tendencia del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de todo el sector salud, del 2003 al 2010. El gasto para las infecciones de transmisión sexual, incluidos VIH y SIDA, se informa de manera independiente.

Retos y desafíos

232

Sin dejar de reconocer los logros sustantivos en la disminución de la fecundidad, por medio de una amplia cobertura anticonceptiva

Cuadro 15.1. Tendencia del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa, 2003–2010. (Millones de pesos de 2010)*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salud materno perinatal	35 909.9	35 857.7	36 912.4	36 680.1	36 913.4	33 321.3	32 854.6	29 222.9
Planificación familiar	2 547.6	2 652.1	2 786.1	2 318.1	2 701.4	2 151.3	2 249.4	2 539.8
Cáncer cervicouterino	2 517.1	2 361.4	2 249.7	2 140.3	2 058.4	2 603.4	2 665.7	2 657.3
Cáncer de mama	970.0	1 115.6	1 144.2	1 226.5	1 949.9	2 419.1	2 637.8	2 833.6
Equidad de género y violencia	143.6	136.4	215.5	221.3	108.9	190.2	201.7	287.5
Cáncer de próstata	348.5	378.4	410.7	450.3	464.9	458.9	516.1	526.8
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	2 231.1	3 192.0	3 508.1	3 513.6	3 845.8	4 063.9	4 165.0	4 516.0
Rectoría	298.5	594.8	851.8	821.1	550.6	625.5	658.7	622.0
TOTAL	44 966.2	46 288.3	48 078.5	47 371.3	48 593.3	45 833.7	45 949.0	43 205.9

* Fuente: Ávila–Burgos L, Montañez–Hernández JC, Cahuana–Hurtado L, Aracena–Genao B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimaciones 2010 y comparativo 2003–2010. INSP–CNEgySR, México, Secretaría de Salud, 2012.

brindada por los servicios públicos de salud y de las mejoras en otros temas de salud reproductiva, así como de los cambios culturales y sociales que han coadyuvado a una mayor autonomía de las mujeres, especialistas en la materia han identificado que existen obstáculos y restricciones que limitan el libre ejercicio de los derechos reproductivos. Algunos elementos que han contribuido a la exclusión y la discriminación de amplios grupos a un acceso real a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y a un insuficiente conocimiento y ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos son las jerarquías sociales e institucionales, el avance de ideas conservadoras, la persistencia de la violencia de género, así como la violencia simbólica que experimentan los grupos más desfavorecidos.^{5,6}

La precariedad de los servicios, sobre todo en zonas marginadas, nulifica la oferta gratuita y universal de servicios y las posibilidades de elegir. Diversas investigaciones han demostrado que las mayores necesidades no satisfechas se asocian en forma estrecha con las condiciones de vida más adversas, los estratos de ingresos bajos, la pobreza y las relaciones de género y generacionales más inequitativas. Por ello, las necesidades y carencias en salud sexual y reproductiva se incrementan en los estratos socioeconómicos más bajos, en las personas de menor escolaridad y entre las mujeres indígenas, las adolescentes y las jóvenes.⁷⁻¹¹

Las situaciones más adversas se viven en las zonas rurales marginadas, en particular entre las mujeres indígenas, donde la hegemonía del discurso médico dificulta la interlocución en términos igualitarios y respetuosos, sin respeto a los derechos ni a las elecciones de las mujeres. Por lo anterior, las necesidades no satisfechas duplican las de otras mujeres, los principales métodos a los que acceden son invasivos y se reportan elevados niveles de morbilidad y mortalidad maternas, así como deficiencias en la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, del cáncer cervicouterino y del cáncer mamario.¹²⁻¹⁴

Otro grupo que experimenta una acumulación de discriminaciones y exclusiones en su acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad son las mujeres adolescentes y jóvenes de los estratos socioeconómicos bajos. De acuerdo con las investigadoras Susana Lerner e Ivonne Szasz de El Colegio de México, es el único grupo que ha tenido escaso acceso a los anticonceptivos y a la doble protección del condón previo al inicio de la vida reproductiva, debido a que los servicios públicos de salud no recomiendan ni distribuyen de manera gratuita los anticonceptivos modernos adecuados para las adolescentes

y la población soltera, como la anticoncepción de emergencia o los parches anticonceptivos, y les niegan el acceso en particular a los estratos socioeconómicos bajos, lo cual se expresa en las elevadas prevalencias de infecciones de transmisión sexual y embarazos en la adolescencia.

Las desigualdades sociales, económicas, culturales e institucionales tienen grandes repercusiones en las condiciones de salud reproductiva y los derechos de la población adolescente. Las normas más conservadoras sobre el matrimonio y la sexualidad se aplican con mayor fuerza en los estratos sociales y culturales más desfavorecidos, sólo en los estratos socioeconómicos medio y alto, y en las zonas urbanas, parecen existir alternativas de continuar estudios, posponer las uniones maritales y prevenir los embarazos con métodos reversibles que brinden doble protección en las adolescentes y jóvenes.¹⁵⁻¹⁷

En el Foro que se realizó el 12 de noviembre de 2012, en el auditorio Alfonso Reyes de El Colegio de México, titulado “Una agenda para la política de población. Realidades y desafíos”, organizado por el Consejo Consultivo Ciudadano para la política de población, la Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE), El Colegio de México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Fondo para acciones en población de las Naciones Unidas (UNFPA) se presentó el tema “Salud y derechos sexuales y reproductivos”,^a donde se identificaron los siguientes obstáculos y retos para mejorar en salud y derechos sexuales y reproductivos:

Principales obstáculos

- *La falta o deficiente educación integral en sexualidad, laica y científica en las escuelas del país*
- *Persistencia de inequidades de género que afectan sobre todo a mujeres y niñas, lo que contribuye a la falta de autonomía y control sobre sus respectivas vidas, en particular, sobre su sexualidad y reproducción*
- *Políticas públicas influenciadas por la ideología y moral de ciertos grupos conservadores con poder y religiosos*
- *Falta de voluntad política de autoridades del ejecutivo, legislativo y ámbito judicial, ya que el abordaje de estos temas se percibe con riesgo político, por lo que se elude tratarlos*
- *Insuficiencia en el presupuesto asignado a los temas de salud sexual y reproductiva, en particular, los relacionados a salud sexual, aborto seguro y anticoncepción*

^a En este tema participaron las doctoras Susana Lerner e Iyonne Szasz de El Colegio de México, Raffaella Schiavon de IPAS México A.C., Rosario Cárdenas de SOMEDE y Patricia Uribe.

- *Insuficientes recursos humanos sensibilizados y capacitados en el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva en un marco de derechos en las instituciones públicas y privadas*
- *Formación inadecuada de los proveedores de servicios de salud, sin enfoque de derechos, género e interculturalidad*
- *Información deficiente sobre la sexualidad y los factores involucrados en las prácticas de los diversos grupos de la población. La mayor parte de encuestas y estudios existentes se focalizan a información sobre aspectos reproductivos como son el embarazo y uso de anticonceptivos, y no abordan información sobre percepciones, comportamientos sexuales, factores facilitadores u obstaculizadores de medidas preventivas, etcétera.*
- *Rendición de cuentas heterogénea, en particular, de autoridades de educación pública y de servicios de salud de algunas entidades federativas*
- *Ausencia de indicadores prioritarios de avances en salud sexual y reproductiva, que se reporten periódicamente por cada una de las instituciones o sectores involucrados, a pesar de los compromisos internacionales firmados en el tema*

Debido a lo anterior, fueron identificados los siguientes retos para mejorar la salud sexual y reproductiva:

Principales retos

1. *Garantizar el acceso a la información, educación, servicios de salud preventivos, la atención integral y a los servicios de justicia de manera oportuna, eficiente y sin barreras*
2. *Mejorar la calidad de la información, educación sexual y de todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Si bien la cobertura de servicios se ha incrementado, la calidad de los servicios es un desafío no resuelto que requiere de un cambio de cultura institucional y de acciones de mejora permanentes con el respaldo de las autoridades de todos los niveles y con un seguimiento con indicadores de calidad, para monitorear y evaluar en forma permanente los avances*
3. *Mejorar la instrumentación de las políticas públicas o acciones estratégicas de manera adecuada y homogénea en todos los niveles: instituciones federales, estatales y municipales. A pesar de que se han propuestos diversos programas, acciones prioritarias y estrategias sustentadas en evidencia científica y en mejores prácticas para mejorar en salud sexual y reproductiva, la instrumentación es el as-*

pecto central que mayores fallas ha presentado. La instrumentación toma mucho tiempo, es de manera heterogénea y en general no es realizada por todas las instancias, entidades federativas o unidades médicas involucradas, lo que repercute en un impacto limitado

4. Promover la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva. En la actualidad, la fragmentación de las instituciones y servicios se ha incrementado dada la tendencia a la especialización, descentralización y creación de unidades médicas especializadas para la atención ambulatoria. Estos servicios o unidades médicas incluso se encuentran ubicadas en sitios distintos, lo cual implica inversión de tiempo y de recursos para el traslado de las personas
5. Apoyar la incorporación del enfoque de género y derechos en todos los servicios de salud. A pesar de los avances que se han logrado en el país en los últimos años, incluida la creación del Instituto Nacional de las Mujeres y los distintos mecanismos estatales, así como las reformas legislativas para crear un marco que promueva la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres, todavía es necesario impulsar cambios de normas sociales y culturales que promuevan inequidades de género y barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, se requiere incrementar la participación del varón en la prevención y atención de la salud sexual reproductiva y en actividades de salud doméstica y comunitaria; y considerar servicios que respondan a las mujeres transgénero y transexuales
6. Continuar mejorando la legislación para disminuir barreras para el acceso y uso de los servicios como las vinculadas con la no admisión de personas solteras en servicios de salud sexual reproductiva, impedimentos para acceder a la interrupción del embarazo incluso cuando existen causales permitidas por la legislación, la prohibición de la entrega de anticonceptivos sin receta médica o sin la autorización de la pareja o el negar servicios e información a adolescentes sin la presencia del padre, madre o tutor
7. Instrumentar servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, de calidad y oportunos que respondan a las necesidades de mujeres adolescentes, indígenas, privadas de la libertad, migrantes o transgénero, entre otras

Recomendaciones

Las principales medidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la salud reproductiva en cualquier país son:

1. *Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud (mecanismos sostenibles de financiación; capacitación, contratación, distribución y retención de recursos humanos calificados; calidad de los servicios en el conjunto del sistema de salud y utilización de servicios particularmente por mujeres, jóvenes y otros grupos de la comunidad)*
2. *Mejorar la información para el establecimiento de prioridades*
3. *Movilizar la voluntad política*
4. *Crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo*
5. *Reforzar la vigilancia, la evaluación y rendición de cuentas*

Estas recomendaciones generales deben ser promovidas por todos los países para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, particularmente de las mujeres. Un aspecto central es la voluntad política de los diversos actores involucrados y los diferentes niveles de gobierno.

Expertos en salud reproductiva en un foro de análisis internacional convocado por la OMS sobre las prioridades de investigación en el área¹⁸ determinaron que las desigualdades en cuanto al tipo, la intensidad y la distribución de los problemas de salud sexual y reproductiva se atribuyen a cuatro causas principales que hay que atender:

1. **Factores de riesgo psicológicos, conductuales y ambientales** *y la escasez de información y recursos que predisponen a algunas personas o grupos a una peor salud en general y a una mayor cantidad de problemas de la salud sexual y reproductiva en particular*
2. **Factores sociales, económicos, culturales y personales** *que afectan a la utilización de los servicios sanitarios oficiales en general y de los servicios de salud sexual y reproductiva en particular*
3. **Recursos disponibles para el desarrollo y las prioridades políticas** *que afectan la calidad, la cantidad y la distribución geográfica de la información y los servicios (públicos y privados) para la salud sexual y reproductiva*
4. **Medios biomédicos y técnicos** *(anticonceptivos, vacunas VPH, pruebas rápidas del VIH) que influyen en la capacidad que tienen los programas de salud sexual y reproductiva de prestar servicios eficaces a determinados subgrupos de la población. En México, se recomienda establecer los anticonceptivos como insumos estratégicos y promover el acceso a los mismos por medio de su compra centralizada, que garantice la obtención de mejores precios y su abasto adecuado en todas las localidades.*

Las acciones y servicios deben centrarse en las personas, en este caso en las mujeres, promoviendo su autonomía, empoderamiento y participación activa en el cuidado de su salud. Conviene mejorar las estrategias de comunicación y difusión a toda la población de los procedimientos para acceder y utilizar los servicios de información, educación, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva; así como para reportar la negación del servicio, el maltrato, discriminación o violación de los derechos sexuales y reproductivos debe de ser considerado en las propuestas.

Para mejorar los servicios, es necesario cambiar la actitud del personal de salud y fortalecer la coordinación entre instituciones de salud y el funcionamiento de redes de atención. La formación del personal de salud debe de incluir aspectos sobre sexualidad, derechos humanos, género, diversidad sexual e interculturalidad.

Hay que promover e instrumentar modelos innovadores y amigables para atender la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, con la participación activa de ellos y basados en las mejores prácticas y reorientar los servicios de planificación y anticoncepción, con una mayor participación de personal de enfermería y trabajo social.

Asimismo, es necesario fortalecer la educación integral de la sexualidad y una cultura de respeto a la diversidad sexual y a los derechos de las personas en todas las escuelas públicas y en el personal de salud y docente, garantizando el vínculo indispensable entre educación y salud para impactar en la cultura, la promoción de la salud y la prevención.

Por último, es importante analizar las recomendaciones emitidas por organizaciones de la sociedad civil y personal académico experto en el tema en los últimos años, y de acuerdo con la atribución y responsabilidad de los diversos actores, instrumentarlas en un plan coordinado, alineado y multisectorial donde participen los servicios de salud, las escuelas, los lugares de trabajo o recreación, de procuración de justicia o de desarrollo social, entre otras.

Referencias

1. Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. El Colegio de México. México, 2008; Tomos I y II.
2. Lerner S, Szasz I. Necesidades y derechos en salud reproductiva. Elementos para considerar en una legislación actualizada. En: Hacia una nueva Ley Gene-

- ral de Población, coordinado por Mtra. Luz María Valdez, Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, México, 2013 (en proceso de publicación).
3. CENSIDA. VIH/Sida en México 2012. Secretaría de Salud. México, noviembre de 2012. Disponible en: www.censida.salud.gob.mx
 4. Avila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genaro B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimaciones 2010 y comparativo 2013–2010. INSP-CNEGySR, Secretaría de Salud. México, 2012.
 5. Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. El Colegio de México. México, 2008; Tomos I y II.
 6. Szasz I, Lerner S. Salud reproductiva y desigualdades en la población. En: García B, Ordorica M (coord). Los grandes problemas de México I. Población. El Colegio de México. México, 2010: pp. 213–51.
 7. Camarena RM, Lerner S. Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I. El Colegio de México. México, 2008: pp. 117–216.
 8. Aparicio R. Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos? En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I. El Colegio de México. México, 2008: pp. 217–85.
 9. Casique I. Actitudes hacia la reproducción y control de la fecundidad en las parejas mexicanas. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo II. El Colegio de México. México, 2008: pp. 47–94.
 10. Abrantes R, Pelcastre B. La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias? En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo II. El Colegio de México. México, 2008: pp. 255–301.
 11. Rojas O. Reproducción masculina y desigualdad social en México. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo II. El Colegio de México. México, 2008: pp. 95–137.
 12. Camarena RM, Lerner S. Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I. El Colegio de México. México, 2008, pp: 117–216.
 13. Espinosa G. Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo II. El Colegio de México. México, 2008: pp. 141–202.
 14. Freyermuth G, De la Torre C. Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo II. El Colegio de México. México, 2008: pp. 203–51.

15. Solís P, Gayet C, Juárez F. Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I. El Colegio de México. México, 2008: pp. 397–428.
16. Stern C, Menkes C. Embarazo adolescente y estratificación social. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I. El Colegio de México. México, 2008: pp. 347–96.
17. Szasz I. Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En: Lerner S, Szasz I (coord). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I. El Colegio de México. México, 2008: pp. 431–75.
18. Francisco A, Dixon–Mueller R, d' Arcangues C. Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países de ingresos medios e intermedios. Global Forum for Health Research, OMS. Ginebra, Suiza, 2007.

DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA EN ADULTAS MAYORES

Zoila Trujillo de los Santos
Teresa Corona

16

Introducción

241

En este trabajo se aborda el deterioro cognitivo en adultas mayores: los factores de riesgo, la prevención y las políticas públicas.

México se enfila hacia lo que se considera un país con transición demográfica avanzada y población envejecida, puesto que, para 2015, 10% de su población tendrá 60 años y más. En 2012, la población total de adultos mayores fue de 10 130 537, de los cuales 5 497 347 son mujeres (54%). Como en muchos otros países, el envejecimiento en México tiene predominio femenino (el índice de feminidad en México total es de 113.7, es decir hay 113 mujeres mayores de 60 años por cada 100 hombres de la misma edad)¹⁻³ [Figura 16.1]. Cifras que son alentadoras, al constatar que las mujeres cada vez alcanzan mayor longevidad, con una esperanza de vida promedio actual de 77 años (el promedio nacional es de 75 años y para los hombres, 72 años), sin embargo, también es preocupante saber que las mujeres a medida que avanzan en edad, presentan elevada prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión, dislipidemias, cardiopatías; consideradas potenciales factores de riesgo para el desarrollo de procesos neurodegenerativos, como deterioro cognitivo y demencias, entidades que tienen severa repercusión en la funcionalidad de la persona afectada, además de contribuir a la discapacidad y dependencia.^{4,5}

Según el más reciente reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012),⁶ la discapacidad es un problema de salud pública entre los adultos mayores, casi la mitad de ellos (47.8%), o alrededor de 5.1 millones de ancianos, sufre alguna forma de discapacidad, sobre todo las mujeres; los más viejos, los más pobres y quienes tienen menor escolaridad, son los que presentan

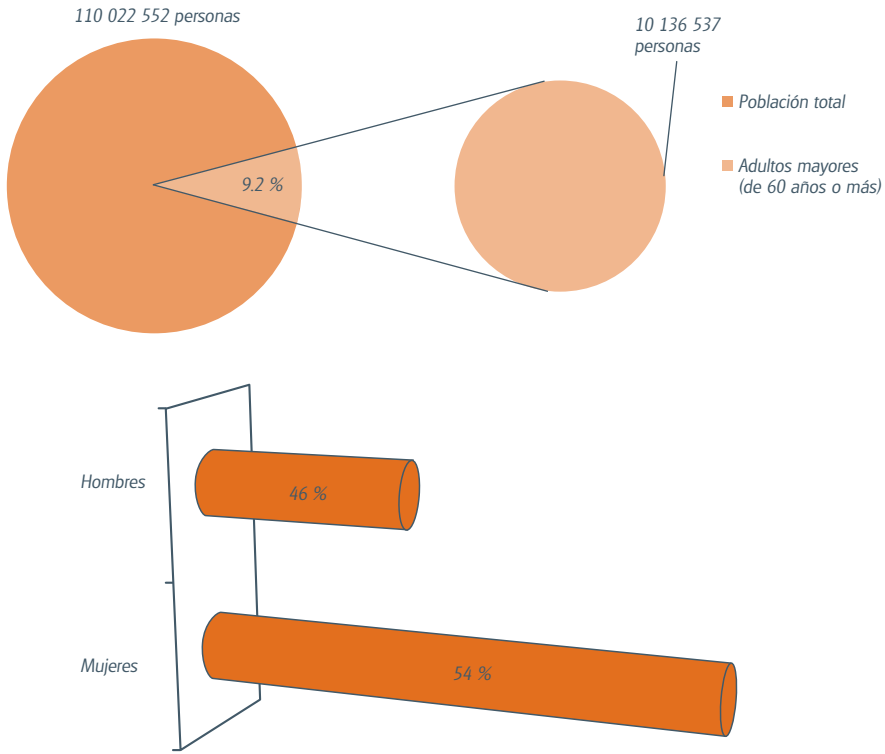


Figura 16.1. Población de adultos mayores, en total y por género.

mayor prevalencia y severidad de la discapacidad. La alteración en la cognición contribuye en mayor medida a esta discapacidad, en este reporte la alteración en la cognición representa 18.2% de la discapacidad total: 11.9% para el grupo de 60 a 69 años; 20.9% para el grupo de 70 a 79 años y 33.5% para el grupo de 80 años y más.

El gran impacto de las demencias no sólo está en la repercusión funcional de la persona afectada, sino en la carga que representa el cuidado, que por lo común recae en la familia y en especial en las mujeres que fungen como cuidadoras primarias. Cada vez es más frecuente que mujeres que sobrepasan los 60 años no sólo deban ayudar a cuidar a sus nietos, sino también a sus padres mayores de 80 años y muy probablemente alguno de los dos padezca alguna enfermedad crónica degenerativa y/o pueda estar afectado de algún tipo de demencia o deterioro cognitivo, lo que eleva el costo del cuidado tanto económico como social. En países de altos ingresos,

el costo de la atención de las demencias asciende al menos a 600 billones de dólares por año.⁷

El propósito de este trabajo es destacar que las adultas mayores en México se encuentran en una situación de desventaja social caracterizada por poca escolaridad, pobreza, pocas oportunidades laborales que, en conjunto con los factores de riesgo, mayor expectativa de vida y más discapacidad, exige la construcción de políticas públicas que abarquen la transversalización de la perspectiva de género, es decir que atiendan las diferencias por género en todos los ámbitos del desarrollo de las personas.

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo (DC) se considera un síndrome que se caracteriza por déficit en el rendimiento de la memoria, más acentuado de lo que se esperaría como consecuencia de la edad y que no repercute mayormente en las actividades de la vida diaria de la persona, pero sí genera mucha inquietud tanto en la persona afectada como en su entorno familiar.⁸ En la actualidad y con base en el trabajo de consenso del grupo norteamericano conformado por The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association Group (NINCDSADRDA),⁹ se han revisado y actualizado los criterios clínicos para DC, de manera que se han establecido dos aspectos esenciales: deterioro cognitivo sin demencia (CIND) y deterioro cognitivo mínimo o leve (MCI), amnésico o no amnésico. Este último presenta cambios cerebrales que presumiblemente tienen mayor repercusión en la funcionalidad y progresión hacia la demencia. La importancia de clarificar el deterioro cognitivo (que una buena parte de los adultos mayores presenta sin que signifique demencia) ha servido para orientar hacia otros factores que pueden influir en la cognición (alteraciones sensoriales, procesos psicosociales, enfermedades crónicas, metabólicas, etc.), que pueden interferir con el rendimiento de la memoria.

243

Demencia y enfermedad de Alzheimer

En México, según recientes estudios epidemiológicos, la prevalencia de demencia en adultos mayores es de 8.6 y 8.5%, para las áreas urbana y rural, respectivamente. Sin embargo, cuando esta

prevalencia se ajusta por grupos de edad, sexo y área de residencia, disminuye a 7.4 y 7.3%, respectivamente.¹⁰ Para el deterioro cognitivo sin demencia, la prevalencia estimada en México es 7.3%. Un estudio nacional reportó que el deterioro cognitivo tenía mayor afectación en las mujeres hasta los 79 años.¹¹

Entre los factores de riesgo que se asocian con demencia, destacan la edad avanzada (la prevalencia aumenta exponencialmente de los 65 a los 85 años, se duplica cada 5 o 6 años, aunque se estabiliza alrededor de los 85 a 90 años). Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar demencia tipo Alzheimer, contrario a los hombres, cuyo riesgo de desarrollar demencia vascular es mayor.¹²

Conforme a reportes clínicos, la portación del gen de la apolipoproteína E (*APOE*₄) confiere un mayor riesgo de demencia, así como la herencia en primer grado (la frecuencia de herencia familiar es alrededor de 3% en nuestro medio), depresión, traumatismo craneoencefálico y baja escolaridad también están relacionados con Alzheimer.^{13,14}

La presencia de factores de riesgo vascular, sobre todo en edades avanzadas, se ha asociado también con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Otro factor importante es el síndrome metabólico (conformado por diabetes o hiperglucemia, hipertensión arterial, obesidad, disminución de lipoproteína de alta densidad y aumento de triglicéridos). Diversos estudios han reportado que aquél también afecta la cognición en edades avanzadas, en especial en quienes presentan elevados niveles de inflamación. Se considera que este síndrome duplica el riesgo de deterioro cognitivo y se asocia también con dependencia funcional, depresión y baja calidad de vida.^{15,16} Su prevalencia aumenta conforme se avanza en edad (en Estados Unidos, la prevalencia en mayores de 60 años es de 45%; en México la prevalencia informada en mayores de 60 años va de 51 a 67%).¹⁷

En las Figuras 16.2 y 16.3 y el Cuadro 16.1, se observan las prevalencias de diabetes, hipertensión y discapacidad en adultas mayores (ENSANUT 2012), mientras que en los Cuadros 16.2 y 16.3, las principales causas de mortalidad y morbilidad en mayores de 60 años.

Estudios recientes identifican otros factores de riesgo no vasculares en adultos mayores que potencialmente confieren riesgo de desarrollo de demencia, como: dietas inadecuadas, poco ejercicio, alteraciones sensoriales, caídas, escasas actividades cognitivas y menor interacción social, factores que pueden prevenirse.^{18,19}

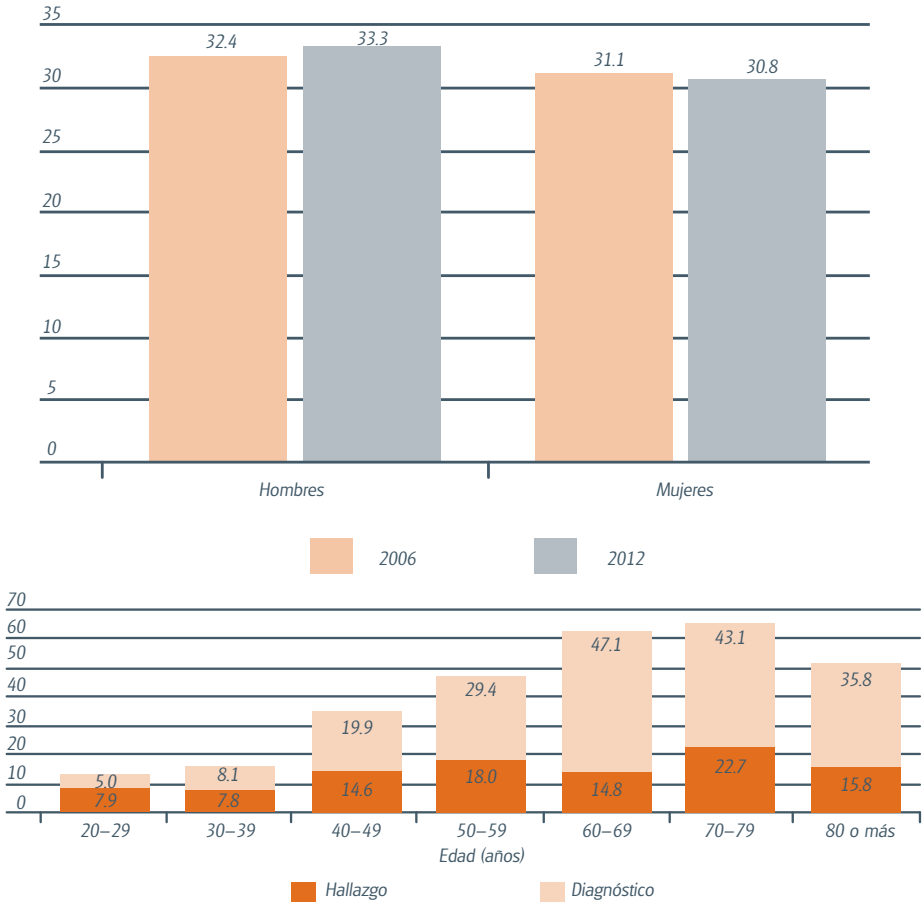


Figura 16.2. ENSANUT 2012. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en México.



Figura 16.3. Proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes en México por sexo y edad.

Cuadro 16.1. Distribución porcentual de las limitaciones asociadas con discapacidad por grupos de edad. México

Grupos de edad	Distribución de las limitaciones								Número de discapacidades		AM con alguna discapacidad
	Cognición	Ver	Escuchar	Articulares	Funcionalidad						
					Actividades de autocuidado de la vida diaria		Actividades de interacción con el medio				
					Limitación	Dependencia	Limitación	Dependencia	1	2 o más	
60–69	11.9	12.9	4.9	1.1	16.0	2.2	13.8	1.0	19.7	16.3	36.0
70–79	20.9	16.9	11.8	3.6	25.7	5.3	26.5	2.2	19.8	32.9	52.6
80 y más	33.5	26.5	31.4	8.2	32.9	14.7	38.1	11.0	19.5	57.9	77.3
Total	18.2	16.3	11.3	2.8	21.7	5.1	21.7	3.0	19.7	28.1	47.8
Frecuencia	1 943.6	1 741.0	1 208.2	268.2	2 327.5	549.2	2 314.1	318.4	2 105.3	3 006.7	5 112.0

Fuente: ENSANUT 2012.

246

Cuadro 16.2. Principales causas de mortalidad en individuos de 60 años o más. México 2010/Tasa por 100 000 habitantes

Orden	Clave CIE 10 ^a . Revisión	Descripción	Defunciones	Tasa	%
	A00–Y98	TOTAL	292 027	4 880.2	100.0
1	E10–E14	DIABETES MELLITUS	37 509	626.8	12.8
2	I20–I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37 380	624.7	12.8
3	I60–I69	Enfermedad cerebrovascular	20 327	339.7	7.0
4	J40–J44,J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16 514	276.0	5.7
5	I10–I15	Enfermedades hipertensivas	9 521	159.1	3.3
6	K70,K72.1, K73,K74,K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 966	149.8	3.1
7	J10–J18 J20–J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8 161	136.4	2.8
8	N00–N19	Nefritis y nefrosis	6 323	105.7	2.2
9	E–40–E46	Desnutrición calórico proteica	6 136	105.2	2.1
10	C33–C34	Tumor maligno de tráquea y pulmones	4 653	77.8	1.6

Fuente: INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005–2050, y proyección retrospectiva 1990–2004. Información proporcionada por www.cenaprece.salud.gob.mx

Cuadro 16.3. Principales causas de morbilidad en individuos de 65 años o más

Núm.	Causa de morbilidad	Total	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	1 246 077	18 762.61
2	Infección de vías urinarias	442 497	6 662.83
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	356 151	5 362.69
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	180 818	2 722.64
5	Hipertensión arterial	136 447	2 054.53
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo 2)	87 730	1 320.98
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	46 461	699.58
8	Conjuntivitis	30 295	456.16
9	Neumonías y bronconeumonías	30 212	454.91
10	Otitis media aguda	25 060	377.34
Total de las 10 principales causas (92.8%)		2 581 748	38 874.27
Otras		200 378	3 017.16
TOTAL GLOBAL		2 782 126	41 891.43

Fuente: SUIVE/DGE/ Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2011.
*Por 100 000 habitantes.

247

Demencia

La demencia se considera un síndrome que afecta sobre todo a la función cognitiva (memoria, atención, percepción, pensamiento abstracto, juicio y habilidades de aprendizaje, organización y funciones ejecutivas). La afectación es global en forma progresiva, con declinación de la funcionalidad. Con frecuencia, se asocian síntomas neuropsiquiátricos, como cambios en el ánimo, agitación, vagabundeo, agresividad y violencia, generalmente adquiridos, progresivos y con gran impacto en la vida laboral, familiar y social del individuo. Se presenta en ausencia de *delirium*, sin que exista alteración de la conciencia y sin evidencia de un proceso causal. Las enfermedades más frecuentes relacionadas con este síndrome son: la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal y la demencia por cuerpos de Lewy, además de la demencia vascular y mixta.²⁰ Otras causas menos frecuentes de demencia son: hidrocefalia normotensa, daño cerebral por traumatismos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad de Huntington, enfermedad por priones (enfermedad de Creutzfeldt–Jakob), afasia

progresiva primaria, degeneración corticobasal y demencia por depresión (se utiliza cada vez menos el término seudodemencia).

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia de mayor frecuencia para occidente, con una prevalencia que va de 35 a 60%.²⁰ Sus causas son aún desconocidas, sin embargo, la EA se conceptualiza en la actualidad como una proteinopatía cerebral, macroscópicamente se caracteriza por atrofia hipocampal y de la corteza cerebral, con involucro primario de la corteza de asociación frontotemporal, crecimiento ventricular, sobre todo de los cuernos temporales. La grave atrofia cerebral que caracteriza la neuropatología de los pacientes con Alzheimer se debe a la presencia de dos tipos de estructuras: las placas neuríticas (PN) y las marañas neurofibrilares (MNF). La densidad de estas estructuras se correlaciona con el estado clínico de la demencia y su presencia ofrece el diagnóstico definitivo de la EA, en estudios *postmortem*. Las marañas neurofibrilares se forman a partir de proteína Tau hiperfosforilada, y tanto el péptido β -amiloide como la proteína Tau juegan un papel central en el desarrollo de Alzheimer. Las PN están compuestas por un núcleo de fibrillas de amiloide β (Ab), estrechamente asociado con numerosas neuritas distróficas agregadas, por lo general, alrededor del núcleo amiloide. El A β biológico es un producto de secreción del procesamiento de una proteína llamada proteína precursora del amiloide β (PPA β).²¹⁻²³

También se han propuesto otros mecanismos que propician la neurodegeneración, como: respuesta proinflamatoria, disfunción mitocondrial, estrés oxidativo, apoptosis y factores genéticos y ambientales. Todos estos cambios convergen en la disfunción sináptica y pérdida de células neuronales. En cuanto a la genética, se han identificado cuatro genes que se asocian a EA: *APOE*, *PSEN1* (presenilina 1) y *PSEN2* (presenilina 2). El alelo de la apolipoproteína, ApoE4, se asocia con más de 50% de los casos de EA. Mutaciones en el gen de *PSEN1* ocurren en 18 a 55% de los casos de EA familiar de inicio temprano, mientras que las mutaciones de *PSEN2* y de *APP* (proteína precursora de amiloide β) son menos comunes. Un gen codificador de la *PPA β* humana, que se localiza en el cromosoma 21, fue identificado por primera vez en 1987. Más de 76 mutaciones han sido identificadas en la *PPA β* como causantes de la forma hereditaria de

la EA y un padecimiento relacionado de angiopatía amiloide cerebral hereditaria. Estas mutaciones producen sustituciones de aminoácidos dentro o adyacentes al dominio de $A\beta$. Sin embargo, a pesar de que las mutaciones en *PPAb* se encuentran sólo en los casos raros de la EA, son importantes porque proporcionan una evidencia de que *PPAb* y $A\beta$ desempeñan un papel central en la patogenia de la EA.^{24,25}

Desde el punto de vista de las alteraciones bioquímicas, la neurotransmisión colinérgica modula la memoria y el aprendizaje, las lesiones que afectan vías colinérgicas centrales producen deterioro de la memoria y del aprendizaje. Estudios *postmortem* han demostrado que en la EA existe pérdida de neuronas en el *septum* y núcleo basal de Meynert, con disminución de acetiltransferasa de colina y de la acetilcolinesterasa que correlaciona con el grado de deterioro cognitivo.²⁶ Aunado al bloqueo de receptores de glutamato (neurotransmisor que media y potencializa los procesos de memoria y aprendizaje), elevados niveles de glutamato (en especial, el subtipo N-metil-D aspartato) se asocian con excitotoxicidad, la sobreexposición al glutamato induce acumulación masiva de calcio que contribuyen a la apoptosis,²⁷ mecanismos en los que se ha centrado hasta ahora el enfoque terapéutico.

En la actualidad, se considera que la mayoría de los casos de EA se deben a la interacción de factores de riesgo genético y factores ambientales, sólo un porcentaje de menos de 5% tiene un patrón autosómico dominante.

Características clínicas y evolución de la enfermedad de Alzheimer

El deterioro cognitivo en la EA no es global desde el inicio, en general sigue un patrón evolutivo y a lo largo de varias etapas clínicas.²⁸ Sin duda, la característica principal es la alteración mnésica, en especial, la memoria de trabajo o memoria episódica anterógrada (registro de sucesos recientes y nuevos) como el olvido de nombres o direcciones después de varios minutos, esto que se ha considerado periodo prodrómico puede durar meses, incluso años, con facilidad atribuible a la edad, aunque al final progresa hacia un deterioro mnésico total. La memoria semántica sí sufre un deterioro progresivo, así como la fluencia verbal, aunque los componentes fonológicos y sintácticos pueden permanecer relativamente intactos hasta etapas avanzadas. La mayor supervivencia que se ha alcanzado en esta enfermedad ha permitido identificar varias etapas clínicas.

La *etapa inicial* se caracteriza por las alteraciones de la memoria, del pensamiento, de la atención y del carácter. La persona es capaz e independiente para realizar sus actividades cotidianas, aunque puede tener deficiencias en su trabajo o labores cotidianas.

En la *etapa moderada*, se profundizan los déficit cognitivos, se presentan: errores de juicio y alteraciones en las habilidades visoespaciales y perceptivas (se refleja la afectación de la corteza asociativa visual posterior y de la regiones parietales), apraxia ideomotriz, discalculia, pérdida de la capacidad de abstracción, afasia y agnosia, requerimiento de ayuda y asistencia para realizar las actividades de la vida diaria. El paciente puede ser capaz de caminar sin ayuda y de comunicarse, sin embargo, no es capaz de desenvolverse en su entorno laboral y social.

En la *etapa avanzada*, la incapacidad para caminar o deambular sin ayuda es evidente, hay incapacidad para realizar actividades básicas, como: vestirse, asearse, contener esfínteres, incluso se requiere ayuda para alimentarse, así como para otras actividades. Los pacientes pueden olvidar comer y no dar muestras de inquietud por ello; la incontinencia urinaria y fecal son frecuentes, aunque si se les establecen estrategias como horarios para la evacuación, algunos son capaces de seguirlos.

En la *etapa grave*, hay incapacidad para caminar y profunda alteración del lenguaje. Los pacientes pueden permanecer mutistas la mayor parte del tiempo o sólo articular algunas palabras incoherentes, presentar déficit nutricional, se ven obligados a usar pañales en forma permanente por la incontinencia fecal y urinaria, presentan contracturas musculares y de articulaciones (si no son movilizados y no se les proporciona aditamentos que impidan la flexión sostenida de las extremidades), pueden asumir una posición fetal, con desconexión del medio, aunque son capaces de percibir muestras de cariño (caricias, tono de voz afectuoso) y mostrar tranquilidad o emitir sonidos guturales como respuesta. Deben ser alimentados para que sobrevivan. Esta etapa puede prolongarse por más de un año, por lo que algunos autores la llaman etapa terminal. En la actualidad los enfermos con EA pueden alcanzar sobrevividas de más de 12 años, incluso se reportan casos de 20 años, en la medida en que las personas sean atendidas y cuidadas.

Por la edad de los pacientes, con frecuencia coexisten enfermedades crónicas, como: diabetes, hipertensión, dislipidemias, enfermedades pulmonares y cardíacas, incluso agudas como infecciones (sobre todo, urinarias) que en las etapas avanzadas son recurrentes,

las infecciones de vías respiratorias altas a menudo desembocan en neumonía y, aunque pueden responder a tratamiento con antibióticos, puede ser el evento que lleve al deceso. De hecho y de acuerdo con diversos reportes internacionales, los problemas más frecuentes en la etapa terminal son: infecciones recurrentes, dificultad para alimentarlos e hidratarlos y caquexia, que plantean serios dilemas éticos.^{28,29}

En el nuevo enfoque que se ha dado a los criterios diagnósticos de la EA por el grupo de consenso (NINCD SADRDA), se reconoce que los procesos fisiopatológicos se inician varios años antes de que los cambios cognitivos sean evidentes y probablemente décadas antes del inicio clínico de la demencia. A pesar de los avances en la genética, del desarrollo de biomarcadores para EA (algunos centros de investigación ya los están utilizando) y de la intensa investigación para el desarrollo de nuevos fármacos, el tratamiento curativo aún no es posible, por lo que se están favoreciendo acciones preventivas en el ámbito internacional.

251

Políticas públicas

Las políticas públicas son desarrolladas por el sector público con la participación de la comunidad y el sector privado, corresponden a flujos de acción e información relacionados con un objetivo público definidos en forma democrática. Para que sean eficaces, deben incluir orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales y previsión de resultados.³⁰ Partiendo de esta premisa, planteamos algunas reflexiones para la construcción de políticas públicas que favorezcan la prevención y atención de las adultas mayores en el tema de deterioro cognitivo y demencias. Estas propuestas no se limitan al sector salud, incluyen la familia, la comunidad, la sociedad civil y el ámbito académico.

Tomando en cuenta los factores de riesgo que favorecen la aparición del deterioro cognitivo y las demencias, las acciones preventivas deben ser una herramienta fundamental, ya que la morbilidad para los mayores de 65 años, sobre todo las mujeres (en nuestro medio), se centra en la conjunción de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas. Los programas de intervención de bajo costo y autosustentables pueden modificar o eliminar algunos de estos factores, mejorar la funcionalidad, la calidad de vida de las adultas mayores y de sus familiares.³¹ También la atención oportuna de es-

tas enfermedades debe ser prioritaria, con el máximo de cobertura posible, por lo que es necesario la acción conjunta de los diferentes niveles de atención.

Propuestas

1. Prevención

- 1.1 Autocuidado: la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad, para mantener la vida, la salud y el bienestar
- 1.2 Programas psicoeducativos que abarquen: estilo de vida saludable por medio de la nutrición, ejercicio, estimulación cognitiva, auto-monitoreo de presión arterial y glucosa, y prevención de accidentes con mejoría de medidas de seguridad en el hogar, a partir de talleres familiares y a población abierta, liderados por adultas mayores previamente capacitadas y con reconocimiento de sus aptitudes que estimulen su participación
- 1.3 En el sector salud, propiciar la prevención de los derechohabientes por medio de pláticas, talleres, carteles, foros que estimulen el autocuidado, la funcionalidad y la detección temprana de alteraciones cognitivas
- 1.4 Programas autosustentables para la producción y consumo de amaranto (alimento de alto valor biológico, de uso y preparación versátiles y bajo costo) en adultas mayores

2. Atención institucional

- 2.1 Capacitación al personal de primer nivel de atención, en la detección temprana de alteraciones cognitivas, depresión o estadios tempranos de demencia, mediante el uso de guías clínicas que faciliten su labor y, a la vez, que tengan información adecuada
- 2.2 Creación de vínculos institucionales que favorezcan la referencia-contrarreferencia de adultas mayores con deterioro cognitivo y/o demencia para evaluación neuropsicológica y estudios específicos que requieran
- 2.3 Programas de sensibilización y capacitación a familiares de personas con problemas de memoria y deterioro cognitivo o demencia, que favorezcan la creación y supervisión de grupos de apoyo
- 2.4 Implementación de clínicas de memoria, en los segundos niveles de atención u hospitales generales y regionales
- 2.5 Impulso a modelos de atención para personas con deterioro cognitivo y demencia (etapas de leves a moderadas), los centros de día

son un buen ejemplo. Esta medida permitirá aligerar la carga del cuidado en las adultas mayores, al tener espacios de cuidado, contar con tiempo libre para mantener su salud y ocio

- 2.6 Apoyar la formación de recursos humanos altamente capacitados en problemas de cognición y demencias
- 2.7 Estimular y apoyar la investigación (molecular, clínica, epidemiológica, de imagenología, terapéutica y social), que aunque ya empieza a dar resultados en estas áreas, se requiere de un apoyo sostenido

3. Vinculación académica y sociedad civil

- 3.1 Acuerdos con universidades para la creación de cursos para jubiladas(os), que permitan a éstos tener actividades que les reorienten en sus labores posjubilatorias o continuar con actividades intelectuales que hubieran querido realizar en su vida
- 3.2 Reorientar carreras universitarias que visualicen el contexto de envejecimiento en nuestro país: enfermería, trabajo social, arquitectura, nutrición, sociología, antropología, entre otras. Además de especialidades de medicina que intervengan en el contexto de funcionalidad de las personas; especialistas en rehabilitación física y estimulación cognitiva (hay una gran carencia en este aspecto), ergonomía, etcétera
- 3.3 Establecer redes de cuidadores certificados y subvencionados por el Estado, que apoyen a las familias y que potencialmente disminuyan los costos de salud en hospitalización, al mantener a las personas afectadas con deterioro cognitivo y/o demencia en su domicilio
- 3.4 Creación y estimulación de redes de apoyo para el cuidado de adultos mayores en el ámbito comunitario

253

Referencias

1. Lozano DME. Subdirección de prevención, promoción y atención a la salud del adulto mayor. CENA VECE. Datos del Censo 2010 INEGI.
2. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores Sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Publicaciones ONU 2009.
3. Lozano DME, Lara EA. Transición demográfica en México. En: Trujillo Z, Becerra M, Rivas M (ed). Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007:13-8.
4. Corona T, López E. Enfermedades neurodegenerativas. Series. INNN. México, 2006.
5. Trujillo Z, Corona T. Demencia en la búsqueda de un concepto. Arch INNN. México, 1995;10:47-9.

6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Discapacidad y dependencia de adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena.
7. ADI 2010. World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia. London, UK: Alzheimer's Disease International.
8. Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol*. 2009;66:1447–55.
9. Budson AE, Solomon PR. New criteria for Alzheimer disease and mild cognitive impairment. Implications for the practicing clinician. *The Neurologist* . 2012;18(6):356–63.
10. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Llibre JJ, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. www.thelancet.com 2012; 1380: 50–8.
11. Mejía-Arango S, Gutiérrez RLM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011; 23(7):1050–74.
12. Corona T. Demencia vascular. *Gerontología y Geriátría*. 2001;7:33–5.
13. Yescas P, Alonso ME, Guerrero JL, Ochoa A, Jara A, Ríos C, et al. Apolipoproteína E: factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer en población mexicana. *Archivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*. 1998;3:4–5.
14. Verghese PB, Castellano JM, Holtzman DM. Apolipoprotein E in Alzheimer's disease and other neuropathological disorders. *Lancet Neurol*. 2011;10:241–50.
15. Richard E, Ligthart SA, Moll van Charante EP, Van Gool WA. Vascular risk factors and dementia towards prevention strategies. *Neth J Med*. 2010 oct;68(10):284–90.
16. Dik M, Jonkeer C, Comijs HC, Deeg DJH, Kok A, Yaffe K, et al. Contribution of metabolic syndrome components to cognition in older individuals. *Diabetes Care*. 2007;30:2655–60.
17. Escobedo J, Schargrosky H, Champagne B, Silva H, Boissonnet CP, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Latin America and its association with sub-clinical atherosclerosis: the CARMELA cross sectional study. *Cardiovascular Diabetology*. 2009;8:52.
18. Bielak AA. How can we not 'lose it' if we still don't understand how to 'use it'? Unanswered questions about the influence of activity participation on cognitive performance in older age. A mini-review. *Gerontology*. 2010;56:507–19.
19. Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB & Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol*. 2011;68:214–20.
20. Nowrangi MA, Vani R, Lyketsos CG. Epidemiology, assessment, and treatment of dementia. *Psychiatr Clin North Am*. 34 (2011):275–94.
21. Mendez MF, Cummings JL. Alzheimer's disease. En: *Dementia. A clinical approach*. 3rd ed. USA: Butterworth Heinemann. Elsevier Science; 2003: pp 67–99.

22. Alves L, et al. Alzheimer's disease: a clinical practice-oriented review. *Frontiers in Neurology*. 2012;3(63):1-14.
23. Selkoe DJ. The cell biology of beta-amyloid precursor protein and presenilin in Alzheimer's disease. *Trends in cell biology*. 1998;8(11):447-53.
24. LaFerla FM, Green KN, Oddo S. Intracellular amyloid-beta in Alzheimer's disease. *Nature reviews. Neuroscience*. 2007;8(7):449-509.
25. Bekris LM, Yu CH, Bird T, Tsuang DW. Genetics of Alzheimer disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2010;23:213-27.
26. Terry RD, Masliah E, Salmon DP, Butte N, De Teresa R, et al. Physical basis of cognitive alterations in Alzheimer's disease: synapse loss is the major correlate of cognitive impairment. *Ann Neurol*. 1991;30(4):572-80.
27. Thomas SJ, Grossberg GT. Memantine: a review of studies into its safety and efficacy in treating Alzheimer's disease and other dementias. *Clinical Interventions in Aging*. 2009;4:367-77.
28. Mitchell S, Teno JM, Kielly DK, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J M*. 2009;361:1529-37.
29. Acosta D, Guerra M, Fuentes P, Mena R, Nitrini R, Trujillo Z, et al. Cuidado integral de la persona con demencia. En: *Enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva latinoamericana*. México: Ed. Médica Panamericana; 2010:92-119.
30. Lahera E. *Introducción a las políticas públicas*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica; 2002.
31. Corona T, Trujillo Z. Envejecimiento en México: el reto de las enfermedades neurodegenerativas. En: *libro Fortalezas y Desafíos de los Servicios Públicos de Salud de México en el Siglo XXI*. Dip. García Ayala Marco Antonio (ed). Presidente del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. 2012: pp.142-52.

DEPRESIÓN EN LA MUJER

Ma. Asunción Lara
Ma. de Lourdes Nieto

17

Introducción

257

La depresión es uno de los trastornos mentales que ocasiona mayor discapacidad en el mundo; es de particular interés en las mujeres, ya que la padecen dos veces más que los hombres. Las explicaciones a estas diferencias incluyen hipótesis biológicas, psicológicas y sociales. En el presente capítulo se hace una revisión de la bibliografía sobre la depresión femenina: datos epidemiológicos, factores biológicos, sociales y psicológicos de riesgo; la depresión a lo largo del ciclo reproductivo y servicios de salud, prevención y tratamiento para este trastorno. Se hace énfasis, cuando existe, en la investigación generada en México y en la influencia del género en las disparidades hombres–mujeres en la depresión. Sobra decir que la presente no pretende ser una revisión exhaustiva, sino dar cuenta de los principales aspectos a considerar en la comprensión y atención de la depresión femenina.

Datos epidemiológicos

La prevalencia de depresión en el mundo es de entre 3.3 y 21.4%, lo que representa unos 350 millones de personas con esta condición.¹ Aunque con ciertas variaciones, dos veces más mujeres que hombres son diagnosticadas con este trastorno en diversas culturas,² y México no es la excepción: la presentan 10.4 y 5.4%, respectivamente.³ Esta diferencia es uno de los resultados más sólidos en investigación. No obstante, las explicaciones con respecto a sus causas son menos satisfactorias.⁴

Las diferencias por género pueden observarse desde la adolescencia y se mantienen más o menos estables a lo largo de la vida (de los 18 a los 65 años). Las estimaciones más altas corresponden a mujeres de entre 45 y 54 años.³ Por lo general, se considera que el curso y la gravedad de la depresión son similares en ambos sexos y que la mayor diferencia estriba en que las mujeres tienen mayor riesgo de experimentar un primer episodio depresivo que los hombres.⁵ No obstante dicha similitud, se observan diferencias en cuanto a mayor número de síntomas y malestar asociado a éstos, así como en la atribución causal, búsqueda de ayuda, estrategias de enfrentamiento y consecuencias en las mujeres.⁶ La depresión tiene alta comorbilidad con otros trastornos mentales como la ansiedad y, en las mujeres, esta relación es más fuerte que en los hombres.⁷

La depresión causa enorme discapacidad, aun mayor que las condiciones crónicas, como la diabetes, trastornos respiratorios o enfermedades cardíacas.⁸ Dentro de 291 trastornos y riesgos de salud analizados en el mundo, el depresivo mayor ocupa el decimoquinto lugar en las mujeres y el vigesimoprimerero en los varones, con respecto a los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALYS), y explica 3.54 y 1.74%, respectivamente, de la discapacidad total.⁹ Considerando sólo los trastornos neuropsiquiátricos, los trastornos depresivos explican 41.9% de la discapacidad en las mujeres, en comparación con 29.3% en los hombres.¹⁰ En México, son la primera causa de discapacidad en aquéllas y la novena en éstos.¹¹

La depresión sólo puede explicarse por la concurrencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por ejemplo, en un estudio longitudinal en gemelas, Kendler y colaboradores¹² encontraron que entre las variables que predicen un episodio depresivo en el último año están: los aspectos distales, genéticos y de personalidad (neuroticismo); ansiedad y trastornos de conducta en la adolescencia, tener una historia de depresión a lo largo de la vida, haber padecido problemas maritales y haber tenido dificultades y sucesos estresantes en el año anterior al episodio. A continuación, se revisan en forma somera los principales hallazgos respecto a estas explicaciones.

Hipótesis biológicas

Existe evidencia de que factores biológicos podrían estar implicados en el trastorno depresivo, incluso se ha sugerido que podrían desempeñar un papel importante en las diferencias de género ob-

servadas en este trastorno. Según diferentes estudios, existe una vulnerabilidad genética para el desarrollo de la depresión y tiene mayor peso en las mujeres. Entre los factores involucrados, estaría el transportador de serotonina que presenta un poliformismo, 5-HTTLPR, y en el que se observa interacción con procesos bioquímicos relacionados con la vulnerabilidad al estrés en la mujer. Otro factor es la expresión genética relacionada con las hormonas (*ligada a X*) y las diferencias cerebrales por género. Así, estos factores genéticos en su interacción con los eventos estresantes del medio podrían desencadenar un trastorno depresivo.² Se ha descrito que las mujeres pueden tener mayor vulnerabilidad que los hombres a factores estresantes y a comportamientos que llevan a la depresión.

Durante décadas se atribuyó un peso casi único a las causas hormonales reproductivas en la depresión, debido a que el primer episodio depresivo a menudo se relaciona con periodos de intensos cambios hormonales: pubertad, fase premenstrual, periodo perinatal y menopausia. La hipótesis subyacente es que los cambios hormonales en estos periodos pueden alterar el funcionamiento de los neurotransmisores que regulan el afecto y disparar una depresión en personas genéticamente vulnerables. No obstante, no puede dejarse de lado que en estos periodos también se dan importantes cambios sociales y demandas sobre el comportamiento de las mujeres que inciden en su estado de ánimo.¹⁰

Factores sociales de riesgo de depresión en las mujeres

Experiencias de abuso en la infancia

Las experiencias de abuso durante la infancia y adolescencia dejan importantes secuelas en los ámbitos psicológico, físico y emocional en las personas que las han sufrido.^{13,14} La historia de abuso sexual ocurre en más del doble de mujeres (32.3%) que de hombres (14.2%)¹³ y más de 60% de las mujeres que la ha sufrido desarrolla depresión a lo largo de su vida.¹⁵ En este sentido, se considera que 35% de la diferencia por género en depresión podría explicarse por el abuso sexual ocurrido en la infancia.¹⁶ Estudios recientes confirman esta observación y concluyen que cuando no se presenta abuso sexual y violación a edades tempranas se mitiga las diferencias entre los géneros en depresión.¹⁷

En México, estudios sobre el maltrato físico antes de los 17 años en mujeres con trastorno depresivo mayor muestran que 76.2% de quien padecía este trastorno había sufrido maltrato en la infancia.¹⁸ Por otro lado, 56% de mujeres con sintomatología depresiva informó que habían padecido abuso sexual en la infancia o adolescencia; de éstas, 85% consideró que el suceso les afectó y 62% de ellas pensó que el efecto fue muy grave.¹⁹

Violencia doméstica

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica muestra prevalencias más elevadas en las mujeres que en los hombres de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja y violación.²⁰ La violencia de pareja incrementa dos o tres veces la depresión y de 1.5 a dos veces la presencia de sintomatología depresiva y depresión posnatal, en comparación con mujeres que no están expuestas a situaciones de violencia de este tipo.²¹ De igual manera, una proporción de 9 a 28% de dicho trastorno y sintomatología depresiva puede ser atribuida a la exposición a la violencia de pareja. Natera y sus colaboradores²² hallan que la violencia de pareja física y verbal es un importante factor predictivo de la depresión en mujeres mexicanas.

Rivera–Rivera y su equipo²³ encuentran que una importante proporción de mujeres de su estudio fue víctima de violencia de pareja a edades muy tempranas, es decir, desde sus primeras relaciones de noviazgo. También observan que la violencia de pareja se relacionó con la depresión y con abuso de alcohol y tabaco. La asociación entre depresión y violencia doméstica se ubica, de manera predominante, en el nivel socioeconómico bajo, con escolaridad de primaria y soporte social mínimo.²⁴ Algunos estudios sustentan que el apoyo social se asocia en forma significativa con menos síntomas de depresión ante la violencia de pareja.²⁵

Sucesos adversos y estrés

Los diversos tipos de adversidad, conocidos como sucesos vitales, cuando son eventos discretos y dificultades crónicas o persistentes, tienen efectos en la depresión cuando se prolongan por más de cuatro semanas. En el caso de los episodios depresivos, entre 75 y 90% de éstos muestran que un suceso vital ocurrió poco tiempo antes de

su inicio.²⁶ A lo largo del ciclo vital, las mujeres experimentan más eventos estresantes que los hombres y pueden ser más sensibles a sus efectos.¹⁰ Una fuente de estrés para ellas tiene que ver con su mayor tendencia a las relaciones interpersonales, que las pone en mayor riesgo de problemas derivados de éstas. Se observa que la menor estabilidad en las relaciones sociales y una mayor frecuencia de eventos negativos interpersonales contribuyen a la depresión, sobre todo en las mujeres más jóvenes.²⁷ Otros sucesos estresantes relacionados con la depresión los constituyen la ruptura de la pareja,²⁸ dificultades conyugales persistentes y carencia de una relación de pareja de confianza y apoyo.²⁹

El papel de la mujer, como responsable del cuidado familiar en caso de enfermedad física o mental deriva en carga física, malestar emocional y depresión. Un estudio transcultural que incluye a México encuentra mayor carga familiar (tiempo dedicado al cuidado) en las mujeres que en los hombres, así como mayor malestar psicológico asociado con ésta.³⁰ En nuestro país, situaciones como la dificultad para criar a los hijos y la enfermedad de un familiar se relacionan positivamente con la sintomatología depresiva.³¹

Trabajo remunerado

Se ha visto que el trabajo extradoméstico disminuye la presencia de depresión en la mujer, en comparación con sólo dedicarse al hogar, debido a que el desempeño de varios roles puede disminuir los efectos negativos de alguno de ellos, aumentar las fuentes de apoyo social y mejorar el ingreso, así como la autoestima.³²⁻³⁴ En este sentido, menor número de sucesos adversos y estrés relacionado con éstos se describen en mujeres embarazadas con trabajo extradoméstico con respecto a amas de casa, como dificultades con los hijos, la adicción a sustancias de la pareja y violencia de pareja.³⁵

Sin embargo, en mujeres con los empleos más bajos o medios, que significan menor control en el trabajo y en el hogar, este efecto benéfico disminuye.³⁶ De este modo, Berenzon y sus colaboradores³⁷ encuentran una relación entre depresión y calidad del empleo, en donde la prevalencia de depresión varía según el sector laboral en el que se trabaja: 27.5% de las mujeres empleadas en el sector informal presenta depresión, así como 11.7% de quienes se ocupan en el trabajo doméstico y 9% de las que laboran en el sector formal.

Pobreza (migración)

En el ámbito mundial, las mujeres conforman 70% de los 1 500 millones de personas que viven en condiciones de pobreza extrema y que no tienen acceso a empleo remunerado, ni a servicios de educación y salud.³⁸ Las mujeres de bajos ingresos corren mayor riesgo de sufrir depresión.³⁹ Esta población padece de más sucesos adversos que la población general. La pobreza disminuye la sensación de control, aumenta las experiencias negativas de abuso y abandono, la violencia doméstica, la adicción a sustancias de algún miembro de la familia y la presencia de ancianos y enfermos crónicos en el hogar; trabajo arduo y menor apoyo social.^{40,41}

262

Estatus social y papeles de género

Se ha dicho que “la salud de las mujeres se encuentra inexorablemente ligada a su estatus en la sociedad. Se beneficia de la igualdad y sufre con la discriminación” y que “en la actualidad, el estatus y el bienestar de millones de mujeres en todo el mundo siguen siendo trágicamente bajos”.¹⁰ La investigación muestra que las diferencias por género en trastornos mentales se reducen en la medida en que se producen cambios en el rol tradicional femenino.⁴² Los autores infieren que el incremento de oportunidades para la mujer, en términos laborales, control natal, escolaridad, edad de matrimonio y uso de anticonceptivos mejora la salud mental de las mujeres, al reducir la exposición a situaciones estresantes que pueden llevar a la depresión e incrementar su acceso a recursos que ayudan a enfrentarla.

Mayor sintomatología depresiva también se observa en mujeres que adoptan un papel tradicional de pasividad y sumisión. Esta construcción de la identidad femenina contribuye a respuestas de afrontamiento poco efectivas, a sentimientos de desesperación y a una actitud autocrítica negativa, que se convierten en precursores de la depresión.^{43,44}

Aspectos psicológicos

La conducta de rumear ha sido descrita como una tendencia a focalizar de manera reiterada la atención en las emociones negativas. Nolen-Hoeksema y Hilt⁴⁵ muestran que este estilo de afrontamiento se asocia con diversas consecuencias negativas en el estado de

ánimo, como mayor vulnerabilidad a presentar episodios depresivos y mayor cronicidad de éstos. Las autoras observan que la mujer tiene mayor probabilidad de utilizar este estilo de afrontamiento ante sentimientos de tristeza, ansiedad y/o depresión, lo cual las lleva a sufrir por más tiempo estos síntomas.

Otro aspecto psicológico relacionado con cuadros depresivos es el neuroticismo, caracterizado por inestabilidad e inseguridad emocional, respuestas emocionales intensas y negativas, tasas elevadas de ansiedad y baja capacidad de adaptación del individuo. Algunos estudios encuentran prevalencias más elevadas de neuroticismo entre las mujeres que entre los hombres² y asociación con la depresión en aquéllas.²⁷

Depresión y ciclo reproductivo

263

Adolescencia

La diferencia entre los géneros en depresión emerge en la adolescencia, la prevalencia en México es de 7.6% en mujeres y 2% en hombres.⁴⁶ Hyde y sus colaboradores,² a partir de una revisión de la bibliografía, identifican los factores que pudieran estar involucrados en el incremento de depresión en las adolescentes con respecto a sus pares varones. Entre otros, encuentran que hay mayor impacto de los cambios físicos (desarrollo de senos y menstruación) en las chicas, sobre todo cuando ocurren a edad muy temprana. Estos cambios constituyen en sí mismos factores estresantes u ocasionan mayor preocupación (p. ej., por la imagen corporal) y, cuando se combinan con otras adversidades, como el acoso sexual de sus pares, las lleva a la depresión. También se relacionan con este trastorno una mayor vulnerabilidad afectiva, ligada a mayor necesidad de dependencia y filiación en las adolescentes, así como una mayor tendencia a rumear las dificultades, preocupación por la imagen corporal —debido a estereotipos de género— y mayor presencia de sucesos adversos, como son abuso sexual en la infancia y adolescencia. El embarazo en este grupo también se ha identificado como un factor de riesgo de sintomatología depresiva perinatal.⁴⁷

Periodo perinatal

La depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión mayor en otro momento de la vida, pero tiene manifestaciones de

ansiedad intensa e incluso crisis de angustia, así como preocupación excesiva por el bebé (DSM-IV). Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas en la salud y el desempeño de la madre y en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante.^{48,49} Su prevalencia en el mundo va de 6.5 a 12.9%⁵⁰ y en México es de 14.1%.⁵¹ Entre los factores de riesgo se encuentran: la historia de depresión, ansiedad en el embarazo, baja escolaridad y carencia de apoyo social.⁵¹

La depresión durante el embarazo también tiene considerable importancia. La padecen de 2 a 21% de las gestantes y de 8 a 31% presenta sintomatología depresiva.⁵² En México, estos síntomas se observan en 22 a 37% de los casos.³⁵ La depresión no tratada durante el embarazo incrementa la tasa de complicaciones obstétricas, productos con bajo peso al nacer y retraso en el desarrollo.⁵³ Los principales factores de riesgo de depresión durante la gestación son: embarazo no planeado, ser madre soltera, ideación suicida, no ser el primer embarazo y falta de apoyo social.^{35,54}

Menopausia

Diferentes estudios epidemiológicos y clínicos han mostrado que la menopausia es un periodo de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos, asociados con fluctuaciones en los niveles hormonales.⁵⁵ Las autoras identifican, como factores de riesgo psicosocial asociados con la depresión en este periodo: actitudes negativas hacia el climaterio, percepción negativa de la salud, eventos estresantes, ser víctima de abuso por parte de la pareja, estar divorciada o separada, pérdida del trabajo, estilo de vida poco satisfactorio, bajo funcionamiento sexual y uso de sustancias psicotrópicas.

Adultas mayores

En México, de manera similar a lo que ocurre en otros países,⁵⁶ hay mayor presencia de depresión y sintomatología depresiva en adultas que en adultos mayores. Belló y sus colaboradores⁵⁷ estiman una prevalencia de depresión mayor de 10% en mujeres y de 5% en hombres de 60 años o más. Por su parte, Sánchez-García y su equipo⁵⁸ consideran que la prevalencia es de 24.7 y 16.2% para síntomas depresivos, respectivamente. El hecho de que las mujeres vivan más

tiempo en comparación con los hombres aumenta la posibilidad de experimentar las consecuencias negativas del envejecimiento, y por ende, los factores de riesgo asociados con la depresión durante esta etapa.⁵⁶ Se considera que la depresión en mujeres mayores al igual que en otros grupos de edad es el resultado de una combinación de factores. Entre los psicológicos se encuentran: la presencia de trastorno de personalidad, historia previa de depresión, insatisfacción con la vida, poca actividad física y/o social, no tener un confidente, problemas económicos, muerte de un hijo, deterioro cognitivo, enfermedades físicas crónicas y escasa red social de apoyo.⁵⁶

Uso de servicios de salud, tratamiento y prevención

265

En México existe una baja utilización de servicios de salud mental con menos de una cuarta parte de las personas con trastornos mentales graves que solicitan tratamiento. Este bajo uso de servicios es mayor en las mujeres, especialmente las jóvenes de entre 18 y 29 años, en donde sólo 24% de los hombres y 11% de las mujeres reciben tratamiento especializado para la depresión.³ Diversos factores se asocian con la reducida solicitud de ayuda, como: el estigma, horarios de atención poco convenientes, largas listas de espera para obtener citas, dificultades para el traslado al servicio, falta de coincidencia entre las necesidades sentidas de la población y el tipo de asistencia que se ofrece y, en el caso de las mujeres, no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta.⁵⁹

En la actualidad, hay disponibles numerosos tratamientos psicológicos y farmacológicos para la depresión. Entre los primeros, se encuentran los cognitivo-conductuales, interpersonales y psicodinámicos, habiendo mayor evidencia sobre los dos primeros.⁶⁰ Por su parte, los tratamientos antidepressivos farmacológicos incluyen, mayoritariamente, el uso de medicamentos, ya sea tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa e inhibidores de la reabsorción de serotonina. Se ha observado un sesgo de género en cuanto a la prescripción de medicamentos, que consiste en que los médicos recetan más antidepressivos a las mujeres que a los hombres ante un diagnóstico similar y síntomas idénticos.¹⁰

Pajer⁶¹ sugiere que se consideren ciertos puntos en la evaluación y tratamiento de mujeres con depresión; entre éstos: indagar sobre

el estilo de personalidad y modos de enfrentamiento, calidad de las relaciones con personas significativas y si se cuenta con un sistema social de apoyo, así como explorar sucesos de violencia física, sexual y psicológica. Con respecto al tratamiento: tener en consideración las terapias de solución de problemas, evitar estrategias que induzcan a rumear problemas y a actitudes de victimización, involucrar a personas significativas, trabajar habilidades para el desempeño del papel materno y atender cualquier trauma (abuso) actual y del pasado. Muñoz y Ying⁶² diseñaron una de las intervenciones de prevención de depresión con bases cognitivo–conductuales más ampliamente diseminada en el mundo. Una versión de ésta fue utilizada con éxito en Chile, como tratamiento para la depresión en mujeres, junto con medicamentos.⁶³ Asimismo, en México sirvió de base para el diseño de intervenciones preventivas, que mostraron: reducción en síntomas de depresión en mujeres atendidas en servicios de primer nivel,⁶⁴ y prevención de la depresión posparto, cuando se implementó en embarazadas que acudían a servicios de atención prenatal.⁶⁵

Conclusiones y recomendaciones

La depresión es padecida por dos veces más mujeres que hombres y es la principal causa de discapacidad en ellas, entre los trastornos neuropsiquiátricos. Está asociada a la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos, mismos que son atravesados por su condición de género. Ésta coloca a la mujer en un lugar de inequidad respecto a los varones, en cuanto al grado de poder y control que tienen sobre los determinantes socioeconómicos importantes para su salud mental.¹⁰

Esta revisión muestra crecimiento en la investigación sobre la depresión femenina en nuestro país. No obstante, sigue siendo limitada en casi todos los rubros, siendo particularmente notorio respecto a la depresión en la menopausia y en adultas mayores. Asimismo, se observa la necesidad de que las investigaciones que aborden factores de riesgo de depresión que incluyan grupos comparativos de hombres, desagreguen los datos por género y los analicen desde una perspectiva de género.

La única manera de reducir la sobrerrepresentación de depresión en mujeres, y con ello, el peso global de la enfermedad relacionada con aquélla es a través de estrategias de prevención (universales, selectivas e indicadas) dirigidas a cada uno de los periodos de mayor vulnerabilidad —adolescencia, etapa perinatal, menopausia

y vejez—, pero, sobre todo, en la adolescencia, etapa en que se inician las diferencias genéricas en depresión. Las acciones deberían encaminarse a programas educativos, de detección de la depresión y a procedimientos para reducir los factores de riesgo.

Es necesario sensibilizar a la población, pero sobre todo a los proveedores de servicios de salud y autoridades educativas, con respecto a la detección y el manejo de problemas derivados del abuso sexual o físico a lo largo de la vida, sobrecarga de trabajo derivada de cuidar enfermos o personas mayores, conflictos interpersonales y necesidades derivadas de condiciones de pobreza extrema en las mujeres.

Una mayor utilización de servicios de salud se dará en la medida en que se combatan estereotipos respecto a la depresión femenina y en cuanto la definición de la depresión que tienen las mujeres coincida con la de los proveedores de los servicios de salud. El tratamiento integral al problema en cuestión pasa por complementar la administración de medicamentos, con psicoeducación y estrategias psicoterapéuticas y comunitarias. Por último, se requiere de la promoción de cambios estructurales que reduzcan inequidades de género, en beneficio de la salud mental femenina.

267

Referencias

1. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168–76.
2. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev*. 2008;115(2):291–313.
3. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord*. 2012;138:165–69.
4. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry*. 2000;177:486–92.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;293:3095–105.
6. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépin JP, Mendelewicz J, Tylee A, et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from Europa DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002; 252:201–9.
7. Kendler KS, Baker JH. Genetic influences on measures of the environment: a systematic review. *Psychol Med*. 2007;37:615–26.

8. Lara-Muñoz C, Medina-Mora ME, Borges G. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Ment.* 2007;30:4-11.
9. Global Burden of Disease (GBD). Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2301 Fifth Ave., Suite 600, Seattle, WA 98121, USA. Disponible en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/country>. Consultado en agosto de 2013.
10. World Health Organization. Gender and women's mental. Gender disparities and mental health: the Facts. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/gender_women/en/. Consultado en agosto de 2013.
11. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública Mex.* 2007;49(supl 1):S37-S52.
12. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Towards a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1133-45.
13. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequela of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2003;27:1205-22.
14. Vitriol V, Vásquez M, Iturra I, Muñoz C. Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de mental de hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2007;45(1):20-8.
15. Gaviria ASL. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Rev Colomb Psiquiat.* 2009;38(2):316-24.
16. Cutler S, Nolen-Hoeksema S. Accounting for sex differences in depression through female victimization: childhood sexual abuse. *Sex Roles.* 1991;24:425-38.
17. Dunn EC, Gilman SE, Willett JB, Slopen NB, Molnar BE. The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent-onset major depression: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Depress Anxiety.* 2012;29:392-9.
18. Ibarra-Alcantar MC, Ortiz-Guzmán JA, Alvarado-Cruz FJ, Graciano-Morales H, Jiménez-Genchi A. Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Ment.* 2010;33:317-24.
19. Navarrete L, Navarro C, Lara MA. Abuso sexual en la infancia en mujeres con sintomatología depresiva. *Psiquiatría, Época 2.* 2007;23 (3):8-13.
20. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2005;35(12):1773-83.
21. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive di-

- sorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2012;75(6):959–75.
22. Natera G, Juárez F, Medina–Mora ME, Tiburcio M. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Rev Mex Psicol.* 2007;24(2):165–73.
 23. Rivera–Rivera L, Allen B, Rodríguez–Ortega G, Chávez–Ayala R, Lazcano–Ponce E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12–24 años). *Salud Publica Mex.* 2006;48(2):S288–S296.
 24. Castillo–Manzano RM, Arankowsky–Sandoval G. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles. *Rev Biomed.* 2008;19:128–36.
 25. Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *IJP&PT.* 2013;13(1):31–45.
 26. Brown GW, Harris TO. Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women. Tavistock Publications. London, UK; 1978.
 27. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:983–99.
 28. Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8:295–332.
 29. Meagher D, Murray D. Women’s health. *Lancet.* 1997;349:17–20.
 30. Viana MC, Gruber MJ, Shahly V, Alhamzawi A, Alonso J, Andrade LH, et al. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:115–25.
 31. Lara MA, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:818–28.
 32. Repetti R, Matthews K, Waldron I. Employment and women’s health. Effect of paid employment on women’s mental and physical health. *Am Psychol.* 1989;44:1394–1401.
 33. Trovato F, Vos R. Married female labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981. *Sociological Forum.* 1992;7:661–76.
 34. Lara MA, Acevedo M, López EK, Fernández M. La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Ment.* 1993;16:13–22.
 35. Lara MA, Navarro C, Navarete L. Trabajo remunerado y salud mental en el embarazo. *Psiquiatría, Época 2.* 2009;25(1):14–8.
 36. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med.* 2002;54:783–98.
 37. Berenzon S, Alanís S, Saavedra N. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansie-

- dad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Ment.* 2009; 32(2):107–15.
38. Lazarevich I, Mora–Carrasco F. Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. *Segunda época.* 2008;1(4):7–16.
 39. Brown GW. A psychosocial perspective and etiology of depression. En: Honing A, Van Praag (ed). *Depression: neurobiology, psychopathology and therapeutic advances.* London, UK: John Wiley & Sons; 1997: pp. 343–62.
 40. Belle D. Poverty and women’s mental health. *Am Psychol.* 1990;45:385–9.
 41. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World mental health. Problems and priorities in low-income countries.* New York: Oxford University Press; 1995.
 42. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(7):785–95.
 43. McGrath E, Keita G, Strickland B, Russo N. *Women and depression. Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association’s National task force on women and depression.* APA. Washington, DC: 1990.
 44. Piccinelli M, Gomez–Homen F. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1997.
 45. Nolen–Hoeksema S, Hilt LM. Gender differences in depression. En: Gotlib IH, Hammen CL (ed). *Handbook of depression.* 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2010, pp. 386–404.
 46. Benjet C, Borges G, Medina–Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Ment.* 2009;31:155–63.
 47. Lara MA, Berenzon S, Juárez F, Medina–Mora ME, Natera G, Villatoro J, Gutiérrez ML. A population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(2):102–8.
 48. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black M. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2011;287:607–15.
 49. Diego M, Field T, Hernandez–Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry.* 2004;67(1):63–80.
 50. Gaynes BN, Meltzer–Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, et al. *Depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes.* Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report. 2006. Disponible en: www.ahrq.gov.
 51. Alvarado–Esquivel C, Sifuentes–Álvarez A, Estrada–Martínez S, Salas–Martínez C, Hernández–Alvarado B, Ortiz–Rocha S, et al. Prevalencia de depresión

- posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gaceta Médica de México*. 2010;146:1–9.
52. Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy: overview of clinical factors. *Clin Drug Invest*. 2004;24(3):157–79.
 53. Antenatal and postnatal mental health. The Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance. The British Psychological Society 2007. Great Britain by Alden Press. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG45fullguideline.pdf>
 54. Lancaster CA, Katherine MS, Gold J, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5–14.
 55. Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid–life women. *World Psychiatry*. 2008;7:137–42.
 56. Blazer DG, Hybels CF. Depression in later life. Epidemiology, assessment, impact and treatment. En: Gotlib IH, Hammen CL (ed). *Handbook of depression*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2010, pp. 492–509.
 57. Belló M, Puentes–Rosas E, Medina–Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex*. 2005; 47(supl 1):S4–S11.
 58. Sánchez–García S, Juárez–Cedillo T, Gallegos–Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García–Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2012;35:71–7.
 59. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina–Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55:74–80.
 60. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta–analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011; 65:354–64.
 61. Pajer K. New strategies in the treatment of depression in women. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:30–7.
 62. Muñoz RF, Ying Y. *The prevention of depression. Research and practice*. Baltimore and London/Washington, D.C: Johns Hopkins University Press, Hemisphere Publishing; 1993.
 63. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low–income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003;361:995–1000.
 64. Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. Outcome of two levels of intervention in low–income women with depressive symptoms. *AJO*. 2003a; 3:35–43.
 65. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho–educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord*. 2010a;122:109–17.

ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN MUJERES

V. Nelly Salgado de Snyder
Hortensia Reyes Morales

18

Introducción

273

Los estilos de vida saludables se refieren al conjunto de comportamientos que una persona pone en práctica de manera consistente en su vida cotidiana para promover, mantener e incluso mejorar su salud. Tales prácticas son determinantes para el estado de salud, ya que pueden actuar como factores protectores o poner a las personas en riesgo de desarrollar enfermedades.¹ Un factor clave para lograr estilos de vida saludables es la alfabetización sanitaria o educación en salud, que se refiere a “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud”.^{2,3} Kickbusch⁴ señala que la alfabetización o educación en salud incorpora modificaciones en los estilos de vida por medio del manejo de información y técnicas de promoción de cambios en tres dimensiones: conductas, actitudes y recursos, y que la interacción de estas tres permitiría a las personas tomar decisiones responsables sobre su salud.

Es indispensable resaltar aquí que los estilos de vida dependen en gran medida de las condiciones sociales de vida de las personas, ya que el contexto social, cultural y económico que rodea cotidianamente a los individuos puede ser en sí mismo, un agente promotor de riesgos. Por ello, resulta importante la identificación de factores de riesgo a los que las personas están expuestas, ya que si bien los estilos de vida involucran patrones interactivos de conductas relacionadas con la preservación de la salud, orientación y recursos, los estilos de vida también responden al ambiente social, cultural y económico.⁵ Por ejemplo, se ha documentado que los estilos de vida

(incluidas actitudes, creencias y conductas) reflejan la pertenencia a ciertos grupos sociales que se organizan con base en variables como edad, nivel socioeconómico, cultura, subcultura, género, raza, etnia y religión, entre otros.⁶ De hecho, se ha propuesto que los estilos de vida saludables pueden convertirse en prácticas sociales que promueven la identidad social y que, a la vez, crean distinciones sociales entre miembros de ciertos grupos.⁷

Desde hace ya algún tiempo, el trabajo clásico de Lalonde⁸ señala que el sedentarismo, el tabaquismo, la sobrealimentación, el manejar bajo la influencia del alcohol, el abuso de drogas y el no usar los cinturones de seguridad en los autos son sólo algunos de los estilos de vida dañinos asociados con la manifestación de enfermedades físicas y mentales; ante ello, menciona que tanto los individuos como los sistemas sanitarios deben aceptar al menos parcialmente cierto grado de responsabilidad y advierte, además, que los estilos de vida dañinos deben ser corregidos porque contribuyen al desarrollo de enfermedades, de modo que elevan costos de tratamiento y aumentan las tasas de mortalidad. De aquí la importancia de no sólo identificar factores de riesgo, sino activamente promover la salud por medio de la adopción de estilos de vida saludables.⁹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS),² la promoción de la salud es el proceso por medio del cual las personas aumentan el control sobre su propia salud para mejorarla. Para lograr un estado de salud óptimo, es necesario primero identificar lo que se requiere para satisfacer las necesidades de salud y cambiar o enfrentar el ambiente al que de manera cotidiana todos los individuos estamos expuestos. Es así como la salud se hace todos los días y no depende exclusivamente de las instituciones de salud, sino que involucra a los individuos y a los grupos poblacionales, quienes deben tener identificada con claridad la importancia de que la preservación de la salud y el logro de un bienestar generalizado debe iniciarse con la incorporación de estilos de vida saludables.

Los sistemas de salud tradicionalmente incluyen la dimensión de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como parte de su responsabilidad, a nivel de los servicios y, en particular, en los programas de salud pública, que se enfocan en el ámbito poblacional. Sin embargo, la mayoría de las acciones de los sistemas de salud en la atención individual se enfoca en el componente curativo, es decir, intervenir una vez que los problemas de salud están presentes. Este abordaje tiene serias limitaciones, ya que el tratamiento de enfermedades implica una mayor inversión de tiempo y costo, así

como sufrimiento físico y mental para el paciente y su familia. Por ello, en las últimas décadas, la prevención de las enfermedades y el logro de estados óptimos de salud se ha convertido en la meta de muchos de los sistemas de salud en el mundo. Los países que han virado hacia este enfoque han diseñado e implementado programas de promoción de la salud tanto a nivel poblacional como en la atención individual, con el supuesto de que uno de los mejores indicadores del nivel de desarrollo de un país es la salud de su población.

La promoción de la salud va de la mano con los estilos de vida saludables, ya que su propósito fundamental es la optimización del estado de bienestar y salud plena de las personas. De hecho, la promoción de la salud se centra en actividades que incluyen el desarrollo de habilidades personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación individual como responsables de la solución de los problemas de salud que los aquejan.¹⁰ De forma similar, los autocuidados se vinculan con el mantenimiento de estilos de vida que reducen los riesgos a la salud, así como los riesgos de complicaciones en personas que padecen enfermedades crónicas que requieren atención continua.¹¹ Los autocuidados integran todo tipo de decisiones y acciones que lleva a cabo un individuo para identificar problemas de salud y buscar tratamiento, lo cual incluye también la utilización de los sistemas de salud. Así, las conductas de autocuidado no se limitan a mantener la adherencia terapéutica sino que también están encaminadas a preservar la salud, a evitar riesgos y a cambiar estilos de vida dañinos, e incluyen, entre otras, la actividad física, dieta, exámenes periódicos y el monitoreo personal de signos y síntomas. Además, los autocuidados abarcan también diferentes tipos de conductas encaminadas a promover la satisfacción de otro tipo de necesidades emocionales, como el afecto y la inclusión social.¹²

Género, clase social y etnia como determinantes de estilos de vida

En las mujeres, los estilos de vida están relacionados de manera muy estrecha con factores socialmente determinados como la representación social del género, el cual hace referencia a los modelos sociales, culturales y políticos que prescriben los desempeños femenino y masculino y que por lo común conducen a desigualdades de poder entre mujeres y hombres, lo que también afecta en forma acentuada la salud y el desarrollo.^{13,14} De hecho, las inequidades de

género dañan la salud física y mental de hombres y mujeres, ya que estas inequidades se reflejan en la distribución disímil de recursos, poder, autoridad y control.¹⁵

En América Latina, los cambios demográficos y sociales de las últimas décadas han tenido como consecuencia transformaciones importantes en los estilos de vida de su población. Concretamente, en el caso de las mujeres, se han modificado de manera considerable sus estilos de vida sobre todo debido a la apertura de oportunidades de crecimiento personal y profesional por medio de mayores niveles de escolarización y una mayor participación en el mercado laboral.¹⁶ A pesar de ello, en la actualidad, las mujeres en América Latina siguen dedicando una mayor cantidad de tiempo a actividades no remuneradas que los hombres, y tienen jornadas de trabajo más largas, las cuales las ponen en riesgo de presentar deterioros de salud y nutrición, una limitada participación ciudadana y una ausencia casi total de actividades recreativas.

Si bien la mayor participación de las mujeres en actividades remuneradas ha contribuido en forma significativa a la eliminación de disparidades entre hombres y mujeres, también se han generado cambios en los estilos de vida de las mujeres que no siempre son saludables debido a la adopción de comportamientos de riesgo, entre los que se incluyen: el uso y abuso de alcohol y tabaco, alteración de hábitos alimentarios —que generan trastornos desde la obesidad hasta la anorexia—, modificación de su actividad sexual —con una mayor apertura hacia la expresión de su sexualidad, pero con frecuencia desprotegida—, y victimización por violencia física, psicológica y sexual, entre otras.

Algunos problemas de salud están determinados de manera primordial por diferencias sexuales puramente biológicas; sin embargo, otros son resultado de la socialización diferenciada entre hombres y mujeres que determinan los roles de género y asignan normas sobre lo que debe ser la masculinidad y la femineidad. La comprensión del papel que desempeñan las diferencias biológicas y los sesgos sociales es importante para entender la exposición diferencial a riesgos y vulnerabilidad entre hombres y mujeres. Por último, cobra importancia reconocer que el género no puede ser abordado de manera independiente, ya que interactúa con otro tipo de inequidades constituidas por factores como la clase social, la raza y la etnia, entre otros marcadores sociales. La etnia, por ejemplo, es un marcador social que ejemplifica dicha interacción.

México es el país latinoamericano que concentra el mayor porcentaje de población indígena en términos absolutos. Según datos

del INEGI,¹⁷ la población indígena mexicana representa aproximadamente 10% de la población nacional, 51% de mujeres y 49% de hombres, con los niveles bajos de educación, ingresos y salud. En México, los grupos indígenas están ubicados en las zonas más pobres y marginadas del país, con carencias importantes de infraestructura básica (condiciones deficientes de la vivienda, piso de tierra y carencia de agua entubada y drenaje), difícil acceso a servicios de salud y derechohabencia, así como barreras culturales entre proveedores y pacientes.

La condición de desventaja que caracteriza a las mujeres indígenas de México se determina a partir de que son objeto de una doble discriminación: su condición de género y de origen étnico. Entre las mujeres indígenas, los bajos niveles de escolaridad no sólo se traducen en bajos niveles de ingreso sino que también tienen una relación con las condiciones de salud. Diversos estudios han demostrado que el nivel de escolaridad de la madre tiene efectos sobre la salud de sus hijos, la mortalidad infantil y la fecundidad. Entre las mujeres indígenas de México los niveles de analfabetismo y de rezago educativo son los más altos, lo cual puede ser un obstáculo importante para lograr la reducción de la tasa de mortalidad infantil.¹⁸

277

Factores de riesgo y problemas de salud asociados con estilos de vida en las mujeres

La salud de las mujeres ha sido reconocida cada vez con mayor relevancia, como resultado de numerosos estudios que han identificado riesgos específicos que hacen que este grupo poblacional sea particularmente susceptible. La OMS ha documentado que en promedio, las mujeres viven de seis a ocho años más que los hombres; sin embargo, la variabilidad en sus condiciones de vida hace que su expectativa en salud se modifique según la región donde residen. Por ejemplo, para 2007, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 35 países de elevados ingresos, pero tan sólo de 54 años en la región de África. Asimismo, las enfermedades cardiovasculares, tradicionalmente consideradas como un problema de salud de los hombres, se han convertido en una de las primeras causas de muerte en las mujeres.¹⁹

México se ha caracterizado en las últimas décadas por un progresivo incremento en la esperanza de vida de su población, resulta-

do tanto de mejores condiciones de vida y de educación como de la ampliación progresiva y continua de los servicios de salud, con mayor inversión para la provisión de la atención. Todos estos cambios han generado como consecuencia modificaciones en el perfil demográfico y epidemiológico, que a su vez han ocasionado el aumento de las necesidades para la atención y prevención de padecimientos crónico–degenerativos, sin que se haya resuelto en su totalidad la patología propia de las condiciones de rezago social del país.^{20,21} Las mujeres no son una excepción en este panorama; de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte en ambos sexos, sin embargo, otras enfermedades crónicas ya predominan en las estadísticas de mortalidad en las mujeres, como es la diabetes tipo 2.²² Lo anterior refleja la importancia de los riesgos a los que este grupo poblacional está particularmente expuesto. A continuación se presenta, a manera de ejemplo, un análisis de algunos de los problemas de salud en los que los estilos de vida actuales afectan a las mujeres mexicanas.

Sobrepeso y obesidad

La epidemia actual de obesidad representa una consecuencia evidente de la combinación del rezago en salud de las mujeres mexicanas con el acceso a nuevos estilos de vida, principalmente en la población que habita en zonas urbanas, pero que también ha permeado a las áreas rurales. Para 2012, 73% de las mujeres mayores de 20 años se encontró con sobrepeso (35.5%) u obesidad (37.5%), sin encontrarse diferencia en sobrepeso entre áreas urbana y rural; la prevalencia en este problema se ha incrementado en los últimos 25 años para las mujeres entre 20 y 49 años de 25 a 35.3% para sobrepeso y de 9.5 a 35.2% para obesidad, dato que posiciona a México como uno de los países con más rápido incremento de este problema de salud en el mundo.²³

Las causas de la obesidad son ampliamente conocidas y si bien una pequeña proporción es de origen genético, en general puede considerarse como el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía, en el que la ingesta de energía derivada de alimentos excede las necesidades para las funciones corporales y la actividad física. Las conductas sedentarias en las mujeres son cada vez mayores; al incorporarse al trabajo productivo fuera del hogar, los tiempos de inactividad, ya sea por largas horas de oficina o de labores manuales en fábricas, dificultan conductas activas como parte de sus actividades cotidianas o como esparcimiento, lo

que reduce el gasto energético. Por otro lado, la vida en las grandes ciudades y las propias condiciones laborales en cuanto a horarios y falta de facilidades para acceder a una alimentación regular adecuada acentúan el desequilibrio al promover mayor ingesta de alimentos con alta densidad energética y bajo valor nutritivo. En el caso de las mujeres que permanecen en el hogar, los estilos de vida sedentarios como ver televisión, aunado a las modificaciones en el tipo de alimentación “moderna”, en la que abundan los alimentos procesados de rápida preparación, pueden favorecer un balance energético positivo y obesidad.

La obesidad es a su vez una enfermedad crónica y un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y muerte prematura. Sin embargo, uno de los principales problemas para su prevención y control consiste en la dificultad para su percepción por la población como un problema de salud. En las mujeres, su alta prevalencia la hace muy susceptible de ser “normalizada”, es decir, que dada su frecuencia se considere como algo “natural” entre la población. Las modificaciones en estilos de vida poco saludables se han introducido de manera sostenida y profunda en la población mexicana y son producto de una compleja red de causalidad, más allá del ámbito individual, pues tiene un fuerte componente ambiental; los mensajes publicitarios, la facilidad de acceso a comida rápida y lo común de estas prácticas entre la población hacen más difícil su erradicación.

Diabetes

En segundo lugar, se encuentra una enfermedad crónico–degenerativa que ha ido ganando terreno en la población de todo el mundo, y México no es la excepción con la diabetes tipo 2. Esta enfermedad se ha convertido en principal causa de mortalidad en la población adulta en el país, principalmente en las mujeres; 17 de cada 100 mueren a causa de este padecimiento, lo cual representa una proporción mayor que la de los hombres (12%).²² La diabetes tipo 2 es un ejemplo de los problemas de salud con una importante influencia derivada del estilo de vida de cada persona, ya que alrededor de 90% de los casos es atribuible al exceso de peso. En particular, la obesidad abdominal ha demostrado ser un fuerte predictor de intolerancia a la glucosa y de diabetes en diferentes poblaciones y, en particular, en la población mexicana;²⁴ desafortunadamente, se ha reportado que para 2012, la prevalencia de obesidad abdo-

minal en las mujeres adultas en México es de 82.8%, casi 20% más que en los hombres,²⁵ cifra que refleja el enorme riesgo de desarrollar diabetes en este grupo poblacional. Una vez que la enfermedad se ha desarrollado, la presencia de obesidad sigue influyendo tanto para dificultar el control de la glucosa en sangre como de la presión arterial, lo que, a su vez, propicia elevados niveles de colesterol; de esta forma, estas pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y, por lo tanto, mayor probabilidad de morir.

Violencia

280

A pesar de que la violencia contra la mujer ha sido reconocida como un asunto legítimo de derechos humanos, su tratamiento como asunto de salud pública ha sido insuficiente, ya que el conocimiento sobre sus efectos tanto psicológicos como físicos en la salud de las mujeres es muy limitado y carecemos de investigaciones sistemáticas sobre el impacto acumulativo de la violencia a lo largo de la vida.

Los resultados de un amplio grupo de estudios demuestran que la violencia forma parte de la vida en sociedad, sus manifestaciones en todos los rincones y sectores de la sociedad son parecidas aunque su gravedad esté moldeada por las circunstancias socioculturales del grupo estudiado. En el caso de México, la violencia contra las mujeres involucra a todos los estratos sociales, representa algunas características de la cultura nacional y atraviesa la asignación del género como la construcción subjetiva de las identidades femenina y masculina, las relaciones de poder y las desigualdades entre hombres y mujeres. La violencia hacia las mujeres se ha reportado como un problema desde edades tempranas de la vida. La ENSANUT 2012 encontró un incremento de violencia en adolescentes de 12 a 19 años de 1.3 a 3.4%, respecto a los 6 años previos, lo que representa 160% más. En las mujeres adultas, la proporción de violencia reportada fue de 2.5%, aunque casi 40% de la violencia ocurrió en el hogar.²³ De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres, en México se reporta una gran cantidad de actos de violencia en contra de las mujeres, que van desde el abuso emocional y psicológico hasta el feminicidio.²⁶ Cabe mencionar que la violencia hacia las mujeres es un problema muy difícil de conocer con exactitud en cuanto a su magnitud, ya que es muy frecuente que las víctimas no la informen.

Los determinantes de la violencia contra las mujeres son múltiples y complejos; las dinámicas y las tendencias económicas o labo-

rales, la transición demográfica o la epidemiológica, los cambios en la dinámica y la composición familiar, entre tantos otros fenómenos y procesos históricos y contextuales, producen en cada grupo social, situaciones múltiples y generalmente conflictivas que se transforman en realidades que impactan la comunicación, la tipología, las funciones y los rituales familiares; lo que genera tensiones sociales y emocionales que dan lugar a actos de violencia. Las consecuencias graves y a largo plazo para la salud física, sexual y reproductiva (como infecciones de transmisión sexual o embarazo no deseado), para la salud mental (desde las consecuencias somáticas más evidentes provocadas por las situaciones de tensión y miedo, hasta los trastornos por depresión que pueden llevar al suicidio) o para el bienestar social de las mujeres (desde la condición de dependencia económica hasta la de autonomía en su sentido más amplio) son tan sólo la punta del iceberg, que refleja la relevancia de este problema en la salud de la mujer.

Cáncer de mama y cervical

El cáncer representa, sin duda, uno de los mayores retos derivados del aumento de la esperanza de vida en la población. Para las mujeres, los tumores malignos como causa de muerte están diferenciados por el grado de desarrollo en la región donde residen, ya que los países desarrollados han eliminado las enfermedades del rezago que se mantienen predominantes en las regiones más pobres. Una excepción es el cáncer cervical, por la asociación del virus del papiloma humano (VPH), ampliamente diseminado en países con menor desarrollo, a su aparición. Se ha documentado que este cáncer es el segundo más frecuente a nivel global, pero casi 80% de los casos ocurren en países con menores recursos para su detección y prevención.¹⁹ En México, para 2010 los tumores malignos ocuparon el tercer lugar como causa de muerte en las mujeres, siendo los principales el cáncer de mama y el cervical.²²

El cáncer de mama se ha convertido en el principal tumor maligno en las mujeres en todo el mundo, constituye 18% de todos los cánceres en la mujer, con una prevalencia documentada de casi 2%. El riesgo para presentar este problema aumenta con la edad hasta la menopausia, después de ésta disminuye de manera importante. Existen factores ambientales que también afectan su prevalencia, ya que es más frecuente en los países industrializados; los antecedentes reproductivos como primer embarazo después de los 40 años, menarca temprana y

menopausia tardía se han asociado con la aparición de este problema, así como uso de hormonales y antecedentes familiares con el mismo padecimiento. Los estilos de vida juegan también un importante papel, ya que la obesidad representa un riesgo dos veces mayor.²⁷

Respecto al cáncer cervical, éste ha sido considerado como una enfermedad de la pobreza, ya que las condiciones desfavorables en nivel educativo y socioeconómico —mayor frecuencia de multiparidad, residencia en áreas endémicas de infección de VPH— contribuyen de manera importante a su manifestación. En México, se ha documentado tres veces mayor riesgo de mortalidad por cáncer cervical en mujeres de áreas rurales en comparación con aquellas que viven en áreas urbanas.²⁸

Depresión

La depresión es la segunda causa de discapacidad en el ámbito mundial y la undécima en las principales causas de carga global de la enfermedad.²⁹ La depresión es un trastorno que de manera consistente se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres en todo el mundo y causa disfunción en la vida cotidiana. Aunque hay una gran variedad de factores que intervienen en la manifestación de este problema de salud mental, se han identificado varios elementos importantes que contribuyen a su desarrollo, el estrés es uno de los más importantes.

En las mujeres, el estrés psicosocial se genera de manera cotidiana por los roles de género y la gran cantidad de demandas asociadas al cumplimiento de los múltiples papeles sociales que se les han asignado como amas de casa, madres, esposas, trabajadoras y jefas de hogar, entre muchos otros. La exposición constante a esos estresores vulnera la salud mental de las mujeres y contribuye a la aparición de los trastornos depresivos. Aunado a esto, se ha reconocido que la ausencia de apoyo social y emocional en las mujeres es también un factor de riesgo para la presencia de depresión.

La promoción de estilos de vida saludable para mujeres

El cambio en los estilos de vida es un reto que requiere de un nuevo modelo para su abordaje. En el caso del sobrepeso y la obesidad, la promoción para el cambio requiere considerar una perspectiva eco-

lógica,³⁰ ya que los mecanismos subyacentes a la ganancia excesiva de peso son multidimensionales porque incorporan no sólo factores de riesgo a nivel individual sino también ambiental. Los modelos ecológicos de la conducta en salud enfatizan los múltiples niveles de influencia en el comportamiento, que incluyen el personal, el socio-cultural y el ambiental.^{31,32}

La *teoría social cognitiva* es otro fundamento conceptual relevante para incrementar la especificidad de factores seleccionados en intervenciones que aumenten los niveles de influencia individual y ambiental. Esta teoría propone que la conducta futura de una persona es influenciada por sus cogniciones, su conducta actual y por factores en su ambiente, en particular influencias sociales como apoyo social y modelos.³³ Estos elementos conceptuales tendrán que ser considerados tanto para las modificaciones en la alimentación como en la promoción de la actividad física, con estrategias aceptables y factibles que se adapten a preferencias y que puedan mantenerse a lo largo del tiempo.

La implementación de modelos exitosos para la promoción de estilos de vida saludables tiene un potencial impacto no sólo para la mejora del estado nutricional; existe suficiente evidencia de que hábitos adecuados en la alimentación y actividad física disminuyen el riesgo de diabetes tipo 2.³⁴ Asimismo, la disminución en el riesgo de complicaciones cardiovasculares cuando ya la diabetes se ha instalado puede lograrse mediante la promoción de hábitos alimentarios saludables para una reducción moderada, aunque permanente, del peso corporal. La recomendación de alimentación con elevado contenido de fibra, ingesta moderada de carbohidratos naturales y grasas no saturadas, combinada con ejercicio físico, se ha considerado como el mejor modelo para la mejora de los estilos de vida para la reducción del riesgo cardiovascular.

En cuanto al problema de la violencia hacia las mujeres, la promoción tendrá que enfocarse a la modificación de las condiciones de desventaja que padecen en todos los ámbitos y muy particularmente en el entorno familiar y de pareja. Se trata de un reto complejo que requiere de acciones intersectoriales que involucren, además de las instituciones de salud, a los sectores educativo y de desarrollo social, entre otras, para crear y fortalecer espacios en esos ámbitos, capaces de disminuir el problema de la violencia a las mujeres por medio de políticas integrales de corto y largo plazos.

Con respecto a los tipos de cáncer más frecuentes, la detección temprana es el mejor predictor para una evolución favorable. Para

el cáncer de mama, se ha documentado que la detección puede reducir la mortalidad pero no la incidencia, por lo que su prevención es fundamental. En este padecimiento, los estilos de vida han desempeñado un papel importante por medio de intervenciones preventivas. Se ha considerado que, debido a que los factores de la dieta han sido identificados como posibles determinantes de cáncer de mama, las modificaciones de la alimentación podrían ser benéficas; sin embargo, también se ha reconocido que estas modificaciones tendrían que ser permanentes para lograr que la obesidad, que ha mostrado una asociación más consistente, pudiera reducirse, lo que no sería factible sin un cambio en el ambiente social y cultural de las poblaciones en riesgo.²⁷

El cáncer cervical se ha considerado erradicable cuando se diagnostica de manera oportuna, en la etapa de lesiones premalignas, y se efectúa un tratamiento adecuado.³⁵ Es por ello que los programas de detección oportuna han sido eficaces cuando se logra una cobertura amplia y adecuada calidad. Estos aspectos dependen en gran parte del sistema de salud para garantizarlos, pero también de una adecuada promoción en la población en riesgo, para el uso de los servicios que ofrecen las pruebas de detección. En la última década, la amplia difusión de la importancia de la detección ha dado como resultado una mejor cobertura. Por ejemplo, en 2012, 44.3% de las mujeres de 20 a 65 años se efectuó una prueba de Papanicolaou, en comparación con 29.4% que lo hizo en el año 2000.²³

La depresión en las mujeres es un trastorno mental que no sólo puede ser prevenido, sino también diagnosticado y tratado a tiempo, si se dan las condiciones para su identificación temprana, para lo cual el apoyo social es uno de los elementos clave para lograrlo. Por ejemplo, se ha reportado de manera sistemática que la presencia de apoyo social adecuado en las mujeres disminuye el riesgo de desarrollar un episodio depresivo y, además, favorece el resultado de las intervenciones para su tratamiento.^{36,37} De aquí el valor terapéutico de las relaciones interpersonales y vínculos afectivos con miembros de las redes sociales y familiares.

Conclusiones y recomendaciones

La promoción y la educación en salud para fomentar estilos de vida saludables en las mujeres son esenciales, no sólo para disminuir los problemas de salud en este grupo, sino también para que generaciones futuras incorporen conductas promotoras de la

salud en sus hábitos cotidianos. Dado que las mujeres siguen teniendo un rol preponderante como madres y responsables de los cuidados hacia otros, y esto involucra la comunicación y transmisión de actitudes, creencias y comportamientos, la inversión en educación para la salud y promoción de estilos de vida saludable en este grupo se verá además multiplicada en una mejor salud en generaciones futuras.

Para lograr este objetivo, es necesario llevar a cabo acciones intersectoriales encaminadas a mejorar la equidad de género en la promoción de estilos de vida saludables diferencialmente para hombres y mujeres. Para ello es esencial identificar las diferencias biológicas relacionadas con el sexo y su interacción con los determinantes sociales, y así poder identificar y definir las necesidades diferenciales en salud. El reporte del grupo de trabajo sobre género de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud demuestra que las estructuras que gobiernan los sistemas de salud se manifiestan por medio de creencias, normas, organizaciones, conductas y prácticas que si bien pueden variar en diversas sociedades, las inequidades de género y salud son socialmente modificables.

También es importante reconocer que para que las acciones de promoción de la salud y los procesos de toma de decisión sean eficaces, deben centrarse en las personas y no en las instituciones. El acceso a información y a la educación en salud por medio de infraestructura adecuada y programas diseñados de manera específica para mujeres podría contribuir de manera significativa a lograr el empoderamiento de este grupo para el manejo adecuado de opciones y decisiones que impacten positivamente su salud. Los estilos de vida pueden convertirse en una parte integral de los procesos de empoderamiento colectivo cuando las conductas, objetivos de acción y recursos disponibles se reacomodan para mejorar las condiciones estructurales de la vida cotidiana. Este ajuste podría verse reflejado en mejoras sustanciales en la salud comunitaria ya que las prácticas saludables promueven la identidad y la cohesión de los grupos sociales.

Por último, la salud, la educación y el acceso a condiciones de vida digna, son elementos que contribuyen a la expansión de la libertad de las personas. Un estado de salud deteriorado aunado a una educación deficiente y carencias estructurales son obstáculos para lograr una vida productiva, plena y sana que garantice el desarrollo integral de las personas.

Referencias

1. Morales Calatayud, F. 2000. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) Promoción de la Salud–Glosario. Ginebra– OMS.1998 URL: www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf (última consulta 12 de octubre de 2013)
3. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Revista Comunicación y Salud. 2012; 2: 91–8.
4. Kickbusch I. Health literacy: an essential skill for the twenty–first century. Health Education. 2008;108:101–4.
5. Abel T. Cultural capital in health promotion. En: McQueen D, Kickbush I (ed). Health and modernity: the role of theory in health promotion. New York: Springer; 2007: pp. 43–73.
6. Abel T, Cockerham WC, Nieman S. A critical approach to lifestyle and health. En: Watson J, Platt S (ed). Researching health promotion. London: Routledge; 2000: pp. 54–78.
7. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. Journal of Health and Social Behavior. 2005;46:51–67.
8. Lalonde M (1981) A new perspective on the health of Canadians. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (última consulta 12 de octubre de 2013)
9. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson; 2006
10. Uribe JTM El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 1999 URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf> (última consulta 12 de octubre de 2013)
11. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self–care in persons with heart failure. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2009;120:1141–63.
12. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St. Louis MO: Mosby; 1991.
13. Gomez E. Gender equity and health policy reform in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization. Division of Health and Human Development. Women, Health and Development Program. OPS, Washington DC; 2002 URL: <http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/Bangkok2002/11BangkokGomez.pdf> (última consulta 17 de noviembre de 2013)
14. Rohlfs I, Borrel C, Fonseca C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;4:60–71.
15. Sen G, Ostlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final report of the SDH–Women and Gender Equity Knowledge Network. OMS, Ginebra; 2007 URL:

- http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf (última consulta 12 de octubre de 2013)
16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina. CEPAL, Naciones Unidas, Nueva York; 2008. URL: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top> (última consulta de octubre de 2013)
 17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI, México, D.F.; 2010 URL: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf (última consulta 29 de octubre de 2013)
 18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. PNUD, Organización de las Naciones Unidas, México, D.F.; 2010. URL: http://www.undp.org.mx/spip.php?page=publicacion&id_article=1583 (última consulta 12 de octubre de 2013)
 19. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. World Health Organization, Geneva; 2009. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf (última consulta 27 de septiembre de 2013).
 20. Jamison D, Mosley H, Bobadilla JL. Disease control priorities in developing countries. Washington: Oxford University Press–The World Bank; 1993.
 21. Funsalud. Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en Mexico. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.
 22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2012. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013. INEGI, México, c2013. URL: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf (última consulta 27 de septiembre de 2013)
 23. Gutiérrez JP, Rivera–Dommarco J, Shamah–Levy T, Villalpando–Hernández S, Franco A, Cuevas–Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
 24. Guerrero–Romero F, Rodríguez–Moran M. Abdominal volume index. An anthropometry–based index for estimation of obesity is strongly related to impaired glucosa tolerance and type 2 diabetes mellitus. Arch Med Res. 2003; 34(5):428–32.
 25. Barquera S, Campos–Nonato I, Hernández–Barrera L, Pedroza A, Rivera–Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000–2012. Salud Publica Mex. 2013;55 (supl 2):S151–S160.
 26. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Estadísticas de violencia hacia las mujeres en México. México: INMUJERES; 2012 <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/>

inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf (última consulta 4 de noviembre de 2013)

27. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer—epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000; 321:624–8.
28. Palacio–Mejía LS, Rangel–Gómez G, Hernández–Ávila M, Lazcano–Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural áreas in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2003;45 (supl 3):315–25.
29. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, et al. (2013) Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med.* 2013;10(11): e1001547.
30. McLeroy KR, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* Winter. 1988;15(4):351–77.
31. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev.* 2001;2(3):159–71.
32. Sallis J, Owen N. Ecological models of health behavior. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (ed). *Health behavior and health education: theory, research and practice.* San Francisco, CA: Jossey–Bass; 2002: pp. 462–84.
33. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall; 1986.
34. Jacobs Van–der–Bruggen M, Bos G, Bemelmans W, Hoogeveen R, Vijgen S, Baan C. Lifestyle interventions are cost–effective in people with different levels of diabetes risk. *Diabetes Care.* 2007;30:128–34.
35. Aguilar–Pérez JA, Leyva–López AG, Angulo–Nájera D, Salinas A, Lazcano–Ponce E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saludé Pública.* 2003;35(1):100–6.
36. Ansaldi S, Lopez IB, Lara MA. El apoyo social como parte de una intervención para prevenir la depresión en mujeres. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología.* 2009;1(1):19–30.
37. Berenzon–Gorn S, Saavedra–Solano N, Alanís–Navarro S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública Mex.* 2009;51(6): 474–81.

SALUD Y MUJER EN MÉXICO^a

19

Julio Frenk
Octavio Gómez Dantés
Felicia M. Knaul
Ana Langer

289

Introducción

La salud constituye una ventana desde la cual pueden visualizarse las principales presiones a las que se enfrenta la mujer en nuestro mundo globalizado. De hecho, en los últimos años la salud dejó de ser una preocupación exclusiva de los especialistas en este campo para ocupar un lugar central en los principales temas de la agenda global: desarrollo económico, seguridad nacional, gobernanza democrática, derechos humanos y equidad de género.

El principal mensaje de este capítulo es que la salud puede ayudar a comprender los retos que enfrenta la mujer en el ámbito global y diseñar respuestas integrales para atenderlos. En la primera parte, se examina la creciente complejidad que caracteriza al campo de la salud global. Los asuntos relacionados con la mujer ocupan un lugar privilegiado, por lo que en la segunda parte se revisa la evolución de los conceptos que se han utilizado para reflejar los temas prioritarios de esta agenda; en particular, la evolución de la salud materna a la salud reproductiva y, más recientemente, el enfoque en el ciclo de vida de la mujer. En la segunda parte, también se discute una nueva aproximación a estos temas con base en el concepto de *salud y mujer*. En la tercera y última parte, se utiliza la reciente reforma

^a En la elaboración de este capítulo, se utilizó material previamente publicado en el artículo: Frenk J, Gómez-Dantés O, Langer A. A comprehensive approach to women's health: lessons from the Mexican health reform. *BMC Women's Health*. 2012;12:42 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/12/42>).

Los autores agradecen a Héctor Arreola-Ornelas su apoyo en los datos sobre cáncer y la revisión del capítulo.

en salud de México para ilustrar un caso real de aplicación de este novedoso concepto en la formulación de políticas y la implementación de un programa.

Retos de la salud global

Hoy somos conscientes de que en materia de salud el mundo se ha convertido en un vecindario: “ese sitio en el que estamos tan pronto cruzamos la puerta de nuestro hogar.”¹ Esta conciencia surge en un tiempo de cambios sin precedentes. Estamos en medio de una transición en salud como no habido otra en la historia.

Para empezar, en el siglo XX, el mundo experimentó una ganancia en la esperanza de vida mayor que la acontecida en toda la historia de la humanidad. El valor de este indicador pasó de 30 años en 1900 a 67 años en 2009.

También hemos sido testigos de un cambio en los patrones dominantes de enfermedad. La importancia relativa de las distintas causas de muerte se desplazó de las infecciones agudas en niños a los padecimientos no transmisibles en adultos.

El significado mismo de la enfermedad se ha transformado. Antes, la experiencia de la enfermedad se caracterizaba por una sucesión de episodios agudos de los que uno se recuperaba o por los que uno fallecía. Ahora la gente pasa parte sustancial de su vida en condiciones de salud menos que perfectas, lidiando con padecimientos crónicos, a menudo estigmatizados.

Esta revolución de la salud ha producido beneficios indiscutibles, pero también ha dado lugar a nuevos retos. La equidad es el más apremiante de ellos. El progreso en materia de salud no se ha distribuido de manera equitativa en todo el mundo; tampoco entre pobres y ricos, dentro de los mismos países. Mientras que las naciones ricas experimentaron la sustitución de los viejos patrones de enfermedad por los nuevos, el mundo en desarrollo enfrenta simultáneamente una triple carga de enfermedad: en primer lugar, la agenda inconclusa representada por las infecciones comunes, los retos en salud asociados con la reproducción y los padecimientos relacionados con la desnutrición; en segundo lugar, el reto de las enfermedades no transmisibles, los padecimientos mentales y las lesiones y la violencia; y, en tercer lugar, los riesgos asociados con la globalización, incluidas las pandemias como el SIDA y la influenza, el comercio internacional de productos dañinos para la sa-

lud, como el tabaco y las drogas ilegales, las consecuencias en salud del cambio climático y la diseminación de estilos no saludables de vida, que ha dado lugar a la epidemia de obesidad.

En el contexto de esta prolongada y polarizada transición en salud, los mismos conceptos que reflejan las diversas preocupaciones de las mujeres en esta materia han evolucionado, lo que lleva a la segunda parte de esta discusión.²

De la salud materna a la salud reproductiva y de la mujer

Durante la mayor parte del siglo XX, la atención a la mujer en la arena internacional estuvo limitada a la “salud materno–infantil”, que considera el bienestar de la mujer como un vehículo para mejorar la salud de los niños, y no como un fin legítimo en sí mismo.

En los años ochenta del siglo pasado, la escasa atención a la mujer fue fuertemente confrontada por Rosenfield y Maine en su artículo ya clásico sobre la invisibilidad del componente materno en los programas de salud materno–infantil.³ Unos años más tarde, diversas agencias de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales lanzaron la Iniciativa Maternidad Segura, que representó el primer esfuerzo global de abordar en forma específica la salud materna.⁴ Esta iniciativa, centrada de manera exclusiva en la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio (EPP), representó un cambio gradual de la preocupación exclusiva por la sobrevivencia hacia un interés más integral por la prevención de la discapacidad y la promoción de la salud positiva.⁴

Es importante mencionar que un trabajo escrito por el Colectivo de Mujeres de Boston en 1976 –Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas– diseminó un abordaje integral a la salud de la mujer que se adelantó a su tiempo. Este libro contenía información sobre diversos temas relacionados con la salud y la sexualidad de la mujer: planificación familiar, atención del parto, salud reproductiva, orientación sexual e identidad de género.⁵

A finales de los ochenta y principios de los noventa del siglo pasado, el foco de atención de las iniciativas internacionales de salud relacionadas con la mujer se amplió con la adopción del concepto de *salud reproductiva*, cuyo uso empezó a difundirse a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que se

llevó a cabo en El Cairo, en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujer, que se realizó en Beijing, en 1995.^{6,7} En esta fase, también se produjo un desplazamiento del centro de atención de estas iniciativas, promovido por un movimiento de base, del control de la fertilidad a un abordaje más integral de las necesidades reproductivas de la mujer.

En los siguientes años, se incrementó la atención a la salud materna y se desarrollaron intervenciones seguras y efectivas para prevenir muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio. A raíz de estos esfuerzos, se produjo una reducción importante, de alrededor de 35%, en la mortalidad materna en las últimas tres décadas.⁸

A pesar de estos avances, cada año siguen perdiendo la vida 300 mil mujeres en el proceso de dar vida.⁸ El hecho de que 99% de estas muertes se produzca en los países en desarrollo convierte la razón de mortalidad materna en el indicador de salud más inequitativo del mundo.⁹ La inaceptable persistencia de la mortalidad materna y su relación con la pobreza llevó a la comunidad global a dedicar uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (el ODM número 5) a la atención de este problema, donde se establece el compromiso de reducir en dos terceras partes el nivel de mortalidad materna de 1990 en 2015.¹⁰

Con la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles y crónicas en los países en desarrollo, los conceptos de *salud de la mujer* y *ciclo de vida* empezaron a diseminarse en la arena global. Con ello se incrementó la atención no sólo a los problemas de salud asociados al EPP y reproductivos, sino también a los retos emergentes y las enfermedades crónicas. Este nuevo énfasis marcó el surgimiento de una tercera fase en la historia reciente de la atención a la salud de la mujer.

El enfoque en la salud de la mujer se amplió en particular a las enfermedades que son exclusivas o casi exclusivas de ellas, como el cáncer cervicouterino y de mama; las condiciones y enfermedades que les son particularmente comunes, como la depresión, y los problemas de salud que se agravan por el trato discriminatorio que reciben o por su condición de vida, como los daños asociados con la violencia doméstica o la exposición a riesgos a la salud específicos, como el humo de las estufas. En cada uno de estos retos, el tema de equidad es clave, dado que aquéllos se presentan con mayor frecuencia entre las mujeres de bajos recursos económicos.

En este documento, analizamos un cuarto constructo, *salud y mujer*, que, además de abarcar los conceptos previos, amplía

el marco al considerar todos los vínculos entre mujer y salud. Este marco integrador puede visualizarse como una serie de círculos concéntricos (Figura 19.1). El círculo más interno lo ocupa el campo de la *salud materna*, que es un subconjunto de la *salud sexual y reproductiva*, situado en el siguiente círculo, más amplio. Este segundo campo, a su vez, es un subconjunto de *salud de la mujer*, en el tercer círculo, y va más allá de la función reproductiva, pues adopta una perspectiva de ciclo de vida que involucra todas las necesidades de salud de la mujer, desde la infancia hasta la vejez. Por último, todos estos círculos están contenidos en el más externo, correspondiente a *salud y mujer*, que comprende no sólo los retos de enfermedad y discapacidad que enfrentan las mujeres, sino también cuatro temas emergentes: primero, la mujer como proveedora de cuidados de salud en el hogar; segundo, las mujeres como profesionales de la salud; tercero, la adopción de una perspectiva transversal de género, que implica el reconocimiento de la influencia de las diferencias socialmente construidas entre los hombres y las mujeres en su estado de salud, el acceso a la atención y la calidad de los servicios que reciben; y cuarto, el empoderamiento de la mujer como un importante determinante de la salud del núcleo familiar y de su comunidad, sociedad y economía.

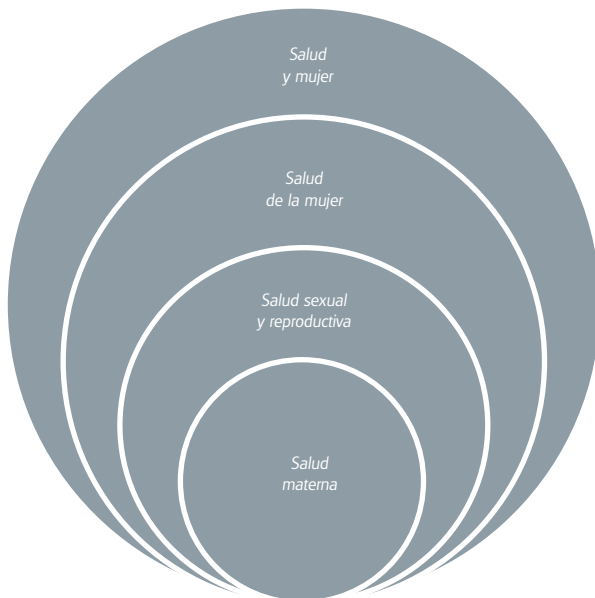


Figura 19.1. Abordaje integral de los problemas de salud de la mujer.

El enfoque y los retos abordados en el marco *mujer y salud* amplía lo propuesto en 2009 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su publicación *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana*.¹¹ La postura de este informe es muy similar a la que se propone en este capítulo, pero sólo aborda los temas de los tres primeros círculos de la Figura 19.1. Los demás aspectos –los cuatro temas emergentes– se tocan apenas de modo marginal, excepto por las inequidades de género.

Recientemente, Hillary Clinton propuso la idea del “desarrollo centrado en las mujeres”, que amplía todavía más el ámbito de la agenda relacionada con la salud de la mujer.¹² Este concepto está relacionado con el de “mujeres que contribuyen al desarrollo” (*women deliver for development*), acuñado por Gill, Pande y Malhotra en 2007.¹³ Estas autoras trataron de determinar el grado en que la salud de las mujeres y el desarrollo se influyen de manera mutua en forma positiva. Esta idea se relaciona con el reconocimiento de las contribuciones que las mujeres hacen a la economía y con el desarrollo económico a través de sus aportaciones a la salud, como prestadoras profesionales de servicios y promotoras de la salud de su familia y comunidad.

La atención a los problemas de salud de la mujer en el contexto de la reforma mexicana

El marco antes descrito se utilizó en México entre 2006 y 2011 para diseñar e implementar una política nacional con ambiciosas metas en todas sus dimensiones. Este esfuerzo fue parte de una iniciativa más amplia para reformar el sistema nacional de salud.¹⁴⁻²⁰ Las principales características de este proceso de reforma se describen en seguida con el fin de proporcionar el contexto de las intervenciones focalizadas en el tema de mujer y salud.

Diversos estudios de cuentas nacionales realizados en los años noventa revelaron que más de 50% del gasto en salud en México era gasto de bolsillo. Esto se debía al hecho de que más de la mitad de la población (50 millones de personas) no contaba con seguro de salud. Este tipo de gastos expone a los hogares a crisis financieras y empobrecimiento. De hecho, análisis posteriores demostraron que alrededor de 4 millones de hogares mexicanos estaban incurriendo en gastos catastróficos y/o empobrecedores por atender sus necesidades de salud.²¹

Estos análisis generaron las evidencias para promover una reforma legislativa que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud en 2003. Uno de los objetivos de esta reforma era incrementar en un punto porcentual del PIB el gasto en salud a lo largo de un periodo de 7 años, para garantizar protección social en salud universal. El vehículo para alcanzar esta meta fue un seguro público, el Seguro Popular, que garantiza el acceso regular a un paquete explícito de servicios de salud e intervenciones altamente costosas y eficaces.

El Seguro Popular ha generado una respuesta entusiasta, al grado de que para junio de 2013, más de 53 millones de personas ya estaban afiliadas a él.²² La continua ampliación de la inversión en la salud ha permitido aumentar el número tanto de beneficiarios como de intervenciones del paquete de beneficios. Para 2013, el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud abarcaba 285 intervenciones, incluidos todos los servicios ofrecidos en las unidades ambulatorias y los hospitales generales de los Servicios Estatales de Salud (SESA), y se complementaba con un paquete de más de 59 intervenciones de alto costo, financiadas por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que incluye cuidados intensivos neonatales y tratamiento para cáncer en niños, varios cánceres en adultos, incluidos cervicouterino y mama, VIH/SIDA y catarata, entre otros.^{22,23}

En el contexto de una reforma estructural que buscaba atender el reto de financiar el acceso universal a servicios de calidad, era indispensable también tener un claro sentido de prioridades. Esto es imperativo no sólo en términos de la asignación de recursos, sino también para generar apoyo popular al relacionar asuntos financieros y administrativos muy abstractos con entregables muy concretos. Toda reforma debe contar con un cierto número de iniciativas insignia para focalizarse en beneficios palpables. Desde el principio del proceso de reforma se decidió que la propuesta integral de salud y mujer sería una de esas iniciativas. En seguida, se detalla cómo se consiguió esto en cada uno de los círculos concéntricos antes descritos.

Al empezar la reforma, una de las primeras y más urgentes prioridades en México era reducir las muertes maternas. Después de alcanzar coberturas de vacunación de 95%, con uno de los esquemas más completos del mundo, la siguiente frontera era cerrar las brechas sociales que existían en materia de mortalidad asociada con el EPP. De hecho, al principio de este siglo, los informes periódicos producidos por Naciones Unidas mostraban que México era uno de los pocos países en desarrollo que estaba en camino de cumplir con las metas de salud planteadas en los ODM, excepto por un indicador, la morta-

lidad materna. Como en el resto del mundo, este indicador mostraba un alto grado de inequidad entre grupos sociales y regiones del país. Aunque las muertes maternas asociadas con EPP habían disminuido en forma consistente en la década previa, eran indispensables todavía esfuerzos adicionales en las regiones más pobres de los estados del sur del país, en donde los obstáculos geográficos, organizacionales, financieros y culturales limitaban el acceso a servicios de salud clave para garantizar una atención segura del embarazo, parto y puerperio.

En las áreas rurales de México, las muertes maternas estaban asociadas sobre todo con hemorragias obstétricas, que demandaban mejoras en el acceso oportuno a servicios calificados de atención del parto. Las hemorragias constituían la causa de 25% de las muertes maternas en 2004.²⁴ En las ciudades, la principal causa de muerte materna era la eclampsia, que daba cuenta de 30% de las muertes maternas en el ámbito nacional.

Con el fin de reducir la mortalidad asociada con el embarazo y también las muertes y la discapacidad neonatales, se lanzó una iniciativa denominada “Arranque Parejo en la Vida”, nombre que tenía el propósito de subrayar el valor fundamental de la igualdad de oportunidades. El componente para las mujeres del programa incluía asignaciones presupuestales etiquetadas para el fortalecimiento de la red de atención, equipamiento y abastecimiento de medicamentos y otros insumos, en especial, sangre segura para el parto. La disponibilidad de recursos humanos capacitados se mejoró mediante la reincorporación a los equipos de trabajo de los SESA de las enfermeras obstetras y la capacitación de las parteras tradicionales. Se hicieron esfuerzos especiales para extender la cobertura de atención prenatal, con énfasis en la identificación temprana de embarazos de alto riesgo, la atención institucional del parto y el tratamiento oportuno de las urgencias obstétricas.

Como resultado de la implementación de estas medidas, se produjo un incremento de la cobertura efectiva de la atención prenatal; una expansión de la cobertura efectiva del parto por personal capacitado, que alcanzó la cifra de 92% en 2012, con pocas variaciones entre estados, y, muy importante, una aceleración significativa del ritmo de descenso de la mortalidad materna.^{17,25} Entre 1990 y 1999, la mortalidad materna disminuyó en promedio 1.8%.²⁶ La tasa de descenso casi se duplicó a 3.5% por año, entre 2000 y 2006, cuando la razón de mortalidad materna cayó de 72 muertes por 100 000 nacidos vivos a sólo 58, una de las cifras más bajas de América Latina.^{27,28} Es importante resaltar que también se produjo un cierre en

las brechas que existían entre los estados del norte y del sur del país en esta materia.

En el terreno de la *salud sexual y reproductiva*, el segundo de nuestros círculos concéntricos, la Secretaría de Salud promovió de manera explícita los derechos de las mujeres y, con ese fin, llevó a cabo diversas iniciativas. Sin duda alguna, la acción más controvertida de la administración 2000–2006 fue la revisión de las políticas de planificación familiar, que consideró la introducción de tres nuevos métodos en la lista de medicamentos esenciales: el implante subdérmico, el condón femenino y la llamada “píldora de emergencia”. La incorporación de esta píldora al Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Público (CBM) generó un intenso debate que dio lugar a importantes lecciones para otros países.

La píldora se incorporó a la lista de medicamentos esenciales del sector público en 2005, después de un nutrido debate alrededor de sus riesgos y beneficios, en el que participaron cientos de organizaciones. La propuesta de incorporación de esta píldora al CBM se topó con la oposición de los principales líderes de la Iglesia Católica, diversos grupos conservadores y miembros distinguidos del partido político en el poder, todos los cuales argumentaban que la píldora induce el aborto. Por su parte, la mayoría de los miembros de la comunidad académica y diversos grupos de la sociedad civil defendieron la incorporación de la píldora al CBM como una medida necesaria en un país con una alta prevalencia de embarazos no deseados, incluidos aquellos derivados de actos de violencia sexual.

En lo más álgido de la controversia, la oficina de la presidencia nacional apoyó la incorporación de la píldora de emergencia al CBM arguyendo que dicha propuesta era resultado de un proceso formal y abierto de discusión basado en consideraciones científicas. Este claro apoyo fue la feliz culminación de un debate que en otros países de América Latina había generado daños políticos mayores.²⁹

Según una revisión de las encuestas de opinión, la anterior fue una de las medidas más populares de esa administración, no sólo en el campo de la salud sino en todos los campos de las políticas públicas. En una nación predominantemente católica, esta decisión fue apoyada por la mayoría de las mujeres incluso de los segmentos más religiosos de la población.

Hay dos lecciones que se desprenden de este debate. Primero, las evidencias científicas pueden ayudar a resolver las controversias en materia de decisiones de política, en este caso, relativas a la salud. Y, segundo, que dada la ola de democratización que se extiende

por todos los países en desarrollo, no pueden subestimarse las aspiraciones de los ciudadanos. En este caso en particular, los mexicanos rechazaron la injerencia de poderosas instituciones, como la Iglesia Católica, en su vida privada, incluidos los asuntos relacionados con su sexualidad.

En relación con el tercer círculo, la adopción de la perspectiva de la línea de vida condujo a la identificación de dos nuevas prioridades, la violencia y el cáncer. En 2003 la Secretaría de Salud llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer, que mostró una prevalencia de abuso doméstico entre usuarios de servicios de salud de 21.6%, que significa que una de cada cinco mujeres fue víctima de violencia de pareja en los 12 meses previos a la encuesta.³⁰ Con base en los hallazgos de esta encuesta y otros estudios, en 2006 el Congreso de México aprobó una nueva ley (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia) que castiga la violencia psicológica, física y patrimonial contra las mujeres, y ordena el arresto inmediato del presunto agresor, así como la protección de la víctima.³¹

El cáncer es otro reto que enfrentan los países de ingresos medios y bajos que requiere de mayor atención y que se ve claramente expresado en los desafíos en la salud de las mujeres. A la concentración de la incidencia y, en especial, la mortalidad y el sufrimiento evitable en los países en desarrollo se le ha llamado “la brecha del cáncer”.³² Casi 60% de los casos mundiales del cáncer y 70% de las muertes por esta causa ocurren en países en desarrollo. La cifra va en franco aumento; se proyecta un aumento de 14 a 22 millones de casos y de 8 a 13 millones de muertes antes de 2030, con una carga creciente en los países de bajos ingresos.³³ El cambio que explica el incremento relativo del cáncer en el mundo en desarrollo, en comparación con los países de ingresos altos, es la transición en salud antes descrita. Esto refleja también la concentración de los riesgos prevenibles. El uso de tabaco, la dieta poco saludable y otros factores de riesgo van en aumento. Por otro lado, los cánceres asociados con infecciones prevenibles son cada día más frecuentes entre la población de bajos recursos. El resto de los cánceres, que son enfermedades no transmisibles, también se está volviendo más común en los países en desarrollo.

La brecha y la concentración de la carga del cáncer se ve reflejada con claridad en los cánceres que son principal o exclusivamente “de” las mujeres.^{34,35} Su carácter prolongado y contradictorio se refleja en la coexistencia del cáncer cervicouterino y de mama.

El primero de ellos, el cáncer cervicouterino, se redujo de manera drástica en los países industrializados, aun antes de que se descubriera su naturaleza infecciosa y se desarrollara una vacuna para prevenirlo. En contraste, este tipo de cáncer todavía figura entre las principales causas de muerte en los países de bajos ingresos, pues cerca de 90% de los 528 mil casos y las 266 mil muertes por esta causa que ocurren cada año en el ámbito mundial se presentan en el mundo en desarrollo.³³ Tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer cervicouterino se concentrará cada vez más entre la población pobre, debido a la inequidad en el acceso a la vacuna contra el virus del papiloma humano. Es por eso que este cáncer ha sido incluido en la “agenda inconclusa de la salud de las mujeres”, junto con las infecciones comunes, los eventos reproductivos y los problemas relacionados con la desnutrición.

En contraste, el cáncer de mama es un ejemplo de los retos emergentes que afectan a los países en desarrollo. Entre 2008 y 2012, su incidencia mundial aumentó 20% y su mortalidad, 14%. En contra de lo que se piensa, los tumores de mama son ya la principal causa de muerte por cáncer en mujeres, en la mayoría de los países del mundo, 140 de los 184 países de los que se tiene información.³³ Las excepciones son los países más pobres, donde la principal causa de muerte es el cáncer de cérvix. Los países de ingresos bajos y medios concentran 53% de los 1.7 millones de nuevos casos de cáncer de mama que se presentan anualmente en el mundo y 64% de los decesos por esta causa.^{33,36} Según los datos de Globocan, 2012, la incidencia ha estado aumentando en el ámbito mundial, pero las inequidades entre países pobres y ricos son tremendas. La incidencia sigue siendo más alta en países de ingresos altos, pero la mortalidad es mucho mayor en las demás naciones. Un ejemplo que se cita con frecuencia es el de Europa Occidental, donde la incidencia es de 90 nuevos casos por 100 000 mujeres al año, en comparación con 30 en África Oriental. En mortalidad, estas regiones registran la misma tasa de 15 por 100 000, debido al diagnóstico tardío y a la falta de acceso al tratamiento en África.³³

En México, un país de ingresos medios–altos, la mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido de manera consistente en la última década. Sin embargo, todavía se producen 3 840 muertes al año, la gran mayoría se concentra en las mujeres de bajos ingresos y los estados pobres.^{27,37} La mortalidad por cáncer de mama se ha duplicado en los últimos 20 años y ya es la segunda causa de muerte entre las mujeres de 30 a 54 años de edad.²⁵

Para enfrentar estos retos, se diseñó una estrategia dual para mejorar tanto la detección temprana como el tratamiento. Los resultados relacionados con la primera muestran que la cobertura efectiva del papanicolaou se incrementó de 36 a 48.5% entre 2000 y 2012, mientras que la cobertura de mamografía en mujeres de 40 a 69 años aumentó de 12 a 20% en el mismo periodo.^{17,25} Como parte del Seguro Popular, se creó un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para financiar un paquete de intervenciones costosas, dentro de las que se incluye el tratamiento del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama. En 2010, este fondo financiaba el tratamiento de más de 17 mil mujeres con cáncer mamario.²⁵ A la vez, se registró una reducción notable en el abandono del tratamiento y un aumento en el apego, sobre todo en cáncer de mama.³⁸

Pero esto no es suficiente. También es necesario confrontar la resistencia cultural. En general, en el mundo desarrollado, el cáncer se reconoce como una enfermedad que se puede detectar en etapas tempranas y tratar con éxito. En contraste, en el mundo en desarrollo, sigue atrapado por los prejuicios y el estigma. No es raro que las mujeres con cáncer de mama en los países pobres se consideren disminuidas en su feminidad por esta condición. Preocupadas por la posibilidad de ser abandonadas por sus parejas, cuando se descubran enfermas, muchas de ellas deciden no buscar atención y, si lo hacen, deciden no recibir el tratamiento adecuado, la mastectomía, en particular. Por esta razón, la lucha contra el cáncer en los países de ingresos bajos y medios constituye también una batalla contra la ignorancia, el estigma, la discriminación, el machismo y el intento deshumanizador de reducir a las mujeres a una parte de sus cuerpos.^{32,39}

Finalmente, la reforma mexicana también abordó el cuarto y más integral círculo, *salud y mujer*. En 2003, la Secretaría de Salud estableció el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Este centro ha promovido la adopción de una perspectiva de género como política transversal, el diseño de presupuestos sensibles al género, la generación de información en salud desagregada por sexo y la vigilancia de los prejuicios de género en el acceso a servicios y en la calidad de la atención. También ha empezado a abordar el rol de la mujer como proveedora informal de cuidados para la salud a los miembros de la familia con enfermedades crónicas, como practicante tradicional en los equipos de salud que trabajan en comunidades indígenas y como un creciente componente de la fuerza de trabajo en salud.

La experiencia en México de ampliar el enfoque al cuarto círculo y tomar en cuenta la gama de interacciones entre la mujer y la salud

se ha proyectado en el ámbito mundial. Para poder identificar y buscar respuestas a los desafíos y oportunidades que representa, se creó una iniciativa interdisciplinaria en la Escuela de Salud Pública de Harvard,⁴⁰ junto con la Comisión Lancet Mujer y Salud, cuyo trabajo es crear y promover una agenda que abarca el nexo entre la investigación, las políticas, las prácticas y la acción, además de apoyar su aplicación en otros países.⁴¹

Conclusión

El capítulo más reciente de la saga *mujer y salud* está lejos de haber llegado a su fin. En México, como en el resto del mundo, todavía hay retos que es necesario enfrentar con urgencia. Entre ellos, destaca la aceleración adicional del descenso de la mortalidad materna para alcanzar la meta respectiva de los ODM; la atención de problemas emergentes todavía menospreciados como el cáncer de mama y la depresión; la integración de las curanderas tradicionales a los equipos de salud; el desarrollo de servicios efectivos en el hogar para reducir la carga adicional que tienen las mujeres por atender a los miembros de la familia con enfermedades crónicas; la promoción de una igualdad de oportunidades para acabar con la estratificación de género de la fuerza de trabajo en salud, y el empoderamiento de la mujer en los programas sociales.

A lo largo de este capítulo, nos hemos referido en repetidas ocasiones al marco integrador que puede representarse como una serie de círculos concéntricos. En ciertas culturas, estos círculos representan el vientre de la Madre Tierra. También se relacionan con la idea de apoyo e integración. Estamos seguros de que un abordaje integral de los problemas de salud de la mujer y su participación en actividades de salud rendirá frutos que trascenderán la unidad madre-hijo para alcanzar a la sociedad en su conjunto y contribuir al desarrollo humano, social y económico en los países y en el ámbito mundial.

Referencias

1. Wikipedia. Neighborhood. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/Neighbourhood>. Consultado el 8 de febrero de 2010.
2. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes, M. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health policy and planning*. 1989;4(1):29-39.

3. Rosenfeld A, Maine D. Maternal mortality: a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*. 1985;2(8446):83-5.
4. AbouZahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947-2002. *Br Med Bull*. 2003;67:13-25.
5. Boston Women's Health Book Collective. *Our bodies, ourselves*. New York: Simon and Schuster; 1973.
6. Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health. *JSTOR Studies Fam Plann*. 1993;24(5):269-82.
7. World Health Organization. Reproductive health. Disponible en http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. Consultado el 24 de octubre de 2013.
8. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress toward Millenium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2011;378(9797):1139-65.
9. Migiroy AR. With maternal mortality 'worlds worst inequity', UN working to ensure. Disponible en: <http://www.un.org/News/Press/docs/2009/dsgsm462.doc.htm>. Consultado el 24 de octubre de 2013.
10. United Nations Development Programme. *What will it take to achieve Millenium Development Goals?* New York: UNDP; 2010.
11. World Health Organization. *Women and health. Today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva: WHO; 2009.
12. Clinton H. Development in the 21st century. *Foreign Policy* 2010. Disponible en: http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/01/06/hillary_clinton_on_development_in_the_21st_century. Consultado el 24 de octubre de 2013.
13. Gill K, Pande R, Malhotra A. Women deliver for development. *Lancet*. 2007;370(9595):1347-57.
14. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9539):954-61.
15. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9546):1524-34.
16. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System for Social Protection in Health. *Lancet*. 2006;368(9547):1608-18.
17. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *Lancet*. 2006;368(9548):1729-41.
18. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniada O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9549):1828-41.

19. Gakidou E, Lozano R, González–Pier E, Abbott–Klafter J, Barofsky JT, Bryson–Cahn C, et al. Assessing the effect of the 2001–2006 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*. 2006;368:(9550)1920-35.
20. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Oláiz G, et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *Lancet*. 2006; 368(9551):2017-27.
21. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México: Secretaría de Salud; 2001.
22. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Enero-junio de 2013. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>. Consultado el 23 de octubre de 2013.
23. Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Causes/CAUSES2012.pdf>. Consultado el 23 de octubre de 2013.
24. Secretaría de Salud. Salud México 2004. México: Secretaría de Salud; 2004:32-3.
25. Knaul FM, González–Pier E, Gómez–Dantés O, García–Junco D, Arreola–Ornelas H, Barraza–Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2013;380:(9849)1259-79.
26. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud; 2007:39.
27. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>. Consultado el 19 de febrero de 2014.
28. World Health Organization. World health statistics 2009. Geneva: WHO; 2009.
29. Tribunal constitucional en Chile prohíbe píldora del día siguiente. Disponible en: <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=20672>. Consultado el 24 de octubre de 2013.
30. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/cea-meg/violencia/sivig/doctos/envimo3.pdf. Consultado el 24 de octubre de 2013.
31. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>. Consultado el 24 de octubre de 2013.
32. Knaul FM, Adami HO, Adebamowo C, Arreola–Ornelas H, Berger AJ, Bhadelia A, et al. The global cancer divide: an equity imperative. Chapter 2. En: Knaul

- FM, Gralow JR, Atun R, Bhadelia A. Closing the cancer divide: an equity imperative. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative; 2012. Distribuido por Harvard University Press.
33. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M. (2012). GLOBOCAN 2012 v1. 0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 10, International Agency for Research on Cancer, 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> Consultado el 19 de febrero de 2014.
 34. Knaul FM, Bhadelia A, Gralow J, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Meeting the emerging challenge of breast and cervical cancer in low- and middle-income countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;119(suppl 1):S85-8.
 35. World Health Organization. Cancer. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. Consultado el 24 de octubre de 2013.
 36. García M, Jemal A, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel RL, et al. Global cancer facts and figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.
 37. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2011. México: Secretaría de Salud; 2012:45-50.
 38. Arce-Salinas C, Lara-Medina FU, Alvarado-Miranda A, Castañeda-Soto N, Bargalló-Rocha E, Ramírez-Ugalde, et al. Evaluación del tratamiento del cáncer de mama en una institución del tercer nivel con el Seguro Popular, México. *Rev Invest Clin.* 2012;64:9-16.
 39. Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud Pública Mex.* 2009;51(suppl 2):S135-7.
 40. The Women and Health Initiative. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/women-and-health-initiative/>
 41. Langer A, Frenk J, Horton R. Women and Health Initiative: integrating needs and response. *Lancet.* 2012 Aug 18;380(9842):631-2.

RECOMENDACIONES
PARA LA POLÍTICA DE SALUD
Y POSICIONAMIENTO
DE LA ACADEMIA

RECOMENDACIONES

20

*Teresa Corona Vázquez, María Elena Medina Mora
Patricia Ostrosky Wegman, Elsa Josefina Sarti Gutiérrez
Patricia Uribe Zúñiga*

307

1. Las primeras mujeres médicas de nuestro país han contribuido a disminuir brechas de discriminación y a abrir caminos; actualmente se han convertido en guía para las nuevas generaciones. Recomendamos reconocer a las primeras médicas mexicanas, así como a aquellas que han logrado ser líderes de las diferentes asociaciones y/o instituciones de nuestro país
2. En este milenio ha habido avances importantes para las mujeres, en relación con el acceso a espacios de los que habían sido excluidas, sin embargo aún persisten importantes desigualdades; por tal motivo, es importante que se establezcan políticas públicas incluyentes, con corresponsabilidad social. Recomendamos contar con sistemas universales de protección social, mejorar el acceso y la calidad del empleo, incluida una regulación del trabajo doméstico, además de políticas para el cuidado infantil, de las personas con discapacidad o enfermedad, así como de los adultos mayores. Es imperativo ampliar las licencias parentales, con énfasis en los permisos de paternidad, con el objeto de promover la corresponsabilidad del cuidado de los hijos
3. El bienestar de la mujer repercute, sin duda, en una sociedad más justa; así, hombres y mujeres debemos tratar de cambiar los estereotipos culturales de género para el mejor desarrollo humano y social. Recomendamos que las mujeres tengan mayor acceso a recursos económicos, al prestigio y al poder; y que los hombres midan su éxito con mayor equilibrio, incluyendo y fortaleciendo sus derechos de paternidad
4. Los problemas de salud de las mujeres van más allá de los relativos a la salud reproductiva, en el más puro concepto de salud–enferme-

dad. Recomendamos enfocarse en la salud con una noción biopsicosocial, así como en grupos de mayor desigualdad social, como las mujeres migrantes y las adolescentes; diseñar estrategias sustentadas en determinar esfuerzos de prevención y control, con una visión integral del ciclo de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y fortalecer la coordinación de las diversas instituciones de salud, educación y otras, con la finalidad de incluir en la educación para la salud, aspectos sobre sexualidad, género, diversidad sexual e interculturalidad

5. A pesar de que las mujeres consumen en menor proporción sustancias adictivas y que la carga de las adicciones es mayor en ellas, pues les toma menos tiempo enfermar y morir, reciben tratamiento en menor proporción que los hombres y son objeto de mayor rechazo social. Además, suelen ser madres, esposas o hijas de personas con este tipo de trastornos. Recomendamos desarrollar programas preventivos y de tratamiento que atiendan sus necesidades particulares
6. La frecuencia, el volumen y el riesgo de muerte por homicidio y violencia en las mujeres, evidencia una cultura de dominación masculina. Recomendamos caracterizar oportunamente los factores precipitantes y garantizar la seguridad, en un esfuerzo por lograr el derecho fundamental a la vida
7. Las mujeres indocumentadas cuentan con poco acceso a servicios de salud reproductiva en Estados Unidos. Recomendamos impulsar las políticas binacionales en salud, así como reformas y leyes para poblaciones migrantes
8. En el campo de las mujeres profesionistas, existen problemas de género y familia, de tal forma que, debido al ciclo reproductivo por el que atraviesan, a menudo dejan de laborar o de concluir sus estudios especializados o de grado. Recomendamos políticas laborales y de educación que consideren la reinserción y la prevención, a fin de fomentar la reincorporación de las profesionistas. Así, se logrará el desarrollo pleno de todos los individuos, independientemente del sexo
9. Las transiciones epidemiológica y demográfica, por las que atraviesa nuestro país, proyectan cifras elevadas de enfermedades degenerativas; entre las cuales, el deterioro cognitivo y las demencias están impactando a los sectores público y privado. Recomendamos programas psicoeducativos que abarquen estilos de vida saludables a través de la nutrición, el ejercicio, la estimulación cognitiva, la prevención de accidentes en el hogar, entre otros. Además, el establecimiento de redes de cuidadores y grupos de apoyo, así

como de programas institucionales de atención domiciliaria que incorporen tanto a hombres como a mujeres como proveedores de estos servicios

10. Entre los trastornos neuropsiquiátricos, la depresión es la de mayor prevalencia y se manifiesta principalmente en las mujeres. Recomendamos investigaciones que incluyan el aspecto de género con la finalidad de ubicar los factores de riesgo, así como establecer una estrategia de prevención, dirigida a los grupos en mayor riesgo y desigualdad: adolescencia, etapa perinatal, menopausia y vejez
11. La promoción y la educación en salud que fomenten estilos de vida saludables son esenciales, no sólo para disminuir los problemas de salud actuales, sino también para que futuras generaciones incorporen conductas promotoras de la salud en sus hábitos cotidianos. Recomendamos llevar a cabo acciones intersectoriales encaminadas a mejorar la igualdad de género en la promoción de vida saludable e identificar las diferencias biológicas relacionadas con el sexo, el género y su interacción con los determinantes sociales
12. En virtud de que las mujeres han estado menos representadas en los protocolos de investigación, lo que redundará en intervenciones preventivas, curativas y de control de las enfermedades que no consideran sus necesidades especiales, recomendamos a la Academia gestionar con las diversas entidades financiadoras el que se considere como requisito de financiamiento la inclusión de un enfoque de género en los proyectos
13. Recomendamos un abordaje integral que va más allá de las concepciones de salud materna, salud sexual y reproductiva y salud de la mujer, para adoptar un concepto más amplio de salud y mujer que reconoce las aportaciones de las mujeres al desarrollo y la importancia de su participación en actividades de salud

309

En resumen

1. Establecer políticas públicas para que exista dignidad, respeto e igualdad de género
 - a) Reinserción de la mujer a la vida laboral en todos los niveles de capacitación y condiciones de salud–enfermedad
 - b) Establecer cursos de capacitación y rehabilitación para adultos mayores en general
 - c) Establecer metodología de investigación para medir violencia y maltrato
 - d) Garantizar el acceso a los servicios de salud preventivos y de atención integral

- e) Impulsar la actividad del varón en la prevención y atención de la salud reproductiva, así como en actividades de salud doméstica y comunitaria
 - f) Establecer redes de cuidadores certificados y establecer programas de apoyo para los cuidadores primarios o domiciliarios
 - g) Contar con sistemas de protección social universal, incluyendo a los grupos de mayor vulnerabilidad
 - h) Establecer políticas binacionales en salud, incluyendo la salud reproductiva
2. Establecer programas para concientizar a los varones, para que incluyan las esferas familiares y sociales como parte de su desarrollo humano
 3. Incluir en los proyectos de investigación el género y el sexo como variables de interés.
 4. Identificar obstáculos sobre las condiciones laborales de los trabajadores y las trabajadoras
 - a) Regular el empleo doméstico remunerado y flexibilizado
 - b) Ampliar las licencias parentales, con relevancia en los permisos de paternidad
 5. Establecer un programa de vigilancia epidemiológica, prevención y control integral, que fomente los estilos de vida saludables
 - a) Capacitar al personal de salud para el cambio de actitud en el funcionamiento de redes de atención sobre sexualidad, género, diversidad sexual, interculturalidad
 - b) Concientizar a la población para el posicionamiento de programas relacionado con estilos de vida saludables, desde la niñez hasta la vejez

ÍNDICE

La letra *c* que precede al número de página refiere a cuadros; la *f*, a figuras.

A

- atención domiciliaria de la salud, 183-194
 - agotamiento físico y mental, 186
 - apoyo a las familias, 188
 - buenas prácticas, 194
 - como derecho, 191
 - conclusiones, 194
 - discusión, 191-193
 - demanda para el cuidado de personas, 191
 - responsabilidad compartida, 191
 - el problema, 185-191
 - cuidado de personas con discapacidad, 185
 - cuidados de menores de edad, 185
 - labor marginal de los hombres, 185
 - en sociedades utilitaristas, 184
 - alternativas de apoyo institucional, 194
 - el Estado mexicano, 194
 - equidad de género, 194
 - organizaciones de la sociedad civil, 194
 - estudios y propuestas, 189
 - exigencia para la persona cuidada, 186
 - manuales para el cuidado, 191
 - presión de las circunstancias familiares, 186
 - principios, 184
 - propuestas de políticas, 189-190
 - razones de su importancia internacional, 183-184
 - razones de su importancia nacional, 183-184

responsabilidad del cuidado, 186
 respuesta institucional, 187
 retos, 193-194

- alternativas de respiro para los cuidadores, 193
- ampliación de la investigación, 194
- división sexual del trabajo, 193
- equidad de género, 193

 sector privado, 188
 síndrome del cuidador, 187
 sujetos de cuidado en el hogar, 186
 y generación de satisfacciones, 186
 y tiempo para el cuidador, 186

AVD. *Véase* años vividos con una discapacidad en: carga de la enfermedad de las mujeres en México

AVMP. *Véase* años de vida perdidos por una muerte prematura en: carga de la enfermedad de las mujeres en México, 46

AVISA. *Véase* años de vida saludables perdidos en: carga de la enfermedad de las mujeres en México

C

carga de la enfermedad de las mujeres en México, 45-55

años de vida con una discapacidad (AVD), 46

años de vida saludables perdidos (AVISA), 46

años de vida perdidos por una muerte prematura (AVMP), 46

causas de discapacidad en las mujeres, 50

distribución de AVISA por grupos de enfermedades y sexo, *f* 48

estudio de la carga de la enfermedad, 50

implicaciones para la política de salud, 51-53

material y métodos, 46-49

Clasificación Internacional de Enfermedades, 47

principales causas de AVD en mujeres, grupos de edad, *c* 49

p. causas de AVISA en mujeres, 50-51

p. factores de riesgo en mujeres, *c* 51

visión integral del ciclo de vida, 53

causas de homicidios, 82-87

casos de homicidio de mujeres por entidad federativa, *f* 86

distribución de causas de muerte por homicidio en mujeres, *c* 85

las tres principales causas de homicidio en mujeres, *c* 84

discusión, 87-90

lesiones de arma punzocortante, 87

- l. derivadas de ahogamientos, 87
- l. d. de ahorcamientos, 87
- l. d. de estrangulamientos, 87
- lesiones secundarias a armas de fuego, 87
- patrón de las muertes por homicidio, 88-89
- violencia interpersonal, 87
- metodología, 79
 - diseño–población, 79
 - Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 79
 - variables básicas, 79
- Chagas, enfermedad de. *Véase* enfermedad de Chagas
- cuidado no remunerado de la salud, 21-23
 - distribución de la carga de responsabilidades, 21
 - modelo de división sexual, 21
 - orientación de la política pública, 21
 - tiempo total de trabajo de la población total por sexo, c 22
 - trabajo doméstico, 21
 - valor de las labores sin compensación económica, INEGI, 22
- cuidadora de enfermos, trabajo no remunerado, 197-203
 - conclusiones, 202
 - políticas públicas, 203
 - consecuencias en la salud mental de la, 200
 - cuidadoras informales, necesidad de recurrir a, 199
 - desigualdades sociales, 199
 - finalidad del cuidado en el hogar, 199
 - impacto del enfermo en, 199
 - abuso del alcohol, 201
 - aspectos objetivos, 202
 - a. subjetivos, 201
 - dependencia del alcohol, 201
 - enfermedad física, 201
 - trastorno emocional, 201
 - labores domésticas y de cuidados no remunerados del hogar, f 198
 - mayor tiempo dedicado por las mujeres, 197-198
 - perfil sociodemográfico, 200
 - servicios del cuidado informal, 199
 - término familiar cuidador primario informal (FCPI), 199
 - diagnósticos de los familiares, f 201
 - pacientes con trastornos mentales, 199

D

- depresión en la mujer, 257-267
 - adultas mayores, 264-265
 - factores psicológicos, 264
 - síntomas depresivos, 263
 - aspectos psicológicos, 262-263
 - neuroticismo, 263
 - rumear, 262
 - conclusiones, 266-267
 - interacción de factores, 266
 - lugar de inequidad de la mujer, 266
 - datos epidemiológicos, 257-258
 - neuroticismo, 258
 - prevalencia de depresión, 257
 - depresión y ciclo reproductivo, 263-264
 - abuso sexual, 263
 - adolescencia, 263
 - cambios físicos, 263
 - depresión, diferencia entre los géneros, 263
 - estatus social y papeles de género, 262
 - pasividad y sumisión, 262
 - factores sociales de riesgo de depresión en las mujeres, 259-262
 - experiencias de abuso en la infancia, 259-260
 - maltrato físico, 260
 - hipótesis biológicas, 258-259
 - intensos cambios hormonales, 258-259
 - primer episodio depresivo, 258-259
 - menopausia, 264
 - factores de riesgo psicosocial, 264
 - periodo perinatal, 263-264
 - depresión durante el embarazo, 264
 - depresión posparto (DPP), 263-264
 - pobreza (migración), 262
 - prevención, 265-266
 - recomendaciones, 266-267
 - desagregación de los datos por género, 266
 - estrategias de prevención, 266
 - mayor utilización de servicios de salud, 267
 - necesidad de sensibilizar a la población, 267
 - rumear, conducta de, 262

- sucesos adversos y estrés, 260-261
- trabajo remunerado, 261
- tratamiento, 265-266
 - farmacológico, 265
 - psicológico, 265
- uso de servicios de salud, 265-266
- violencia doméstica, 260
- derechos humanos y salud de las mujeres, 5, 6, 17-20
 - Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 18
 - Declaración Universal de Derechos Humanos, 18
 - Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 18
 - Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018*, 20
 - Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018*, 20
 - recomendaciones relacionadas con la salud de las mujeres, 20
- deterioro cognitivo y demencia en adultas mayores, 241-253
 - demencia, 247-248
 - demencia y enfermedad de Alzheimer, 243-244
 - deterioro cognitivo, 243
 - enfermedad de Alzheimer (EA), 248-251
 - características clínicas y evolución, 249-251
 - etapa avanzada, 250
 - e. grave, 250
 - e. inicial, 250
 - e. moderada, 250
- ENSANUT 2012, c 245
- limitaciones asociadas con discapacidad, 246
- población de adultos mayores, c 242
- políticas públicas, 251-253
 - atención institucional, 252
 - propuestas, 252-253
 - vinculación académica y sociedad civil, 253
- principales causas de morbilidad, c 247
- proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes, c 245

E

- empoderamiento de las mujeres e igualdad de género, 15-25
- enfermedad de Chagas, 216-218
 - transfusión de sangre, 216

- transmisión oral, 217-218
- t. vectorial, 216
- t. vertical, 217
- enfermedades asociadas con el rezago. *Véase* enfermedades del rezago
- enfermedades del rezago (ETR), 209-220
 - enfermedad de Chagas, 216-218
 - geohelmintos, 213-214
 - leishmaniosis, 218
 - teniosis-cisticercosis, 214-215
 - tracoma, 212-213
 - transfusión de sangre, 216
 - transmisión oral, 217-218
 - t. vectorial, 216
 - un billón o más de afectados, OMS/OPS, 211
 - y reflexiones, 219
 - y rol biológico en el embarazo, 220
- enfermedades tropicales del rezago. *Véase* enfermedades del rezago
- enfermedades tropicales desatendidas. *Véase* enfermedades del rezago
- estilos de vida y salud en mujeres, 273-285
 - cáncer de mama y cervical, 281-281
 - cáncer cervical, 282
 - c. cervical, como una enfermedad de la pobreza, 282
 - c. de mama, 282
 - estilos de vida, 282
 - factores ambientales, 281
 - tumores malignos como causa de muerte, 281
- conclusiones y recomendaciones, 284-285
 - acceso a información y a la educación, 285
 - conductas promotoras de la salud, 284
 - estructuras que gobiernan los sistemas de salud, 285
 - expansión de la libertad, 285
 - mejor salud en generaciones futuras, 285
 - promoción y educación en salud, 284
- depresión, 282
 - ausencia de apoyo social y emocional, 282
 - depresión como segunda causa de discapacidad, 282
 - estrés psicosocial, 282
- diabetes, 279-280
 - obesidad abdominal, como predictor de intolerancia a la glucosa, 279-280

- o. y control de la glucosa en sangre, 280
- o. y control de la presión arterial, 280
- principal causa de mortalidad en México, 279
- estilos de vida saludables, 275
- factores de riesgo y problemas de salud asociados con estilos de vida en las mujeres, 277-282
 - incremento en la esperanza de vida de México, 277-278
 - OMS y promedio de vida de hombres y mujeres, 277
 - primera causa de muerte en ambos sexos, 278
- género, clase social y etnia, como determinantes de estilos de vida, 275-277
 - adopción de comportamientos de riesgo, 276
 - crecimiento personal y profesional, 276
 - grupos indígenas, 276-277
 - inequidades de género, y salud física y mental, 275-276
 - mujeres indígenas y analfabetismo, 277
 - nivel de escolaridad de la madre, 277
 - representación social del género, 275
 - roles de género, 276
- promoción de estilos de vida saludable para mujeres, 282-284
 - cambio en los estilos de vida, 282
 - detección temprana de los cánceres más frecuentes, 283
 - disminución de la violencia mediante políticas integrales, 283
 - identificación temprana de la depresión, 284
 - implementación de modelos exitosos, 283
 - mejora del estado nutricional, 283
 - modelos ecológicos de la conducta en salud, 283
 - programas de detección oportuna, 284
 - riesgo de diabetes tipo 2, 283
 - teoría social cognitiva, 283
- promoción de la salud, 275
- sistemas de salud, 274
 - dimensión de promoción de la salud, 274
 - prevención de las enfermedades, 274
- sobrepeso y obesidad, 278
 - causas de la obesidad, 278
 - componente ambiental, 279
 - epidemia actual, 278
- violencia contra las mujeres, 280-281
 - asunto legítimo de derechos humanos, 280

- consecuencias para la salud, 281
 - determinantes de la violencia, 280-281
 - efectos psicológicos y físicos, 280
 - estratos sociales, 281
- ética, 167-179
 - conclusiones, 179
 - diferencias entre hombres y mujeres, 167
 - biológicas, 167
 - conceptualización, 167
 - discriminación de la mujer, 167
 - marginación de la mujer, 167
 - mecanismos de distribución presentistas, 172
 - dignidad, 174-177
 - autonomía según Kant, 174
 - mujer y políticas públicas, 176
 - origen en Kant, 174
 - Thomas Pogge, 175
 - estado de pobreza, 168
 - igualdad, 168-170
 - campo de juego, 170
 - financiamiento igualitario, 171
 - igualdad de oportunidades, 170
 - i. sustantiva, 169-170
 - nivelación del campo de juego, 170
 - percepción de la mujer, 168
 - valoración de la mujer, 168
 - imagen centrada en la función reproductiva, 168
 - respeto, 177-178
 - falta de respeto, 178
 - por los demás, 178
 - propio, 178
 - y bienestar, 178
- F**
- feminización de la medicina en la educación médica y áreas
 - biomédicas, 127-147
 - campo laboral profesional, 139-142
 - total de médicos en el mercado laboral, *f* 142
 - comportamiento escolar, 131-134
 - conductas, actitudes y habilidades en los estudios de medicina, 135

Examen Básico Clínico Objetivo Estructurado (EBCOE), 134
 examen diagnóstico del perfil intermedio I, *f* 133-134
 feminización de la medicina, 127-136
 conclusiones y recomendaciones, 145-147
 ingreso y egreso en medicina, *f* 137
 la mujer y su papel de liderazgo en la medicina y en las ciencias
 biomédicas, 144-145
 matrícula de facultades de medicina, histórica, *f* 128
 m. de facultades de medicina, proyección, *f* 129
 m. por ciclo escolar, *f* 130
 porcentaje de estudiantes, por género, Cambridge, EUA, 132
 tendencias de educación terciaria en la Unión Europea, *f*, 133
 t. de la educación en medicina en EUA, *f*, 130
 mujeres en especializaciones médicas, 138-139
 especialidades con igualdad de género, *f* 141
 especializaciones de medicina, preferencias, *c* 138
 Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, *f* 139
 porcentaje decreciente de inscritos, hombres, *f* 141
 p. decreciente de inscritos, mujeres, *f* 140
 total de residentes inscritos por año, *f* 140
 porcentaje de abandono escolar, *f* 137
 prestación de servicios, 135-137
 presencia académica de las mujeres en medicina, 142-144
 investigadoras registradas en el SNI, *c* 143
 i. registrados en el área II del SNI, *c* 144
 i. registrados en el área III del SNI, *c* 143
 matrícula de maestrías y doctorados en ciencias
 de la salud, *c* 142
 reprobados de primer año, *f* 133

319

I

investigación en salud y género, 151-164
 atención médica, 155-156
 campos de especialidad, 161
 contribuciones del enfoque de género en la salud, 153-154
 desigualdades de género, 153
 diferencias en morbilidad y mortalidad, 154-155
 estudios de género y publicaciones, 159
 género, concepto multidimensional e integral, 152
 investigación en salud, con base en el sexo y el género, 161-162

investigación en salud y género, reflexión, 161-164
participación femenina en la educación e investigación médicas, 156-158
promoción académica, 160
profesión médica, 163
relaciones de poder, identificación, 163
 investigación, 161-162
salud y género, 152-153
 construcción de identidad, 152
 organización de roles de género, 152

M

Matilde Petra Montoya Lafragua, c 3, 4, 5, 7, 10
médicas graduadas entre 1887 y 1936, c, f 4, 5
menopausia, 264
mujer y adicciones, 59-73
 alcohol, 64-65
 abuso/dependencia, 64
 efectos adversos, 68
 patrones de comportamiento, 67
 resultados del tratamiento, 64
 trastornos por abuso de alcohol, 65
determinantes sociales de la salud, 69-71
 aspectos culturales, 70
 definición, 69
 exposición diferencial a los factores de riesgo, 71
 preocupaciones económicas, 70
 vulnerabilidad diferencial a riesgos, 71
diferencias en la respuesta biológica y subjetiva, 65
 cambios hormonales constantes, 67
 cerebro adolescente, 67
 disfunción en memoria, concentración y logro académico, 65-66
 Encuesta Nacional de Adicciones (2008), 66
 metabolización del alcohol, 65
 probabilidad de depresión en fumadoras, 66
 trastornos del afecto, 66
 t. emocionales, 67
 t. mentales, 66
drogas, 61-63
 edad de inicio, 61
 frecuencia de consumo *vs.* hombres, 61

- mayor índice de consumo, 61
 - prevalencias de consumo, 62
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011), 60, 63-64
 - consumo diario de tabaco, 63
- exposición a la oportunidad de usar drogas, 72
 - programas de tratamiento, 72
 - síntomas de depresión, 72
- hacia una mejor respuesta, 72
- impacto del problema en la salud de la mujer, 68-69
 - dependencia, 68
 - impacto del alcohol, 68
- problema por enfrentar, 60-61
- recomendaciones, 72
 - cobertura, 73
 - concepto de equidad, 72
 - consumo de sustancias durante el embarazo, 73
 - datos desagregados por sexo, 72
 - disminuir las barreras de atención, 73
 - evaluación de la eficiencia de los servicios, 72
- tabaco, 63-64
 - efectos adversos, 68
- mujer, acceso a recursos y oportunidades, 2
 - ámbito laboral, 30
 - relación salarios mínimos y presencia femenina, c 30
 - responsabilidades no retribuidas, 30
 - trabajo extra doméstico, 30
 - empleo extra doméstico, 30
 - empresarias, 36-38
 - calidad de las relaciones, 39
 - empleadoras, 36
 - empleadores por sexo, c 37
 - empresarios por sexo, c 37
 - empresarios, sector de ocupación, f 37
 - expectativas de éxito, 38
 - inteligencia emocional, 39
 - liderazgo andrógino, 40
 - mujeres trabajadoras por cuenta propia y empleadoras, f 36
 - presencia de las mujeres, y jerarquía, f 39
 - propietarias y directivas de empresas, 36
 - socialización diferenciada, 38

- trabajadoras por cuenta propia, 36
- presencia femenina en la educación universitaria (1970–2011), *c* 31
- transformaciones en la esfera educativa, 31
- mujeres en los cargos de dirección del sector privado, 33-36
 - directores generales de compañías, según sexo, *f* 34
 - funcionarios, directivos y jefes, por estado conyugal, *f* 35
 - segregación horizontal, 34
 - segregación vertical, 34
- niveles educativos, 31-32
 - carreras, 32
- política, cargos de elección y representación, 32, 33
 - Cámara de Diputados, 32
 - integración de los gabinetes presidenciales, 33
 - participación de las mujeres, 32
 - proporción de diputadas, *f* 33
 - Yucatán, 32

O

- ONU Mujeres, 24
 - CL Aniversario de la Academia Nacional de Medicina de México, 17
 - derechos de las mujeres, 24
 - El progreso de las mujeres, informe, 16
 - eliminación de brechas específicas de género, 24
 - empoderamiento de las mujeres, 16
 - líneas de trabajo estratégico en México, 17
 - políticas de igualdad de género, 25
 - políticas públicas, 24

P

- políticas públicas, 23, 24
 - establecimiento, 24
 - medidas propuestas, 25
 - sistemas de protección social universales, 25
 - y de corresponsabilidad, 25
- primera médica mexicana. *Véase* Matilde Petra Montoya Lafragua
- primeras médicas mexicanas, *c* 5
- primeras mujeres en la historia de la medicina mexicana, 3-14
 - apertura al ingreso de mujeres, 10
 - Asociación de Médicas Mexicanas, 14
 - Escuela de Medicina de Guadalajara, 4

- apertura al ingreso de mujeres, 4
- Escuela de Medicina de San Luis Potosí, 4
 - apertura al ingreso de mujeres, 4
- Escuela de Medicina de Yucatán, 4
 - apertura al ingreso de mujeres, 4
- Escuela Nacional de Medicina (ENM), 4
 - apertura al ingreso de mujeres, 4
- Escuela Nacional Preparatoria (ENP), 10
 - apertura al ingreso de mujeres, 10
- estado civil de las jóvenes antes de graduarse, *f* 13
- institución de sus estudios preparatorios *c, f* 11
- lugar de nacimiento, *c* 5
- médicas con hijos antes de graduarse, *f* 12
- porcentaje de médicas, según lugar de nacimiento, *c, f* 6, 7
- y la Universidad Nacional de México, 3, 4
- procesamiento y análisis de la información, homicidios de mujeres, 79-80
 - variables analizadas, 80
 - variables básicas registradas, 79
 - ¿qué pasa con las adolescentes y las jóvenes?, 86
 - tendencia de las tasas de muerte, 86
 - ¿qué pasa con las adultas?, 87
 - tendencia de las tasas de muerte, 87
 - ¿qué pasa con las adultas mayores?, 87
 - causa de homicidio más frecuente, 87
 - el uso de arma de fuego, 87
 - ¿qué pasa con las niñas?, 85
 - ahorcamiento y estrangulamiento, 85
 - uso de instrumentos cortantes, 85

R

- recomendaciones para la política de salud, 307-310
 - acciones intersectoriales encaminadas a mejorar la igualdad
 - de género, 309
 - caracterización oportuna de los factores precipitantes de la violencia, 308
 - desarrollo de programas preventivos y de tratamiento
 - para necesidades particulares, 308
 - enfoque en la salud con una noción biopsicosocial, 307
 - esfuerzos de prevención y control, con una visión integral, 307-308
 - inclusión de un enfoque de género en los proyectos, 309
 - mayor acceso a recursos económicos, al prestigio y al poder, 307

- políticas binacionales en salud, 308
- p. de educación que consideren la prevención, 308
- p. laborales que consideren la reinserción de las profesionistas, 308
- posicionamiento de la academia, 307-310
- programas psicoeducativos de estilos de vida saludables, 308
- reconocimiento de las líderes de asociaciones e instituciones de México, 307
- reconocimiento de las primeras médicas mexicanas líderes, 307
- sistemas universales de protección social, 307
 - mejora del acceso y la calidad del empleo, 307
 - políticas para el cuidado infantil, discapacitados o enfermos y adultos mayores, 307
- trastornos neuropsiquiátricos, investigación de los factores de riesgo, 309

324

S

- salud de las mujeres y derechos humanos, 17-20
 - Declaración Universal de Derechos Humanos, 18
 - derecho a la salud, 17-20
 - derechos de las mujeres, 24
 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 18
 - Informe 2009 de la OMS, 19
 - Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 18
 - recomendaciones, 20
 - trabajo doméstico y de cuidado, 21
- salud reproductiva de las mujeres migrantes en Estados Unidos, 111-121
 - aborto, 115-116
 - barreras en el acceso a salud reproductiva, 116-119
 - calidad migratoria, 117
 - idioma, 116-117
 - migrantes mexicanos en Estados Unidos, 111-112
 - probabilidad de vivir en situación de pobreza, 112
 - mujeres migrantes mexicanas, 112
 - seguro médico y costos, 117-118
 - temas clave en salud reproductiva, 113-116
 - salud materna, 113-114
 - tasa de mortalidad infantil, 113
 - t. de muertes maternas (MM) en EU, 113
 - uso de anticonceptivos, 114-115
- salud sexual y reproductiva, 225-228

- avances en México, 228-232
 - principales obstáculos, 234-235
 - p. retos, 235-236
 - tendencia del gasto en salud reproductiva
 - y equidad de género, c 232
- definición dada por la OMS, 226
- educación sexual integral, 238
- importancia, 225-238
- principales obstáculos, 234
- recomendaciones, 236-238
 - factores de riesgo psicológicos, conductuales y ambientales, 237
 - f. sociales, económicos, culturales y personales, 237
 - médicos biomédicos y técnicos, 237
 - recursos disponibles para el desarrollo y las prioridades
 - políticas, 237
- retos y desafíos, 232
 - acceso a la información, 235
 - calidad de la información, 235
 - incorporación del enfoque de género y derechos, 236
 - instrumentación de las políticas públicas, 235-236
 - integración de los servicios de salud, 236-237
 - legislación para disminuir barreras, 236
 - servicios accesibles, 236
 - s. de calidad, 236
 - s. oportunos, 236
- salud y mujer en México, estudio, 289-301
 - atención a los problemas de salud de la mujer en el contexto
 - de la reforma mexicana, 294-301
 - cánceres asociados con infecciones prevenibles, 298
 - cobertura efectiva de la atención prenatal, 296
 - gastos catastróficos y/o empobrecedores, 294
 - iniciativas insignia, 295
 - muertes maternas, 296
 - píldora de emergencia, 297
 - políticas de planificación familiar, revisión, 297
 - protección social en salud universal, 295
 - resistencia cultural, 300
 - Seguro Popular, 295
 - violencia y cáncer, como prioridades, 298
- conclusión, 301

- atención de problemas emergentes, 301
- descenso de la mortalidad materna, 301
- empoderamiento de la mujer en los programas sociales, 301
- integración de las curanderas tradicionales a los equipos de salud, 301
- promoción de igualdad de oportunidades, 301
- reducción de la carga adicional de las mujeres, enfermedades crónicas, 301
- países de bajos ingresos, 299
 - cáncer de cérvix, 299
 - cáncer de mama, 299
 - mortalidad por cáncer cervicouterino, 299
- retos de la salud global, 290-295
 - esperanza de vida en el siglo XX, 290
 - transformación del significado de la enfermedad, 290
 - triple carga de enfermedad del mundo en desarrollo, 290
- salud materna y salud reproductiva y de la mujer, 291-294
 - abordaje integral de los problemas, *f* 293
 - concepto de ciclo de vida, 292
 - c. de salud de la mujer, 292
 - c. de salud reproductiva, 291
 - desarrollo centrado en las mujeres, 294
 - mujeres que contribuyen al desarrollo, 294
 - salud materna, 292-293
- salud sexual y reproductiva, 293

T

- trabajo no remunerado, cuidadora de enfermos, 197-203. *Véase también*
 - cuidadora de enfermos, trabajo no remunerado
- transmisión vertical, enfermedad de Chagas, 217
 - rol biológico en el embarazo, 220

V

- violencia contra mujeres en México, 77-90, 93-107
 - análisis estadístico, 80
 - comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad, *f* 81
 - porcentaje de muertes por homicidios en mujeres, *c* 82
 - tasas ajustadas de mortalidad por homicidio, *c* 83
 - tasas de mortalidad ajustadas, 80
- causas de homicidios, 82-87

casos de homicidio de mujeres por entidad federativa, *f* 86
distribución de causas de muerte por homicidio en mujeres, *c* 85
las tres principales causas de homicidio en mujeres, *c* 84
cuestiones de orden conceptual y metodológico, 106-107
escalas de medición de violencia emocional y económica, 106-107
feminicidio, necesidad de precisión conceptual
y metodológica, 106
políticas públicas, 107
discusión, 87-90
lesiones de arma punzocortante, 87
l. derivadas de ahogamientos, 87
l. d. de ahorcamientos, 87
l. d. de estrangulamientos, 87
l. secundarias a armas de fuego, 87
patrón de las muertes por homicidio, 88-89
violencia interpersonal, 87
en diversos espacios institucionales, 105
en poblaciones indígenas, 102-103
metodología, 79
diseño-población, 79
Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 79
variables básicas, 79
migrantes, 102
no heterosexuales, 102
por la ex pareja, 103
procesamiento y análisis de la información, 79-80
variables analizadas, 80
variables básicas registradas, 79
¿qué necesitamos saber?, 101-107
agresores, sus motivaciones, estrategias y justificaciones, 105
alto nivel de autonomía, 104
bidireccionalidad de la violencia de pareja y en el noviazgo, 105
cuestiones de orden sustantivo, 101
descenso de las prevalencias de violencia contra las mujeres, 103
en diversos espacios institucionales, 105
en poblaciones indígenas, 102-103
extrañamiento (agresión femenina), 104
factor de riesgo, 104
factor protector, 104
importancia estratégica de los análisis jerárquicos, 104

- medición de la violencia en el noviazgo, 104
- migrantes, 102
- no heterosexuales, 102
- normalización, 104
- por la ex pareja, 103
- trata de personas y esclavitud sexual, 102
- y discapacidad, 101
- ¿qué pasa con las adolescentes y las jóvenes?, 86
 - tendencia de las tasas de muerte, 86
- ¿qué pasa con las adultas?, 87
 - tendencia de las tasas de muerte, 87
- ¿qué pasa con las adultas mayores?, 87
 - causa de homicidio más frecuente, 87
 - el uso de arma de fuego, 87
- ¿qué pasa con las niñas?, 85
 - ahorcamiento y estrangulamiento, 85
 - uso de instrumentos cortantes, 85
- ¿qué sabemos?, 94-101
 - acoso sexual en el trabajo, 100
 - barreras de género en la solicitud y recepción de ayuda, 100-101
 - “contagio” del homicidio de hombres, 95
 - de pareja, en el tiempo, 97
 - determinaciones de género del homicidio de mujeres, 95
 - determinantes del homicidio de mujeres, 96
 - empoderamiento de las mujeres, y riesgo de sufrir violencia, 99
 - en el contexto familiar, 97
 - formas de violencia en el contexto laboral, 100
 - homicidios de mujeres, 94-97
 - incremento de la tasa de homicidios, 94
 - incremento de la violencia contra mujeres desde 2007, 94-95
 - índice de autonomía, 99
 - i. de poder de decisión, 99
 - i. de roles de género, 99
 - la escuela, la universidad y los servicios de salud, 100
 - participación de los hombres en las tareas domésticas, 99
 - Programa Oportunidades, 98
 - violencia contra las mujeres en diversos ámbitos
 - y de diferentes tipos, 97-101
 - violencia y origen de la mortalidad materna, 96-97
- y discapacidad, 101

NOTAS

Este libro fue editado y producido por Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguilar y Seijas 75, Col. Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F.
Teléfono 5520 2073. Fax 5540 3764. intersistemas@intersistemas.com.mx
Esta edición terminó de imprimirse en abril de 2014
en Surtidora Gráfica, Calle Oriente 233 No. 297, Col. Agrícola Oriental,
México, D.F. Hecho en México.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

