

La Salud de las  
Mujeres en El Salvador:  
Morbimortalidad



INSTITUTO SALVADOREÑO  
PARA EL DESARROLLO DE LA MUJER

LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL SALVADOR:  
MORBIMORTALIDAD

EL SALVADOR, C. A.

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DEL 2005.



# ÍNDICE

Índice .....	3
Introducción .....	5
Objetivo General .....	7
Justificación del estudio .....	7
Delimitación del tema .....	9
Metodología .....	10
Limitantes .....	11
Marco Teórico .....	12
Capítulo I. ....	17
Breve reseña sobre ejemplos de incorporación del Enfoque de Género en salud .....	17
1.1 Organización de los Servicios de Salud en El Salvador .....	19
1.2 Programas orientados a la mujer .....	21
Capítulo II. ....	25
Principales causas de morbilidad en mujeres y hombres .....	25
2.1 Antecedentes generales de las diferentes etapas del ciclo de vida de la mujer .....	25
2.1.2 Estado de salud y determinantes para hombres y mujeres: .....	25
A. 2 Infancia y niñez .....	27
B. 2 Adolescencia .....	30
C. 2 Edad Adulta .....	36
Capítulo III .....	43
Principales causas de Mortalidad en mujeres y hombres .....	43
A. 3 Infancia y Niñez .....	44
B. 3 Adolescencia .....	49
C. 3 Edad Adulta .....	52
Capítulo IV .....	59
Violencia Intrafamiliar y Morbimortalidad. ....	59
4.1 Programa de Saneamiento de la Relación Familiar. ....	60
Conclusión .....	72
Bibliografía .....	75
Abreviaturas .....	78
Anexo .....	79



## INTRODUCCIÓN

La Ley de Creación del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, Capítulo II, Atribuciones del Instituto, Art. 4, en su literal d) dice: “Realizar y promover estudios, diagnóstico y análisis que contribuyan a un mejor conocimiento de la situación real de la mujer”.

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, presenta una recopilación de información estadística sobre la salud de las mujeres salvadoreñas en todas las etapas de su ciclo de vida; específicamente las principales causas de morbilidad registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el año 2004. Así como algunas de las más substanciales variables seleccionadas de las estadísticas generadas por el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del ISDEMU, sobre casos registrados por violencia intrafamiliar.

El documento está estructurado en cuatro capítulos, dos de los cuales se subdividen de acuerdo a los grupos etáreos registrados en las estadísticas nacionales de salud, principalmente de mujeres y cuando es pertinente se realiza una comparación con los grupos etáreos de hombres de acuerdo a los fines de cada capítulo.

En el primer capítulo, se muestran algunos antecedentes tanto de la inclusión del enfoque de género en las investigaciones de salud sobre la mujer, así como al sistema de salud salvadoreño, incluyendo la evolución e importancia que se le ha brindado a la mujer salvadoreña en materia de salud.

El segundo capítulo señala las principales causas de morbilidad para mujeres y hombres desde su nacimiento hasta la etapa de adultos(as) mayores. Lo que se pretende en este capítulo es mostrar no sólo las principales enfermedades que padecen las mujeres sino también el impacto diferencial que existe con su contraparte masculina en aquellas enfermedades que les son comunes pero que se originan o relacionan más con aspectos socioculturales.

El capítulo tres, presenta un comparativo de las principales causas de mortalidad entre mujeres y hombres, considerando siempre la

perspectiva de género en el análisis, lo que permite identificar vínculos entre las causas de mortalidad y las relaciones de género que imperan en nuestra sociedad.

El capítulo cuatro tiene como fin completar el análisis al reflexionar brevemente sobre la relación que existe entre el problema social de la violencia intrafamiliar y sus consecuencias directas en la salud de las mujeres salvadoreñas, principalmente identificar cómo se puede encontrar en la violencia de género, la raíz de algunas de las principales enfermedades que afectan a la mujer en muchas de las etapas de su vida.

Por otro lado, es importante señalar que el presente estudio es un aporte que debe dar la pauta, para realizar futuras iniciativas de investigaciones centradas en otras enfermedades significativas que adolecen las mujeres salvadoreñas y que también tienen vínculos con sus roles socioculturales; como por ejemplo: el embarazo en adolescentes, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y hepatitis B.

Licenciada Zoila de Innocenti  
Directora Ejecutiva

## OBJETIVO GENERAL

Conocer las principales enfermedades registradas por las estadísticas nacionales en cada ciclo de vida de la mujer salvadoreña, desde su nacimiento hasta la edad adulta mayor, así como identificar las principales causas de mortalidad, incluyendo como base de la investigación, la importancia del enfoque transversal de género en el área de salud.

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, como Ente Rector de la Política Nacional de la Mujer, contempla en el eje del Desarrollo Social de la misma, el área de Salud.

A partir de esta área, una de sus preocupaciones es “fomentar y velar porque todos los programas, planes y proyectos que desarrolla el Sistema Nacional de Salud se fortalezcan con la perspectiva de género, para garantizar un esfuerzo decidido por el bienestar de las mujeres”<sup>1</sup>.

Así como el garantizar el acceso de la mujer a servicios de salud, es un compromiso adquirido por El Salvador, en el marco de Convenios Internacionales como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, (1995), Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto (1994), la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará) entre los más importantes.

Dicha valoración permite que dentro de los esfuerzos institucionales se busque contar con un estudio descriptivo de los problemas y condiciones de salud propias de las mujeres salvadoreñas específicamente, en cuanto a la morbilidad, en todas las etapas de su vida; de acuerdo a datos registrados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2004.

Por otro lado, no se puede ignorar que la condición de salud de las mujeres salvadoreñas, es clave para el desarrollo económico y social del

<sup>1</sup> “Política Nacional de la Mujer”, *Objetivo Área de Salud*, San Salvador 2005, Pág. No. 11 del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.

país; estamos hablando de más del 50% de la población nacional, representando el 38.61% de participación específica en la economía, es decir 1.073,510 mujeres son económicamente activas y aún más importante las jefas de hogar en nuestro país representan 523,408 hogares.

Es substancial señalar que, la intención del estudio no se centra únicamente en la presentación de estadísticas, sino en la reflexión en torno a fortalecer la incorporación del enfoque de género en el análisis de investigaciones relacionadas a la salud, así como, en la promoción de diversos programas generados desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Teniendo como base que dentro del área de acción salud, el quinto objetivo estratégico contempla: “Promover el desarrollo de la investigación con enfoque de género que contribuya a mejorar la salud integral de las mujeres en todas las etapas de su ciclo de vida.”<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, “Plan de Acción de la Política Nacional de la Mujer (2005-2009)”, Septiembre 2005

## **DELIMITACIÓN DEL TEMA**

La incorporación del enfoque de género en las investigaciones y programas de salud, permite contribuir en la toma de decisiones para los enfoques de proyectos y programas en los cuales se considere adecuadamente, que las diferencias entre hombres y mujeres trasciende la esfera biológica y se enmarcan en las relaciones de poder, cuyas repercusiones determinan la salud y la carga de morbilidad diferencialmente para cada sexo.

De esta última implicación derivaremos nuestra primera hipótesis: Morbilidad en las mujeres asociadas a su desventaja social al estar limitadas al trabajo reproductivo. Se verificará, si las principales enfermedades por las que consultan las mujeres salvadoreñas están indirectamente relacionadas con su papel en la esfera reproductiva y relación de género y no así con la esfera productiva.

Aunado a este análisis planteamos nuestra segunda hipótesis: Mortalidad relacionada al papel que la mujer adquiere en el área reproductiva y a su desventaja en cuanto a las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

El estudio se enfatiza en las principales causas de morbilidad y mortalidad que sufren las mujeres salvadoreñas desde su nacimiento hasta la edad adulta mayor, en el marco del enfoque transversal de género en salud. Así también, se plantea la tercera y última hipótesis: verificar la relación directa que existe en la carga de morbilidad originadas por la violencia intrafamiliar.

La investigación de este tema se ha organizado en torno a tres períodos amplios del ciclo vital de la mujer y en algunos casos en los hombres: i) niñez y adolescencia; ii) edad adulta joven; y iii) edad mayor, haciendo énfasis en algunos problemas que afectan diferencialmente a las mujeres y que se presentan en diversas etapas de sus vidas.

## METODOLOGÍA

El estudio se realizó a partir de una investigación bibliográfica utilizando fuentes de información secundarias tales como: Estadísticas sobre mortalidad y morbilidad femenina y masculina del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del año 2004 en El Salvador, Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otras.

Las variables investigadas comprenden: sexo, edad, morbilidad, mortalidad y violencia intrafamiliar.

Para fines de nuestro estudio, la variable edad está especificada de acuerdo a la clasificación que se hace en los datos fuente:

### MUJERES:

- ♦ Niñas menores de un año.
- ♦ De 1 a 4 años.
- ♦ De 5 a 9 años.
- ♦ De 10 a 14 años.
- ♦ De 15 a 19 años.
- ♦ De 20 a 59 años.
- ♦ 60 años y más.

### HOMBRES:

- ♦ Niños menores de un año.
- ♦ De 1 a 4 años.
- ♦ De 5 a 9 años.
- ♦ De 10 a 14 años.
- ♦ De 15 a 19 años.
- ♦ De 20 a 59 años.
- ♦ De 60 años y más.

## LIMITANTES

Para la elaboración del presente estudio, se encontraron las siguientes limitantes:

- ♦ El sistema estadístico utilizado como fuente de datos, sólo considera las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad tanto en mujeres como en hombres.
- ♦ El estudio utiliza únicamente datos publicados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del año 2004.
- ♦ Los datos estadísticos toman como muestra la población salvadoreña que acude a los diferentes servicios de salud que proporciona el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- ♦ Una de las mayores limitantes que se debe reconocer es en cuanto al alcance del análisis ya que no existen muchas investigaciones que busquen identificar una relación entre la morbimortalidad femenina, vinculado a su papel en la esfera de reproducción, en donde se encuentra normalmente restringida; o que en su defecto son de limitada circulación.

## MARCO TEÓRICO

Los distintos roles que social y culturalmente se otorgan a mujeres y hombres conllevan a relaciones de género diferenciales en todas las esferas: sociales, económicas, políticas, etc.

El impacto que esta diferenciación ejerce en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, tiene implicaciones directas en la esfera de salud; tales desigualdades se pueden analizar precisamente bajo la óptica del enfoque de género.

El enfoque de género en salud permite tener una mirada objetiva, realista y completa sobre las razones o explicaciones de la morbimortalidad, las que van más allá de razones sustentadas a nivel biológico, enmarcando la problemática desde el papel que poseen los factores socioculturales asignados por la sociedad.

Es significativo mencionar, que así como existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres, también existen diferencias claves en cuanto al acceso a servicios de salud, información, atención, capacidad de toma de decisiones, etc. Todo esto desencadena en una desigualdad profunda relacionada con los riesgos de salud para hombres y mujeres; en definitiva, tales riesgos y vulnerabilidades conllevan a empoderar a un grupo en detrimento del otro.

Antes de proseguir con el análisis que nos compete, es necesario aclarar de acuerdo a nuestras hipótesis, lo que se entiende por trabajo reproductivo y trabajo productivo.

El enfoque de género diferencia la existencia de dos esferas de trabajo dentro de la economía, por un lado se encuentra el trabajo no remunerado, llamado *trabajo reproductivo*, es el lugar donde la fuerza de trabajo se reproduce y es puesta en circulación; "son todas las actividades destinadas a garantizar la sobrevivencia y el bienestar de la familia, mantiene y reproduce la fuerza de trabajo familiar"<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> ISDEMU-UNESCO, Programa Cultura de Paz, Palabras Nuevas para el Mundo Nuevo, febrero 2001.

Mientras que el *trabajo productivo*, se refiere a “todas las actividades mediante las cuales se producen bienes o servicios para venderlos y obtener ingresos en dinero o en especie”<sup>4</sup>.

El trabajo reproductivo es asociado únicamente a las mujeres, mientras que el trabajo productivo es asociado a los hombres.

## SALUD

“La mujer es la piedra angular de la familia y asume la responsabilidad de muchas de las funciones más vitales de ésta, no sólo con respecto a la salud y la educación sino también en la producción de alimentos y la generación de ingresos...” “la salud de la mujer es un requisito que condiciona la salud de toda la familia y por extensión de las comunidades y sociedad.”<sup>5</sup>

A nivel nacional e internacional, existen normativas y compromisos que reconocen el derecho de las mujeres a disfrutar integralmente del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre los principales convenios se encuentran: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, (1995), Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto (1994), la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará), entre otros.

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, es rector de la Política Nacional de la Mujer (2005-2009), la cual contempla en su eje de desarrollo social, el área de acción correspondiente a la salud.

Dicha área de acción cuenta con cinco objetivos estratégicos<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> *Ibíd.*

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, “Salud, Población y Desarrollo: Documento de posición de la OMS”, Ginebra 1994.

<sup>6</sup> *Ibíd.* Pág. No. 14.

*OBJETIVO ESTRATÉGICO 2.1.* Facilitar el acceso oportuno de los servicios de salud integral con calidad y calidez, a las mujeres en todo su ciclo de vida en los programas preventivos, curativos y de rehabilitación.

*OBJETIVO ESTRATÉGICO 2.2.* Fortalecer la promoción de la salud integral de las mujeres durante todo su ciclo de vida, para prevenir enfermedades que afecten su salud física, sexual y mental.

*OBJETIVO ESTRATÉGICO 2.3.* Fortalecer la capacidad resolutive del recurso humano de las instituciones del sector salud para brindar servicios de salud integral a la mujer en todas las etapas de vida.

*OBJETIVO ESTRATÉGICO 2.4.* Fortalecer un sistema de monitoreo y evaluación sistemático, permanente e integrado con enfoque de género.

*OBJETIVO ESTRATÉGICO 2.5.* Promover el desarrollo de la investigación con enfoque de género que contribuya a mejorar la salud integral de la mujer en todas las etapas de su ciclo de vida.

Cada uno de estos objetivos tiene completa concordancia con los objetivos establecidos en la Plataforma de Acción de Beijing 1995<sup>7</sup>, para el área de Salud, firmada por 189 países, "c.1) Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud, a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad; c.2) Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer; c.5) Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres..."

El concepto de salud establecido por la Organización Mundial de la Salud, es de contenido amplio y positivo. "Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia."<sup>8</sup>

La Constitución de la República de El Salvador establece en su Artículo 65, Sección Cuarta, sobre Salud Pública y Asistencia Social, que

<sup>7</sup> Es uno de los documentos más completos producidos por una conferencia de Naciones Unidas con relación a los derechos de las mujeres, ya que incorpora los compromisos y logros de Conferencias y Tratados anteriores, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Declaración de Viena.

<sup>8</sup> OMS. "Definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud". 1947.

“La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”.

También el Código de Salud en su Artículo 40, Capítulo Único, Título II, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece: “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar la política nacional en materia de salud, dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud”.

Sin embargo, los conceptos de salud a los que se han hecho referencia no son aplicados en igual manera para hombres y mujeres, por ejemplo: los diagnósticos, manifestaciones de enfermedades, tratamientos o medicinas son en la mayor parte del tiempo basados en la salud de los hombres e ignorando que dichos diagnósticos y tratamientos no necesariamente son adecuados para tratar una misma enfermedad en las mujeres. Esta situación al final trae implicaciones serias para la salud de las mujeres.

A raíz de esta falta de reconocimiento y las consecuencias que de éste emanan, el análisis desde la perspectiva de género permite considerar el concepto de “equidad de género en salud”. La equidad de género en salud, básicamente dependería del aceptar que hombres y mujeres difieren en necesidades, distribución de poder, oportunidades, recursos o acceso a servicios.

La equidad de género en salud, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Expresa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables.

La perspectiva de género en salud implica vincular la distribución del poder y el trabajo entre las mujeres y los hombres a sus perfiles epidemiológicos.

Para poder entender las diferencias en los resultados de la investigación en niñas y niños, hombres y mujeres en cuanto a la morbilidad, es necesario comprender su contenido: “número proporcional de personas que enferman en una población y tiempos determinados<sup>9</sup>”, y la mortalidad<sup>10</sup>, en ambos sexos, para identificar las inequidades de género en salud.

Las inequidades de género en salud están concentradas de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, en tres tipos de desajustes<sup>11</sup>:

1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud (estado de salud y determinantes). En parte debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos en salud que los hombres. El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud.
2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos. Otra vez, en gran parte debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidad de acceder los recursos materiales que les permiten obtener los servicios necesarios.
3. Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud -Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones.

La perspectiva de género es necesaria para lograr la equidad en salud, nos ayuda a reconocer el impacto del género en:

1. Estado de salud y determinantes para hombres y mujeres.
2. Acceso a los servicios y recursos de salud.
3. Financiamiento de la Atención según capacidad de pago.
4. La distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud.

---

<sup>9</sup> SALVAT Editores, *Diccionario Médico*, 2a. Edición, Barcelona 1974.

<sup>10</sup> Número proporcional de muertes en una población y tiempos determinados.

<sup>11</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Equidad de Género en Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Hoja Informativa.

# CAPÍTULO I

## **BREVE RESEÑA SOBRE EJEMPLOS DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD**

Son diversos los organismos nacionales e internacionales dedicados a proyectos, programas, investigaciones con enfoque de género, específicamente para el área de Salud; no obstante, como se aclaró anteriormente son de limitada circulación los que poseen información de la condición de salud de las mujeres salvadoreñas.

La mayor parte de las investigaciones giran en torno a conceptos de equidad, inequidad, desigualdades en género, salud reproductiva, entre otros, para el área de salud, pero no existen claramente relaciones entre morbilidad y la condición genérica de las mujeres.

Los cambios que se han dado en los países sobre el enfoque de género en las políticas e investigaciones, se deben a los resultados de las diversas Conferencias Mundiales sobre la Mujer organizadas por la ONU, principalmente las resoluciones adoptadas por los países en la Conferencia de Beijing de 1995, del cual se hizo mención anteriormente.

Por ejemplo la Organización Mundial de la Salud en su Constitución adoptada desde hace más de 50 años, afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”; sin embargo, adopta una política en materia de género hasta que el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas precisa incorporar las consideraciones de género en los organismos; “.. el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles.. el objetivo último es conseguir la igualdad de género”.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 14 de julio de 1997.

La Organización Panamericana de la Salud en El Salvador, posee diversos artículos e investigaciones sobre salud en general y algunos sobre salud con enfoque de género. Para el año 1999, se llevó a cabo la investigación “La dimensión socio-emocional de la calidad de atención en salud y género: el caso de la diabetes mellitus tipo II”.<sup>13</sup>

En dicha investigación se enfatiza la relación genérica en cuanto a los servicios de calidad, “... explorando la dimensión de género en un área de salud pública de central importancia, como es la calidad de atención. A la fecha la perspectiva de género ha sido utilizada en la evaluación de calidad de atención en sólo dos áreas de salud: el área de salud sexual y reproductiva, y el área de violencia contra la mujer”.<sup>14</sup>

En 1995, OPS desarrolló una investigación regional para Centroamérica, en la que pretendía hacer una comparación sobre los esfuerzos realizados a esa fecha para introducir el enfoque de género en las investigaciones de salud, en el mismo se señalaba la siguiente afirmación:

“Hay una urgente necesidad de desarrollar metodologías que visibilicen y contrarresten las iniquidades de género y orienten las acciones a la superación de esquemas conceptuales y enfoques centrados en los roles reproductores de las mujeres”.<sup>15</sup>

De acuerdo a OPS, la preocupación por el estado de las estadísticas de morbilidad y la visualización de sesgos de género se ha venido intensificando desde la mitad de los años noventa en los países de Centroamérica.

En el último reporte de revisión y evaluación sobre la implementación de la Plataforma de Acción de Beijing para el área de salud, el Instituto Internacional de Naciones Unidas de Investigación y Capacitación para el

---

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud, “La dimensión socio-emocional de la calidad de atención en salud y género: el caso de la diabetes mellitus tipo II” Serie: Aportes para la Reforma de Salud en El Salvador” 1999.

<sup>14</sup> *Ibíd.* Pág. No. 6.

<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, “Reporte comprensivo de siete investigaciones de situación de salud a nivel local según condiciones de vida con enfoque de género realizadas en Centroamérica, (1994-1995), Costa Rica, 1999.

Desarrollo de las Mujeres, INSTRAW, por sus siglas en inglés, advierte que las mujeres enfrentan distintos y a menudo mayores riesgos de salud debido simplemente a su condición de ser mujer y a que en virtud de ella se les asigna un estatuto socio-económico y político diferente.

Así también, existen otros autores que realizan algún tipo de acercamiento teórico específicamente a la relación entre género y morbilidad; Finkle<sup>16</sup>, basándose en un estudio antropológico sobre morbilidad en mujeres mexicanas, el autor sugiere que las diferencias entre la morbilidad de los sexos radican en las condiciones de vida. Sostiene que las mujeres viven en situaciones de contradicción e “indignación moral” por situaciones externas que las afectan.

Esta afirmación es compartida en otras investigaciones que citan por ejemplo:<sup>17</sup>, “la mayor morbilidad de las mujeres es un fenómeno complejo. en la última década se sustenta la idea que las diferencias en la salud de hombres y mujeres obedece principalmente a los roles sociales diferenciados que se juegan” .

## **1.1 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SALVADOR**

El Salvador ha dado un salto de calidad muy grande en su estructura ministerial, habiéndose organizado más que todo en un perfil de promoción de la salud. El sector salud se compone de dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Bienestar Magisterial, Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y un componente privado integrado por entidades lucrativas y no lucrativas.

Se ha generado un proceso de promoción de la salud considerando los factores propios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para prevenir las enfermedades y creando una estructura de promoción de la salud en los Sistemas Básicos de Atención Integral en Salud (SIBASI). Existiendo en el año 2003, 28 Sistemas Básicos de Atención Integral en Salud (SIBASI), divididos en los 14 departamentos y 5 zonas regionales.

---

<sup>16</sup> Finkle K. *Women in Pain: Gender Morbidity in Mexico*. Philadelphia, University of Pensilvania Press, 1994.

<sup>17</sup> Dora Cardaci, *Programa Universitario de Estudios de Género, “Salud, género y programas de estudios de la mujer en México”*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

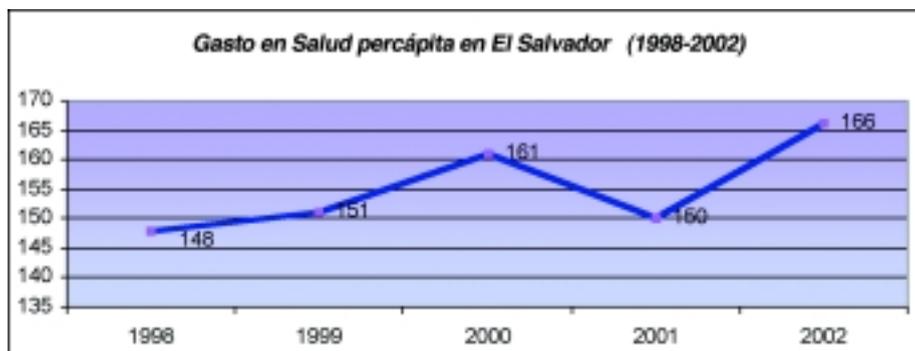
El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de su red desglosa los niveles de atención y servicios en tres partes: el primer nivel, enfocado a prevención y servicios de baja complejidad, está constituido por las casas de salud, unidades de salud y centros rurales de nutrición; el segundo nivel, comprende programas preventivos y hospitalización, por lo que engloba los hospitales generales, pero no hay especialistas; y al tercer y último nivel, le corresponden los hospitales de especialidades, por ofrecer servicios curativos especializados y hospitalización.

Es así como el MSPAS dispone de 30 hospitales nacionales, tres de los cuales corresponden al tercer nivel y constituyen los centros de referencia nacional, siendo estos: Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”, para la atención de ginecología y obstetricia, el Hospital Nacional Benjamín Bloom, para la atención pediátrica y Hospital Nacional Rosales para la atención de medicina y cirugía. Además, el Ministerio de Salud cuenta con un Centro de Atención de Emergencia y una red de establecimientos del primer nivel (365 Unidades de Salud, 168 Casas de Salud, 48 Centros Rurales de Nutrición y 2 Clínicas para Empleados(as), diseminados en toda la República.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se preocupa por la salud del niño y la niña, la disminución de la mortalidad infantil y perinatal; la salud reproductiva, la salud y el desarrollo de los(las) adolescentes, y por la promoción de la salud del(la) adulto(a) mayor; el mejoramiento de la nutrición; la disminución de la violencia intrafamiliar y externa; el aseguramiento de entornos y espacios sanitariamente seguros.

En la gráfica que a continuación se presenta, se observa la tendencia que el gasto en salud per cápita en El Salvador, ha representado para el período 1998-2002, alcanzando el máximo de \$166 por persona para el año 2002.

**Gráfico N° 1**



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

## 1.2 PROGRAMAS ORIENTADOS A LA MUJER

En lo que respecta a la salud de las mujeres en El Salvador y de acuerdo a los compromisos adquiridos como país, los enfoques han ido evolucionando desde 1978, a partir del planteamiento de salud materno infantil hasta el Plan de Salud para Todos en el año 2000, que se concentraba en atención de las mujeres en el embarazo, parto y posparto. Mientras que en el año 1990, fue consensado el Programa Nacional Integrado de Salud Materno Infantil, que tuvo como objetivo principal mejorar el nivel de salud de la madre y el niño menor de 5 años.

En el año 2002 y como parte de los esfuerzos y compromisos adquiridos internacionalmente respecto al enfoque integral de la salud y con un enfoque basado en los derechos humanos y la equidad de género, se presentó el Programa de Salud Integral a la Mujer, cuyo objetivo general describe "mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la mujer salvadoreña, a través de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante un esfuerzo conjunto interinstitucional, intersectorial e interagencial"<sup>18</sup>.

Dentro del proceso de reforma del sector se ha establecido un modelo de atención integral en salud a las personas, teniendo en cuenta

<sup>18</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer", Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer, San Salvador, 2002.

las diferentes etapas de la vida: niñez, adolescencia, mujer, hombre, personas adultas jóvenes y adultas mayores; y considerando la salud ambiental, por ser el medio donde se desenvuelven las personas.

Entre las estrategias claves que componen el Programa de Salud Integral a la Mujer están<sup>19</sup>:

- ♦ Oferta de servicios integrales de salud a la mujer con perspectiva de género, para la reconstrucción de su rol dentro de la sociedad.
- ♦ Incremento de la extensión de cobertura de atención en salud de la mujer, con la implementación de modelos de calidad y servicios extramurales por parte de los establecimientos de salud.
- ♦ Seguimiento a convenios, planes y proyectos nacionales relacionados con la atención de la mujer, de los cuales el país ha sido signatario.

La Gerencia de Atención Integral en salud a la Mujer, en el Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer, contempla la siguiente oferta de servicios<sup>20</sup>:

#### Promoción de la Salud

- ♦ Prevención del Abuso Físico.
- ♦ Promoción del Auto Cuidado de la Salud.
- ♦ Educación Nutricional.
- ♦ Educación en Salud Sexual y Reproductiva.
- ♦ Promoción y Educación en Salud Bucal.

#### Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

- ♦ Vigilancia alimentaria nutricional de la mujer en edad fértil, embarazada y madre en período de lactancia.
- ♦ Suplementación con micronutrientes a la embarazada, madre en período de lactancia y mujer en edad fértil.
- ♦ Alimentación complementaria a la embarazada, madre en período de lactancia.
- ♦ Lactancia Materna.

---

<sup>19</sup> *Ibíd.* Pág. 19.

<sup>20</sup> *Ibíd.* Pág. 21.

## Salud Sexual y Reproductiva

- ♦ Atención del embarazo, parto y puerperio.
- ♦ Planificación Familiar
- ♦ Cáncer Cérvico -Uterino.
- ♦ ITS/VIH/SIDA.

## Atención de la Morbilidad y Rehabilitación

- ♦ Atención de la morbilidad obstétrica.
- ♦ Atención de la morbilidad ginecológica.
- ♦ Atención de la morbilidad general.
- ♦ Atención a las víctimas de violencia y abuso sexual.
- ♦ Rehabilitación por discapacidad obstétrica y ginecológica.
- ♦ Atención a la morbilidad bucal durante el embarazo.



## CAPÍTULO II

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MUJERES Y HOMBRES

#### 2.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DE LA MUJER

2.1.2. Estado de salud y determinantes para hombres y mujeres:

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, en nuestro país la esperanza de vida<sup>21</sup> proyectada para el año 2005 es: 74.5 años para las mujeres y 68.1 años para los hombres.

La ventaja de sobrevivencia de la mujer respecto al hombre, no equivale necesariamente a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital.

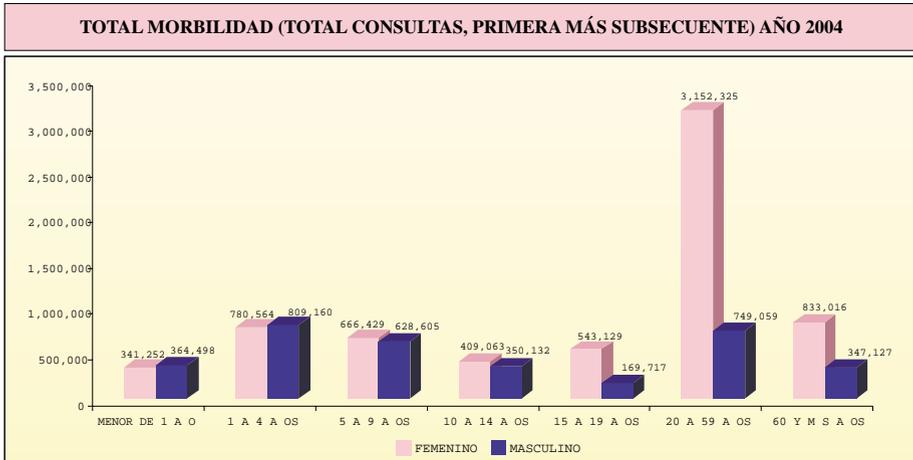
Al observar el gráfico siguiente, se evidencia la diferencia en cuanto a consultas, que existe entre hombres y mujeres en El Salvador. Por ejemplo, a nivel biológico es común que en los primeros años de vida las niñas presenten menor grado de morbilidad que los niños, aunque a nivel de factores genéricos la tendencia es que se lleven más a los niños a consulta que a las niñas.

Sin embargo, existe un despegue muy drástico entre el número de consultas realizadas diferencialmente por mujeres y hombres a partir de la etapa de la adolescencia, adultez y vejez. En cada uno de estos ciclos es significativa la evidente diferencia que representa el número de consultas realizadas por el sexo femenino. Llama la atención, que justamente en el grupo de edad de 20-59 años donde está comprendido el período de edad fértil en la mujer, sea el de mayor morbilidad.

“Generalmente, las mujeres son mantenidas más cerca de sus madres, mientras que a los niños y jóvenes se les permite permanecer una

<sup>21</sup> DIGESTYC. “Proyecciones de la Población de El Salvador 1995 - 2005.”

## Gráfico N° 2



Fuente: *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Registro Diario de Consulta Médica. Enero-diciembre 2004.*

gran parte de su tiempo fuera de la casa. Esto les da más libertad a los varones, pero también mayor exposición para copiar modelos que estimulan a percibir a la mujer como un objeto sexual al cual el hombre tiene el derecho de dominar” (ONUSIDA 2000b).

Durante su ciclo de vida, las mujeres tienen diferentes y mayores necesidades de servicios de salud como resultado de: su función reproductiva, su mayor esperanza de vida, su mayor morbilidad y su variada responsabilidad como cuidadoras de su familia y comunidad. A pesar de esta realidad, las mujeres generalmente no poseen adecuados accesos no sólo a los servicios de salud sino a todos los recursos que le son necesarios para alcanzar y mantener su bienestar en salud: desde la nutrición hasta su seguro social y pensiones.

De acuerdo a nuestra primera hipótesis, la mayor morbilidad en las mujeres puede estar asociada a su desventaja social al estar limitadas al trabajo reproductivo ya sea directa o indirectamente. Tradicionalmente, la mujer se ve reflejada en el sector salud, principalmente por su rol reproductivo: embarazo, parto, posparto, lactancia, etc. De allí que los principales programas de atención a la mujer con que se cuenta en el sector salud giran en torno a sus funciones biológicas.

A continuación, desarrollaremos un breve análisis sobre las principales enfermedades por las que consultan las mujeres salvadoreñas, de acuerdo a diferentes grupos de edades, verificando la existencia de una relación indirecta de morbilidad con su papel en la esfera reproductiva y relación de género y no así con la esfera productiva, todo ello en el marco de la perspectiva de género.

## A. 2 INFANCIA Y NIÑEZ

En lo que se refiere a la niñez, si bien es cierto es complicado establecer una relación directa con el cuadro de morbilidad que presentan y la construcción sociocultural que comienza a gestarse desde el momento de nacimiento tanto de niños como de niñas; existen aspectos y características sociales que inciden en su condición de salud debido en buena parte a los roles genéricos asignados.

“A las niñas les damos muñecas, a los niños martillos y carritos; los niños(as) están interactuando con valores que aprenden del mundo, elaboran sus emociones a lo largo de toda la vida”<sup>22</sup>.

A través de esta socialización, las niñas son inducidas desde temprana edad a las tareas domésticas; en nuestro país es común que sean ellas las que se inserten en el trabajo doméstico, parte de la esfera reproductiva, así como apoyar a las madres en los negocios formales e informales. Mientras que los niños, son valorados como los futuros proveedores del hogar, insertados al trabajo productivo en la mayor parte de los casos. Obteniendo como resultado que, las niñas tienden a recibir menos atención que los niños en la prevención y tratamiento de las enfermedades infantiles.

Al estudiar las causas de morbilidad y de acuerdo a las consultas ambulatorias atendidas, se tiene que para los niños y niñas menores de un año, la principal causa de morbilidad son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores afectando al 30.39% de las niñas y 29.57% de los niños. Mientras que la segunda y tercer causa corresponde a la diarrea y

---

<sup>22</sup> ISDEMU, UNICEF, FUNDETEC, “Género de Identidades, Metodología de Trabajo con Mujeres, Segunda Edición, junio de 1994.

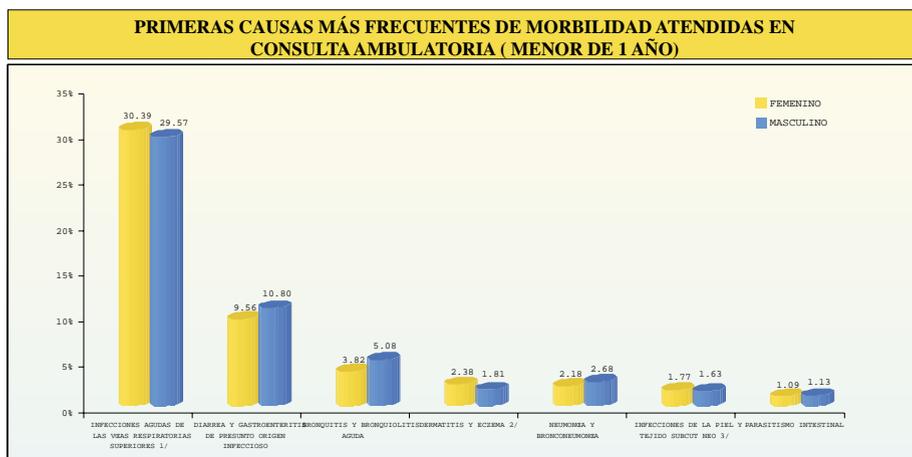
gastroenteritis con 9.56% y 10.8% respectivamente y a la bronquitis y bronquiolitis aguda con variaciones entre 3.82% y 5.08%.

Estas tres enfermedades son reconocidas en nuestro país como enfermedades infectocontagiosas comunes, a raíz de condiciones propias del ambiente, mala disposición de la basura, mala manipulación de alimentos e higiene así como la baja nutrición común en nuestros niños y niñas.

De esto último, se deriva precisamente la mayor parte de la vulnerabilidad de la niñez ante las enfermedades infectocontagiosas; ya que un niño o niña nutrido(a) tiene en su propio organismo herramientas que le sirven de defensa; mientras que para una niña o niño desnutrida(o) la enfermedad, provoca que su cuerpo se desgaste por el incremento del consumo de calorías y tienden a perder aún más peso, quedando mucho más débil y vulnerable, entrando así en un círculo vicioso de enfermedades.

En menor medida encontramos enfermedades como la dermatitis, neumonía y bronconeumonía siempre relacionada con infecciones respiratorias y las infecciones de la piel y parasitismo.

### Gráfico N° 3



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio del Salud Pública y Asistencia Social.*

Dichas afecciones son comunes para los siguientes grupos de edad: por ejemplo, en el grupo comprendido de 1 a 4 años, de un total de 1.589,724 consultas, más del 40% de las mismas corresponden a consultas realizadas por causa de las mismas enfermedades: infecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea y gastroenteritis y parasitismo intestinal. Ver cuadro siguiente:

### Cuadro N° 1

Cinco primeras causas más frecuentes de morbilidad  
atendidas en consulta ambulatoria\* 1 a 4 años  
El Salvador, 2004

No.	DIAGNÓSTICO	FEMENINO	MASCULINO
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	36.94	36.20
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	8.09	8.64
3	PARASITISMO INTESTINAL	5.30	4.91
4	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDA	4.01	4.35
5	INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	2.49	2.47

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).*

El grupo correspondiente a niños y niñas de 5 a 9 años presentan como principales causas de morbilidad: las infecciones agudas de las vías respiratorias; con un 34.9% de casos femeninos y 33.23% masculinos; parasitismo intestinal registrando 7.92% y 6.95% respectivamente; mientras que las infecciones en las vías urinarias con mayor incidencia entre las niñas (3.12%) y menor entre los niños (1.4%).

## Cuadro N° 2

Cinco primeras causas más frecuentes de morbilidad  
atendidas en consulta ambulatoria \* 5 a 9 años  
El Salvador, 2004

No.	DIAGNÓSTICO	FEMENINO	MASCULINO
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	34.90	33.23
2	PARASITISMO INTESTINAL	7.92	6.95
3	INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS	3.12	1.40
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2.40	2.44
5	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDA	2.31	2.57

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

## B. 2 ADOLESCENCIA

La adolescencia<sup>23</sup>, comprende una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y desarrollo intelectual. Es un período en el que comienzan a experimentarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, etc. En esto radica la importancia de poseer el mayor acceso a información posible, así como a los servicios de salud sexual y reproductiva.

El grupo poblacional que se encuentra definido como adolescencia, de acuerdo a los términos de OMS, es el grupo de 10 a 19 años de edad y los adultos jóvenes comprenden el grupo de 20 a 25 años de edad.

<sup>23</sup> Definida por la Organización Mundial de la Salud: es una etapa del ciclo de la vida, que inicia con un proceso biológico, la pubertad, pero que finaliza con un proceso psicosocial, su independencia económica y familiar.

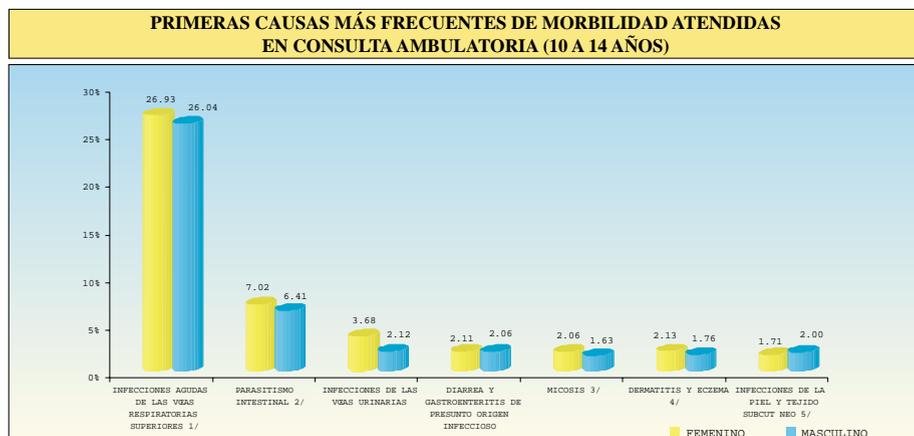
Es por lo tanto, un período delicado de atención tanto para las jóvenes como para los jóvenes, es una etapa de extrema vulnerabilidad en la que intervienen todos los aspectos: sociales, económicos y en especial de salud.

En lo que al grupo de 10 a 14 años se refiere, no existe mayor diferencia respecto a las causas de morbilidad comparativamente al grupo anterior; ya que la principal enfermedad continúa siendo las infecciones agudas de las vías respiratorias con más del 50% de las consultas atendidas distribuidas entre 26.93% femeninas y 26.04% masculinas. En cuanto al parasitismo intestinal el 7.02% corresponden a consultas femeninas y el 6.41% corresponden a consultas masculinas.

Las infecciones de las vías urinarias, la diarrea y gastroenteritis son la tercera y cuarta enfermedad respectivamente, con mayor prevalencia entre la población femenina y en menor medida son consultadas por los jóvenes.

Es hasta este grupo etéreo que se registra la Migraña y cefalea tensional, de acuerdo a las diez primeras causas más frecuentes de morbilidad atendidas en consulta ambulatoria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es relevante mencionarlo ya que esta es una enfermedad asociada enfáticamente a las mujeres debido a problemas de tipo psicológico o psicosomático. También esta enfermedad se desencadena por ciertos tipos de alimentos, sobre todo los fermentados o conservados.

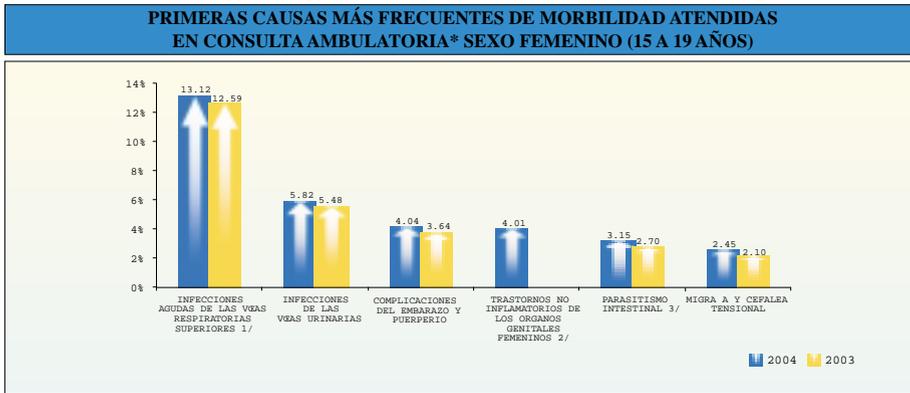
**Gráfico N° 4**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Al estudiar el grupo de edad de 15 a 19 años y debido a la importancia que este período conlleva, se hace énfasis en primer lugar en las principales enfermedades que afectaron a las jóvenes adolescentes en los años 2003 y 2004. Ver gráfico siguiente:

**Gráfico N° 5**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

A pesar que existe prevalencia de las infecciones agudas de las vías respiratorias como principal causa de morbilidad en ambos años de estudio, es importante hacer notar la tendencia al alza en cada una de las enfermedades consultadas por las jóvenes.

La segunda enfermedad que adolecen las jóvenes son las infecciones de las vías urinarias<sup>24</sup> la cual pasó de 5.48% en el 2003 a 5.82% en el 2004. Esta infección es una inflamación bacteriana del tracto urinario. Las vías urinarias están formadas por los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. Si no se la trata, una infección de las vías urinarias puede causar daño permanente a la vejiga y los riñones.

Las bacterias que causan la infección de las vías urinarias muchas veces se transmiten del recto o vagina a la uretra y de allí a la vejiga o a los riñones.

<sup>24</sup> Esta enfermedad es también responsable de más de 7 millones de consultas anuales en Estados Unidos, la incidencia es mayor en mujeres y puede llegar hasta 30.1 en pacientes jóvenes sexualmente activas.

Es necesario señalar la tremenda incidencia que tiene esta infección en el ciclo de vida de la mujer. Aunque no existen razones específicas u homogéneas sobre la causa de dicha enfermedad, sí existen algunas vinculadas con aspectos más socioculturales que biológicos.

Desde el punto de vista biológico se explica una mayor predisposición de las mujeres debido a que su uretra es más corta que en el hombre, además de la cercanía de la uretra con la vagina y recto. Por otro lado, durante la etapa del embarazo por la posición que ocupa con el útero gestante, facilita la llegada de bacterias y el desarrollo de una infección, en este sentido son importantes otros aspectos como los hábitos higiénicos.

En cuanto a los aspectos socioculturales, por ejemplo, una menor de edad cuando accede a tener una relación sexual, sobre todo por insistencia de su pareja, y que de trasfondo lleva los modelos de comportamientos culturales, en los que el joven ejerce su poder y control sobre la joven en el campo de las relaciones sexuales. Al concebirla como un objeto sexual para satisfacer sus propias necesidades, el joven tiende a experimentar en ella sin permitirle ser partícipe de la relación, lo que termina por provocarle microlaceraciones en el órgano sexual externo lo que es un factor predisponente a infecciones. Así también, si la relación sexual se lleva a cabo vía vaginal o anal, en ambos casos es alta la probabilidad de lacerar a la joven y como consecuencia de poseer una uretra más corta, las bacterias invaden fácilmente la vejiga y los riñones.

En tercer lugar de importancia nos encontramos con una causa de morbilidad de las más preocupantes en cuanto a discriminación de género se refiere, como son las complicaciones de parto y puerperio. En el año 2003 de 19,467 casos consultados (4.17%) aumentó a 21,965 en el 2004, el 0.58% más que el año anterior.

Esta causa de morbilidad, incluye muchos factores, la mayoría de ellos sociales: "el embarazo a cualquier edad es un evento biosociedad. En la adolescencia siempre será considerado como de riesgo, pues va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud... se coloca dentro de una situación social de rechazo".<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Manual Técnico de Salud Reproductiva", 1999.

Las complicaciones de parto están relacionadas al hecho que las adolescentes tienden a no consultar a tiempo sobre su estado de embarazo, por lo que las complicaciones se dan a raíz de la falta de atención médica. Entre menor de edad es la adolescente mayor es el riesgo tanto para la madre como para el o la bebé.

Los riesgos se dividen entre los biológicos y los sicosociales, los primeros vinculados a la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor, mientras que los sociales se dan desde el momento en que la mayoría de las jóvenes ocultan el embarazo a su familia, lo que les lleva a experimentar frustración, rechazo, depresión, así como discriminación ante la falta de oportunidades en las que se ve envuelta. Y por otro lado, desconocen la importancia de llevar un control prenatal desde los primeros meses de embarazo.

La relación entre esta causa de morbilidad y su condición genérica, se deriva del hecho de la falta de información preventiva y acceso a la misma, sobre su salud reproductiva, falta de control y poder de decisión sobre la relación sexual cargando al final con todas las consecuencias de un embarazo no deseado.

Esto último, les lleva también a solventar la situación mediante la realización de un aborto en condiciones inseguras, de nuevo por falta de información y apoyo ponen en peligro sus vidas y la de sus hijos(as).

Independientemente de las razones que originan un embarazo adolescente, ya sea que hayan accedido a una relación sexual o se derive de una violación, la joven es la única que lleva el peso de la culpabilidad y la recriminación de la sociedad, despojándola de oportunidades y marginándola para decidir sobre su proyecto de vida y de su bebé.

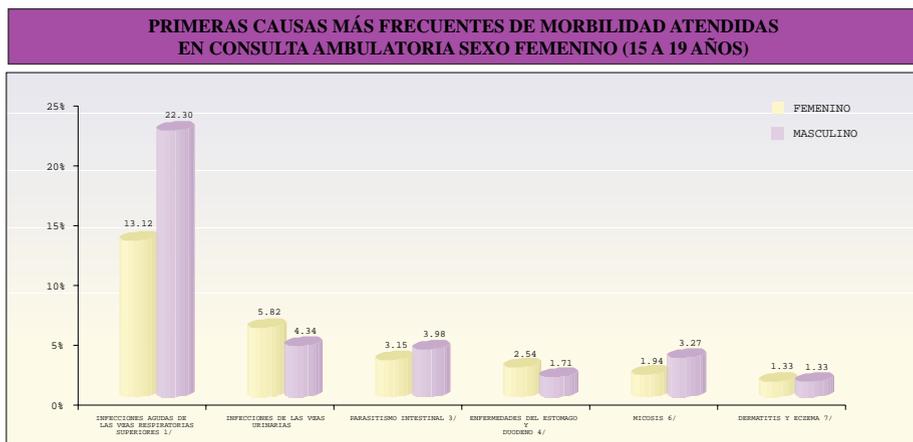
Comparativamente observamos en el gráfico N° 6 la diferencia que existe en cuanto a la carga de morbilidad para los y las adolescentes de 15 a 19 años de edad como población conjunta:

En un primer plano se encuentra una prevalencia mayor entre los jóvenes afectados por las infecciones en las vías respiratorias con un 22.3%, mientras que las jóvenes reportaron 13.12%. Las infecciones en

las vías urinarias, como habíamos contemplado antes es una enfermedad consultada con mayor frecuencia por la población femenina un 5.82% y 4.34% hombres.

En tercer y cuarto lugar de importancia, se encuentran el parasitismo intestinal 3.15% en las jóvenes y 3.98% en los jóvenes y las enfermedades del estómago y duodeno reportando una mayor frecuencia entre las jóvenes (2.54%). Estas últimas reportan casos de gastritis y úlceras, en algunos casos relacionados a la trasgresión dietética por influencia de presión social para acceder a modelos de belleza desde el enfoque machista.

**Gráfico N° 6**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

## C. 2 EDAD ADULTA

Este grupo de edad comprende desde los 20 hasta los 59 años<sup>26</sup>, de nuevo otra etapa de gran importancia para el ciclo de vida de la mujer, ya que incluye el período de fertilidad. Se contempla el área reproductiva y productiva surgiendo otras enfermedades relacionadas con su edad adulta.

Actualmente y debido a los cambios que se han dado en el orden social y económico muchas mujeres se encuentran desempeñando en el mercado laboral, ganando comparativamente menores salarios que los hombres y ocupando menos puestos directivos.

Sumado a esto continúan haciéndose cargo de la educación, salud, crianza de los hijos e hijas, cuidado y atención de los(las) ancianos(as) así como de sus parejas. Todas estas responsabilidades terminan por agudizar su situación afectando aún más su salud, reflejándose en incrementos de los niveles de morbilidad que presentan.

“Los años reproductivos (15-49) constituyen la etapa más prolongada en la vida de la mayoría de las mujeres, el comportamiento que ellas tengan, el acceso a los servicios médicos y otros recursos determinarán su estado de salud en los últimos años”<sup>27</sup>.

Si contemplamos el grupo etéreo de 20 a 59 años conjuntamente y respecto a los últimos dos años, encontramos que las principales causas de morbilidad registradas son: las infecciones agudas de las vías respiratorias, la cual no tuvo mayor variación respecto al año anterior; las infecciones de las vías urinarias, reportan leve aumento en el 2004; los trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos<sup>28</sup>, enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos, la migraña y cefalea tensional, así como las enfermedades del estómago; estas últimas son relacionadas más a los aspectos de tipo emocional. Como se observa

---

<sup>26</sup> Está conformado así de acuerdo a las estadísticas que presenta el MSPAS, aunque ya se hizo la aclaración que los adultos jóvenes comprenden las edades de 20 a 25 años de edad.

<sup>27</sup> INSTRAW, *La Mujer y la Salud*, “Beijing a los diez años de la Política a la Práctica”.

<sup>28</sup> Incluye: endometriosis, prolapso genital femenino, fístulas del tracto genital femenino, trastornos no inflamatorios de ovario, trompa de Falopio y ligamento ancho, pólipo del tracto genital femenino, otros trastornos no inflamatorios del útero, vagina, vulva y perineo.

en el gráfico, cada una de estas enfermedades no reporta ninguna disminución de un año para otro; es importante tener en cuenta que tanto los leves aumentos, como conservar el mismo número de consultas para estas enfermedades, no son buenos pronósticos.

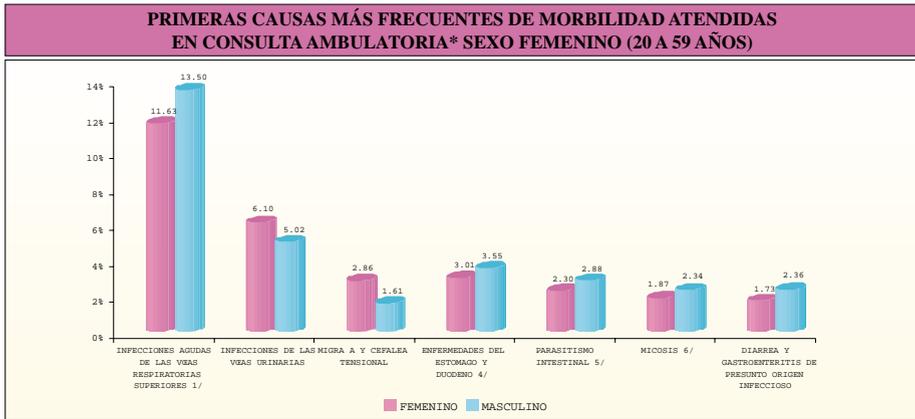
## Gráfico N° 7

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Comparativamente hablando, se perciben las diferencias que existen en cuanto a la incidencia de una enfermedad a otra dependiendo del sexo. Por ejemplo, enfermedades como: las infecciones agudas de las vías respiratorias, del estómago y duodeno, el parasitismo intestinal, micosis y diarreas son consultadas en su mayoría por los hombres.

Por otro lado, tanto las infecciones de las vías urinarias, así como la migraña y cefalea son consultadas en mayor proporción relativa por las mujeres. Lo que implica el hecho que este tipo de enfermedades al ser consultadas en mayor medida por las mujeres se les relaciona más a su nivel de estrés.

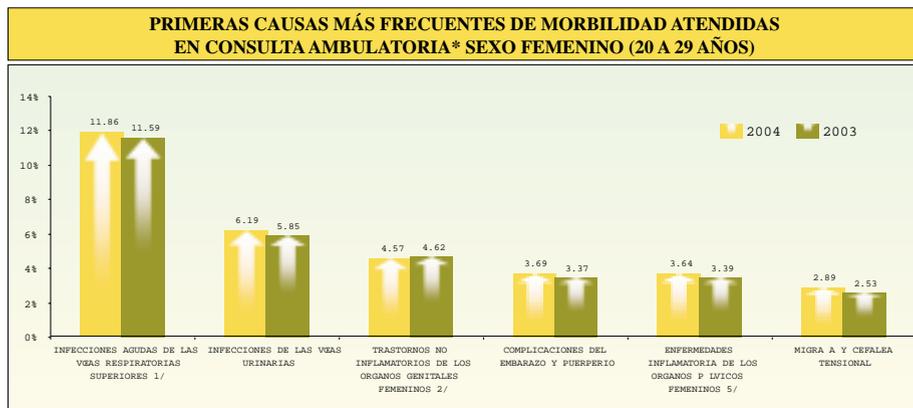
## Gráfico N° 8



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Dentro de este grupo es necesario hacer referencia a cinco enfermedades comunes para las mujeres que se encuentran entre los 20 y 29 años: infecciones agudas de las vías respiratorias, infecciones de las vías urinarias, trastornos no inflamatorios de los órganos genitales, complicaciones de embarazo y puerperio y la migraña. Ya hemos hablado de algunas de estas enfermedades, sin embargo, la importancia radica en que año con año estas enfermedades se encuentran en la lista de las diez primeras causas de morbilidad consultadas y ninguna de ellas reporta disminuciones, sino al contrario cada año aumentan entre 1 y casi 2%.

## Gráfico N° 9



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

La morbilidad cambia cuando se habla de mujeres de 50-59 años de edad, la principal enfermedad es la Hipertensión esencial, primaria o ideopática; es la hipertensión arterial de causa desconocida. Más del 95% de los casos de hipertensión arterial se encuentran en esta categoría.<sup>29</sup>

Como otras enfermedades, la hipertensión esencial comprende diversos factores que vuelven a una persona más o menos proclive a padecerla. Entre estos factores se encuentran: herencia, sexo, edad, raza, estilos de vida, tabaquismo, etc.

En cuanto a las razones relacionadas con la variable sexo<sup>30</sup>: Los hombres tienen mayor predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres, hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así, porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. En las mujeres más

<sup>29</sup> Wyngaarden, Smith, Bennet, CECIL Tratado de Medicina Interna, Vol. 1, 20ª Edición.

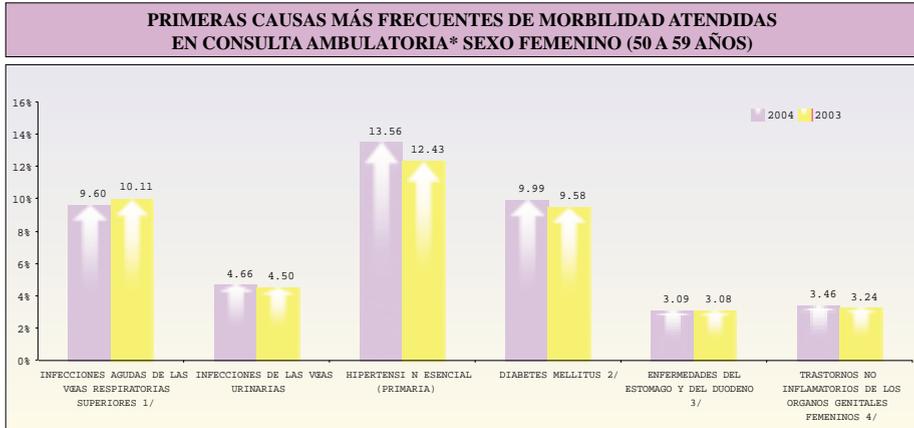
<sup>30</sup> www.ondasalud.com, Medicina-Hipertensión Arterial, octubre 2003.

jóvenes existe un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas. En el año 2004 más del 13% de las consultas realizadas por mujeres entre 50 y 59 años se debió a esta enfermedad, registrando 1% más de casos respecto del año anterior.

Mientras que el 10% de las consultas correspondieron en el año 2004 a la diabetes mellitus, esta enfermedad es considerada por la Organización Panamericana de la Salud, como una pandemia, con más de 100 millones de casos en el mundo y en América, 60% del total de la población que la padece son mujeres.

Es notable cómo ha ido aumentando esta enfermedad en nuestro medio, en 1995 el total de consultas por esta enfermedad ascendía a 11,935; mientras que en el 2004, sólo las consultas realizadas por la población femenina ascienden a 52,209, un poco más de 40% de aumento.

**Gráfico N° 10**



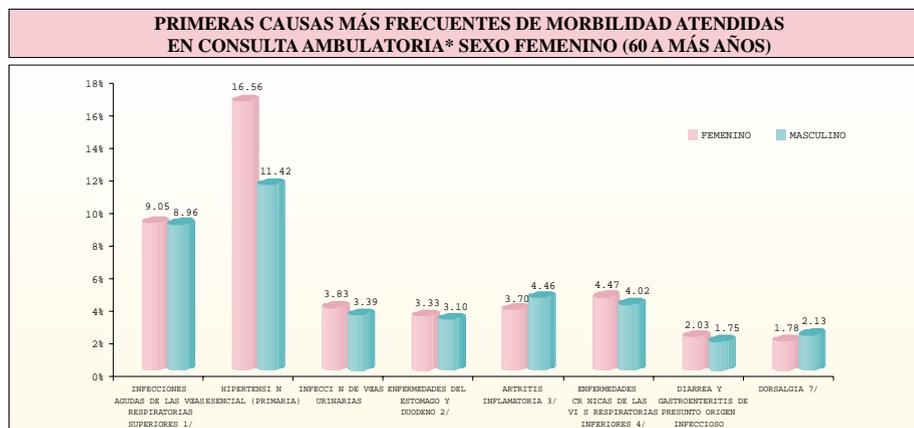
Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social posee dentro de su amplia gama de programas de atención, el Programa de atención de Diabetes, cuyos objetivos son: 1) Lograr adecuada cobertura a nivel primario; 2) Atender a grupos vulnerables y 3) Promover la prevención y actividades de educación para la salud a nivel individual, familiar y comunitario.

De acuerdo a la OPS esta enfermedad es influenciada fuertemente por factores sicosociales relacionados más con la población femenina como: estrés, depresión, control interno-externo sobre la enfermedad, autoestima y apoyo familiar y social. La depresión y ansiedad que es mayor en mujeres, interfieren no sólo en los niveles de glucosa en sangre sino también en los hábitos de dieta y ejercicio. Se ha reportado que el estrés contribuye a la hiperglicemia.

Entre las causas más frecuentes de morbilidad para el grupo de edad de 60 años y más, se encuentran en primer lugar la hipertensión esencial, afectando en mayor medida a las mujeres (16.56%) que a los hombres (11.42%); en segundo lugar están las infecciones agudas de las vías respiratorias, 9.05% y 8.96% respectivamente y en tercer lugar las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (4.47% y 4.02%).

**Gráfico N° 11**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Como hemos podido observar, a lo largo del ciclo de vida de la mujer, desde la niñez hasta la edad adulta, son diversas las enfermedades que adolece, algunas relacionadas al entorno en el que viven como son las infecciones de las vías respiratorias y otras consecuencias indirectas de su rol genérico como las migrañas, cefaleas, hipertensión esencial, infección de las vías urinarias, etc.

Si bien es cierto, la relación directa entre los altos niveles de morbilidad y el papel genérico de las mujeres no se puede observar a simple vista, no significa que no esté presente y que esta relación opera juntamente a otros factores de riesgo sociocultural como es clase social, edad, las relaciones sociales, étnicas, etc., de acuerdo a cada sexo.

La perspectiva de género nos permite precisamente, diferenciar aquellos aspectos puramente biológicos de los relacionados, a las diferencias en la estructura socioeconómica sobre la cual se desarrollan hombres y mujeres y que les facilita o entorpece el acceso a servicios adecuados de salud.

## CAPÍTULO III

### **PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES Y HOMBRES**

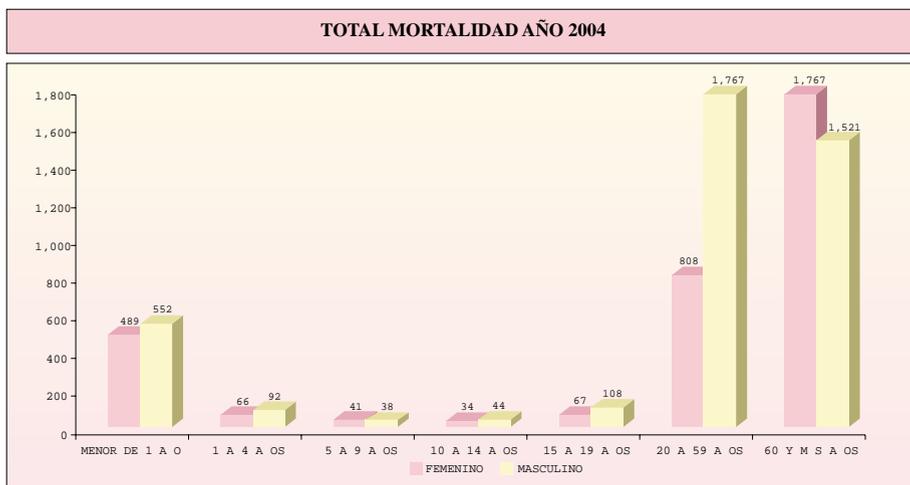
De los niveles de mortalidad, de acuerdo a los grupos de edad, registrados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2004, se obtienen los siguientes datos:

Entre los menores de un año: El nivel de mortalidad es mayor para los niños que para las niñas; por razones biológicas hay mayor sobrevivencia femenina; esta tendencia se basa en diferencias genéticas. Dicha propensión se mantiene hasta la edad adolescente, donde el índice de mortalidad empieza a cambiar.

En el período de edad fértil, tanto para hombres como para mujeres, la mayor carga de mortalidad la llevan los hombres, con 1,767 muertes registradas, en comparación con 808 muertes correspondientes al sexo femenino, en el año 2004.

Como se había hecho mención, en el capítulo anterior, la esperanza de vida de las mujeres es mayor, lo que no implica necesariamente que su calidad de vida sea mejor. En el año 2004, murieron 246 hombres más que mujeres en el grupo de 60 años y más. Se ha comprobado que el nivel de morbilidad de las mujeres en este grupo etáreo es mayor sobre todo a causa de enfermedades como hipertensión arterial.

**Gráfico N° 12**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

### **A. 3. INFANCIA Y NIÑEZ**

En el capítulo anterior, nos detuvimos brevemente en algunos aspectos característicos de los grupos etáreos estudiados; ahora, nos enfocaremos siempre al análisis por grupo de edad, pero siendo consistentes con la segunda hipótesis planteada, respecto a la relación que existe entre los niveles de mortalidad en mujeres, y, su vínculo con el rol sociocultural que han adoptado como hija, madre y esposa.

Uno de los indicadores de salud más sensibles en el mundo, así como un indicador de vida para un país, es la mortalidad infantil; representando, el número de muertes ocurridas durante el primer año de vida.

La principal causa de muerte para niños y niñas menores de un año, son las afecciones originadas en el período perinatal, ya sea que hayan sucedido durante el parto y/o en los primeros días de vida extrauterina.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, las afecciones originadas en el período de 0 a 27 días de vida, están relacionadas con asfixia, trauma obstétrico, prematuridad y anomalías

congénitas vinculadas a morbilidad. En cambio, en el período de 28-365 días, las causas son influenciadas por eventos en el medio ambiente, ya sea en el hogar o comunidad.

Tampoco se pierde de vista, que en nuestro país existe el grave problema de embarazo en la adolescencia, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2002/2003 (FESAL), hay una fuerte relación entre la mortalidad infantil y el espacio intergenésico, así como también, entre la edad de la madre al momento del parto y a la paridad previa.

El 57.97% de niños menores de un año y el 56.65% de niñas menores de un año fallecieron por afecciones en el período perinatal. La diferencia entre ambos sexos es imperceptible, por lo que la “ventaja genética” de las niñas no es significativa en este período.

La segunda causa de muerte en menores de un año, de acuerdo a las estadísticas registradas por el MSPAS, son las malformaciones congénitas ya sea del sistema nervioso, circulatorio, estenosis subglótica congénita, hipoplasia y displasia pulmonar, afecciones del sistema osteomuscular, entre otros.

**Gráfico No. 13**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

La principal causa de muerte para menores de cuatro años son las neumonías y bronconeumonías, asociadas a complicaciones originadas por la influenza, enfermedad causada por un virus que afecta las vías respiratorias. En el 2004, el 15% de muertes en niñas menores de cuatro años se debió a esta enfermedad, mientras que el 14% correspondió a los niños.

La segunda enfermedad mortal para los menores, fueron las malformaciones congénitas (12% niñas y 9.78% niños), y como tercera, la diarrea y gastroenteritis, de presunto origen infeccioso, que implicó el 9% y casi 11% de muertes en niñas y niños respectivamente. Esta última enfermedad es causada por beber líquidos o comer alimentos contaminados por manos sucias, aguas negras, materia fecal de personas enfermas, o a través de vectores como cucarachas y moscas. Esta es una enfermedad prevenible, pero que continúa cobrando vidas de niños y niñas, indistintamente.

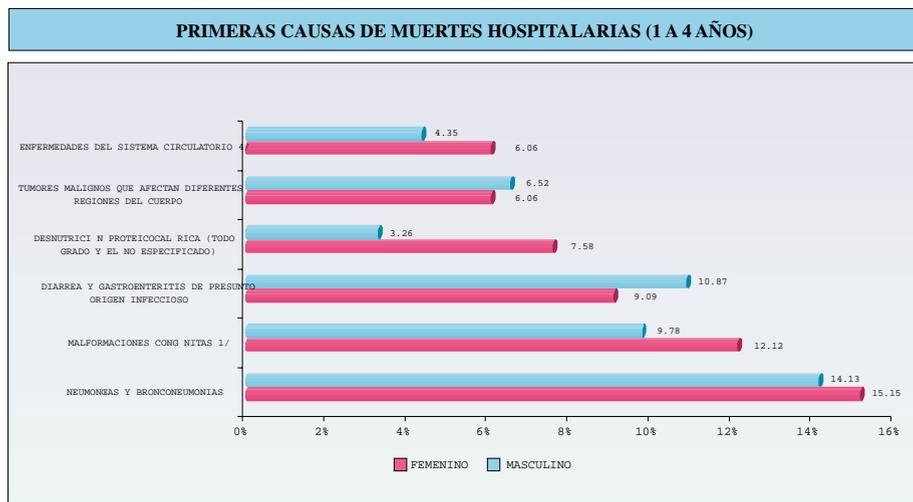
Nos detendremos en la cuarta enfermedad de mayor importancia de acuerdo a los porcentajes registrados, pero cuyo impacto a nivel genérico es el más importante: la desnutrición proteicoenergética con más del 4% de diferencia en detrimento de la vida de las niñas.

El 7% de las niñas registradas, menores de cuatro años, murieron en el 2004 por causa de la desnutrición, considerada como aquella condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo. “Probablemente las deficiencias nutricionales constituyen la causa que con mayor frecuencia se vincula a una sobre mortalidad femenina en la niñez”<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> CEPAL, *Serie Mujer y Desarrollo*, “La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe, viejos problemas y nuevos enfoques”.

## Gráfico N° 14



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

En noviembre del año 2005, se celebró en Florencia, Italia, el décimoquinto Aniversario de la firma de la Declaración de Innocenti<sup>32</sup>, la que fue elaborada y aprobada por los y las participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores y planificadoras de política sobre “La lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial”.

“La desnutrición infantil es una crisis mundial. Contribuye a más de la mitad de las muertes infantiles. Más de 300 millones de niños y niñas, en el mundo en desarrollo están desnutridos. Estas cifras se pueden y se deben cambiar radicalmente”<sup>33</sup>.

La Declaración de Innocenti, no es el único instrumento internacional con el que se cuenta, para hacer conciencia y presión a las naciones, sobre la problemática de la desnutrición y la mortalidad infantil. En el año 2000,

<sup>32</sup> Evento que fue copatrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (O.S.D.I.), que tuvo lugar en el Spedale Degli Innocenti, en Florencia (Italia), del 30 de julio al 1 de agosto de 1990.

<sup>33</sup> UNICEF, “Celebración de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna 1990-2005”, Florencia, noviembre de 2005.

los Objetivos del Milenio contribuyen con el Objetivo Número Cuatro: “Reducir la Mortalidad Infantil”, y su Meta 5: “Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños/niñas menores de cinco años”.

Sin perder el enfoque que nos atañe, la inequidad en la distribución de alimentos, tiene como consecuencia una mayor desnutrición entre las niñas salvadoreñas, lo que a corto y largo plazo, influye en sus oportunidades de supervivencia y calidad de vida. “Valga recordar que la desnutrición aumenta la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, retarda el crecimiento, es causa de fatiga crónica, y obstaculiza el desarrollo físico e intelectual normal; en las mujeres, además, puede impedir el normal crecimiento de los huesos pélvicos, atrofia que conduce posteriormente a partos obstruidos, causa frecuente de mortalidad materna y perinatal”<sup>34</sup>.

Para el grupo que comprende las edades de 5 a 9 años, la principal causa de mortalidad común entre niños y niñas, son los traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo. Dicha causa es mayor para los niños (21.05%), relacionado indirectamente con la construcción social que van teniendo sobre conductas agresivas, temerarias y violentas “propias” de su sexo.

Los tumores malignos que afectan diversas partes del cuerpo, fueron en el año 2004, la segunda causa de mortalidad para niños y niñas menores de 9 años, reportando un mayor impacto en las vidas de los niños, con un diferencial del 11%.

Por otro lado, las enfermedades del sistema nervioso, son la tercera causa de mortalidad entre los y las menores de 9 años, afectando indistintamente a los dos sexos.

---

<sup>34</sup> *Ibíd.* Pág. 16

### Cuadro N° 3

Primeras causas de muerte hospitalaria (5 a 9 años)

DIAGNÓSTICO	FEMENINO	MASCULINO
TRAUMATISMOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	17.07	21.05
TUMORES MALIGNOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	9.76	21.05
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	7.32	7.89

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

### B. 3 ADOLESCENCIA

Como se expuso anteriormente, este grupo etáreo conlleva no sólo riesgos sociales, sino también ciertos riesgos biológicos, debido a las transformaciones que sus cuerpos naturalmente experimentan.

Para el grupo de 10-14 años de edad, se ha preferido no sólo hacer una comparación entre las causas de mortalidad, sino además conocer diferencialmente cuáles son las de mayor perjuicio para la vida de los y las adolescentes.

### Cuadro N° 4

Primeras causas de muerte hospitalaria (10 a 14 años)

No.	DIAGNÓSTICO	SEXO	% DEL TOTAL DE MUERTES
1	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	F	14.71
	TRAUMATISMOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	M	34.09
2	TRAUMATISMOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	F	14.71
	NEUMONÍA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	M	9.09

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Las niñas entre 10 y 14 años de edad, tienen como principal riesgo de muerte, las infecciones por plaguicidas (14.71% del total de muertes). De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tres de cada cuatro consultas por intoxicaciones con plaguicidas provienen de la zona rural, esto debido a que los productos agroquímicos se encuentran a la mano de niños, niñas y jóvenes.

“La niña murió en la cama seis del área de Medicina Interna, en el Hospital Benjamín Bloom, el pasado domingo, después de un periodo de casi tres semanas en otros tantos centros de salud. Para los especialistas consultados, su muerte era cuestión de tiempo; la ingestión de una cantidad equivalente a un tapón de Paraquat, un herbicida utilizado para la quema de maleza, le causó severas lesiones en la boca, esófago, hígado y pulmones.”<sup>35</sup>

En contraste para los niños menores de quince años, los traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo, fueron la primera causa de muerte en el 2004, registrando 34.09%; mientras que para las niñas, se volvió la segunda causa de muerte con 14% del total de muertes registradas.

Al sumar ambos porcentajes, tenemos que casi el 50% de las muertes en niños y niñas menores de quince años se debe a estos traumatismos, a veces, ocasionados por la violencia intrafamiliar que se sufre en muchos hogares del país.

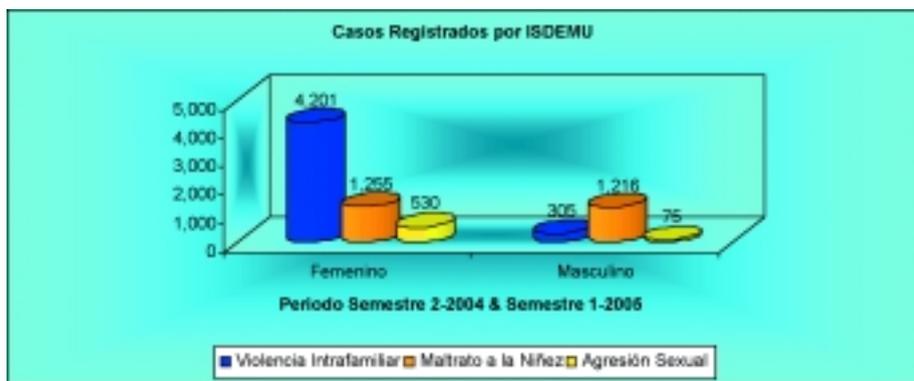
Como se puede observar en el siguiente gráfico, registrado por el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del ISDEMU, el maltrato a la niñez,<sup>36</sup> en el período comprendido entre el segundo semestre del 2004 y primer semestre del año 2005, es la segunda causa más importante de violencia atendida por el ISDEMU, con más de dos mil casos. De acuerdo a estos datos, el maltrato afecta más a las niñas que a los niños.

---

<sup>35</sup> *El Diario de Hoy*, “Plaguicidas causan una muerte cada dos días”, el artículo se refiere a la muerte de una niña de diez años de edad, publicado 30 de septiembre de 2005.

<sup>36</sup> *Aplica a todas las personas desde cero (0) años a los diecisiete (17 años con once [11] meses). Tomándose en cuenta las agresiones que se contemplan en el Art. 3, literal c, de la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar.*

**Gráfico N° 15**



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar, ISDEMU.*

En el Cuadro N° 15, se observa de nuevo, entre las jóvenes de 15-19 años, que existe mayor riesgo de muerte por intoxicación por plaguicidas<sup>37</sup> (20.9%); y entre los jóvenes, es la segunda causa de muerte (17.59%).

Por otro lado, la segunda causa de muerte entre las jóvenes menores de veinte años, continúa siendo los traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo (13.43%), y es la primera causa de muerte para los jóvenes (20.37%); relacionado a esta última, están las heridas que afectan diferentes regiones del cuerpo (12.96%), causa registrada únicamente entre los jóvenes.

La cuarta causa de muerte para las jóvenes, es una de las más vinculantes a su relación con la esfera reproductiva: "El riesgo más alto recae en las adolescentes menores de 15 años, entre quienes se registra una probabilidad de morir durante el embarazo y el parto, que supera de cinco a siete veces la correspondiente a las mujeres de 20 a 24 años, que son las que enfrentan un menor riesgo."<sup>38</sup>

La muerte materna ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, como "la defunción de una mujer mientras está embarazada o

<sup>37</sup> CEPAL, *Serie Mujer y Desarrollo*, "La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe, viejos problemas y nuevos enfoques".

<sup>38</sup> *Ibíd.*, Alfonsina Chicas, de la unidad de Toxicología de Salud Pública, explicó en reportaje para *El Diario de Hoy*, que el 46 por ciento de los envenenamientos tiene su origen en el intento de suicidio; el resto, en accidentes varios.

dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, parto y puerperio, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

En algunos estudios, se considera la mortalidad materna como uno de los factores más claros de inequidad entre hombres y mujeres, relacionado a los roles genéricos, falta de poder y decisión de la mujer en cuanto a las relaciones sexuales. Así también, no se deben dejar de mencionar los factores económicos y educativos, que al no ser adecuados, restringen las oportunidades para las jóvenes, menoscabando su calidad de vida.

### Cuadro N° 5

Primeras causas de muerte hospitalaria (15 a 19 años )

No.	DIAGNÓSTICO	SEXO	% DEL TOTAL DE MUERTES
1	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	F	20.90
	TRAUMATISMOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	M	20.37
2	TRAUMATISMOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	F	13.43
	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	M	17.59
3	TUMORES MALIGNOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	F	10.45
	HERIDAS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	M	12.96
4	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	F	10.45
	TUMORES MALIGNOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	M	7.41

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

### C. 3 EDAD ADULTA

La edad adulta, de acuerdo a las estadísticas registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) agrupa las edades de 20 a 59 años. A continuación se desglosan las primeras causas de muerte hospitalaria:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)<sup>39</sup>, es la principal causa de muerte entre las mujeres de 20-59 años de edad, con un 13% de muertes. En El Salvador, se reportaron 13,665 casos desde 1984 al 2004, de los cuales 5,466 eran mujeres y 8,199 hombres, el 40% del total de casos les correspondió a las mujeres. Por cada 21 hombres infectados, 14 mujeres adquirieron la enfermedad; actualmente, esta relación ha cambiado en detrimento de las mujeres: Por cada 20 hombres infectados, hay 15 mujeres infectadas<sup>40</sup>.

En América Latina y de acuerdo al último informe presentado por Naciones Unidas sobre el SIDA, en el 2005, se registran 1.8 millones de personas que viven con VIH; de esta cifra, se ha registrado que 580,000 son mujeres, sin olvidar que quienes están embarazadas, tienen probabilidad de transmitirle la enfermedad de forma vertical a sus hijos.

De acuerdo al Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer, del Departamento de Salud de Estados Unidos, las mujeres son más vulnerables a contraer la enfermedad, por razones de tipo sociocultural: están subordinadas tanto en el área sexual como económica; los hombres controlan las relaciones de pareja, y debido a su dependencia económica o su estatus social, las mujeres no pueden ejercer ningún tipo de decisión sobre el uso de preservativos o la fidelidad de su pareja.

Para los hombres, el SIDA es la segunda causa de muerte (12.73%), mientras que la principal causa de muerte, continúan siendo los traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo (14.71%). La tercera causa de muerte para mujeres (7.05%) y hombres (10.13%) en este grupo de edad, es la insuficiencia renal aguda, crónica y la no especificada.

---

<sup>39</sup> Causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual ataca al sistema inmunológico del cuerpo, sistema natural de defensa contra las enfermedades, al destruir un tipo de glóbulo que le ayuda al cuerpo a combatir y destruir gérmenes.

<sup>40</sup> La Prensa Gráfica, "EL VIH/SIDA se propaga cada vez más entre mujeres", noviembre 2005.

### Cuadro N° 6

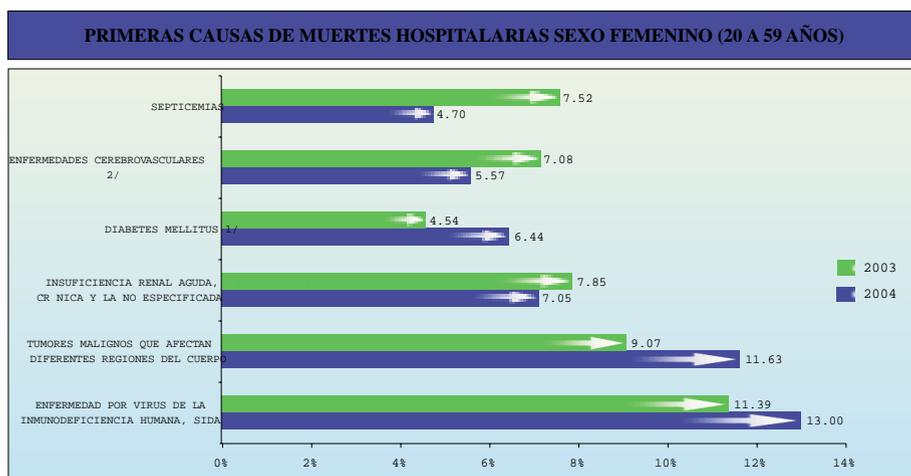
Primeras causas de muerte hospitalaria (20 a 59 años)

No.	DIAGNÓSTICO	SEXO	% DEL TOTAL DE MUERTES
1	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	F	13.00
	TRAUMATISMOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	M	14.71
2	TUMORES MALIGNOS QUE AFECTAN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO	F	11.63
	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	M	12.73
3	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA	F	7.05
		M	10.13

Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Debido a la importancia que esta etapa implica para el ciclo de vida de la mujer, por encontrarse no sólo en su ciclo reproductor, sino también en la antesala de diversos cambios, además de físicos, anímicos y sociales. Se presenta a continuación la situación de mortalidad de la mujer en los años 2003 y 2004, en el grupo de edad de 20 a 59 años:

### Gráfico N° 16



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

Como analizamos anteriormente, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, es la primera causa de mortalidad en este grupo etéreo y comparativamente, se observa un aumento de casi 2% en el 2004 respecto del año anterior.

“Las mujeres y las jóvenes en el mundo suelen no poder hablar con sus parejas sexuales acerca de la abstinencia, la fidelidad y el uso de preservativos. Se suele estigmatizarlas y culparlas por causar el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Pueden hasta enfrentar violencia física y emocional. Estas actitudes, evitan que haya un enfoque en la responsabilidad igualitaria de los hombres, de prevenir el VIH/SIDA.”<sup>41</sup>

Los tumores malignos que afectan diferentes partes del cuerpo, han sido la segunda causa de muerte, que comparativamente ha experimentado el mayor aumento respecto a las demás causas de mortalidad. El aumento es de más del 2%, en el año 2004, en relación al año 2003.

Una de las causas de mortalidad, que ha experimentado casi el uno por ciento de reducción de un año a otro, ha sido la insuficiencia renal aguda, crónica y la no especificada, que pasó de 7.85% en el 2003, a 7.05% en el año 2004.

Por otro lado y de acuerdo a lo que se expuso en relación a los niveles de morbilidad, la diabetes mellitus, se ha convertido en la cuarta causa de muerte, entre las mujeres menores de sesenta años. La diabetes mellitus incrementó de 4.54% en el 2003, a 6.44% en el año 2004, teniendo una variación porcentual de 1.9%.

La quinta y sexta causas de mortalidad, han experimentado una reducción favorable para la calidad de vida de las mujeres. Las enfermedades cerebrovasculares disminuyeron su afección en casi dos por ciento, mientras que las septicemias son las que reportaron un decremento significativo de 2.82%, en beneficio de las mujeres.

---

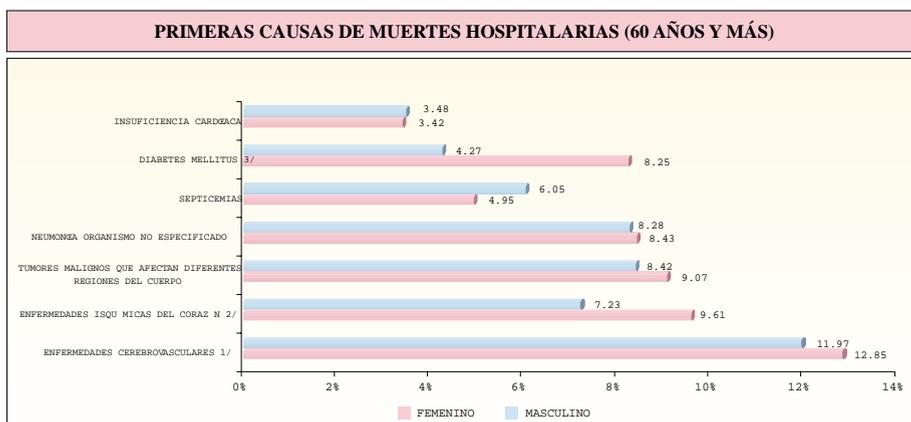
<sup>41</sup> Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer, Departamento de Salud de Estados Unidos.

Por otro lado, las principales causas de muerte entre los adultos y las adultas mayores, de acuerdo a los datos registrados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son: las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades sistémicas del corazón, tumores que afectan diferentes regiones del cuerpo, neumonía, septicemias, diabetes, entre otros.

Como se puede observar en el gráfico, a pesar que teóricamente se sostiene la prevalencia de mayor esperanza de vida en la población femenina sobre la masculina, el año 2004 registra un mayor número de muertes entre las mujeres mayores de sesenta años, por las principales causas de mortalidad.

Por ejemplo, las enfermedades cerebrovasculares, son la principal causa de muerte para las mujeres, significando el 12.85% del total de muertes, respecto al 11.97% que reportó la población masculina; “entre los factores de riesgo vinculados en particular al sexo femenino figuran, por una parte, la hipertensión y la obesidad, factores que son agravados por cambios hormonales posmenopáusicos, y, el consumo de anticonceptivos orales durante la edad reproductiva”<sup>42</sup>.

**Gráfico N° 17**



Fuente: *Elaboración propia en base a Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

<sup>42</sup> *Ibid.* Pág. 38

Las enfermedades isquémicas del corazón, son la segunda causa de muerte entre las personas adultas mayores, sobre todo en las mujeres, con casi el 10% del total de muertes, en contraste con el 7% de muertes en los hombres.

Las mujeres de edad avanzada son consideradas como uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, en términos tanto físicos como económicos. Por su mayor morbilidad, atribuible a diferencias fisiológicas, propias en este período de posreproducción, que se agudizan por los efectos acumulados de la carga de morbilidad de las etapas anteriores, vinculadas a su edad fértil, desgaste físico y psicológico de una doble jornada (doméstica y laboral), así como subordinación social y económica.

Para el año 2004, los tumores que afectan diversas partes del cuerpo, fueron los responsables del 9.07% y 8.42%, del total de muertes en mujeres y hombres mayores, respectivamente. Mientras que la neumonía se colocó como la cuarta causa de muerte, cobrando las vidas de 8.43% y 8.28% de las adultas y los adultos mayores de sesenta años.

Las septicemias tendieron a desfavorecer a los hombres adultos mayores mucho más que a las mujeres del mismo grupo, con más del 2% de diferencia entre ambos.

De nuevo, la diabetes mellitus figura entre las primeras causas de muerte entre las mujeres, reportando 8.25%, lo que implica una repercusión proporcional del doble respecto a las estadísticas de padecimiento registrada en los hombres (4.27%). Esta causa fue analizada anteriormente, al surgir dentro de las primeras enfermedades prevalecientes en las mujeres mayores de sesenta años, y cuyas consecuencias ocasionan severos daños en la salud y calidad de vida de las mujeres.

Por los registros estadísticos, se encontró que dicha enfermedad es responsable de un nivel desigual de mortalidad entre mujeres y hombres.

Los datos analizados para la carga de mortalidad existente entre mujeres y hombres en los diferentes grupos de edad, reflejan la presencia de serias implicaciones, no sólo biológicas sino sociales, económicas y

culturales, que tienden a desfavorecer desigualmente a las mujeres, y que, al contrario de lo que se maneja sobre la mayor esperanza de vida de las mismas, son ellas las que llevan la mayor carga de morbimortalidad. En efecto, existe una relación indirecta entre la mortalidad femenina y su rol de mujer en nuestra sociedad, ya que sus desventajas a nivel de enfermedades, se ven reflejadas en los altos niveles de mortalidad que aquejan a las mujeres salvadoreñas.

## CAPÍTULO IV

### **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MORBIMORTALIDAD**

Como un esfuerzo por enriquecer este estudio y debido a la naturaleza del mismo, en cuanto a reflexionar sobre las relaciones que existen entre el papel construido socialmente para las mujeres y las implicaciones de éste en la salud, calidad de vida y mortalidad de las mismas; a continuación se presenta un breve ensayo, sobre violencia intrafamiliar y sus consecuencias en la salud de las mujeres salvadoreñas. Con el fin de identificar las enfermedades resultantes, se tendrá como base estadística, los datos generados por el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del ISDEMU, para el período: segundo semestre del año 2004 y primer semestre del año 2005.

La violencia en general es y ha sido uno de los fenómenos de mayor preocupación a nivel mundial, no obstante cuando se habla de violencia contra las mujeres, específicamente la violencia intrafamiliar, su reconocimiento como problema público ha sido hasta hace poco tiempo, muy a pesar de los avances que se han tenido en los diversos ámbitos privados y públicos que trabajan para erradicarla, existe mucho camino por recorrer.

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, como Ente Rector de la Política Nacional de la Mujer, contempla como objetivo general en su área de Violencia Contra La Mujer: “prevenir y detectar el fenómeno de la violencia contra la mujer dando protección y atención a las víctimas, mediante acciones sustantivas basadas en la Normativa Internacional y Nacional vigentes, relativa a la violencia”<sup>43</sup>.

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo<sup>44</sup>. Anterior a esta resolución, ya en 1979 se había firmado la Convención sobre la Eliminación de todas

<sup>43</sup> Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, *Plan de Acción de la Política Nacional de la Mujer 2005-2009*.

<sup>44</sup> *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS). Capítulo 1.*

las formas de Discriminación contra la Mujer; en 1994 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en Egipto; en ese mismo año se estableció la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém Do Pará<sup>45</sup>; y finalmente, se realizó la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, en 1995.

El Estado salvadoreño, comprometido por el bienestar de la población en general y de los grupos más vulnerables, ha creado diversos mecanismos e instrumentos para intervenir sobre el problema de la violencia contra la mujer: El Código de Familia (1993), el Código Penal (1997), la Ley contra la Violencia Intrafamiliar (2002), así como el Plan Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar<sup>46</sup>.

#### **4.1 PROGRAMA DE SANEAMIENTO DE LA RELACIÓN FAMILIAR**

El Programa de Saneamiento de la Relación Familiar (PSRF)<sup>47</sup>, surge en el año 1995, para dar respuesta a las necesidades de prevención y atención de la violencia intrafamiliar y fortalecimiento del cumplimiento de los acuerdos ratificados por el país, en el marco de las Conferencias Internacionales encaminadas a la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer.

El sistema de estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del ISDEMU, capta información por medio de la Hoja de Registro Único, para casos de Violencia Intrafamiliar, Maltrato a la Niñez y Agresiones Sexuales; la cual responde a la normativa legal nacional vigente, incluyendo sus últimas reformas, y contiene las variables necesarias para realizar su respectivo análisis, a través del cruce de las mismas.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> El Estado Salvadoreño, a través de la Asamblea Legislativa ratificó dicha Convención, el 23 de agosto de 1995 según Decreto Legislativo No. 430, convirtiéndose en Ley de la República.

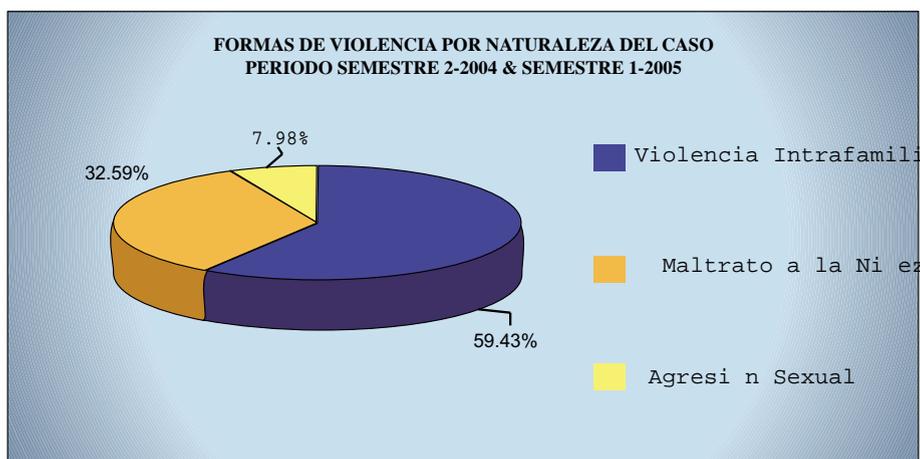
<sup>46</sup> Establece como estrategia: "todas las instituciones del Estado garanticen acciones preventivas para minimizar la violencia de género en el ámbito público" (Plan de Acción de Política Nacional de la Mujer 2005-2009).

<sup>47</sup> Violencia Intrafamiliar, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, [www.isdemu.gob.sv](http://www.isdemu.gob.sv)

<sup>48</sup> Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar, Período Segundo Semestre 2004 a Primer Semestre 2005.

Como se puede observar en el gráfico N° 18, la violencia intrafamiliar representa casi el 60%, de un total de 7,582 denuncias, correspondientes a las diferentes formas de violencia, que por la naturaleza del caso, han sido clasificadas por el PSRF, entre el segundo semestre del 2004 y primer semestre de 2005. La Organización Mundial de la Salud, ha señalado que la violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra las mujeres: una de cada cinco mujeres en todo el mundo ha sido objeto de abuso sexual y físico, en algún momento de su vida.

**Gráfico N° 18**



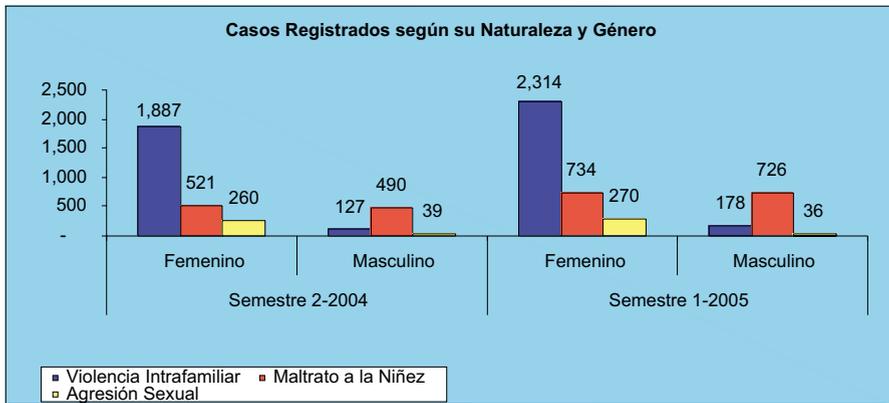
Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del ISDEMU.*

Además de ser la principal causa de denuncia, la violencia intrafamiliar afecta en su mayoría a las mujeres: el 93.23% del total de denuncias por violencia intrafamiliar corresponde a mujeres, y, 6.77% corresponde a hombres.

De acuerdo a las estadísticas provenientes del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar (PSRF), del total de casos reportados, 4,201 fueron denunciados por mujeres que han sido violentadas. El primer semestre del año 2005 reporta, en cuanto a casos de violencia intrafamiliar que han afectado a las mujeres, un incremento del 22%, respecto del segundo semestre del año 2004. (Ver Gráfico N° 19).

La Violencia Intrafamiliar se entiende como “cualquier acción u omisión directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de la familia” (Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, 1996, reformada por Decreto Legislativo No. 892,

**Gráfico N° 19**



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del ISDEMU.*

y publicada en el Diario Oficial No. 137, Tomo 356, del 24 de julio de 2002).

La Violencia Intrafamiliar se ha tipificado en cuatro formas<sup>49</sup>:

- ♦ “Violencia Psicológica: Acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación,

manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzca un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales.

- ♦ Violencia Física: Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona.

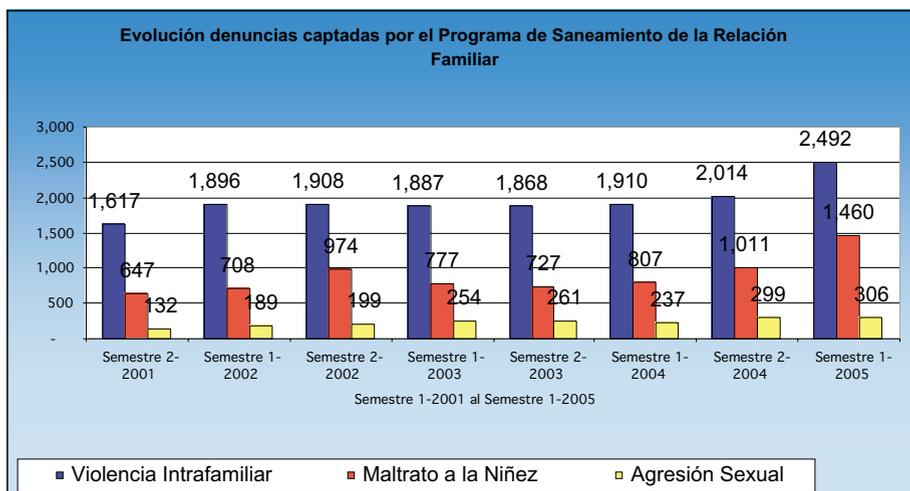
<sup>49</sup> Diario Oficial No. 241, Tomo 333, del 20 de diciembre de 1996; Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Capítulo I, Artículo 3, Inciso segundo.

- ♦ **Violencia Sexual:** Acciones que obligan a una persona a mantener contactos sexualizados físicos o verbales, o a participar en ellos mediante la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza u otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente se considerará violencia sexual, el hecho de que la persona agresora obligue a la persona agredida a realizar alguno de estos actos en terceras personas.
- ♦ **Violencia Patrimonial y/o económica:** acción u omisión de quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia o alguna de las personas a que se refiere la presente Ley; daña, pierde, sustrae, destruye, retiene, distrae o se apropia de objetos, instrumentos o bienes.”

Debido a la credibilidad que la población salvadoreña, usuaria y en general, tiene en el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar, así como el reconocimiento de los esfuerzos que se han hecho, especialmente durante los últimos cinco años, en la captación, prevención, atención y seguimiento de los casos de violencia de género; el nivel de atenciones y denuncias ha ido aumentando año con año.

De cada iniciativa que ha desarrollado el ISDEMU a nivel nacional, en combate a todos los tipos de violencia y en especial a la violencia intrafamiliar, ha construido en la población un nivel de confianza clave, ayudando así a promover la cultura de denuncia, que normalmente no se da cuando los factores que se relacionan a la violencia son meramente socioculturales.

**Gráfico N° 20**



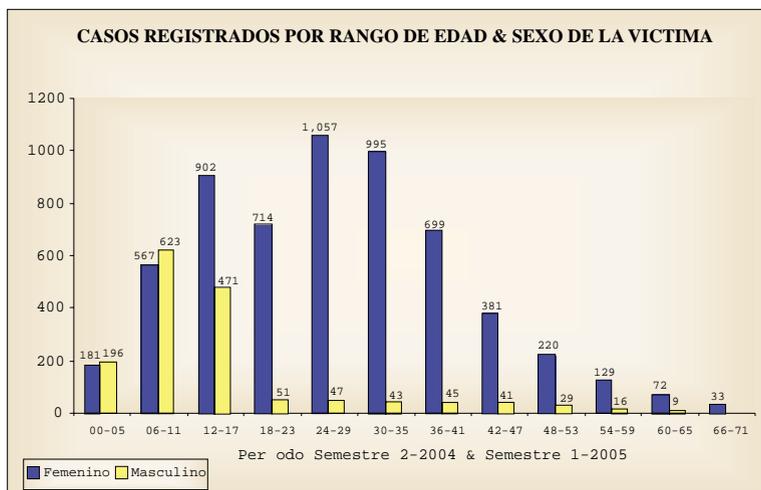
Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar-ISDEMU.*

De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL)<sup>50</sup>, aunque el maltrato aparece como un factor importante en la determinación de enfermedades y daños en las mujeres, con frecuencia, todavía es ignorado por los profesionales médicos, en estudios realizados en Estados Unidos, se ha demostrado, por ejemplo, que entre 17% y 25% del total de los casos atendidos en unidades de urgencia involucran a mujeres maltratadas, pero que, típicamente, quienes prestan estos servicios identifican menos de 5% de las lesiones o enfermedades como sugerentes de abuso (McLeer y Anwar, 1993).

La población femenina no sólo es la más vulnerable, sino que dentro de ella existen subgrupos de mayor vulnerabilidad, reflejados en el ciclo de vida de la mujer. Por ejemplo, el período de edad fértil en la mujer se vuelve el más perjudicado: las mujeres de 24 a 41 años en conjunto, representan el grupo de edad que ha sido violentado en mayor medida con 2,751 denuncias, y dentro de este grupo, las adultas jóvenes de 24 a 29 años de edad registran la condición más vulnerada del total de casos registrados; en segundo lugar se encuentran las niñas y jóvenes de 12-23 años de edad, con 1,616 casos registrados.

<sup>50</sup> *Ibíd.* Pág. 41.

**Gráfico N° 21**



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar-ISDEMU.*

De acuerdo a los cuatro tipos de violencia, en los que se tipifica la violencia intrafamiliar, la forma de violencia más denunciada por mujeres en este período, ha sido la Violencia Psicológica, con 1,654 denuncias. El Gráfico N° 21, contiene cruces de variables entre las cuatro formas de violencia, que el sistema estadístico del PSRF, permite hacer desde la Hoja de Registro Único para Violencia Intrafamiliar.

**Gráfico N° 22**



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar-ISDEMU.*

El gráfico anterior, muestra cómo la violencia psicológica es comúnmente denunciada junto a todas las demás formas de violencia, especialmente la violencia psicológica y física con 1,382 denuncias, en tercer lugar, la combinación de violencia psicológica y patrimonial, con 640 denuncias; y en cuarto lugar, se ubica la relación entre violencia patrimonial, psicológica y física, con 482 denuncias.

La violencia contra las mujeres afecta múltiples dimensiones dentro de su ciclo de vida, generando implicaciones físicas (lesiones, problemas en la salud reproductiva, incluso la muerte), psicológicas, patrimoniales, legales, educativas, laborales, entre otras.

Muchos estudios concuerdan en que, sin importar el nivel de lesión física que sufra una mujer, siempre valora como mucho más perjudicial las consecuencias psicológicas que la violencia intrafamiliar conlleva: “las mujeres maltratadas, presentan dos veces más problemas de salud mental, que las mujeres no maltratadas”<sup>51</sup>.

Existe por lo tanto una relación directa entre las secuelas del abuso que reciben las mujeres y su mayor vulnerabilidad a las enfermedades. “Un estudio en Estados Unidos, determinó que haber sido víctima de maltrato en la niñez o de delitos violentos, duplicaba la probabilidad que una mujer padezca de problemas menstruales graves, enfermedades de transmisión sexual o infección de las vías urinarias; la violencia en el hogar triplicaba su probabilidad”<sup>52</sup>.

Estas implicaciones negativas impactan sobre el pleno desarrollo de las mujeres como personas, y por ende, sobre sus núcleos familiares, significando además un elevado costo dentro del presupuesto del sector salud, a fin de atender las secuelas biológicas y psicológicas de la violencia que reciben las mujeres.

En el campo del sector laboral, los efectos de la violencia contra las mujeres se ven reflejados en incapacidad para acceder a un trabajo,

<sup>51</sup> MSPAS, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, diciembre 1999.

<sup>52</sup> División de Salud Familiar y Reproductiva, *Organización Mundial de la Salud, “Violencia contra la Mujer” un tema de salud prioritario*, Washington 1998.

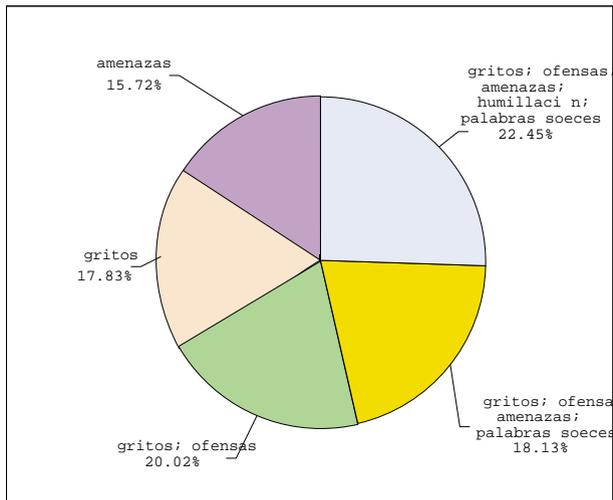
ausentismos y falta de motivación, lo cual disminuye la productividad general incidiendo sobre el desarrollo mismo del país. Lo anterior se ve agravado cuando consideramos que las mujeres representan el 53% de la población general.

De ahí el interés que el gobierno presta al problema social de la violencia de género, a través de la ampliación de los servicios y calidad de cobertura, implementando programas que facilitan el empoderamiento de las mujeres, para salirse del ciclo de violencia del cual son las principales víctimas.

En un esfuerzo por identificar las consecuencias que se derivan de la violencia psicológica en las usuarias del PSRF, utilizando como herramienta la información que se capta al brindar la atención en crisis, que el PSRF ofrece, se presenta a continuación un compendio de variables relacionadas a las agresiones psicológicas denunciadas, en el período en estudio.

### Gráfico N° 23

LESIONES PSICOLÓGICAS CAPTADAS EN LA HOJA DE REGISTRO ÚNICO DEL PSRF



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar-ISDEMU.*

La Hoja de Registro Único para casos de Violencia Intrafamiliar, Maltrato a la Niñez y Agresión Sexual, permite obtener una gama de información en relación a los casos atendidos; en el caso de la agresión psicológica sufrida por las víctimas de violencia intrafamiliar, es posible clasificar las principales lesiones, a través de las cuales las víctimas están siendo agredidas, como por ejemplo: gritos, insultos, no dar afecto, culpabilizar, ofensas, marginar, palabras soeces, humillación, poner sobrenombres, amenazas e ignorar.

La opción múltiple de respuestas en cuanto a la agresión psicológica, da como resultado que del total de denuncias, el 22.45% hizo referencia a la combinación de gritos, ofensas, amenazas, humillación y palabras soeces, con que fueron maltratadas las denunciadas. El 20.2% de los casos, denunció recibir lesiones psicológicas por gritos y ofensas. Mientras que 18.13% de los casos registrados, afirmaron una combinación de gritos, ofensas, amenazas y palabras soeces; finalmente, de los últimos dos datos significativos, el 17.83% corresponde a las agresiones recibidas por gritos y el 15.72% amenazas.

“La violencia intrafamiliar es una conducta aprendida y fomentada por una cultura que legitima la autoridad del varón sobre la mujer. Va más allá del comportamiento o la reacción de un individuo, para ser parte de todo un engranaje social, que se construye a partir de relaciones jerárquicas de poder, que permiten a los hombres el poder y control sobre las mujeres. Cada parte y elemento de este engranaje, gira en función de mantener vigente esta organización social, institucionalizándose en su organización económica, política, jurídica e ideológica”.<sup>53</sup>

No se puede tomar a la ligera, ni mucho menos ignorar, que el maltrato y abuso psicológico que reciben las víctimas de violencia intrafamiliar, propician diversas enfermedades, que en determinado momento, son caracterizadas como enfermedades padecidas únicamente por las mujeres.

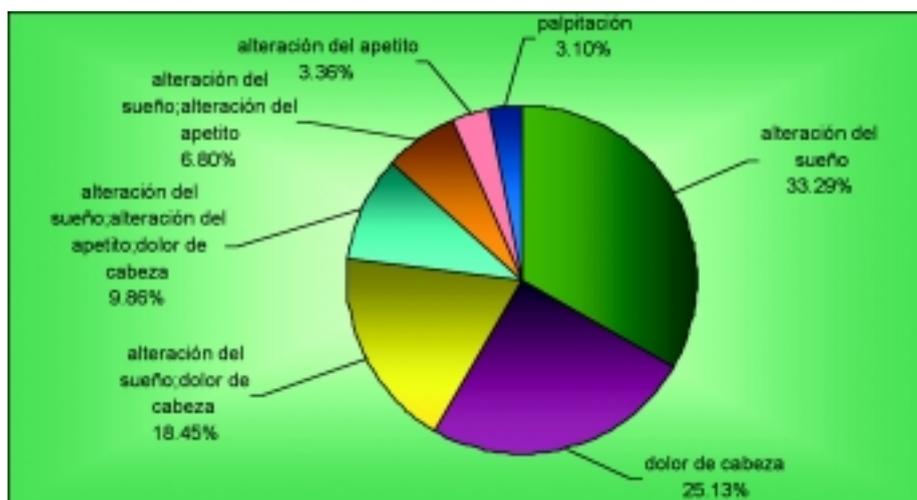
<sup>53</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, “Los nuevos retos que nos impone la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención Belén Do Pará)” 1999.

El instrumento de captación de datos y detalles de los casos denunciados al ISDEMU, es como ya se mencionó, la Hoja de Registro Único, en ella existe un apartado específico para caracterizar el tipo de alteraciones psicofisiológicas que presentan las víctimas de la violencia intrafamiliar, agresión sexual y maltrato a la niñez. Dichas alteraciones incluyen: alteración del sueño, sudoración excesiva, alteración del apetito, temblor del cuerpo, alteración gastrointestinal, tic nervioso, dolor de cabeza, alteraciones de la piel, palpitación y mareos.

En el período en estudio, las variables más significativas del total de denuncias, fueron: la alteración del sueño (33.29%), el dolor de cabeza (25.13%), que ya antes se había clasificado como de las primeras causas de morbilidad en las mujeres de edad adulta, y la combinación de ambas variables representa el 18.45% del total de casos denunciados.

### Gráfico N° 24

Alteraciones sicofisiológicas captadas en la Hoja de Registro Único del PSRF



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar-ISDEMU.*

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia; muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras que otras, muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Están fatigadas en forma crónica y no pueden conciliar el sueño, pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios, así como, recurrir al alcohol y las drogas.

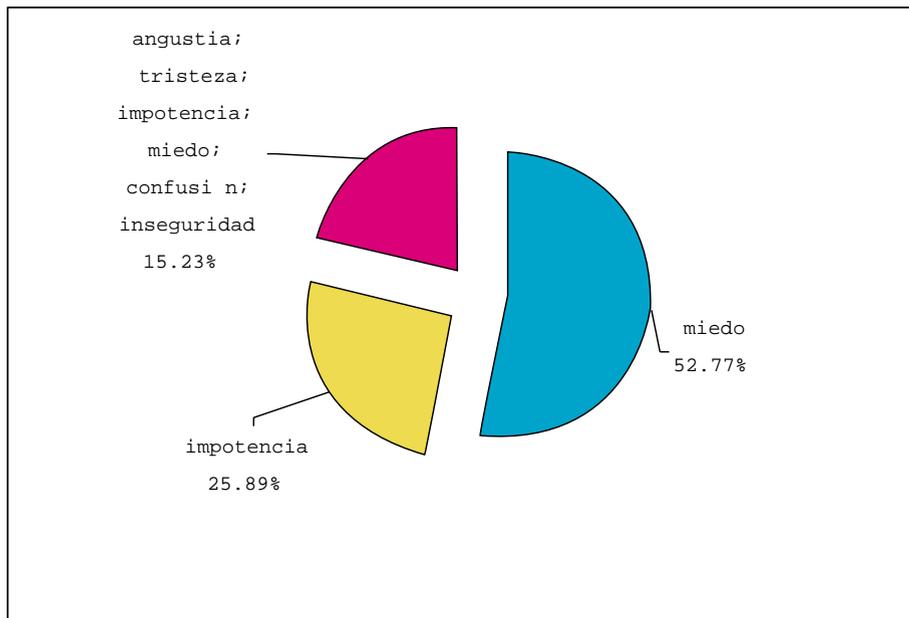
La violencia es una cadena de sucesos, que van desde el abuso psicológico, lesiones físicas, consecuencias emocionales y en casos lamentables, la muerte. Ninguna de las partes de esta cadena es menor que la otra, ya que, todas perjudican significativamente la salud de las mujeres salvadoreñas.

De acuerdo a las variables que se investigan dentro de la Hoja de Registro Único (HRU), es posible establecer las condiciones emocionales en que viven las mujeres violentadas. En el gráfico N° 25, se presenta cómo se distribuye la afección anímica de las mismas, acorde a las variables establecidas en la HRU: agresividad, angustia, tristeza, impotencia, culpa, indiferencia, miedo, enojo, confusión, inseguridad, intento suicida, ideación suicida, intento homicida, ideación homicida.

Entre las principales condiciones emocionales derivadas de la violencia se obtuvo que, en primer lugar, el miedo representó la mayor alteración emocional con 52.77% del total de casos registrados; mientras que la impotencia representó el 25.89%, perjudicando la salud mental de las mujeres; en respuestas combinadas, la angustia, tristeza, impotencia, miedo, confusión e inseguridad, significaron el 15.23% de las condiciones emocionales denunciadas al Programa de Saneamiento de la Relación Familiar.

## Gráfico N° 25

### CONDICIONES EMOCIONALES CAPTADAS EN LA HOJA DE REGISTRO ÚNICO DEL PSRF



Fuente: *Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar ISDEMU.*

Este breve apartado dentro del estudio de morbilidad en las mujeres salvadoreñas, tiene como objetivo principal, el completar la visión del mismo, al dar cuenta sobre cómo el problema social de la violencia contra la mujer en El Salvador, es parte explicativa de los niveles de morbilidad que existen entre la población femenina, al vincularse más, a consecuencias de los patrones socioculturales que aún imperan en nuestra sociedad.

## CONCLUSIÓN

En cuanto al estudio, la principal reflexión que se tiene, es reconocer la importancia de no desvincular las relaciones de género y la salud de mujeres y hombres, para la toma de futuras decisiones, tanto en programas, proyectos, investigaciones, entre otros; ya que el impacto y trascendencia de los roles genéricos, va mucho más allá del marco de lo femenino y lo masculino, es incluso generacional.

Es evidente que la morbilidad de las mujeres está mucho mejor registrada, dado que los hombres, por su condición genérica, no acuden a los servicios de asistencia, teniendo consecuencias en su salud.

El enfoque de género aplicado a las estadísticas de salud evidencia las realidades diferenciadas entre hombres y mujeres, siendo éstas motivo de estudios posteriores explicativos entre género y condiciones de salud.

La realidad estadística que muestra el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar, constituye un argumento para fortalecer los programas de salud mental y autoestima en la población femenina.

De aquí radica precisamente la razón de ser del ISDEMU, por empoderar a la mujer salvadoreña, con el único fin de disminuir y erradicar cualquier tipo de discriminación o violencia, que atenta contra su vida y le impide un desarrollo pleno de sus facultades como persona y ciudadana. Se trata de mejorar la calidad de vida de las mujeres actualmente y de las futuras generaciones, en un ámbito de respeto, justicia y equidad entre mujeres y hombres, libres de violencia y sin temor. Reconociendo siempre, que el trabajo debe hacerse de manera conjunta, con todas aquellas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, ya que a todos nos compete el logro de un mejor entorno de vida para la población.

## RECOMENDACIÓN

Por otro lado, es importante señalar que el presente estudio, es un aporte que debe dar la pauta para realizar futuras iniciativas de investigaciones, centradas en otras enfermedades significativas que adolecen las mujeres salvadoreñas, y que también, tienen vínculos con sus roles socioculturales; como por ejemplo: el embarazo en adolescentes, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y Hepatitis B.



## BIBLIOGRAFÍA

Cardaci, Dora Programa Universitario de Estudios de Género, “Salud, género y programas de estudios de la mujer en México”, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo, “La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe, viejos problemas y nuevos enfoques”.

Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer, Departamento de Salud de Estados Unidos.

DIGESTYC. “Proyecciones de la Población de El Salvador 1995 - 2005”.

El Diario de Hoy, “Plaguicidas causan una muerte cada dos días”, el artículo se refiere a la muerte de una niña de diez años de edad, publicado 30 de septiembre de 2005.

Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar, ISDEMU Período Segundo Semestre 2004 a Primer Semestre 2005.

Finkle K. Women in Pain: Gender and Morbidity in Mexico. Philadelphia, University of Pensilvania Press, 1994.

Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS). Capítulo 1.

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, Plan de Acción de la Política Nacional de la Mujer 2005-2009

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, Objetivo Área de Salud, “Política Nacional de la Mujer”, San Salvador 2005.

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, “Plan de Acción de la Política Nacional de la Mujer (2005-2009)”, septiembre 2005.

ISDEMU-UNESCO, Programa Cultura de Paz, Palabras Nuevas para un Mundo Nuevo, febrero 2001.

ISDEMU, UNICEF, FUNDETEC, "Género e Identidades", Metodología de Trabajo con Mujeres, Segunda Edición, junio de 1994.

La Prensa Gráfica, "El VIH/ SIDA se propaga cada vez más entre mujeres", noviembre 2005.

Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Cáp. I. D. O. N° 241, tomo 333, del 20 de diciembre de 1996 y sus reformas publicadas en D. O. N° Tomo, 356, del 24 de julio de 2002.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Manual Técnico de Salud Reproductiva", 1999.

INSTRAW, La Mujer y la Salud, "Beijing a los diez años de la Política a la Práctica", 2005.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, Unidad de Información en Salud, "Diez Primeras Causas más frecuentes de morbilidad atendidas en consulta ambulatoria y muertes hospitalarias, sexo femenino y masculino", El Salvador, enero-diciembre de 2004.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer", Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer, San Salvador, 2002.

MSPAS, Manual Técnico de Salud Reproductiva, diciembre 1999.

Organización Mundial de la Salud, "Salud, Población y Desarrollo: Documento de posición de la OMS", Ginebra 1994.

OMS. "Definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud". 1947.

Organización Panamericana de la Salud, Equidad de Género en Salud, "Programa Mujer, Salud y Desarrollo". Hoja Informativa.

Organización Panamericana de la Salud, "La dimensión socio-emocional de la calidad de atención en salud y género: el caso de la diabetes mellitus tipo II" Serie: "Aportes para la Reforma de Salud en El Salvador" 1999.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, "Reporte comprensivo de siete investigaciones de situación de salud a nivel local según condiciones de vida con enfoque de género realizadas en Centroamérica, (1994-1995)", Costa Rica, 1999.

Organización Mundial de la Salud, División de Salud Familiar y Reproductiva, "Violencia contra la Mujer" un tema de salud prioritario, Washington 1998.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, "Los Nuevos Retos Que Nos Impone La Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer (Convención Belén Do Pará)" 1999.

UNICEF, "Celebración de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna 1990-2005", Florencia, noviembre de 2005.

Violencia Intrafamiliar, ISDEMU, [www.isdemu.gob.sv](http://www.isdemu.gob.sv)

Wyngaarden, Smith, Bennet, CECIL Tratado de Medicina Interna, Vol. 1, 20a. Edición N° 12.

[www.ondasalud.com](http://www.ondasalud.com), Medicina-Hipertensión Arterial, Octubre 2003

## **ABREVIATURAS**

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## **ABREVIATURAS DE INSTITUCIONES**

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

DIGESTYC: Dirección General de Estadística y Censos.

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar.

ISDEMU: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PSRF: Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU).

# ANEXO





**Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer**  
**Hoja de Registro Unico para casos de Violencia Intrafamiliar,**  
**Agresión Sexual y Maltrato a la Niñez**

Registro N°: \_\_\_\_\_

SECCION I - DATOS DE LA VICTIMA		
Nombre: _____		Nivel educativo finalizado: _____
Conocido/a por: _____		SI ES MENOR DE 18 AÑOS
Edad: _____ años		primaria <input type="radio"/> técnico <input type="radio"/> Centro educativo: _____
Sexo: masculino <input type="radio"/> femenino <input type="radio"/>		secundaria <input type="radio"/> universitario <input type="radio"/>
Embarazo: sí <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> no <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>		bachillerato <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> Municipio: _____
deseado <input type="radio"/> no deseado <input type="radio"/>		Estado Familiar: _____
Número de hijos: _____ Número de hijas: _____		soltero/a <input type="radio"/> separado/a <input type="radio"/>
Identificación N° _____		casado/a <input type="radio"/> divorciado/a <input type="radio"/>
DUI <input type="radio"/> Partida Nac. <input type="radio"/>		union N/M <input type="radio"/> viudo/a <input type="radio"/>
otro <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>		Sostenimiento Familiar: _____
Dirección: _____		especifique: _____
Departamento: _____		○ mujer jefa de hogar
Municipio: _____		○ hombre jefe de hogar
Zona: urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/> marginal <input type="radio"/>		○ jefatura compartida
Teléfono: _____		○ proveedor(a) desde el extranjero
		○ otro(a) miembro(a) de la familia
		Especifique: _____
		Parentesco con la víctima:
		padre <input type="radio"/> madre <input type="radio"/>
		abuelo <input type="radio"/> abuela <input type="radio"/>
		hermano <input type="radio"/> hermana <input type="radio"/>
		padrastra <input type="radio"/> madrastra <input type="radio"/>
		otro <input type="radio"/>
		Especifique: _____
		Teléfono en caso de emergencia: _____
Ocupación: _____		Lugar de trabajo: _____
Dirección: _____		Teléfono: _____
Discapacidad física sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Especifique: _____		
Discapacidad mental: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Especifique: _____		
Condiciones emocionales:		
agresividad <input type="checkbox"/> indiferencia <input type="checkbox"/> intento suicida <input type="checkbox"/>		
ansiedad <input type="checkbox"/> miedo <input type="checkbox"/> ideación suicida <input type="checkbox"/>		
tristeza <input type="checkbox"/> enojo <input type="checkbox"/> intento homicida <input type="checkbox"/>		
impotencia <input type="checkbox"/> confusión <input type="checkbox"/> ideación homicida <input type="checkbox"/>		
culpa <input type="checkbox"/> inseguridad <input type="checkbox"/>		
Alteraciones psicofisiológicas:		
alteración del sueño <input type="checkbox"/> sudoración excesiva <input type="checkbox"/>		
alteración del apetito <input type="checkbox"/> temblor del cuerpo <input type="checkbox"/>		
alteración gastrointestinal <input type="checkbox"/> tic nervioso <input type="checkbox"/>		
dolor de cabeza <input type="checkbox"/> alteraciones de la piel <input type="checkbox"/>		
palpitación <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/>		
Ha sido testigo de violencia: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Antecedentes de agresión sexual: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
SECCION II - DETALLE DE LOS HECHOS		
Código del incidente: _____		
violencia intrafamiliar <input type="radio"/> maltrato a la niñez <input type="radio"/>		
agresión sexual <input type="radio"/>		
Reincidencia: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Denunció: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Lugar de los hechos: _____		
Departamento: _____		
Municipio: _____		
Zona: urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/> marginal <input type="radio"/>		
Ámbito: público <input type="radio"/> privado <input type="radio"/>		
Fecha de agresión: ____/____/____ (d/m/a)		
Hora de agresión: ____:____ (h/m)		
Breve descripción del hecho según víctima: _____		
_____		
_____		
_____		
SECCION III - DATOS DEL AGRESOR/A		
Nombre: _____		
Edad: _____ años Sexo: masc. <input type="radio"/> fem. <input type="radio"/>		
Dirección: _____		
Departamento: _____		
Municipio: _____		
Zona: urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/> marginal <input type="radio"/>		
Teléfono: _____		
Nivel educativo finalizado: _____		
primaria <input type="radio"/> bachillerato <input type="radio"/> universitario <input type="radio"/>		
secundaria <input type="radio"/> técnico <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		
Ocupación: _____		
Teléfono: _____		
Lugar de trabajo: _____		
Dirección: _____		
Relación con la víctima:		
padre <input type="radio"/> esposo <input type="radio"/> amigo <input type="radio"/>		
madre <input type="radio"/> esposa <input type="radio"/> amiga <input type="radio"/>		
padrastra <input type="radio"/> exesposo <input type="radio"/> tío <input type="radio"/>		
madrastra <input type="radio"/> exesposa <input type="radio"/> tia <input type="radio"/>		
abuelo <input type="radio"/> conviviente <input type="radio"/> trabajador(a) doméstico(a) <input type="radio"/>		
abuela <input type="radio"/> exconviviente <input type="radio"/> desconocido(a) <input type="radio"/>		
hermano <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		
hermana <input type="radio"/> especifique: _____		
Condiciones del agresor(a):		
alcoholizado/a <input type="checkbox"/> trastorno psiquiátrico <input type="checkbox"/>		
estable-sobrio/a <input type="checkbox"/> drogado/a <input type="checkbox"/>		
Tipo de arma utilizada: _____		
Antecedente criminal: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Secuela de guerra: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Ha sido testigo de violencia: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Antecedente de agresión sexual: sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
SECCION IV - DATOS DEL ENTE CAPTADOR		
Institución que captó: _____		
Entrevistador(a): _____		
Cargo/profesión: _____		
Fecha de atención: ____/____/____ (d/m/a)		
Hora de atención: ____:____ (h/m)		
Tipo de atención brindada:		
psicológica <input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> policial <input type="checkbox"/>		
social <input type="checkbox"/> legal <input type="checkbox"/> albergue <input type="checkbox"/>		
Referido a: _____		
Motivo de la referencia: _____		

La reproducción y/o utilización de ésta hoja sin autorización para fines distintos a los del ISDEMU, será sancionado conforme a la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar. Art. 6-A.



**ISDEMU**  
INSTITUTO SALVADOREÑO PARA  
EL DESARROLLO DE LA MUJER

9ª Avenida Norte # 120,  
San Salvador  
Tel.: 2221-2100  
[www.isdemu.gob.sv](http://www.isdemu.gob.sv)  
e-mail: [isdemu@isdemu.gob.sv](mailto:isdemu@isdemu.gob.sv)