

LA MUJER EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El profundo cambio en las normas y actitudes en las relaciones personales modernas se refleja en transformaciones en la fecundidad y la familia que han caracterizado el cambio demográfico reciente. De manera paralela, la importancia de los valores en la explicación de las tendencias demográficas observadas durante la transición demográfica no implica que los factores estructurales no sean importantes: los factores económicos tienen tanta importancia como los cambios en las normas y actitudes. De hecho, los valores dependen del contexto político, económico y demográfico. En la medida en que este contexto cambia los valores se refuerzan o se debilitan y a nivel social se construyen y reconstruyen en constante interacción con las circunstancias sociales y económicas.

La importancia de la autonomía individual es una parte crucial en la manifestación de los cambios en los comportamientos demográficos de hoy día. Pero la autonomía y la realización personal, así como la transición hacia un modelo de familia más moderna e individualista, son ciertamente más revolucionarios para la vida de las mujeres que para la vida de los varones. Estos cambios también se vinculan con los distintos niveles de equidad de género alcanzados en mayor medida en instituciones donde el individuo es central (sistema educativo y mercado laboral) que en instituciones donde lo central es la familia.

La decisión de tener hijos no está desprovista del significado atribuido a este hecho en la biografía personal; tampoco lo está de las implicancias del género dado que la maternidad en el contexto de vida femenino adquiere un significado distinto al que tiene la paternidad. Esto todavía permanece anclado en la construcción cultural de identidades de género, que

asocian maternidad e identidad femenina con mucha mayor fuerza de lo que asocian paternidad e identidad masculina.

El acceso a los servicios de planificación de familiar, ha brindado a las mujeres la posibilidad de tener una mejor preparación en capital humano al contar con niveles de enseñanza superior, a disminuir el número de hijos, lo que ha permitido conciliar la crianza de su descendencia con el empleo. Además, como resultado de la atención prenatal, obstétrica y neonatal se ha logrado aumentar el número de años de vida sana al reducirse la discapacidad y la muerte prematura de las mujeres y los recién nacidos.

La planificación familiar se refleja principalmente en el acceso al uso de métodos anticonceptivos. En 1976 se registró que 30.2 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas usaban métodos anticonceptivos, poco más de treinta años después el porcentaje aumentó a 72.3, a pesar de este avance, todavía hay sectores de la población en el país, sobre todo aquellos con desfavorables condiciones de desarrollo socioeconómico, que hacen poco uso de este derecho, en esta situación se destaca sobre todo a las adolescentes que actualmente presentan una prevalencia anticonceptiva de 44.4 por ciento, las hablantes de lengua indígena con 57.9 por ciento, las que no cuentan con nivel alguno de escolaridad con 60.2 por ciento y las residentes de zonas rurales con 63.7 por ciento.

Actualmente el país enfrenta el reto de atender una necesidad insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas de 10.0 por ciento, cifra que aumenta en los grupos con rezago, como son las adolescentes (24.8%), en las mujeres hablantes de lengua indígena (21.7%), en las mujeres sin escolaridad (17.9%) y las residentes de zonas rurales (15.9%).

Un avance de la orientación integral en la planificación familiar ha sido el aumento del porcentaje de mujeres que se atienden durante el parto por personal calificado, lo que ha

contribuido en la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil. En 1976, apenas poco más de la mitad de las mujeres eran atendidas durante el parto por un médico (54.7%), mientras que 39.6 por ciento acudía a una enfermera o partera y 5.7 por ciento era atendida por otro o ella misma; en 2009, la mayoría de las mujeres 93.8 por ciento fueron atendidas por un médico, 3.3 por ciento por enfermeras o promotoras de salud, 1.6 por ciento por parteras o comadronas y 1.4 por ciento por otro o ella sola.

A pesar de ello, las mujeres continúan falleciendo por causas maternas, en 1990 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) era de 89.0 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, en 2012 fue de 42.3, lejos aún de la meta establecida en los Objetivos del Milenio que se espera llegue en 2015 a 22.3 muertes ocasionadas por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio¹.

El cambio en la estructura por edad y sexo –feminización de la vejez– con las condiciones de desigualdad social y económica que prevalecen en el país, así como con el actual perfil epidemiológico resultado de los aspectos anteriores y de una mayor presencia de hábitos y conductas de riesgo que implicarán retos en materia de salud que habrán de enfrentar las mujeres. De acuerdo con datos obtenidos en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (2000 y 2012) el sobrepeso y la obesidad en las mujeres pasó de 64.1 a 73.0² por ciento en esos doce años; la prevalencia de consumo de alcohol en mujeres mayores de 20 años se ha incrementado de 24.3 a 41.3³ por ciento, aunque el consumo de tabaco ha presentado en 12 años una ligera disminución en las mujeres de 20 años y más de 10.2% a 9.9%⁴.

¹ Cifras de la Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas 2011.

² Barquera, Simon *et ál.*, “Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012”, pp. 151-160.

³ Guerrero, Carlos Manuel *et ál.*, “Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México”, pp. 282-288.

⁴ Guerrero, Carlos Manuel *et ál.*, “Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México”, pp.276-281.

Todo ello, aunado a la falta de acceso a servicios de salud de calidad que permitan prevenir, diagnosticar, tratar y en muchos casos curar algunos padecimientos ha ocasionado que entre 1990 y 2012 el cáncer de mama haya aumentado de 12.2 a 17.1 muertes por cada cien mil mujeres mayores de 25 años, en el mismo periodo la tasa de mortalidad por diabetes mellitus se incrementó de 33.4 a 73.1 muertes por cien mil mujeres (un aumento de 54.4 por ciento), lo mismo que las enfermedades isquémicas del corazón de 21.7 a 54.7 muertes por cien mil mujeres lo que representa un incremento de 60.3 por ciento⁵.

Para poder lograr mejoras en la salud femenina habrán de establecerse de manera coordinada políticas educativas y sociales que acerquen, en todos los sentidos, la salud a las mujeres; una vez logrado el acceso a los servicios de salud conseguir que éste sea de calidad y permita diagnosticar cualquier padecimiento de manera oportuna. Del mismo modo habrán de implementarse acciones que logren abatir o al menos disminuir los factores de riesgo, muchos de ellos modificables y que responden a la conducta y hábitos de las personas.

Sin embargo, aún en estas circunstancias las mujeres han mostrado una mayor longevidad en las sociedades modernas. Actualmente, en el país la diferencia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 5 años. El diferencial podría aumentar con el avance en la transición demográfica y epidemiológica, a medida que los factores biológicos de la mortalidad adquieren un mayor peso dentro de los determinantes de la variable. Así mismo la situación de violencia que vive el país está determinando una sobre mortalidad masculina en las edades de adultos jóvenes, lo que repercute en un diferencial elevado en la esperanza de vida.

Por su parte, la mayor esperanza de vida para las mujeres determina el fenómeno llamado “feminización de la vejez”: las mujeres sobreviven a sus parejas por un periodo cada

⁵ Cálculos de tasas con base en INEGI/SS. Bases de datos de las defunciones 1990 y 2012 y CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

vez más prolongado, para el presente año, la esperanza de vida de las mujeres es de 77 años, en tanto que la los hombres es de 72. La violencia, por su parte, deja viudas más jóvenes, con hijos más pequeños. Esta, es una situación de importante desventaja para las mujeres.

En México, como en muchos países, la mujer ha vivido un pasado de desigualdad en el acceso y continuidad en el trabajo, el nivel educativo, la remuneración, los ingresos, el acceso a la propiedad, la vivienda, a seguros y a otros bienes que ayudan en situaciones de emergencia y en la vejez.

De acuerdo a Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, 20.6 por ciento de las mujeres que se encontraban ocupadas sufrieron discriminación laboral, de las cuales a:

- 52.1 por ciento le han pagado menos que a un hombre que desarrolla el mismo trabajo o puesto;
- 53.4 por ciento ha tenido menos oportunidad que un hombre para ascender;
- 33.7 por ciento ha recibido menos prestaciones que un hombre que tiene el mismo nivel o puesto;
- 21.2 por ciento debido a su edad o estado civil le han bajado el salario, despedido o no la contrataron;
- 27.9 por ciento en su trabajo le han pedido la prueba de embarazo.

De esta forma, la seguridad social de la mujer es motivo de preocupación, ya que sólo 3 de cada 10 mujeres ocupadas cuentan con acceso a instituciones del sector salud y a otras prestaciones, donde se destacan las siguientes causas: a) desigualdades del mercado laboral y por tanto de la seguridad social; b) acceso de la mujer al mercado de trabajo cada vez en condiciones de mayor precariedad y sin seguridad social; c) el ciclo laboral de la mujer difícilmente permite acumular el tiempo requerido y cotizar lo suficiente para pensionarse,

más aun cuando los tiempos de trabajo no son continuos y los requisitos de edad y cotización aumentan y; d) la pobreza familiar que debilita los apoyos intergeneracionales.

En las zonas urbanas la distribución de la posición en el trabajo para hombres y mujeres de 14 años y más ocupados presentan porcentajes distintos; 71.7 por ciento de los hombres trabaja como subordinado remunerado, 18.9 por ciento como trabajador por cuenta propia, 6.6 por ciento como empleador y 2.7 por ciento como trabajador sin pago; en el caso de las mujeres, 68.6 por ciento eran trabajadoras subordinadas remuneradas, 21.6 por ciento era trabajadora por cuenta propia, 7.2 por ciento trabajadora sin pago y 2.6 por ciento empleadora (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2012).

Actualmente, de acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2010, el 90 por ciento de los hombres de 60 años y más vive en hogares familiares, mientras que sólo el 87.4 por ciento de las mujeres de esta misma edad viven en hogares de este tipo. El 9.2 por ciento de los hombres de 60 y más, vive en hogares unipersonales, frente al 12 por ciento de las mujeres de estas mismas edades. De igual forma, en hogares corresidentes sólo 0.3 por ciento de los hombres de 60 años y más vive en este tipo de hogares, en contraste con 0.5 por ciento de las mujeres. Estas cifras, muestran cómo las proporciones de mujeres que viven sin un entorno familiar cotidiano son significativamente mayores. De hecho, el 60 por ciento de los hogares unipersonales donde el jefe es una persona mayor de 60 años corresponde a las mujeres.

El aumento en la escolaridad femenina entre las generaciones jóvenes y el incremento de la participación femenina en los mercados laborales; los programas de apoyo a personas mayores y los seguros para jefas de familia sin duda son signos positivos, pero se requieren políticas de género que enfrenten de manera integral el proceso de envejecimiento con un enfoque de género.