

● serie estadísticas de género ●

El enfoque
de género en la
producción de las
estadísticas sobre salud
en México

**Una guía para el uso y una referencia
para la producción de información**

INSTITUTO
NACIONAL
DE LAS
MUJERES



FNUAP



OPS/OMS

pnud



unicef



INEGI

El enfoque
de género en la
producción de las

estadísticas sobre salud

en México

**Una guía para el uso y una referencia
para la producción de información**

INSTITUTO
NACIONAL
DE LAS
MUJERES



FNUAP



OPS/OMS

pnud



unicef



INEGI

© INMUJERES / UNIFEM
ISBN 968-7729-24-4

INMUJERES	UNIFEM
Instituto	Fondo de Desarrollo
Nacional	de las Naciones
de las	Unidas para
Mujeres	la Mujer

Esparza Oteo 119	Av. Presidente
Colonia Guadalupe Inn	Mazaryk 29
Alvaro Obregón	piso 10, Polanco
México, D.F.	México, D.F.
01020	11570

Diseño: Arroyo+Cerda, S.C.
Producción: Editorial Sestante, S.A. de C.V.

Índice

Presentación	7
Introducción	9
I. Las estadísticas de género	11
II. La relevancia del enfoque de género en la producción de estadísticas sobre salud	13
III. La generación de estadísticas sobre salud en la actualidad	15
■ La disponibilidad de información. Alcances y limitaciones	15
Sistema Nacional de Información en Salud	
Sistemas institucionales de información	
Encuestas Nacionales de Salud	
IV. Mortalidad	25
■ Mortalidad general	25
Las expectativas de vida de la población mexicana	
Tasas específicas de mortalidad por sexo	
■ Causas de Muerte	27
Causas de muerte por sexo y grupos de edad	
Mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas	
■ La mortalidad a lo largo del ciclo vital	29
Mortalidad infantil	
Mortalidad neonatal y posneonatal	
Características sociodemográficas de la mortalidad infantil	
Mortalidad preescolar	
Mortalidad escolar	
Mortalidad adolescente y joven	
Mortalidad de los adultos	
Mortalidad en la vejez o en edad senescente	
V. Salud y morbilidad	39
■ Utilización de Servicios de Salud y Servicios Hospitalarios	39
■ Mortalidad hospitalaria	43
■ Morbilidad por causas crónicas seleccionadas	45
VI. Salud reproductiva	47
■ Planificación familiar	47
Conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos	
Métodos anticonceptivos utilizados	
Lugar de obtención de los métodos anticonceptivos	
Características de la población usuaria de métodos anticonceptivos	
Demanda insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos	
Número ideal y deseo de más hijos	

VII.	Fecundidad y salud	55
■	Tasa global y tasas específicas de fecundidad	55
■	Atención prenatal	56
	Cobertura de atención prenatal	
	Lugar de revisión	
	Tipo de revisión	
■	Atención en el parto	58
	Resolución del parto	
■	Atención en el puerperio	59
■	Mortalidad materna	60
	Causas de mortalidad materna	
	Aborto	
	Cáncer cérvico uterino y mamario	
	Atención materno infantil	
	Lactancia Materna	
	Atención del recién nacido e inmunizaciones	
	Enfermedades de transmisión Sexual	
	VIH-SIDA	
VIII.	Adicciones	69
■	Consumo de Tabaco	69
■	Alcohol	70
■	Drogas médicas	71
■	Drogas ilícitas	72
IX.	Violencia	73
■	Accidentes y agresiones	74
■	La violencia contra las mujeres	75
X.	Prestaciones sociales	79
■	Población derechohabiente o legal	79
■	Población usuaria de servicios de salud	80
■	Población ocupada con prestaciones sociales	81
■	Pensionados	82
XI.	Recursos materiales y humanos y riesgos de trabajo	83
XII.	La mediación del género en el mundo de la salud: percepciones masculinas y femeninas	87
■	Salud Sexual	87
	Uso del condón	
	SIDA	
■	Percepción de los adultos mayores sobre su estado de salud	89
XIII.	Algunas reflexiones y recomendaciones sobre la necesidad de realizar modificaciones a las fuentes de información	91
	Bibliografía	94
	Índice de información incluida en diskette	96

Presentación

“Los productores necesitan entrenamiento para mejorar su entendimiento de los tópicos de género, y aprender los requerimientos de la producción de estadística de género. Por otro lado, los usuarios necesitan ser entrenados sobre el uso efectivo de las estadísticas en su trabajo y expresar sus demandas a los estadísticos”

Hedman, B., Perucci y Pehr Sundström, 1996.

El conocimiento sobre la inequidad de las oportunidades que disfrutan hombres y mujeres en nuestra sociedad es cada día mayor. A ello, sin duda, contribuye la información que cada vez con más frecuencia demuestra la existencia de tal asimetría en los terrenos social, económica, política y cultural.

Usuarios y generadores de datos estadísticos coinciden al afirmar que una de las principales herramientas que puede contribuir mejor a mostrar las situaciones de inequidad de género¹ es la información estadística, ya que permite medir la magnitud de las desigualdades. No obstante este reconocimiento, gran parte de la producción de información estadística continúa generándose sin tomar en cuenta los roles, tareas y responsabilidades distintas de hombres y mujeres en la sociedad y, en consecuencia, sin considerar la condición social de unos y otras. Por ello los usuarios que buscan develar las desigualdades de género, han insistido en la necesidad de introducir la perspectiva de género en la producción de datos estadísticos. Esta tarea se plantea como un asunto urgente e indispensable para avanzar en los planes y programas públicos orientados a alcanzar mayor equidad en la sociedad.

Incorporar el enfoque de género en las fuentes regulares de información, ya sean censos, encuestas o registros administrativos, no es una tarea sencilla; exige un gran esfuerzo por parte de los productores de información, ya que demanda la modificación de procedimientos regulares de generación de datos, lo que a su vez requiere no sólo creatividad, sino la participación comprometida de los usuarios de la información. Sólo con la combinación del esfuerzo y trabajo de ambos actores, es posible llevar a cabo los cambios que requiere la producción estadística para satisfacer las demandas emergentes de información, es decir, para lograr su cabal modernización.

Dentro de las tareas más relevantes en el proceso de creación de un sistema de información con enfoque de género, se encuentra la de sensibilizar a los generadores de datos acerca de la importancia de incorporar esta óptica en la producción estadística. Con tal propósito la Comisión Nacional de la Mujer (CONMUJER), hoy Instituto Nacional de las Mujeres², el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), organizaron cinco talleres de Sensibilización sobre el Enfoque de Género en la Producción de Información Estadística en el marco del proyecto: Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM).³ En dichos talleres se logró reunir la experiencia de productores y usuarios de estadísticas nacionales en diversos temas. También se logró crear espacios de discusión y reflexión propicios para alcanzar una mayor conciencia sobre la importancia de producir y hacer uso de los datos que hagan visible la situación social de las mujeres y su contribución a la sociedad, y al mismo tiempo, permitan inferir sus necesidades específicas.

El Taller Sectorial sobre Estadísticas e Indicadores de Salud con Enfoque de Género se realizó durante el mes de marzo de 1998 en la Ciudad de México. Su propósito fue sensibilizar a productores y usuarios⁴ de estadísticas sobre la necesidad de disponer de datos e indicadores confiables, representativos y de fácil acceso para estudiar y mejorar la situación de las mujeres en la sociedad, y la de su salud en particular. En él se conjugaron las experiencias y competencias de los participantes para identificar los medios que permitan, en el futuro inmediato, mejorar la recolección, análisis y utilización de los datos sobre la salud de las mujeres, así como identificar información inédita con la que sea posible construir nuevos indicadores y proponer mejoras en los instrumentos de recolección y procesamiento de los datos desde la perspectiva de género.

El presente trabajo expone algunas de estas reflexiones; se incluyen también las aportaciones que algunos estudiosos, generadores de información y diseñadores de políticas, han hecho en torno a lo que significa incorporar el enfoque de género en la producción de estadísticas sobre salud; se presentan asimismo datos e indicadores que dan cuenta de la situación que hombres y mujeres viven en el terreno de la salud, con el afán de generar una nueva actitud frente a los procesos de generación estadística en el país.

¹ El término género alude a la distinción de los atributos de hombres y mujeres que son asignados por la sociedad. Las relaciones de género se expresan en valores, percepciones prácticas y actitudes sociales. Por su parte, el término sexo se refiere a las características biológicas destacando las diferencias entre unos y otras que se reconocen como permanentes en un determinado momento histórico. Por ello se considera que, a excepción de las características biológicas, la mayor parte de los rasgos que en una sociedad determinada distingue a hombres y mujeres pueden cambiar en la medida en que se reelaboran las concepciones de lo masculino y lo femenino en el imaginario colectivo.

² A partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, el 12 de enero de 2001, se crea el Instituto Nacional de las Mujeres: organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal.

³ El proyecto SISESIM se lleva a cabo en el Instituto Nacional de las Mujeres en coordinación con el INEGI y bajo los auspicios de UNIFEM, UNICEF, PNUD, OPS y FNUAP. Este proyecto tiene como propósito ofrecer series de indicadores que muestren la situación demográfica, social, económica y política de las mujeres mexicanas en relación con los hombres. El SISESIM se da como respuesta a los compromisos asumidos por el gobierno de México, de acuerdo con la Plataforma de Acción de Pekín. Específicamente con el artículo referido a la necesidad de disponer de indicadores que permitan cuantificar la contribución de las mujeres al desarrollo, así como visualizar las diferencias de género, para la elaboración y puesta en marcha de políticas encaminadas a la equidad.

⁴ Entre las instituciones participantes destacan: la Dirección General de Estadística de la SSA, La Dirección General de Salud Reproductiva de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, CONAPO, CONASIDA, IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS, INEGI, INP, INSEN, ISSSTE, DAVD/PGJDF, UAM/I, UNAM, UNIFEM, CIDE, INSP, INI, GIRE, COLMEX.

Introducción

Uno de los objetivos del Instituto Nacional de las Mujeres es “*Eliminar las desigualdades que impiden a las mujeres alcanzar una salud integral*” para cuyo cumplimiento se diseñaron las siguientes líneas estratégicas específicas:

1. **Desarrollar en coordinación con el Sector Salud, el presupuesto que se requiera para el diseño, operación y evaluación de las políticas públicas en la materia y con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, indicadores de género que orienten el diseño, operación y evaluación de la políticas públicas de salud desde la perspectiva de género.**
2. **Proponer en coordinación con el Sector Salud, el diseño y puesta en marcha de programas y servicios de salud integral para mujeres, considerando las diferencias en ciclo de vida, condiciones sociales, económicas, culturales y regionales.**
3. **Promover en coordinación con el Sector Salud, el incremento de programas y servicios de salud física y mental, así como de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género, en lo que se incluya la atención a mujeres y niñas desde la adolescencia hasta el climaterio.**
4. **Desarrollar en coordinación con el Sector Salud, mecanismos que permitan evaluar la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud.**
5. **Capacitar y sensibilizar a las personas encargadas de diseñar políticas y programas, así como de proporcionar servicios de salud, en el tratamiento adecuado de los problemas específicos de género.**

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2000-2006.

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud como “el estado completo de bienestar total (físico, mental y social) y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición no sólo dimensiona la condición humana sino también releva la calidad de la vida. Lamentablemente las dificultades que implica abordar la salud desde este enfoque integral, que incorpora además del sector salud a muy diversos actores que también participan en la construcción de la salud de la población, han ocasionado que se valore la salud desde la perspectiva de su estado negativo (Gómez, 1993).

Para tratar de subsanar esta limitante se ha analizado la salud de la población en su relación con las condiciones económicas, sociales y culturales, pero aún desde esta óptica su tratamiento se reduce al análisis de la privación de las condiciones de salud y del acceso a los servicios que la restablecen o que previenen la presencia de riesgos y daños.

Un giro importante en la concepción de la salud de la población consiste en reconocer que la salud de hombres y mujeres no puede ser tratada de la misma manera. En virtud de que desempeñan distintos roles, se les ha asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades, viven de manera diferente las consecuencias de la enfermedad y están expuestos a riesgos distintos en función de sus roles y ocupaciones; además, uno y otro sexo buscan los servicios de salud de forma diferente y tienen un acceso diferencial a ellos.

En otras palabras; la concepción de la salud desde una perspectiva de género plantea que en el estado de salud y en los cuidados que se procuran los hombres y las mujeres intervienen, además de los factores biológicos y los relacionados con su condición social y económica, una serie de circunstancias ligadas al desempeño de sus roles sociales determinados por su condición de género.

Debido a dichas diferencias, se hace necesario considerar en el análisis de la salud-enfermedad de la población los procesos específicos que atañen a mujeres y a hombres y relacionarlos con los aspectos sociales y culturales que intervienen en ellos (García, 1997). Recurrir a la perspectiva de género para conocer el estado de salud de la población, significa enriquecer los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad que utilizan como base las categorías de clase, etnia, región geográfica y circunstancias históricas, porque constituye un ámbito de reflexión y construcción teórica sobre el cual no se había puesto atención: la construcción social de los rasgos de personalidad, valores y actitudes de mujeres y hombres que actúan en las situaciones del diario vivir, las que a su vez pueden actuar condicionando riesgos (Gómez, 1993).

Para atender y hacer realidad esta necesidad, se requiere de información estadística que recupere las necesidades de salud de hombres y mujeres en la planeación y programación de políticas para este sector.

I. Las estadísticas de género

El enfoque de género:

- **Significa tomar en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres que adopta el proceso de desarrollo y analizar, en cada sociedad y circunstancia, las causas y los mecanismos institucionales o culturales que estructuran la desigualdad de oportunidades y de resultados entre ambos sexos.**
- **Representa trasladar el acento puesto hasta ahora en las mujeres como grupo particular, hacia una visión que permite ver cómo las diferencias entre ellas y los hombres constituyen un eje generador de la desigualdad social que atraviesa el conjunto de las relaciones sociales y jerarquiza, en detrimento de ellas, oportunidades, habilidades capacidades, roles y funciones, méritos y recompensas para unas u otros.**
- **Plantea nuevos desafíos a la formulación de las políticas públicas, ya que reubica el énfasis de las dirigidas a las mujeres —anteriormente centrado en los aspectos sociales de su malestar— y lo hace girar hacia acciones que buscan fortalecer su posición social, económica y política, mediante políticas de equidad.**

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2000-2006.

Las relaciones de género⁵ se llevan a cabo de manera cotidiana tanto en el espacio público como en el privado; hombres y mujeres interactúan siguiendo las pautas y expectativas sociales, cumpliendo los roles que a cada uno la sociedad les ha asignado.⁶ Lo hacen en la esfera de la producción, en las relaciones familiares y sociales y en el campo de la política.

Las relaciones de género son puestas en práctica de acuerdo con normas, leyes, prescripciones y estereotipos que denotan relaciones de poder y autoridad basadas en gran medida en el control de recursos sociales y materiales. A ello se debe, en buena parte, que las políticas y acciones públicas tengan efectos distintos sobre las mujeres y los hombres.

Ciertamente, hombres y mujeres contribuyen de manera claramente diferenciada en los distintos ámbitos de la sociedad; la forma en que ésta devuelve, en forma de beneficios, el esfuerzo de dicha contribución es, hasta ahora, marcadamente desigual y carente de equidad. La valoración social ha retribuido mejor la contribución masculina. En este sentido, las políticas de desarrollo no han sido neutrales. Ellas, junto con el marco jurídico que regula las acciones de hombres y mujeres en la sociedad, les han afectado de manera diferente, y la mayor parte de las veces las mujeres han estado en desventaja.

Numerosos estudios llevados a cabo en distintos países han puesto en evidencia que las asimetrías e inequidades de género tienden a perpetuarse y exacerbarse cuando las diferencias sociales, la marginalidad y exclusión social están más enraizadas.

En años recientes, con el desarrollo de las ciencias sociales, se ha puesto especial énfasis en la necesidad de extender el conocimiento al entendimiento de las expresiones sociales de las relaciones de género desde la perspectiva del comportamiento y opinión individual. En este sentido, los datos referidos a las percepciones, actitudes y valores son de suma importancia en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva de género.⁷ Asimismo, la información sociodemográfica de los registros administrativos de las instituciones públicas así como de las encuestas en hogares, constituye la materia privilegiada para este propósito (Locoh, *et al*, 1996). Estas fuentes de datos, junto con los censos, son también instrumentos excelentes para el análisis de las expresiones de género que se observan en nuestras sociedades. En la mexicana, como en muchas otras, la percepción acerca de los papeles de género está fuertemente permeada por estereotipos y concepciones tradicionales alejados de la contribución, participación y situaciones reales de hombres y mujeres en la sociedad.

Poner en la corriente de género la producción estadística significa reconocer que:

- Las características de género son construcciones sociales y en consecuencia pueden modificarse.
- Hay una amplia gama de aspectos injustos y no equitativos entre hombres y mujeres y en la posición que ocupan las mujeres en la esfera económica, política y sociocultural.

A pesar de la transformación de las sociedades en la mayor parte del mundo, de los cambios en la división del trabajo por la creciente participación femenina en el mercado de trabajo, los valores continúan anclados en estereotipos fuertemente arraigados en la cultura. Este hecho ha marcado la producción estadística y es una de las razones más importantes que explican la invisibilidad estadística de las mujeres en aspectos cruciales de su participación y contribución en la sociedad. En muchos casos, la producción estadística responde a las concepciones masculinas sobre lo que se quiere medir, en otros, la sola idea de que no existen diferencias por sexo o de que éstas, de existir, no son relevantes, orienta las formas de recabar la información o la manera de divulgarla.

Por ello, la idea de evidenciar las asimetrías de género cobra cada vez más fuerza. Para el INEGI, para el Instituto Nacional de las Mujeres y para el Sistema de Agencias de Naciones Unidas está claro que la forma más efectiva de que las personas modifiquen sus concepciones distorsionadas, erróneas y estereotipadas sobre los roles de género, y tengan bases más objetivas para el cambio, es mediante el reconocimiento de la realidad de hombres y mujeres. A partir de la información se puede proveer de herramientas útiles para tener percepciones más acordes con dicha realidad y posibilitar así la promoción de los cambios.

Con frecuencia los productores de estadísticas que aún no están sensibilizados a los asuntos de género, aseveran que cuando los datos que producen se diferencian por sexo se están tratando las relaciones de género. Por el contrario, quienes analizan la sociedad desde una perspectiva de género, insisten en que aun cuando las estadísticas se distinguen de acuerdo al sexo de los individuos, esto no es suficiente para comprender el conjunto de relaciones socialmente construidas entre los sexos.

Los indicadores de género son de gran utilidad para:

- ▶ Sensibilizar a los hacedores de política y planificadores para que introduzcan en las políticas cambios que favorezcan la equidad de género.
- ▶ Proporcionar conocimientos básicos para formular políticas efectivas para hombres y mujeres.
- ▶ Medir y evaluar los efectos de las acciones públicas y poder prevenir efectos nocivos en futuras acciones, así como reorientar la formulación de las políticas y acciones que, a la luz del seguimiento y la evaluación, se consideren equivocadas.
- ▶ Brindar elementos —con el apoyo de medios de difusión efectivos— para que hombres y mujeres puedan comprender y mejorar su vida.
- ▶ Generar nuevas ideas sobre las formas de acceso a una mayor equidad de género
- ▶ Promover el respeto de los derechos de las mujeres.

La generación de datos sensibles al género debe tener en cuenta las formas de exclusión y subordinación que tienen su origen en las relaciones de género. En este sentido, han de constatar la existencia de diferencias sociales que se expresan en relaciones sociales inequitativas.

En efecto, las estadísticas sobre la población que ofrecen sistemáticamente estructuras y composición por edad y sexo son un aliado, además de requisito indispensable para analizar determinadas variables desde esta perspectiva. Son precisamente algunas de las estadísticas desagregadas por sexo las que han evidenciado aspectos cruciales de las diferencias de género. Pero esto es insuficiente. La descripción por sexo es un requisito que se suma a la *necesidad de hacer visibles los vínculos entre causa y efecto de tales disparidades*. Por ello, se ha subrayado la importancia de la descripción de las relaciones de género, enfatizando el aporte que esta perspectiva ha hecho frente al desafío que significa hacer visible la condición social de las mujeres.

Poner en la corriente de género la producción de las estadísticas oficiales requiere de la corresponsabilidad de usuarios y productores. Ellas constituyen la evidencia objetiva que requieren los hacedores de política, planificadores e investigadores para orientar adecuadamente su trabajo.

En la actualidad, nuestro país cuenta con un importante acervo estadístico que ofrece un amplio potencial para ser incorporado en la corriente de género. Cambios en las formas de medición de algunos aspectos relevantes de la posición y participación de hombres y mujeres en la sociedad y en consecuencia, modificaciones en conceptos y definiciones así como en la presentación y diseminación de los datos, constituyen un reto que se suma a la ya de por sí enorme tarea de producir información confiable y oportuna.

Los indicadores de género son indicadores que contienen información estadística con enfoque de género, que promueven la comprensión de la situación real de las mujeres y hombres en la sociedad.

⁵ Véase la nota número 1.

⁶ La distribución de roles y responsabilidades entre hombres y mujeres está determinada básicamente por la división sexual del trabajo, la cual atribuye a ellos la responsabilidad de las tareas productivas (trabajo extradoméstico) y a ellas el trabajo denominado reproductivo (trabajo doméstico).

⁷ En México, existen muy pocas fuentes de datos que han recogido este tipo de información: Observatorio sobre la Condición de la Mujer en México (1999); Encuesta Nacional de Salud (SSA,2000), (aunque sin tener un contenido específico de género); Encuesta Nacional de Planificación Familiar (CONAPO,1995); Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente (IMSS,2000).

II. La relevancia del enfoque de género en la producción de estadísticas sobre salud

La incorporación del enfoque de género en las estadísticas de salud exige identificar previamente la problemática presente en cada tipo de fuente de datos, con el propósito de instrumentar las modificaciones necesarias, tanto en términos de captación de datos como en su presentación y divulgación. En este esfuerzo, usuarios y productores han sido convocados por el proyecto Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer (SISESIM) para realizar una revisión minuciosa de las estadísticas del sector que permita conocer su alcance y limitaciones. Gran parte de este trabajo se expone a continuación y se suma a la reflexión que, con base en la experiencia de la revisión de los instrumentos estadísticos y en la sistematización de los distintos hallazgos de la investigación reciente sobre el tema, ha llevado a cabo el equipo de trabajo del citado proyecto.

El enfoque de género en las estadísticas de salud

La necesidad de introducir la perspectiva de género en la producción de las estadísticas de salud parte de la consideración de que la exposición al riesgo de enfermarse de hombres y mujeres no puede ser tratada de la misma manera, no sólo por sus diferencias biológicas sino por las que socioculturalmente le son asignadas y que llevan, en consecuencia, a que sus necesidades de salud sean distintas. Aspectos tales como hábitos de alimentación, el ambiente de trabajo, el estrés cotidiano, entre otros, colocan a uno y a otro sexo en situación de riesgo de daño a su salud de manera diferente, y de ello deben dar cuenta las fuentes estadísticas oficiales (López, 1997).

Muchas de las enfermedades y riesgos de salud a los que están expuestas las mujeres se relacionan con su función reproductiva y otros se exacerbaban con el embarazo (Hedman *et al*, 1996). Sin embargo, circunscribir las enfermedades y riesgos de salud de las mujeres exclusivamente a su función reproductora, es reducir la visión sobre su salud, ya que ellas enfrentan otros riesgos y padecimientos vinculados con los roles y ocupaciones que desempeñan en el ámbito doméstico y extradoméstico. Estos riesgos y padecimientos varían de acuerdo con la edad, y están fuertemente influenciados por el contexto social de pertenencia; pero también varían, de manera importante, por su condición de género. De ahí la necesidad de establecer con claridad las diferencias entre salud de la mujer, salud reproductiva y salud materno-infantil dentro de marcos conceptuales que consideren elementos tales como la condición social de la mujer, las desigualdades de género o las relaciones de poder que aparecen como determinantes sociales que inciden en las variables intermedias de morbilidad y mortalidad infantiles y maternas, en la salud de la mujer, en anticoncepción y aborto y en el uso de medidas preventivas contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (Szasz, 1998).

En México existe una diversidad de escenarios socioeconómicos y culturales, en los que la dimensión de género adquiere contornos específicos. De ahí que la influencia de las dimensiones de género en las condiciones para la salud deba ser analizada en su interacción con otras en las que están insertos los sujetos, como el grupo socioeconómico, el grupo generacional, la etapa en la trayectoria de vida y la ubicación en la estructura familiar, entre otras. La identificación de distintos grupos de mujeres en contextos sociohistóricos y universos de significado, permitirá analizar más estrechamente los posibles vínculos entre condición de género y daños a la salud (Martínez, 1998).

Entre las desigualdades sociales de género se encuentran: la menor atención en la formación escolar para las mujeres, desventajas en el acceso y calidad de la atención a la salud, discriminación en el acceso al empleo, los ingresos, las condiciones de trabajo y la seguridad social, escasa participación en la definición de políticas, programas y normas que las afectan y mayor carga de trabajo incluyendo las tareas domésticas (Szasz, 1998). La baja escolaridad de las mujeres se asocia con sobremortalidad y morbilidad materna e infantil. El bajo ingreso de las mujeres que trabajan y de las jefas de familia, el escaso acceso a recursos de las que no trabajan, la sobrecarga de trabajo y las deficiencias alimenticias, constituyen otros elementos que afectan las condiciones de salud de las mujeres.

Además, las mujeres son vulnerables a las condiciones emocionales de sus relaciones y a la violencia masculina, vulnerables económicamente y también por desinformación y por las concepciones distorsionadas sobre lo que es una conducta sexual segura.

Por otro lado, los cuidados de la salud que otorgan las mujeres en el ámbito doméstico y familiar (denominados "informales") se sustentan en una serie de saberes, decisiones y conductas de atención fuertemente permeadas por estereotipos, normas y percepciones de género. Los hogares son espacios de origen de la terapéutica tradicional y de las redes de autoayuda que se recargan, mayoritariamente, en los hombros de las mujeres y constituyen una parte importante del "trabajo invisible", no valorado socialmente. Esta es la razón por la cual no se le considera como parte de la producción de servicios de salud y no forma parte de la contabilidad nacional.

Por ello, el enfoque de género considera que el proceso de socialización de las mujeres, la definición de su identidad en torno a la maternidad y el cuidado de otros, su situación desventajosa en el ámbito social y en los mercados de trabajo, y la consecuente insatisfacción en sus vidas, define en ellas una vulnerabilidad y actitud diferente a la del varón frente a la morbilidad, a los agentes médicos y a las prescripciones terapéuticas (Szasz, 1998).

Debido a lo anterior, la producción de estadísticas de salud con enfoque de género no puede restringirse a la simple desagregación de los datos por sexo, aun cuando esta variable es de vital importancia. Debe mostrar también las influencias de las construcciones de género sobre el estado de la salud de hombres y mujeres y sobre su atención. Para que ello ocurra es preciso que en su elaboración se incluyan elementos de diversas dimensiones que tienen que ver con: necesidades específicas de atención; riesgos de salud específicos; comportamientos de búsqueda de atención; grado de acceso y de control sobre los recursos básicos para la protección de la salud y prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud (Gómez, 1993).

Asimismo, es preciso contar con estadísticas que reflejen la intencionalidad de las políticas públicas, y las circunstancias en las cuales las acciones públicas se enmarcan en el conjunto de derechos existentes. Sólo así será posible dar seguimiento y evaluar los programas con contenido de género emprendidos por el sector salud.

El problema del género y la familia ya no es una simple mediación filosófica. Toca las fibras más sensibles del desarrollo social y es una cuestión de supervivencia para una cantidad cada vez mayor de mujeres. La condición de la mujer y la salud infantil, reflejadas en las tasas de mortalidad materna e infantil, se encuentran íntimamente asociadas a las condiciones sociales y económicas, por lo que éstas son utilizadas como los mejores indicadores de bienestar de una población. Preservar la salud de las mujeres y los niños ya está catalogado como la inversión más adecuada para garantizar el futuro de toda sociedad, y una necesidad apremiante por el rezago que existe en la atención a estos grupos, sobre todo en la áreas rurales y marginadas.

Bobadilla et al., 1990, citado en *Figuroa, Comp.; La condición de la mujer en el espacio de la salud*, 1998.

III. La generación de estadísticas sobre salud en la actualidad

Gracias a los aportes de la perspectiva de género el dato numérico cobra ahora una dimensión más amplia y profunda la cual nos permite acercarnos a la realidad de la salud de hombres y mujeres de manera más fundamentada. No obstante los avances que se registran ya en algunas fuentes de datos del país, esta nueva forma de producir estadísticas constituye un proceso incipiente. Esto limita las posibilidades de contar con indicadores adecuados para entender y atender la situación de salud de hombres y mujeres y sus cambiantes necesidades en la materia.

Es preciso reconocer, sin embargo, que el país cuenta con fuentes de información cuyos datos desagregados por sexo permiten describir el estado de salud de hombres y mujeres, a pesar de algunas limitaciones desde la perspectiva de género, como veremos en los siguientes apartados. Previamente se hará una revisión sucinta de los alcances y limitaciones que tiene la información estadística sobre salud.

■ La disponibilidad de información. Alcances y limitaciones

Sistema Nacional de Información en Salud

La estructura del Sistema Nacional de Información en Salud tiene dos componentes institucionales y un mecanismo de enlace: el primer componente lo integran las instituciones propias del Sector Salud; el segundo las instituciones federales responsables tanto del Sistema Nacional de Información como de la política de población del país, enlazadas todas ellas por representantes de las instituciones de salud.

Las dependencias que integran el componente institucional del sector son: a) las instituciones responsables de la atención a la población abierta (Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad) así como algunas de las unidades de competencia estatal como los hospitales civiles y universitarios; b) las instituciones de seguridad social, tales como el IMSS y el ISSSTE, además de los Servicios Médicos de PEMEX, las Secretarías de Defensa y Marina c) instituciones encargadas de actividades de asistencia social, representadas principalmente por el DIF, y otras como los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), entre los más importantes, y d) el conjunto de los establecimientos médicos del sector privado.

El segundo componente del Sistema Nacional de Información Estadística en Salud, lo constituyen básicamente el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). El mecanismo de enlace está integrado por el Grupo Interinstitucional de Información, denominado frecuentemente Grupo Básico de Información, el cual está conformado por un representante de cada una de las instituciones antes mencionadas (Olaiz, *et. al.* 1994a).

La instancia nacional responsable de la Coordinación del Sistema Nacional de Información Estadística en Salud (SNIES) es, desde inicios de los años ochenta, la Secretaría de Salud en su papel de cabeza de sector. Ésta delega a la Dirección General de Estadística e Informática la responsabilidad de normar, integrar y difundir la información estadística generada por las instituciones que conforman el sector salud. Tal actividad ha sido posible gracias a la participación continua del Grupo Interinstitucional de Información, creado en 1983 con el propósito de coadyuvar a la integración y homogeneización de los hasta entonces segmentados sistemas institucionales de información.

En su origen dicho Grupo se integró únicamente por representantes de las instituciones más grandes: la SSA, el IMSS, el ISSSTE y el DIF; paulatinamente se fueron incorporando nuevas instituciones: INEGI y CONAPO (1985); los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SECMAR), (1988).

Si bien en la fase inicial de la conformación del Sistema de Información del Sector Salud se pretendió normar la captación de información desde el diseño y operación de formatos primarios homogéneos, pronto se hizo evidente que los intereses institucionales constituían barreras difíciles de salvar. Se optó entonces por trabajar en la homogeneización de conceptos y categorías relevantes para el Sistema de Salud, a fin de que se pudiera dar respuesta en forma operativa a las necesidades más apremiantes. Desde la década de los ochentas, el Sistema Nacional de Información Estadística en Salud quedó conformado en su estructura fundamental, de tal forma que su contenido conceptual permitió dar respuesta en ese momento sólo a los aspectos más globales que afectan las condiciones de salud de la población en general; se puso entonces poco énfasis en las necesidades de atención a grupos específicos de población. Es precisamente este antecedente el que explica, en parte, que la información requerida para los análisis de género (o para grupos especiales de población) sea bastante limitada, aún cuando según veremos más adelante, esta situación varía según los distintos componentes que conforman el SNIES.

El Sistema Nacional de Información Estadística en Salud ha sido estructurado en cuatro grandes categorías: a) El Subsistema de Población b) El Subsistema de Recursos para la Salud c) El Subsistema de Prestación de Servicios y el d) Subsistema de Daños a la Salud.

a) **El subsistema de Población** se conforma por dos módulos, uno de carácter demográfico y otro relativo a la cobertura de atención que brinda el Sistema de Salud. En el primer caso, se cuenta con información sobre el volumen de la población, su distribución geográfica, su estructura por edad y sexo, el número de nacimientos y defunciones, y otros componentes de la dinámica demográfica, con la que se realizan proyecciones de la población y estimaciones de la esperanza de vida. La información incluida en este subsistema proviene fundamentalmente de los censos de población, las estadísticas vitales que procesa el INEGI y las proyecciones de población elaboradas por el CONAPO. En cuanto al módulo de cobertura de atención, éste incorpora información de la población que es atendida y es responsabilidad de los servicios de salud de cada institución. Dicho módulo contiene la población derechohabiente, la población abierta, la población potencial,⁸ la que recibió atención médica (usuaria) y en caso procedente, la que no tiene acceso a los servicios de salud.

La desagregación de la información por sexo al interior de este subsistema varía según el módulo: para los datos demográficos se dispone de series históricas, independientemente de la fuente de información. En relación con el componente de cobertura, *no todas las categorías que lo conforman* (población derechohabiente, abierta, potencial, usuaria) *cuenta con la desagregación por sexo*, al menos para efectos de difusión de información. Al respecto cabe señalar, que el formato de registro primario a partir del cual se obtienen dichas cifras incluye la pregunta de si la persona es hombre o mujer, pero en la medida que prevalecen el carácter administrativo de dichos registros y las prácticas aún insuficientemente sistematizadas para la captura y procesamiento de la información, los *datos proporcionados institucionalmente engloban al conjunto de la población sin desagregarla por sexo*.

b) **El Subsistema de Servicios** se integra con la información que, respecto a la atención médica y a la salud pública, reportan las instituciones del sector: volumen y tipo de consultas, actividades de hospitalización según principales servicios, atención de partos, aplicación de biológicos, atenciones de planificación familiar y servicios auxiliares de diagnóstico. La mayor parte de esta información tiene un alcance estatal con excepción de la relativa a partos y usuarias de planificación familiar, en la que el nivel de desagregación geográfica llega hasta el municipio.

Si bien la mayoría de los conceptos incluidos en este subsistema no cuentan con la desagregación por sexo, debe puntualizarse lo siguiente; existe información que de acuerdo a como han sido concebidos los registros corresponde al sexo femenino, como sería el caso de aquellas atenciones prestadas en los Servicios de Gineco-Obstetricia o bien los datos de Planificación Familiar sobre usuarias activas y nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos. Por otra parte, recientemente se logró la incorporación de la variable sexo en el Programa de Vacunación Universal, gracias a lo cual podrán conocerse en forma nominal no sólo los esquemas completos y por tipo de biológico para niños y niñas, sino también el grado nutricional que presenta cada uno de ellos dado que la nutrición constituye también un nuevo componente del mismo.

La carencia de datos desagregados por sexo para otras variables incluidas en este subsistema obedece, en gran medida, a los flujos y procedimientos establecidos por las instituciones durante el proceso de generación de información. Una parte muy importante de la riqueza de la información registrada originalmente por el médico durante la atención (y que incluye la variable sexo), se pierde en el proceso de transición y concentración de los formatos primarios a los intermedios o de reporte. Un obstáculo que se señala reiteradamente para poder desagregar esta información, son las cargas excesivas de trabajo (en el proceso manual). Tal situación se evitaría de lograrse la sistematización de la información a partir del procesamiento de los formatos primarios, lo que será posible cuando toda unidad médica cuente con el apoyo tecnológico necesario.

c) **El Subsistema de Recursos para la Salud** da cuenta de la infraestructura disponible en el país para afrontar las necesidades de salud de la población; incluye el número de profesionales médicos, paramédicos, técnicos, auxiliares y personal administrativo que labora en los servicios de salud, tanto en actividades de contacto directo con el paciente como en otras labores auxiliares. **Al igual que en el primer subsistema, en el de Recursos para la Salud no se genera ni publica información desagregada por sexo**, a pesar de que existe en los archivos de cada institución el registro del sexo de los trabajadores o empleados. Esta variable es utilizada para muchos trámites de la vida activa de la persona pero no es explotada ni analizada desde el punto de vista estadístico. Tal situación se observa en todas las instituciones del sector, independientemente de su tamaño, antigüedad o desarrollo tecnológico, por lo que no es posible conocer el peso relativo de mujeres u hombres en los distintos puestos y labores realizados dentro del sector salud.

Los principales indicadores que se obtienen en este Subsistema se refieren a los recursos físicos, materiales, humanos y financieros. En el renglón de recursos físicos se dispone de: número de unidades médicas clasificadas por consulta externa u hospitales (generales o de especialidad). En el de recursos materiales: número de camas censables y no censables, de consultorios según tipo, número de laboratorios, gabinetes de radiología, quirófanos, salas de expulsión y bancos de sangre. En el de recursos humanos: personal médico (generales, especialistas, pasantes y residentes), personal paramédico (enfermeras, auxiliares, generales y especialistas) y personal técnico y profesional de apoyo en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (*ninguna de esta información diferenciada por sexo por las razones antes mencionadas*). En el rubro de recursos financieros: presupuesto ejercido por programa (por entidad federativa) y presupuesto ejercido por subprograma (nacional).

d) **El Subsistema de Daños a la Salud** está conformado por dos módulos principales: mortalidad y morbilidad. El componente de mortalidad a su vez se clasifica en mortalidad general y hospitalaria. En el ámbito de la morbilidad se distinguen tres aspectos: los motivos de consulta, los casos nuevos de enfermedades de notificación obligatoria y la morbilidad hospitalaria, medida ésta a través de las causas de egreso que reportan los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

De los tres componentes de la morbilidad el menos desarrollado es el referente a los motivos de demanda en consulta externa, debido en parte al gran volumen de eventos (más de 230 millones de consultas anuales) y a la carencia, en la mayoría de las instituciones, de personal capacitado para las labores de codificación, captura y procesamiento. Actualmente sólo el IMSS genera en forma regular dicha estadística.

Respecto a los "casos nuevos" de notificación obligatoria, reportados semanalmente por todas las instituciones del sector, estos consideraran como variable única de clasificación la edad, sin inclusión del sexo del paciente. Se han realizado varios intentos para considerar esta variable en los formatos de registro (EPI-I-95), pero el argumento de que el volumen de trabajo se triplicaría ha llevado a varias instituciones a rechazar la propuesta, a pesar del reconocimiento de la importancia de contar con tal desagregación.

En cuanto a las causas de egreso hospitalario (tanto en su componente de morbilidad como mortalidad), prácticamente todas las instituciones presentan información para hombres y mujeres, aunque con la limitante de que al no proporcionar bases de datos debidamente conformadas, sino tabulados, se pierde la riqueza que implicaría cruzar el sexo con variables tales como la edad, el servicio de atención y los días estancia, por mencionar algunos. Las posibilidades de solución en este caso son mayores, pues el problema se resuelve con la obtención sistemática de dichas bases de datos bajo un formato homogéneo. Si bien los datos no han sufrido modificación en cuanto al formato y desagregación para su difusión, es indudable que existen avances importantes, ya que son varias las instituciones que han proporcionado bases de datos prácticamente completas. Esto sugiere que en corto plazo será posible realizar análisis más detallados sobre la morbilidad de los hombres y las mujeres de México.

Es importante destacar que la información sobre causas de egreso del Sistema Nacional de Salud está disponible con diferentes grados de desagregación según las listas de causas (de morbilidad y mortalidad) propuestas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): lista básica, lista abreviada y lista por capítulos (novena revisión hasta 1997). A partir de 1998, fecha en que entra en operación la Décima revisión de la CIE, la información es presentada a partir de la Lista Mexicana, cuya estructura se asemeja a la Lista Básica.

En cuanto a la cobertura geográfica de la información, la estadística de "casos nuevos" se publica por entidad federativa, aun cuando es posible generarla a nivel de jurisdicción sanitaria y municipio. En lo que se refiere a Egresos Hospitalarios, hasta años recientes sólo existían datos nacionales; es a partir de 1997 que se cuenta con cifras por entidad federativa.

Por lo que toca al componente de la mortalidad general, cabe decir que es el más completo y antiguo del Sistema Nacional de Información en Salud. Además permite realizar todos los cruces por sexo, causa y edad, así como las otras variables que se incluyen en el certificado de defunción (estado civil, ocupación, escolaridad, derechohabiencia, sitio de la defunción, condición de atención médica, tipo de certificante), todo ello por entidad federativa, municipio y tamaño de la localidad.

La mortalidad general, es una estadística de periodicidad anual generada por el INEGI a partir de los certificados de defunción recolectados por las oficinas del registro civil en ocasión del levantamiento del Acta de la Defunción. La base de datos correspondiente es proporcionada a la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Estadística e Informática, quien en su carácter de usuario principal se hace responsable del análisis y difusión de los datos, apoyando con ello el diseño y seguimiento de Políticas de Salud.

Son múltiples los indicadores que pueden obtenerse de esta estadística: tasa de mortalidad general, tasas específicas de mortalidad, índices de sobremortalidad masculina, principales causas de defunción, causas seleccionadas, años potenciales de vida perdidos, etc. En particular debe mencionarse que la causa de la muerte se presenta en diversos niveles de desagregación: lista detallada, lista básica, lista abreviada y por capítulos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 hasta 1997; CIE-10 a partir de 1998). Cabe señalar que las defunciones registradas pueden ser analizadas desde la óptica de dos universos diferentes: según lugar de ocurrencia de la defunción o según lugar de residencia habitual del fallecido.

En relación a los datos estadísticos sobre consumo de alcohol y drogas, accidentes y violencia (particularmente hacia las mujeres, ejercida con frecuencia en el interior de los hogares) y la población con discapacidad entre otros, persisten grandes lagunas. Estos problemas han sido abordados en mayor o menor medida mediante el Sistema de Encuestas Nacionales. No obstante, cada vez en mayor medida las instituciones del Sector Salud toman conciencia de la relevancia e implicaciones que tales aspectos tienen sobre la salud de la población y se organizan para abordar el registro de eventos con el propósito de conocer su magnitud. Se comentan a continuación algunas acciones emprendidas sobre cada uno de los problemas mencionados.

- Respecto al consumo de alcohol y drogas, la Secretaría de Salud llevó a cabo hacia 1994 una encuesta en el ámbito nacional y regional para caracterizar ambos fenómenos; tal ejercicio se repitió en 1998; los resultados permiten dar seguimiento al comportamiento observado en diferentes regiones del país. Por otro parte, de manera rutinaria, los Centros de Integración Juvenil recogen información al respecto (con periodicidad anual) la cual no es extrapolable, sin embargo, a la población en su conjunto. Algunas instituciones como la SSA llevan a cabo acciones de detección, que aún no han alcanzado la magnitud ni la prioridad requerida.

- En cuanto al problema de las lesiones, ocasionadas tanto por accidentes como por violencias, debido a su naturaleza deben ser analizadas por separado. Si bien existen datos de mortalidad que documentan el daño máximo que sufren las personas por esos eventos, no se ha logrado aún contar con una estadística que permita conocer a nivel de "morbilidad" la frecuencia de la ocurrencia de tales hechos.

Puede parecer poco creíble el hecho de que a pesar de que los accidentes ocupaban hasta hace pocos años la tercera causa de muerte (actualmente la primera entre la población de uno a 59 años de edad), con un fuerte componente de género, se desconozca el número y características de los accidentes atendidos dentro del Sistema Nacional de Salud. Como respuesta a ello, la Secretaría de Salud diseñó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los Accidentes y las Lesiones (SIVEPAL), cuya implementación se encuentra en proceso entre las instituciones del Sector Salud.⁹ Dicho sistema se conforma de varios módulos y concentra la información en diversos formatos. El más importante de ellos es un registro primario cuya captura y procesamiento integral permitirá caracterizar con detalle aspectos del lesionado, tales como la edad y el sexo, el tipo y gravedad de la lesión, el móvil, etc. Lo anterior hará posible, entre otras cosas, conocer el riesgo que tienen hombres y mujeres de sufrir accidentes y establecer de qué tipo son para las diferentes edades de la persona.

- Un módulo particular del SIVEPAL está orientado a cuantificar la magnitud de la violencia familiar, la cual, como es sabido, afecta particularmente a los grupos más desprotegidos de la población: mujeres, niños y ancianos. La importancia de su inclusión reside en que hasta el momento el Sector Salud se había mantenido al margen de dicha problemática, como si no fuese parte indiscutible de su ámbito de competencia; los hechos violentos se asumían como eventos a ser registrados solamente en las estadísticas judiciales.

El módulo de Violencia Familiar se alimenta de diversos formatos; el principal es el que aparece definido en la NOM-190-SSA1-1999 "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar". Al igual que en el caso de los accidentes, deberá ser capturado y procesado íntegramente, a fin de lograr una caracterización completa del problema a través de variables como el sexo y edad de la víctima, el tipo de violencia ejercida, el sitio de ocurrencia, la gravedad de la lesión, la consecuencia resultante, el agente de la lesión, así como la identidad y características del presunto agresor.

La propuesta e implementación de esta estadística constituye no sólo uno de los mayores logros del Sistema Nacional de Salud, también implica grandes retos para cada uno de los profesionales de la salud que deberán contribuir con respeto y valentía a documentar (en el formato diseñado), miles de dramas cotidianos, afrontando las dificultades que el tema conlleva. Existe una actitud frecuente de negación en las víctimas para aceptar que sus lesiones son producto de violencia familiar y no "accidentes". Será necesario trabajar en la concientización de usuarios y prestadores de servicios de salud, ambas piezas clave para el éxito del proyecto.

- En cuanto al tema de la Discapacidad, tradicionalmente ha existido una ausencia casi total de cifras. Se aceptan con frecuencia estimaciones proporcionadas por organismos internacionales, sin contar con el sustento que permita confrontarlas con nuestra realidad.

Recientemente se han llevado a cabo diversos proyectos de generación de información; el más importante sin duda es la incorporación de dos preguntas en el Censo General de Población y Vivienda del año 2000, respecto al tipo y origen de la discapacidad. Sus resultados podrán cruzarse con el sexo, la edad y otras variables de carácter socioeconómico. El tema de la discapacidad fue incorporado asimismo en la Encuesta Nacional de Salud realizada durante el año 2000 por la SSA; en ella se incluyeron aspectos tales como tipo, origen, gravedad y edad de inicio de la discapacidad. Al igual que en el caso anterior será posible analizar dicha información por sexo, cruzando múltiples variables, lo que permitirá cuantificar las inequidades de género según condiciones socioeconómicas. Los resultados de dicha encuesta son representativos por entidad federativa.

Los esfuerzos encaminados a la generación de esta información incluyen también a los registros administrativos. En efecto, la SSA, en seguimiento a lo establecido en la NOM-173-SSA1-1998 "Atención Integral a personas con discapacidad", diseñó el Certificado Médico de Discapacidad con el cual se pretende crear la base de un registro nacional para personas con discapacidad. Dicho documento cuenta con variables básicas sobre la persona (sexo, edad, residencia), la discapacidad (tipo, origen, gravedad), ayuda externa requerida y atenciones recibidas. Dicho proyecto se encuentra en la fase de concertación institucional.

Como se puede advertir, si bien existen esfuerzos notables para el desarrollo de nuevos componentes del Sistema de Información, aún subsisten grandes lagunas, mismas que deberán ser abordadas bajo un enfoque innovador que permita la construcción de indicadores capaces de mostrar las especificidades de género en el comportamiento de la salud.

Sistemas institucionales de información

Como se mencionó en el apartado anterior, el Sistema Nacional de Información en Salud está conformado por la información estadística proveniente de los sistemas de información de cada institución que integra el Sistema Nacional de Salud (SNS). A continuación se describen de manera general las principales características de los sistemas institucionales más relevantes, representados por las instituciones mayoritarias en la prestación de servicios de salud en México; la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE.

Sistema de Información de la Secretaría de Salud

Esta conformado por tres sistemas fundamentales: 1) el Sistema de Información Programático-Presupuestal y Administrativo, que capta los datos relativos al ejercicio presupuestal y de administración que sirven de base para la función administrativa de la institución y alimentan la parte correspondiente al Sistema de Cuentas Nacionales. 2) El Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que recopila datos relacionados con la notificación obligatoria de los casos nuevos de ciertas enfermedades a fin de sustentar con oportunidad, en los diversos niveles de decisión, las medidas a corto, mediano y largo plazo que son necesarias para controlar y finalmente erradicar riesgos y daños a la salud. 3) El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), que proporciona cifras sobre cobertura, recursos, servicios y daños a la salud en los distintos niveles administrativos de la Secretaría, según los propósitos que cada uno de ellos persigue: la planeación estratégica o de largo plazo para el nivel central, la planeación táctica o de control de operaciones a mediano y corto plazos para los niveles estatales y jurisdiccionales, y la toma inmediata de decisiones de los niveles locales.

El Sistema de Información de la SSA cuenta además con sistemas de apoyo a programas prioritarios entre los que destacan: el Sistema de Información del Programa Nacional de Vacunación (PROVAC), con datos desagregados por sexo; el de apoyo al control de la Tuberculosis (EPI-Tb); el de control y seguimiento del cáncer cérvico-uterino (EPI-Cacu), y el Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED), por mencionar los más importantes. Cada uno de estos sistemas actúa en los cuatro niveles de la estructura administrativa de la Secretaría: central, estatal, jurisdiccional y de unidad operativa.

Con relación al SISPA (cuya denominación anterior era Sistema Estatal de Información Básica), cambia su nombre en 1996 como respuesta a la integración que se hace entre el SEIB y el Sistema de Información utilizado hasta ese momento por el Programa IMSS-Solidaridad, de tal forma que a partir de esa fecha existe un sólo sistema de información que da cuenta de los servicios otorgados a la población abierta.

Es importante señalar que en el contexto de los sistemas institucionales de información, sin duda es el SISPA el que ha registrado mayores modificaciones tendientes a la incorporación de la variable sexo en su marco conceptual; a pesar de ello, al igual que los otros sistemas institucionales, tiene la gran limitante de no obtener directamente sus cifras de formatos primarios, sino de su concentración en formatos de reporte. Esta actividad se efectúa manualmente en aproximadamente diez mil unidades médicas del primer nivel de atención que carecen de equipo de cómputo y que por lo tanto implica cargas notables de trabajo para el personal operativo y riesgos de error al momento de la integración de las cifras.

A pesar de ello, cada uno de los subsistemas ha logrado enriquecerse en los últimos años; mencionamos por ejemplo que respecto al componente de cobertura, se dispone ahora de los datos sobre la población usuaria por sexo y grupos de edad, lo que permite conocer con precisión a quiénes se está otorgando los servicios de salud. El subsistema de recursos (RENIS) también se enriqueció al generarse la información referente a recursos humanos por sexo, de tal forma que la SSA conoce en qué proporción los trabajadores de la salud son hombres o mujeres, independientemente de que pertenezcan al personal médico, paramédico o administrativo.

En cuanto al subsistema de servicios del SISPA, las modificaciones recientes permiten conocer la distribución del número de consultas según sexo (primera vez y subsecuente), así como de las detecciones realizadas para padecimientos tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Tuberculosis, Sífilis e incluso adicciones (sobre todo respecto a tabaco y alcohol). De igual forma se capta la información sobre lesiones incluyendo lo referente a violencia familiar, clasificada también por sexo y grupos de edad. Dentro del apartado de promoción a la salud se distinguen los cursos impartidos a mujeres, así como el número de asistentes a los mismos.

Por otra parte, y sin pretender profundizar en sus contenidos, se deben mencionar aquellos apartados que responden a programas diseñados básicamente para las mujeres, como son: el Programa de Salud Reproductiva, el de Planificación Familiar y el de Cáncer Cérvico Uterino y de Mama. En ello se enfatizan, por su importancia, los servicios prestados a la población adolescente, y en menor medida, lo relativo a las mujeres en periodo de climaterio y menopausia.

Con respecto al Subsistema de Daños a la Salud el SISPA cuenta, además de las categorías ya señaladas en el componente sectorial de morbilidad y mortalidad hospitalaria, con la estadística de Procedimientos en Medicina (quirúrgicos y no quirúrgicos). La información correspondiente a estas categorías se obtiene de la sistematización del formato primario de Hospitalización; por lo cual las posibilidades de análisis y explotación de las bases de datos son bastante amplias en tanto que incluyen variables tales como: días estancia, tipo de servicio, procedencia, motivo de egreso y tipo de anestesia, que pueden cruzarse con el sexo, la edad y la causa del egreso o tipo de procedimiento médico realizado.

Sistema de Información del IMSS

El IMSS cuenta con una amplia disponibilidad de información sobre la población derechohabiente que se conforma de múltiples subsistemas de información¹⁰.

Subsistema de Población

La categoría más amplia de este subsistema lo conforma la población amparada que constituye la parte de la población total que legalmente le corresponde atender a la institución para recibir las prestaciones en ella establecidas.

La población derechohabiente está conformada por los asegurados y pensionados, así como los beneficiarios de ambos con derecho a las prestaciones en especie y en dinero que establece la Ley del Seguro Social; sin embargo, no todos ellos usan los servicios de salud, dando ello lugar a la existencia de otras subdivisiones de análisis; entre ellas destacan como las más importantes: la población adscrita a la unidad y la adscrita a médico familiar, que representa el segmento que ha solicitado la asignación de consultorio del servicio de medicina familiar de la unidad médica que le corresponda. La última subdivisión la conforma la población usuaria que está definida por el número real de personas físicas atendidas en las unidades de servicio.

Otra gran división de análisis, vinculada con las acciones de salud y con las de seguridad social que presta el Instituto es la población pensionada y jubilada, que hasta el momento ha sido poco explorada a pesar de la gran riqueza que esta encierra, no solo por lo que representa en sí misma sino por los grandes cambios que sin duda registrará en el mediano y largo plazo. Dicha información está disponible y puede ser desagregada por edad y sexo.

Subsistema de Recursos

A este componente le corresponde proporcionar la información referente a los recursos humanos y su distribución según niveles de atención, categoría (por rama administrativa, médica, paramédica etc) y especialidad, sin olvidar su estatus demográfico y lugar geográfico de adscripción.

En este sentido, debe señalarse que la información sobre tales aspectos proviene actualmente de la Dirección Administrativa, que a través del balance de plazas (número) y las plantillas de personal (quién las ocupa) alimentan los requerimientos mencionados; sin embargo, existen limitantes importantes que deben señalarse siendo el principal de ellos que la categoría de análisis no es el recurso humano contratado, sino el número de plazas disponibles; lo que impide conocer la más mínima distribución por sexo de los prestadores de servicio.

Si bien las fuentes que documentan dicha información provienen de diversos formatos, libretas, registros, los datos oficiales de carácter institucional son recolectados a través de los dos sistemas de información propios de área médica.

El primer sistema que mencionamos se denomina Sistema Único de Información (SUI) y nace hacia 1982 con el propósito de concentrar en un solo sistema todo aquel conjunto de datos que de manera independiente se generaban en distintas áreas del instituto. Debe señalarse que entre los propósitos esenciales del SUI se encuentra su vinculación con el marco presupuestal y el seguimiento de las metas programáticas.

La periodicidad de la información procedente del SUI es mensual y acumulada y sus productos son variados según destinatario. Entre los reportes más importantes se encuentra el Subsistema 10 "Población y Servicios Médicos Otorgados" que registra los movimientos de población y las atenciones otorgadas en consulta externa, asistencia materno infantil, egresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, entre otros.

El subsistema 12 parte II "Trasplantes y donación de órganos", el subsistema 19 "Estadísticas de servicios subrogados", integra las acciones realizadas por la unidad referente a subrogación de consulta externa, hospitalización, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, etc. que contrata el IMSS donde no cuenta con la infraestructura para otorgarlos. El subsistema 29 "Informe Mensual de Actividades Médico Preventivas" donde se registran las acciones realizadas por la unidad o por las brigadas de salud referentes a dosis de biológicos, detecciones practicadas, de fomento a la salud, etc. El subsistema 31 y 32 "Informe Mensual de Actividades de Planificación Familiar y Vigilancia Materno Infantil"

El segundo sistema de información es sin duda el más importante para las áreas médicas y constituye una fuente primaria de origen local que desde 1991 logró automatizarse a nivel de la unidad médica; que se le denomina SIMO "Sistema de Información Médico Operativo" y es a través de él que se cuenta con información de los módulos de consulta externa y hospitalización que proporcionan información para el personal médico, paramédico y técnico-administrativo en unidades médicas. Así mismo alimenta a la mayor parte de sus componentes al Sistema Único de Información SUI.

Subsistema de Daños a la Salud

En este subsistema se incluyen las categorías de morbilidad y mortalidad; la primera de ellas en sus tres componentes: motivos de consulta, información epidemiológica (casos nuevos de notificación obligatoria) y causas de egresos hospitalarios. La mortalidad a su vez se clasifica en la mortalidad de población derechohabiente y la llamada mortalidad hospitalaria, que ocurre en el interior de las unidades médicas.

Esta información es la que representa el mayor grado de desagregación, e incluso de difusión. Sus reportes principales se encuentran a través del SUI 27 y el SUI 13; en el primer caso, los reportes dan cuenta de los motivos de consulta a partir de la unidad médica, clasificados por edad y sexo. El SUI 13 a su vez presenta los egresos hospitalarios, los cuales son clasificados por sexo, grupos de edad y motivos de egreso.

A nivel hospitalario se cuenta también con la estadística de intervenciones quirúrgicas así como otros procedimientos de carácter médico no quirúrgicos, los cuales aunados a las cifras de egresos han permitido al IMSS ser la primera institución mexicana que puede calcular los Grupos Relacionados de Diagnóstico, conocidos generalmente como GRDs, y que pueden ser calculados para hombres y mujeres en los

diferentes grupos de edad, según los requerimientos y necesidades de la unidad hospitalaria. Cabe destacar que los GRDs constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización basado en definiciones clínicamente reconocibles y en la que los pacientes de cada clase se espera que consuman, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecido, una cantidad similar de recursos.

Otra gran división de análisis lo conforma el apartado referente a Riesgos de Trabajo cuya información se refiere principalmente a accidentes de trabajo, en trayecto y también a las enfermedades profesionales; así como sus consecuencias, incapacidades parciales o permanentes, días de incapacidad temporal y defunciones en trabajadores de las empresas afiliadas y del propio instituto; ya sea nacional, regional, delegación y unidad médica de adscripción de los trabajadores asegurados. En todos los casos es posible contar con datos desagregados por edad, sexo, diagnóstico, causa externa, riesgo físico y acto inseguro; así como actividad económica de los trabajadores que sufrieron un riesgo de trabajo.

Sistema de Información del ISSSTE

El Sistema de Información del ISSSTE cuenta con datos en los siguientes rubros: capacidad instalada, población amparada y personal del instituto, población protegida con respecto a la población nacional, trabajadores por cada pensionado, población pensionada, trabajadores con derecho a pensión, créditos hipotecarios otorgados por el FOVISSSTE, ventas en tiendas y farmacias SITYF, ingresos presupuestales según procedencia, población cotizante, costo porcentual de las pensiones en relación a los salarios de cotización, indicadores representativos de los servicios médicos e infraestructura y recursos humanos del área médica. El Subsistema de Información de los Servicios de Salud, tiene como objetivo general organizar formalmente los conceptos, métodos, mano de obra, equipo y otros recursos, con el fin de adquirir y elaborar los datos necesarios para determinar problemas para la salud, y evaluar la eficacia, eficiencia y relación costo-beneficio de las distintas acciones, así como la influencia que los servicios prestados tienen en el estado de salud de la población.

Como productos de dicho subsistema se obtienen los referentes a: factores condicionantes de la salud de los derechohabientes; situación de salud de los derechohabientes; recursos humanos, recursos financieros, recursos físicos y materiales, utilización de los recursos, y productividad y resultados de los servicios de salud.

Sistema de Información del IMSS-Solidaridad

El Programa IMSS-SOLIDARIDAD cuenta con una importante base de datos sobre salud reproductiva. Los temas que comprende son: salud perinatal, planificación familiar e información complementaria, la cual es obtenida a través de entrevistas directas a la población; salud sexual y reproductiva en adolescentes e información complementaria que se obtiene a través de encuestas aplicadas a grupos de población adolescente; infecciones de transmisión sexual (ITS) y prevención y detección de neoplasia en la mujer. Cada uno de estos componentes posee un acervo de datos con los que es posible conocer, a través de ciertos indicadores o tabulados, aspectos como los que se mencionan a continuación.

En la base de datos sobre salud perinatal se encuentran los siguientes indicadores: cobertura de atención prenatal; frecuencia de consultas por mujer embarazada; tasa de atención obstétrica en grupos de mayor riesgo (mujeres menores de 20 años y mayores de 35); cobertura universal de vacunación contra tétanos y rubéola en mujeres en edad fértil (15 a 49 años); alojamiento conjunto y lactancia materna inmediata; cobertura y esquema completo de vacunación en menores de cinco años.

En cuanto al tema de planificación familiar e información complementaria, se cuenta con los siguientes indicadores: número de aceptantes de métodos anticonceptivos; cobertura de protección anticonceptiva (post-evento obstétrico); proporción de aceptantes por tipo de método anticonceptivo; promedio de aceptantes por tipo de método anticonceptivo en consulta externa; protección anticonceptiva de acuerdo a grupos de riesgo específico; edad y sexo de los usuarios; aceptantes de OTB's y de vasectomía sin bisturí. Además, la distribución proporcional de las mujeres según grupos de edad; cobertura de protección anticonceptiva total y por grupos de edad; fuentes de obtención de métodos anticonceptivos; cobertura potencial de usuarias de métodos anticonceptivos. Estos datos se obtienen a través de entrevistas directas que se realizan a la población.

En torno a la salud sexual y reproductiva en adolescentes se cuenta con los siguientes indicadores: proporción de mujeres menores de 15 años aceptantes de métodos anticonceptivos; proporción de aceptantes de métodos anticonceptivos en menores de 20 años por tipo de método; proporción de adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal. También se dispone de información obtenida a través de encuestas aplicadas a grupos específicos de adolescentes: conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes indígenas; fuentes de información sobre anticoncepción en adolescentes indígenas; prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes indígenas con vida sexual activa; características de los adolescentes que conocen los métodos anticonceptivos.

Con respecto a las ITS se tiene la siguiente información: detección, control y derivación de portadores de VIH y SIDA; detección, control y derivación de enfermos de sífilis; se presenta alguna información por sexo.

Finalmente, en el tema de prevención y detección de neoplasia, se cuenta con datos sobre detección de cáncer cérvico uterino y mamario.

Encuestas Nacionales de Salud

Las Encuestas Nacionales de Salud son mecanismos complementarios de información del Sistema Nacional de Salud. Ellas permiten mejorar el conocimiento de las condiciones socioeconómicas, ambientales y de salud de la población, especialmente cuando se desea analizar con mayor detenimiento los problemas específicos de este sector. Además, brindan la posibilidad de que las acciones del SNS se tomen con mayor oportunidad y eficiencia, evitando la duplicidad y el derroche de recursos (Tapia, *et. al.*, 1994a).

El Sistema de Encuestas Nacionales de Salud (SENS) tiene como propósito generar información descriptiva del número de casos, distribución geográfica, características sociales, económicas y demográficas, de los aspectos o enfermedades sobre los cuales no se puede lograr un pleno conocimiento a través de los registros del SNS (notificación inmediata o las defunciones notificadas por certificados), (Tapia, *et. al.*, 1994a). Este Sistema tiene como base un Marco Muestral Maestro como eje principal de la Encuesta Nacional de Salud; además existen encuestas por programa y encuestas específicas.

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las encuestas que conforman hasta ahora el SNS.

Encuesta sobre Morbilidad, Mortalidad y Tratamiento de Diarreas (1985)

Este es un ejemplo de encuesta por programa. Tiene por objetivo disponer de información sobre las diarreas para planear y, en su caso, evaluar los programas de prevención y control, especialmente los relacionados con el uso de los sobres de rehidratación oral. Se levantó en los meses de noviembre y diciembre del año de 1985, mediante un muestreo probabilístico en el que se estudiaron 125 000 viviendas. A partir de su información se puede estimar la incidencia de la diarrea en la población menor de cinco años, la mortalidad por todas las causas así como la asociada a las diarreas, la frecuencia de los episodios y la utilización de los sobres, con un nivel de desglose estatal para estas dos últimas variables.

En 1986 se inició el Sistema Nacional de Encuestas de Salud con la primera encuesta sobre la utilización de los sistemas de salud.

Encuesta Nacional de Salud (ENSA I, 1987)

Esta encuesta fue la primera que se desarrolló dentro del SNS y constituye uno de los pilares de la recolección de información, además de los sistemas de información rutinarios sobre morbilidad, mortalidad y servicios. A partir de ella se diseñaron las bases metodológicas de las encuestas de salud subsecuentes. Fue diseñada para obtener información que hiciese posible el estudio de indicadores positivos de salud, enfermedades específicas, factores de riesgo, cobertura y calidad de los servicios de salud.

En la Encuesta Nacional de Salud se utilizaron periodos de referencia de dos semanas para morbilidad aguda, uso de servicios de salud ambulatorios y medicación; de un mes para morbilidad crónica y ocupación, y de 12 meses para atención del parto, accidentes y violencias y hospitalización. Contiene variables que se agruparon en cuatro grandes capítulos: 1) factores de riesgo; 2) situación de salud; 3) uso y demanda de servicios de salud formales y no formales y 4) variables contextuales.

La población objetivo fueron todas las personas nacionales, y algunos extranjeros, que al momento de ser realizada residieran en hogares. Su cobertura geográfica es en el ámbito de entidad federativa. La suma de resultados por estado permite obtener información en el ámbito regional para variables de menor frecuencia, y la agregación de resultados regionales hace posible generar datos a nivel nacional. El tamaño de la muestra nacional fue de 54 000 viviendas, pero se determinó para cada una de las entidades federativas un tamaño de muestra suficiente para alcanzar los requerimientos en cuanto a nivel de confianza y precisión.

Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, (ENFES, 1987)

Esta encuesta busca analizar el comportamiento reproductivo de la población mexicana, dentro de un marco de referencia sociodemográfico y de salud. La ENFES permite evaluar el impacto de los programas nacionales de planificación familiar en el sector público y privado y estimar los niveles y las tendencias de la fecundidad, así como medir los niveles de uso de métodos anticonceptivos. Brinda información socioeconómica sobre los integrantes del hogar. En el caso de las mujeres en edad fértil se obtiene información amplia sobre salud reproductiva.

En el diseño de la ENFES se conformaron nueve regiones geográficas de entidades federativas contiguas y completas para las cuales es posible realizar estimaciones. Adicionalmente es posible generar información para las tres áreas metropolitanas más grandes del país y, a nivel nacional para la población residente en localidades de menos de 2 500 habitantes, de entre 2 500 y 20 000 y más de 20 000.

Encuesta Nacional Seroepidemiológica (ENSE, 1988)

Esta encuesta nacional se diseñó para obtener información que permitiera estimar la frecuencia y distribución de la seroprevalencia de anticuerpos de algunas infecciones relacionadas con padecimientos mal diagnosticados y cuya prevención pudiera realizarse a través de vacunación, además de detectar la presencia de factores de riesgo asociados a este tipo de enfermedades.

El universo de estudio de esta encuesta fueron todos los habitantes del país, con excepción de los menores de un año en el momento de la encuesta. Así, las unidades de selección para la integración muestral fueron las viviendas, y las unidades de observación fueron los individuos que vivían en los hogares ubicados en cada vivienda seleccionada. A partir del Marco Muestral Maestro (MMM), se seleccionaron 32 200 viviendas y 70 488 individuos para recolectar un mínimo estimado de 65 000 sueros. El levantamiento de la encuesta inició en marzo de 1987 y concluyó doce meses después.

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA I, 1988; ENA II, 1993; ENA III, 1998)

Realizada primero en 1988 y después en 1993, la ENA tuvo por objetivo obtener información que permitiera calcular la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas y evaluar las tendencias del consumo de dichas sustancias. Se aseguró mantener entre las dos encuestas la comparabilidad de la información, empleando en las dos ocasiones el mismo diseño conceptual y metodológico (Tapia, *et. al.*, 1994a)

La muestra para la ENA partió del diseño estadístico del MMM. Las poblaciones de estudio fueron, en ambos casos, los individuos de 12 a 65 años de edad que en forma habitual residían en zonas urbanas. Para su realización se elaboró un cuestionario que se aplicó a los individuos comprendidos en ese rango de edades y residentes en localidades urbanas. Los temas cubiertos fueron: patrones de consumo y grado de uso del tabaco, alcohol y drogas; algunas variables sociodemográficas (entre las que se encuentra el sexo) y conocimientos, actitudes y valores percibidos sobre el consumo de las sustancias mencionadas.

Hay que hacer notar que con relación a estos temas los Centros de Integración Juvenil también registran información que obtienen de poblaciones específicas, la cual habría que aprovechar (Fernández, 1997). Además, existe el Sistema de Vigilancia Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA), que inició sus operaciones en el año de 1990. La información que reporta proviene de los centros de tratamiento gubernamentales y no gubernamentales, del servicio médico forense y de los consejos tutelares de menores, así como del monitoreo diario que se lleva a cabo en los servicios de urgencias médicas en hospitales de las ciudades incluidas en este estudio, y por último de la información proporcionada por la Procuraduría Federal de la República. En 1995, el SISVEA funcionaba en quince ciudades de doce estados del país. En la actualidad opera en 152 centros de tratamiento especializado en drogas, alcohol y tabaco, Centros de Integración Juvenil (CIJ), Centros de Tratamiento de Salud Mental, Clínicas de Alcoholismo, Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y Centro de Atención a Víctimas de Delitos (CAVO).

La tercera Encuesta Nacional de Adicciones se realizó en 1998; sus objetivos fueron evaluar la prevalencia del uso de drogas tanto médicas como no médicas, alcohol y tabaco, así como evaluar la tendencia en el consumo del mismo tipo de sustancias, en una muestra representativa de la población urbana del país. Esta encuesta también tuvo entre sus propósitos identificar las regiones de mayor riesgo del país, realizar comparaciones con las encuestas de 1988 y 1993 y evaluar la relación entre factores de riesgo ambientales, interpersonales y familiares, y la experimentación, el uso constante y el uso problemático.

La población de estudio estuvo conformada por personas de 12 años o más que radicaron en localidades urbanas de 2 500 habitantes o más en el país. Esta se dividió en dos grupos: a) población adolescente de 12 a 17 años y b) población adulta de 18 a 65 años.

La información se recabó utilizando cuatro tipos de cuestionarios; el primero sobre los hogares, el cual permitió conocer las características de la vivienda y la distribución de sus residentes, y tres versiones del cuestionario dirigido a la población adulta seleccionada para las entrevistas. Estas últimas permitieron conocer la distribución nacional y regional del fenómeno; además se incluyeron preguntas adicionales para evaluar la situación nacional del problema de la violencia, la victimización, los trastornos emocionales asociados con el consumo de sustancias y la percepción social del problema.

Encuesta Nacional de Nutrición (ENN, 1988)

La ENN 1998 se diseñó para contar con un diagnóstico actualizado de la situación nutricional de los grupos vulnerables y, a la vez, para detectar los problemas y los factores asociados a las deficiencias nutricionales.

Las unidades primarias de muestreo de la ENA, subdivisiones municipales formadas por una o más AGEB, se construyeron a partir del MMM y de las áreas geoestadísticas básicas (AGEB), hasta integrar un mínimo de 640 viviendas. Al final se logró llegar a 13 326 viviendas.

El país se dividió en cuatro regiones. Los instrumentos de recolección fueron cuatro: uno para registrar las características y servicios en las viviendas; otro para los individuos integrantes del hogar, y dos más para captar la información sobre la dieta. También se cuantificó la hemoglobina sérica.

Encuesta sobre Práctica y Prevalencia de la Terapia de Rehidratación Oral (EPPTRO, 1989)

Esta encuesta, de representatividad nacional, se diseñó con el propósito de obtener información que permitiera explicar la aceptación, el rechazo y la utilización de la terapia de rehidratación oral en niños menores de cinco años. La población objetivo estuvo constituida por los niños y niñas menores de cinco años y por sus madres o las personas encargadas de su cuidado. Se aplicó en cerca de 2 500 viviendas, tomadas del conjunto de viviendas de la Encuesta Nacional de Salud, en las que se obtuvieron 881 entrevistas.

Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA, 1990)

La ENCOVA fue diseñada para obtener información que permitiese conocer la cobertura de los distintos programas de inmunización en el país en el nivel jurisdiccional. Sus poblaciones de estudio fueron: las mujeres en edad fértil y las niñas y niños menores de 5 años. Para esta última población de estudio se planteó como objetivo obtener información que permitiese estimar la cobertura de las campañas de vacunación de DPT y antipoliomielítica, antisarampionosa y BCG; en menores de 2 años, se buscó conocer la proporción de infantes que contaban con un esquema completo de inmunización y la que lo completó antes del primer año; así como también identificar la proporción de menores de un mes protegidos contra el tétanos neonatal, a través de la aplicación de toxoide tetánico durante el embarazo de la madre (SSA, 1990).

En el caso de las mujeres en edad fértil, la encuesta se propuso obtener información que permitiese estimar el número de dosis de toxoide tetánico recibido, así como la proporción de mujeres que se ha practicado la prueba de Papanicolaou.

Para esta encuesta se construyó un marco muestral que permitiera realizar cálculos en las jurisdicciones. Con el objeto de fijar el tamaño de la muestra por jurisdicción, se utilizó la información del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud. Se visitaron 261 961 viviendas en el trabajo de campo y se realizaron más de 255 806 entrevistas.

Encuesta de Manejo Efectivo de Casos de Diarrea (EMECADI, 1991)

El objetivo de esta encuesta fue determinar los patrones de conocimiento, actitudes y prácticas de los responsables del cuidado de los niños en el manejo de las enfermedades diarreicas, así como calcular la incidencia, la prevalencia y el manejo efectivo de los casos de diarrea en niños menores de cinco años para diez entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Oaxaca, Tabasco, Veracruz) y la delegación Iztapalapa del Distrito Federal.

Se utilizó el MMM y se estimó un tamaño de muestra de 3 000 viviendas por estado en las que se aplicó a los responsables de los niños menores de 5 años de edad el cuestionario elaborado para la encuesta. Esta cédula se dividió en siete secciones: 1) identificación de la vivienda; 2) datos generales de la entrevista y sus resultados; 3) incidencia y prevalencia de la diarrea; 4) manejo de la diarrea durante las últimas veinticuatro horas; 5) uso de los sobres de vida suero oral recomendados; 6) conocimiento y disponibilidad con anterioridad del VSO, y 7) datos sociodemográficos.

Encuesta sobre el Manejo Efectivo de Casos de Diarrea en el Hogar (EMECADI, 1993)

El objetivo principal de esta encuesta fue identificar el manejo en el hogar de los casos de enfermedades diarreicas en los menores de cinco años de edad y conocer las prescripciones que hace el personal de salud en estos casos, tanto en el país como en cada institución y región. La información de dos encuestas precedentes (EPPTRO Y EMECADI 1991) sirvieron de base para la realización de esta investigación, que tuvo también como fin evaluar si hubo alguna modificación en cuanto al conocimiento y uso del sobre VSO.

Se trabajó con la misma muestra establecida por el MMM del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud. En las viviendas elegibles se seleccionaron a todos los niños menores de cinco años de edad, y se entrevistaron a las madres encargadas de su cuidado. Si algún menor presentó cuadros diarreicos, se seleccionó el último de ellos para la encuesta. El levantamiento se realizó en los meses de junio a agosto de 1993. En las viviendas seleccionadas se localizaron 10 700 niños menores de cinco años.

Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993)

Esta encuesta se llevó a cabo para obtener información que permitiese estimar las prevalencias a nivel nacional y regional de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, así como para identificar los padecimientos crónicos asociados a estas enfermedades. Para ello, la ENEC centró su atención en obtener información de personas entre 20 y 69 años de edad, residentes en viviendas de uso regular (no institucionalizadas) de zonas urbanas del país.

Se estimó un tamaño de muestra de 4 731 individuos por 2 030 viviendas por región, para un tamaño de muestra final cercano a los 19 000 individuos. La regionalización empleada fue la misma que la utilizada por la Encuesta Nacional de Nutrición (Norte, Centro, Sur y Área metropolitana del Distrito Federal). Se utilizaron dos cuestionarios. Uno, general, incluyó datos sobre las características de la vivienda y variables sociodemográficas de los ocupantes. El otro, individual, contenía información sobre los padecimientos crónicos, su respectivo tratamiento, factores de riesgo, así como antecedentes hereditarios. Se realizaron tomas de sangre para la determinación de triglicéridos, insulina, lipoproteínas, glucosa y colesterol total.

Encuesta para definir Áreas con Deficiencia de Yodo (ENDEYO, 1993)

El objetivo de la encuesta fue determinar la magnitud de la deficiencia de yodo en la población escolar de trece estados de la República Mexicana (Colima, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz), calculando la prevalencia de bocio en dicho grupo escolar.

Se recolectó la información a partir de entrevistas aplicadas a las madres de los niños escolares y a ellos mismos. Los datos que se recabaron fueron sobre identificación (nombre, edad, sexo, domicilio), antecedentes personales patológicos, antecedentes heredofamiliares y algunos factores de riesgo de la alimentación, también se les hizo un examen físico. La población encuestada ascendió a 14 240 niños de los 13 estados mencionados.

Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II, 1994)

Esta encuesta de representatividad nacional y por regiones (Norte, Centro, Zona Metropolitana de la Ciudad de México, Sureste y Golfo, y el área comprendida por el Programa de Apoyo de Solidaridad en Salud a Población Abierta: Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca), tuvo por objetivo conocer las condiciones de acceso y la calidad de los servicios de salud otorgados a la población mexicana de 12 años y más, así como identificar los determinantes socioeconómicos y demográficos implícitos en el uso de los servicios de salud. Además se estimaron las coberturas de atención en salud de las instituciones públicas y privadas que brindan este servicio, y se obtuvieron indicadores sobre la percepción de los usuarios respecto a la calidad y nivel de los servicios de salud recibidos (SSA, 1994a).

De entre los datos obtenidos por la ENSA II y desagregados por sexo, podemos mencionar los siguientes: algunas características económicas de la población, edad, percepción del estado de salud, principales causas reportadas como problemas de salud, perfiles de morbilidad aguda, tasas de utilización general de servicios ambulatorios, número estimado y tasas de hospitalización; la mayoría de los datos se cruzaron también por edad. En el caso de las mujeres, existen datos sobre la utilización de los programas de Papanicolaou según institución de atención.

Para cada región se seleccionaron un número aproximado de 2 523 viviendas a través de un muestreo polietápico estratificado. La muestra asignada para cada región se distribuyó de manera proporcional al tamaño de la entidad federativa, fijando un mínimo muestral de 100 viviendas para los estados más pequeños. En total se visitaron 12 615 viviendas a nivel nacional en las que se recolectó información de 61 524 individuos.

Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSAMI, 1994)

Esta encuesta realizada por la Secretaría de Salud tuvo como objetivo conocer aspectos de la condición de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención del recién nacido y del menor de cinco años; los daños a la salud; la accesibilidad a los servicios y la actitud de la mujer en relación con la salud materno infantil y la fecundidad. Capta características de las viviendas; características sociodemográficas; características del comportamiento reproductivo: historia de embarazos, paridad, atención prenatal, en el parto y el puerperio, por tipo de institución; acceso y uso de servicios médicos; derechohabiencia a alguna institución de seguridad social; atención preventiva de la salud reproductiva; vigilancia del crecimiento y desarrollo de preescolares en el Kinder; alimentación infantil y vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño; tiene una sección sobre trabajo y salud de la mujer embarazada y sobre regulación de la fecundidad. La encuesta tiene representatividad nacional, regional (Norte, Zona Metropolitana de la Ciudad de México y Sur) y por áreas rurales y urbanas.

Encuesta Nacional de Nutrición, (ENN II, 1999)

En 1998-1999 se realizó la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición de México. Se trata de una encuesta probabilística conducida por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Tiene representación nacional y para cuatro regiones. Norte, Centro, Cd. de México y Sur; además para los estratos urbano y rural.

Esta encuesta planteó entre sus objetivos: cuantificar las prevalencias de desnutrición, las deficiencias de micronutrientes y de mala nutrición por exceso y de sus determinantes en diversos grupos de edad; así como identificar las tendencias de las prevalencias y sus determinantes en el tiempo, y guiar la formulación de políticas sociales y programas de alimentación.

La población de estudio fueron aquellas personas que pertenecían a alguno de los siguientes tres grupos de edad: a) menores de cinco años; b) niños en edad escolar (5 a 11 años), y c) mujeres de 12 a 49 años.

La recolección de información se llevó a cabo en tres tipos de muestras. La primera se refiere a características socioeconómicas y demográficas del hogar, morbilidad, antropometría y muestra de sangre capilar; la segunda fue respecto a la dieta y en el caso de las mujeres se aplicó un cuestionario sobre historia obstétrica, actividad física y consumo de tabaco y alcohol; la tercera consistió en tres submuestras, una para cada grupo de interés, en las que se obtuvieron muestras de sangre venosa, de orina y de sal de mesa.

La información de esta segunda encuesta, similar en diseño a la anterior sobre el tema, permite comparaciones de las prevalencias de mala nutrición por deficiencia o por exceso, de su distribución regional y del comportamiento de los factores determinantes de la mala nutrición en los últimos diez años.

Encuesta Nacional de Salud (2000)

Esta encuesta recabó información sobre la utilización de servicios de salud, sobre la salud de los niños, adolescentes y adultos y finalmente información serológica. El diseño de la muestra la hace representativa de la población no institucionalizada del país y de las 32 entidades federativas, inclusive de los estratos urbano y rural. La encuesta fue diseñada para identificar riesgos y problemas a la salud que superen una prevalencia de 5% en el nivel estatal.

A la fecha de publicación de este trabajo no se cuenta con datos publicados de la encuesta, sin embargo se incluyen algunos en esta publicación, específicamente los relacionados con la utilización de servicios de salud y con enfermedades crónicas. Esto fue posible gracias a la generosa contribución del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

⁸ Es aquel segmento de la población abierta a la cual puede brindarse atención médica. Representa la capacidad de oferta de servicios.

⁹ En el nivel institucional, la SSA dispone de cifras mensuales desde enero del 2000.

¹⁰ En estricto sentido dichos subsistemas son aplicaciones informáticas sin el enfoque requerido para asegurar la vinculación sistémica requerida. Para fines del presente apartado, se describirán los componentes del sistema partiendo de la estructura del Sistema Nacional de Información en Salud, haciendo la aclaración que esta conformación no corresponde a la presentación habitual de las categorías de análisis institucional; sin embargo, para fines esquemáticos es adecuada.

IV. Mortalidad*

* En este capítulo se presenta un apartado sobre mortalidad a lo largo del ciclo vital que se divide en: *Mortalidad infantil* (menor de 1 año), *preescolar* (1-4), *escolar* (5-14), *adolescente y joven* (15 a 24), *mortalidad en los adultos* (25-64) y en la *vejez* (65 y más). Al momento de esta publicación la clasificación por edad de los datos de mortalidad del 2000 publicados por la Secretaría de Salud no permiten dicha clasificación del ciclo de vida. Por esta razón se decidió considerar los datos de 1999. Sin embargo, cuando las fuentes lo permiten se presenta información más reciente.

Tasa bruta de mortalidad: relación entre los decesos ocurridos en el curso de un año y la población media en el año considerado, expresada por mil habitantes.

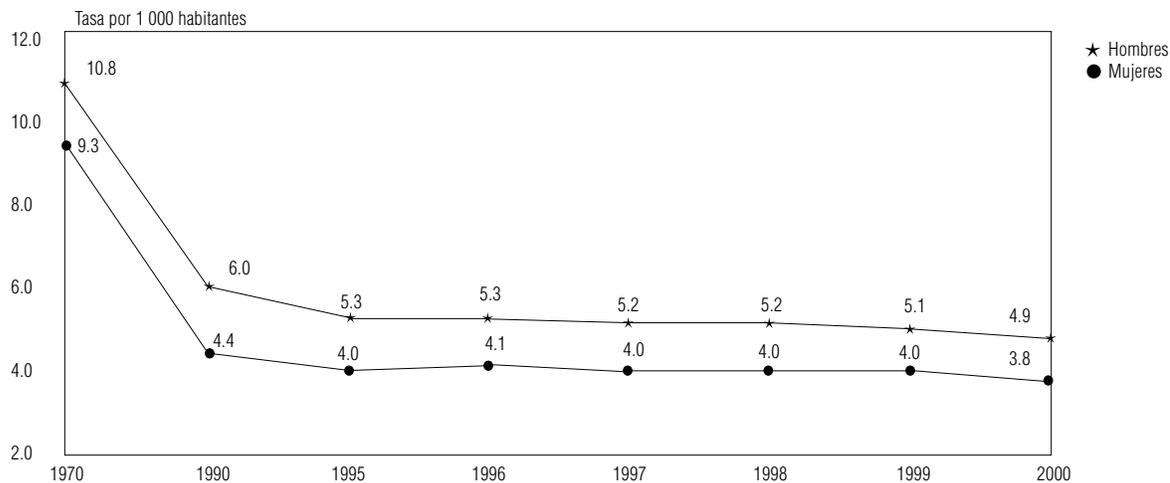
■ Mortalidad general¹¹

Las diversas acciones realizadas por el sector salud, sumadas a los cambios en la dinámica demográfica nacional, han modificado positivamente las condiciones de salud de los habitantes del país. La más evidente de sus manifestaciones ha sido el descenso de la mortalidad y el incremento consecuente de la esperanza de vida de la población. En los últimos setenta años, la tasa bruta de mortalidad pasó de 27.0 en el año de 1930, a 9.7 en el 1970 y finalmente a 4.2 defunciones por mil habitantes, en el 2001 (Ver anexo gráfica A).

El descenso de la mortalidad ha sido diferente para hombres y mujeres. De 1970 a 2000 la tasa bruta de mortalidad masculina pasó de 10.8 a 4.9 muertes por cada mil hombres, mientras que la de las mujeres pasó de 9.3 a 3.8 en ese mismo periodo (Gráfica 1). Desafortunadamente no se cuenta con datos desagregados por sexo para observar el descenso de la mortalidad en años anteriores.

Gráfica 1

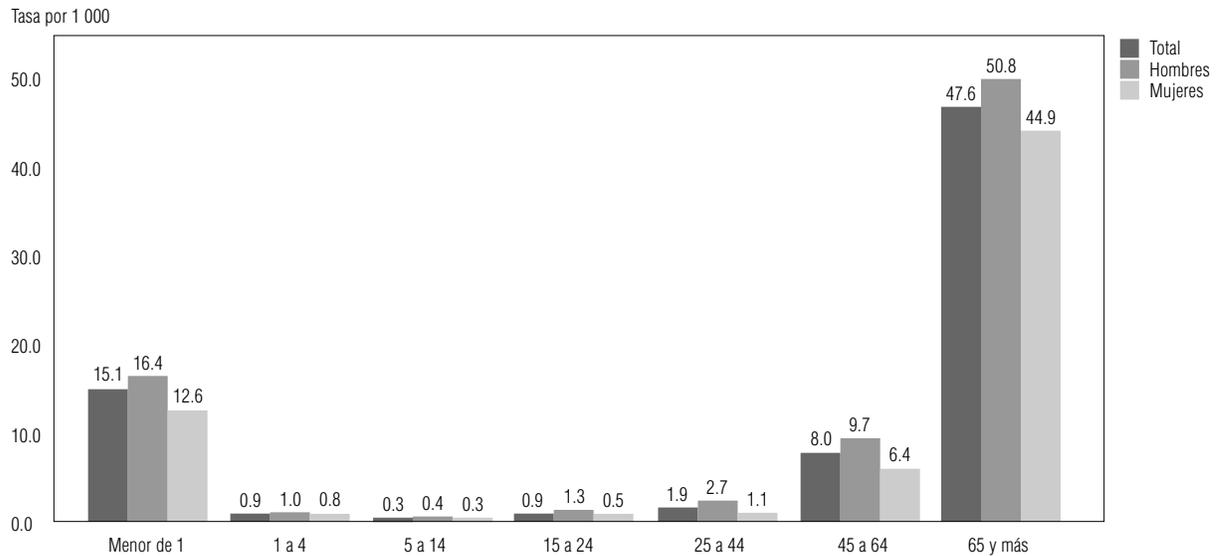
Tasa bruta de mortalidad por sexo, 1970-2000



Fuente: DGE, IX Censo General de Población, 1970.
INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.
INEGI, Censo de Población y Vivienda, 1995.
CONAPO, Poyecciones de la Población de México, 1996-2050.
INEGI, Estadísticas Demográficas. Cuadernos de Población, varios años.

Gráfica 2

Tasa específicas de mortalidad, 1999



Tasa por 1 000 habitantes de cada grupo de edad y sexo, excepto menores de 1 año que es por 1 000 nacidos vivos registrados y sexo.

Fuente: SSA, Mortalidad, 1999.

CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 1996-2050.

El descenso de la mortalidad en nuestro país ha ocurrido a lo largo y ancho de su territorio, sin embargo los niveles alcanzados muestran grandes diferencias al interior del mismo. El lugar de residencia marca diferencias muy importantes en los niveles de mortalidad, mostrando un nivel mayor en las localidades con menor número de habitantes.

Las expectativas de vida de la población mexicana

En México, como en muchos otros países, los progresos en la esperanza de vida de la población han sido considerables. Hoy en día el riesgo de fallecer en las edades iniciales ha disminuido notablemente en nuestro país: 98 por ciento de los recién nacidos alcanza su primer aniversario y 75 por ciento de los varones y 83 por ciento de las mujeres llegan con vida a los 65 años de edad. Este desplazamiento de la mortalidad hacia edades más avanzadas define nuevos retos a la salud en general, y masculina y femenina en particular (Fernández, Martínez y Partida, 1999).

En general, las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres y a superarlos numéricamente en todas las edades. En México, la disparidad en la esperanza de vida al nacimiento entre ambos sexos es de varios años: en el año 2000 este indicador era de 77.6 para las mujeres y 73.1 para los varones. La brecha entre ambos se atribuye, durante la infancia y la niñez, básicamente a condiciones biológicas favorables a las niñas y a la mayor mortalidad de los varones. También se ha hablado de cierta "protección endocrina" en las mujeres a algunos problemas crónicos, protección que se ve limitada por diversos factores de riesgo ambientales y personales o de conducta (Olaiz, 2001). De hecho las dimensiones más negativas para la salud de las mujeres no se originan en el plano biomédico sino en la esfera social económica. De esta manera, en las comunidades de mayor atraso y marginalidad la brecha entre uno y otro sexo se reduce y en ocasiones la esperanza de vida al nacer puede igualarse, (López, 1997).

Tasas específicas de mortalidad por sexo

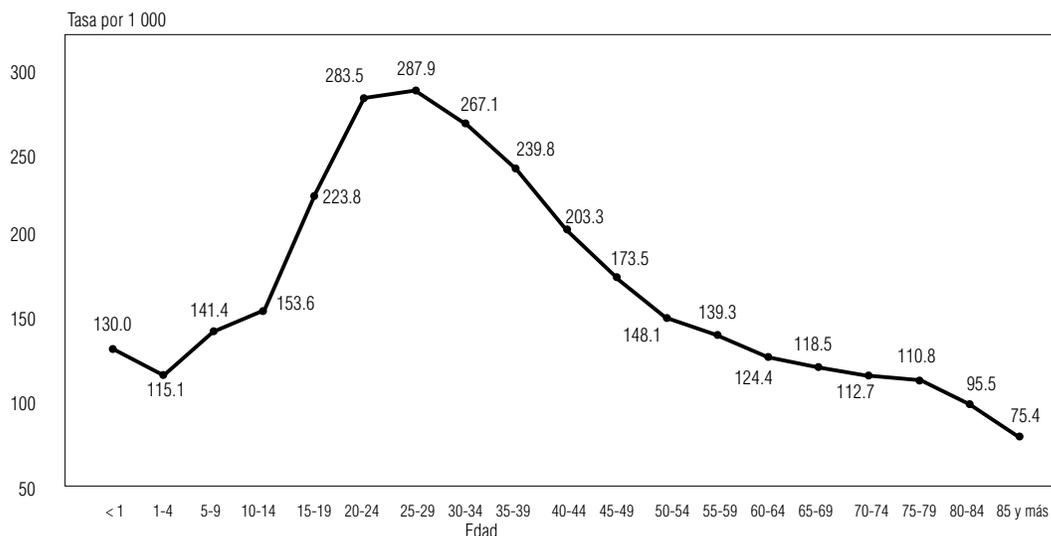
El patrón etéreo de la mortalidad mexicana muestra una mortalidad alta durante el primer año de vida que disminuye en los siguientes grupos de edad y vuelve a ascender a partir de los 25 años hasta alcanzar los niveles más altos en los últimos grupos etéreos, como respuesta natural al deterioro de la salud de las personas de edad avanzada (Gráfica 2).

La superioridad numérica de las mujeres y su menor mortalidad en todas las edades, da cuenta de la sobremortalidad de los hombres a lo largo de las distintas etapas de la vida. Sin embargo, esta sobremortalidad masculina, que en el año 2000 se estimó en 126.1 defunciones generales masculinas por cada cien defunciones femeninas, comienza a hacerse mucho más notoria a partir de la adolescencia, etapa en la que tanto los hombres como las mujeres comienzan a expresar aspectos de identidad genérica presentando patrones de conducta esperados sobre la base de las expectativas sociales de las prácticas y roles femeninos y masculinos. La sobremortalidad masculina presenta magnitudes importantes en los adultos jóvenes y adultos maduros (Gráfica 3).

La diferente respuesta de hombres y mujeres frente a la muerte a lo largo de todas las edades plantea la necesidad de profundizar en el conocimiento de los diferenciales de la mortalidad por sexo con el fin de identificar los grupos de mayor vulnerabilidad, así como las etapas de la vida donde la morbimortalidad y la discapacidad por determinadas causas se incrementa, y de esta manera encontrar el momento y las estrategias más apropiadas para prevenirlas y controlarlas (Fernández, Martínez y Partida, 1999). Lo que sí queda claro es que las mujeres y los hombres que viven en las entidades federativas más rezagadas como Oaxaca, Chiapas y Guerrero tienen una esperanza de vida menor con diferencias hasta de 3.9 y 4.7 años en relación con estados como Nuevo León y el Distrito Federal, lo cual seguramente es reflejo de condiciones de salud inferiores a las que se registran en el resto del país y por lo tanto también de una más alta mortalidad (Cuadro 1).

Gráfica 3

Índice de sobremortalidad masculina por grupos de edad, 2000



Fuente: INEGI, Estadísticas Demográficas. Cuadernos de Población No. 13, 2001.

■ Cuadro 1

Esperanza de vida por sexo en entidades federativas seleccionadas, 2001

Entidad	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	75,7	73,4	77,9
Distrito Federal	77,5	75,3	79,6
Nuevo León	77,0	75,0	79,1
Guerrero	73,6	71,2	76,1
Oaxaca	72,9	70,6	75,2
Chiapas	72,8	70,5	75,2

Fuente: CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996-2020.

■ Causas de Muerte

Las profundas transformaciones en materia de salud, niveles y estilos de vida, así como los adelantos en la tecnología médica, que de manera conjunta han contribuido a reducir la mortalidad y a transformar los patrones de enfermedad y muerte en hombres y mujeres, no han beneficiado por igual a la población que reside a lo largo y ancho de nuestro país ni a la que pertenece a distintos sectores demográficos y estratos socioeconómicos. Además hay diferencias por sexo que reflejan no sólo la presencia de factores biológicos distintos, como se ha señalado, sino también una diferente exposición a los riesgos de morir entre hombres y mujeres determinada por su condición de género.

Algunos de los cambios que ha experimentado el espectro de la mortalidad en nuestro país se presentan en las causas por las que suele morir la población. En la década de los cuarenta, la población mexicana moría principalmente por enfermedades infecciosas y parasitarias como diarreas y enteritis, neumonía o influenza, paludismo y sarampión. Hoy en día los padecimientos crónico degenerativos como las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes encabezan la lista de causas de muerte (Cuadro 2).

Dado el nuevo espectro de la mortalidad, se dice que México vive un fenómeno al que se ha definido como "transición epidemiológica polarizada", porque al mismo tiempo que presenta una etiología de morbilidad y mortalidad propia de países subdesarrollados, observa un patrón también de mortalidad y morbilidad afín al que presentan las naciones industrializadas. Se tiene así que defunciones prácticamente evitables, tales como las enfermedades infecciosas y parasitarias y las afecciones originadas en el periodo perinatal, que siguen teniendo magnitudes relativamente elevadas, coexisten con muertes ocasionadas por enfermedades crónico-degenerativas (DGSR, 1996).

Tal panorama permite advertir que en el terreno de la salud, la desigualdad socioeconómica se expresa claramente en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y en el acceso a los servicios.

■ Cuadro 2

Tasas de mortalidad por causa de muerte seleccionadas (lista básica) y sexo, 1999

<i>Causas</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Enfermedades del corazón	71,9	69,3
enfermedades isquémicas del corazón	49,6	40,3
Tumores malignos	52,8	56,6
tumor maligno del cuello del útero	0,0	9,3
tumor maligno de la mama	0,1	6,9
tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	9,0	4,7
tumor maligno del estómago	9,0	4,7
tumor maligno de la próstata	7,7	0,0
Diabetes mellitus	41,7	51,3
Enfermedades cerebrovasculares	24,9	27,7
Accidentes	56,4	16,7
accidentes de tráfico de vehículos de motor	18,9	5,0
ahogamiento y sumersión accidentales	4,9	0,9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	23,0	16,3
dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	12,2	8,3
Enfermedades del hígado	41,8	13,6
enfermedad alcohólica del hígado	24,1	3,4
Influenza y neumonía	15,2	13,5
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	9,8	10,2
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13,3	9,8
Agresiones (homicidio)	22,3	2,9

Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: SSA, Mortalidad 1999.

Causas de muerte por sexo y grupos de edad

De este patrón que hoy caracteriza a la mortalidad de nuestro país, tanto hombres como mujeres mueren principalmente por enfermedades del corazón, sobresaliendo las enfermedades isquémicas (en especial el infarto agudo al miocardio) particularmente entre los hombres. En el caso femenino sobresalen también los tumores malignos y la diabetes mellitus. En los varones sobresalen los accidentes y los tumores malignos. Es notable la diferencia en la tasa de mortalidad por accidentes y por agresiones, notablemente mayor entre los hombres, que se explica por una mayor exposición de éstos a situaciones de riesgo, lo cual enmarca un problema de género que afecta a los varones. Otra diferencia notable es la que se presenta en la tasa de mortalidad por enfermedades del hígado, particularmente en la enfermedad alcohólica del hígado donde la tasa masculina es 8 veces mayor que la femenina (Cuadro 2).

Mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas

Se ha dicho que las mujeres tienen cierta 'protección endócrina' a algunos problemas crónicos y que esta protección se ve limitada por diversos factores de riesgo ambientales y personales o de conducta. Durante los últimos años, la prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres se ha incrementado consistentemente. Uno de los aspectos que se subraya al intentar explicar este fenómeno es el envejecimiento de la población mexicana; sin embargo, los cambios en los riesgos son mucho más rápidos y violentos de los que puede explicar este fenómeno por sí solo (Olaiz, 2001).

Una de las grandes transformaciones epidemiológicas en México registradas en el curso de las últimas décadas ha sido el incremento de las defunciones por enfermedades del corazón, por tumores y diabetes mellitus.

Las enfermedades del corazón ocupan hoy en día el primer lugar en la estructura de la mortalidad en nuestro país, cuando en 1940 éstas se situaban por su frecuencia, en el noveno lugar de las causas de defunción, en el nivel nacional. Su volumen en el año de 1922 representaba apenas 1.3% del total de fallecimientos registrados; para el año 2000 las enfermedades clasificadas como enfermedades del corazón representaron 15.7%. Esta cifra es considerablemente mayor en entidades de menor atraso económico, situación que contrasta con los valores más bajos que se observan en entidades con altos niveles de pobreza y marginalidad. De ahí que las enfermedades del corazón junto con otras de las consideradas crónico-degenerativas son conocidas como "enfermedades del desarrollo".

De acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud para 1999, las entidades federativas que presentan los datos extremos son Nuevo León y Chiapas con los mayores y menores porcentajes de muertes a causa de enfermedades del corazón, 20.5% y 11% respectivamente. Considerando las tasas de mortalidad por cada 100 000 habitantes, Nuevo León tiene una tasa de 90.2 en el caso de los hombres y de 80.1 en el caso de las mujeres; mientras Chiapas presenta tasas de 42.1 y 41.0 para hombres y mujeres respectivamente (SSA, 2000).

La frecuencia de las defunciones atribuidas a enfermedades del corazón se incrementa conforme aumenta la edad y es notablemente alta en los grupos de edad más avanzadas, tanto en hombres como en mujeres (Cuadro 3).

■ Cuadro 3

Tasa¹ de mortalidad por enfermedades del corazón según grupos de edad y sexo, 1999

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	70,6	71,9	69,3
<1 ²	9,2	10,8	6,9
1-4	1,0	1,1	1,0
5-14	0,7	0,6	0,7
15-64	29,3	36,1	22,6
65 y más	1 106,7	1 121,2	1 092,2

Nota. Enfermedades del corazón incluyeron: fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

1 Tasa por 100 000 habitantes según grupos de edad.

2 Tasa por 100 000 nacidos vivos registrados.

Fuente: SSA, Tabulados inéditos.

De este grupo de muertes sobresale el infarto agudo del miocardio, padecimiento que en 1999 presentaba una tasa de 35.9 decesos por 100 000 habitantes, y que alcanza valores extremos en los decesos de la población masculina. En el caso de los decesos femeninos, este padecimiento cobra una importancia singular en la población de 65 años y más (56.7% de los decesos femeninos ocurridos en 1999 fueron de personas comprendidas en estas edades)¹² (SSA, 2000).

Los tumores, por su parte, presentan un porcentaje importante dentro de las causas de mortalidad general en el país y de ellos la gran mayoría corresponde a cáncer o neoplasias malignas. Este tipo de enfermedades vienen ocupando desde el año de 1990 el segundo puesto en la estructura de la mortalidad mexicana, cuando en 1940 y 1950 se ubicaban en el decimocuarto y decimoprimer lugar respectivamente.

■ Cuadro 4

Tasa de mortalidad por tumores según sexo, 1980-2000

Año	Total	Hombres	Mujeres
1980	39,4	35,6	43,2
1990	49,3	48,8	52,4
1998	54,5	52,5	56,4
1999	54,7	52,7	56,6
2000	56,4	55,6	57,2

Fuente: SSA, Tabulados inéditos.

INEGI, X Censo General de Población y Vivienda, 1980.

INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996-2050.

INEGI, Estadísticas Demográficas. Cuaderno de Población, núm. 13, 2001.

Los tumores malignos, que son los que más han crecido, presentan una tasa de 56.4 decesos por 100 000 habitantes y representa 13.2% del total de las defunciones registradas en el año 2000 (INEGI, 2001) (Cuadro 4).

Como se sabe, los tumores malignos son padecimientos que en general afectan con mayor frecuencia a personas de mayor edad, pero en el caso de las mujeres comienzan a cobrar importancia desde edades tempranas, pues constituyen la segunda causa de muerte de las mujeres de 15 a 24 años, y la primera de las de 25 a 64 años (INEGI, 2001).

■ La mortalidad a lo largo del ciclo vital

Las diferencias en la mortalidad de mujeres y hombres no sólo responden a cuestiones de tipo biológico sino también a prácticas de riesgo diferenciales por edad y por sexo. Por ello es importante estudiar la mortalidad en diferentes etapas del ciclo de vida. La siguiente sección presenta a la mortalidad en diferentes grupos de edad y es posible que se repita información de párrafos anteriores.

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil, como es sabido, está muy relacionada con factores de carácter socioeconómico, razón por la que se le considera como un indicador del nivel de desarrollo de la población. En países como el nuestro con deficiencias en el registro oficial de hechos vitales como nacimientos y defunciones, es muy común recurrir a la aplicación de metodologías estadísticas y de análisis demográfico para el cálculo indirecto de la mortalidad infantil.

En México aun cuando la mortalidad infantil ha registrado un descenso importante en los últimos años (de 1930 a 2000 el riesgo de fallecer disminuyó en un 92.2% al pasar de 176 a 13.8 las defunciones de menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos), presenta todavía un panorama de defunciones que denotan serias deficiencias en la cobertura de servicios y condiciones de vida de la población. Además, ocupa el segundo lugar en el patrón etéreo de la mortalidad nacional.

Como todo indicador sensible a las condiciones de vida de la población, la tasa de mortalidad infantil (TMI) refleja las desventajas asociadas a vivir en localidades con menor desarrollo. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 (INEGI, 1999), para el trienio 1994-1996, la TMI se estimó en 34.5 decesos por mil nacidos vivos en las localidades de menos de 15 000 habitantes y en 22.7 en las localidades de 15 000 y más. En el nivel nacional la tasa fue de 27.9 defunciones por cada mil nacidos vivos.

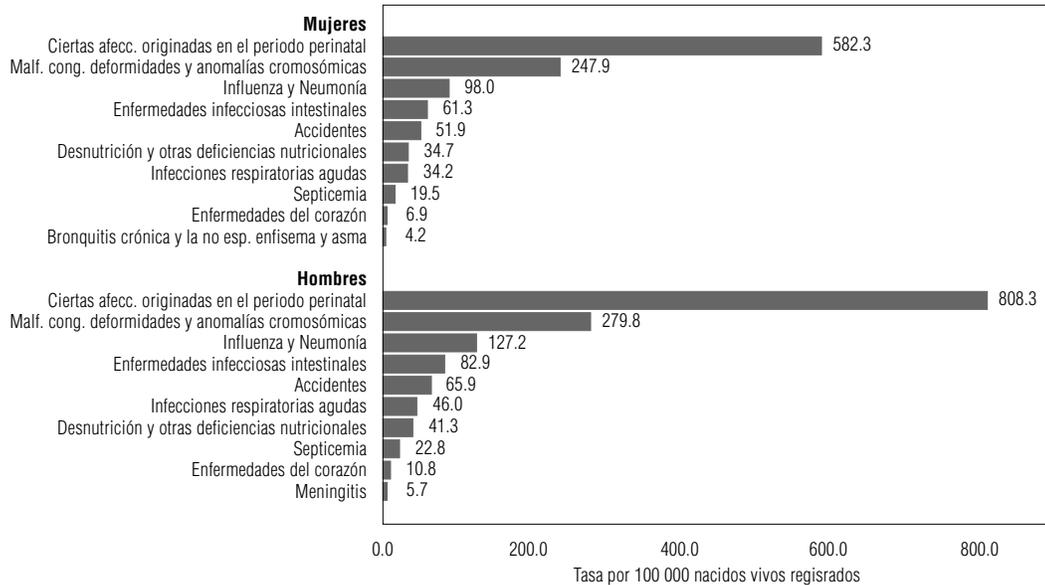
Las estimaciones derivadas de este tipo de encuestas, como podrá advertirse, superan por mucho el nivel de la mortalidad infantil estimada a partir de los registros vitales. De acuerdo a las estadísticas vitales, la TMI para 1996 fue de 22.7, para 1997 de 22.3, para 1998 de 20.9 y para el 2000 de 19.8.¹³

Los datos proporcionados por la Secretaría de Salud muestran que las principales causas de muerte durante el primer año de vida son las mismas para niñas y niños, aunque las tasas masculinas son mayores que las femeninas. Las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el primer lugar y son causa de cerca de la mitad de las muertes ocurridas en este lapso; las tasas de mortalidad por esta causa en el caso de los niños superan de manera notable las tasas que se presentan en el caso de las niñas, lo cual puede responder a la ventaja biológica de las niñas durante esta etapa de la vida. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas también tienen un peso importante en las muertes infantiles, ligeramente mayor entre los niños.

La tasa de mortalidad infantil representa la frecuencia con que ocurren las defunciones de niños menores de un año en relación con el número de nacimientos

Gráfica 4

Tasa de las principales causas de mortalidad infantil por sexo, 1999



Nota: menores a un año.

Fuente: SSA, Tabulados inéditos

Dentro de las diez principales causas de mortalidad de las niñas aparece el grupo de bronquitis crónica y no especificada, el enfisema y el asma con una tasa de 4.2 por 100 000 nacidas vivas, causa de muerte que no ocupa uno de los diez primeros lugares entre los niños. En ellos, aparece la meningitis con una tasa de 5.7 por 100 000, y esta causa de muerte no aparece entre las diez primeras de las niñas.

Es de llamar la atención que los accidentes sean la quinta causa de mortalidad infantil; esto indica que será necesario difundir información de manera insistente sobre los cuidados al recién nacido y durante su primer año de vida y no dejar de lado a la violencia intrafamiliar como posible causa de muerte en los pequeños (Gráfica 4).

Mortalidad neonatal y posneonatal

La división de la mortalidad infantil en mortalidad neonatal (que se refiere a las muertes que ocurren entre el nacimiento y el primer mes de vida) y la mortalidad posneonatal (que ocurre entre el primero y el doceavo mes), se debe al supuesto de que en cada una de ellas se involucran diferentes factores de riesgo. En la neonatal intervienen con mayor fuerza factores bio-reproductivos como la fortaleza del medio uterino de la madre, edad de la madre, número de embarazo, intervalo entre nacimientos, lactancia y sexo del niño, así como las complicaciones en el embarazo y en el parto. En la mortalidad posneonatal tienen más peso factores relacionados con las condiciones de vida y el ambiente que rodean al menor y a su familia, tales como niveles de escolaridad, ingresos, condiciones sanitarias de las viviendas, etc.

Pese a las limitaciones de la información proveniente de los registros administrativos, resulta insustituible el análisis que puede efectuarse a partir de esta fuente de información, porque permite evaluar el peso relativo de las muertes neonatales en contraposición con el peso de las muertes posneonatales.

En México este tipo de decesos muestra, como era de esperar dado el sentido descendente de la mortalidad infantil, una tendencia hacia la baja y también una importancia relativa mayor de muertes posneonatales respecto a las neonatales hasta el año de 1991. En ese momento se invierte esta relación al superar la mortalidad de menores de 28 días de nacidos a la de los de 28 a 365 días de nacimiento, hecho que demanda respuestas que expliquen el efecto inmediato que sobre la mortalidad infantil tiene la cobertura de los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas y ambientales de la población, que como se dijo anteriormente, inciden sobre todo en la mortalidad posneonatal (Gráfica 5).

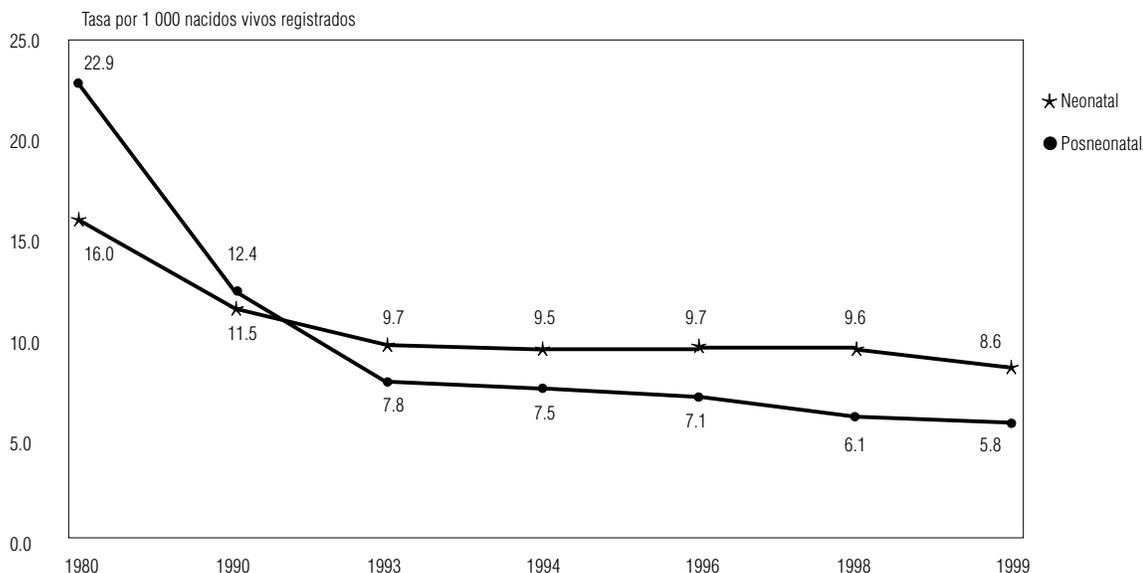
Una limitación en este sentido está en que no existen datos desagregados por sexo, por lo que resulta difícil indagar cuestiones como si la mortalidad neonatal es significativamente menor entre las niñas que entre los niños, por las ventajas biológicas de las primeras; o si pudiera existir alguna inferencia sobre cuidados diferenciales por sexo en la etapa posneonatal.

Características sociodemográficas de la mortalidad infantil

La mortalidad infantil tiene clara relación con las condiciones sociodemográficas y socioeconómicas de la madre y del hogar. Al respecto, cabe señalar que las muertes de menores de un año ocurren con mucho más frecuencia en madres muy jóvenes o de edades más avanzadas (menores de 20 años o de 35 años y más), y en mujeres con menor nivel de instrucción y de paridades altas; entre las menores alcanzó en el periodo 1994-1996 la tasa de 34.5 muertes por cada 100 000 habitantes, mientras que entre las de 35 años y más, la tasa es de 41.9; esta tasa alcanza los niveles más elevados entre las mujeres sin instrucción (65.2) y entre aquellas que han tenido más de cuatro hijos (43.2). Es importante mencionar que las diferencias más notables se dan por nivel de instrucción, por lo que los esfuerzos en materia de educación resultan imprescindibles en este sentido. Las localidades que tienen menos de 15 000 habitantes muestran un mayor nivel de mortalidad que las localidades mayores (Gráfica 6).

Gráfica 5

Tasa de mortalidad neonatal y posneonatal, 1980-1999

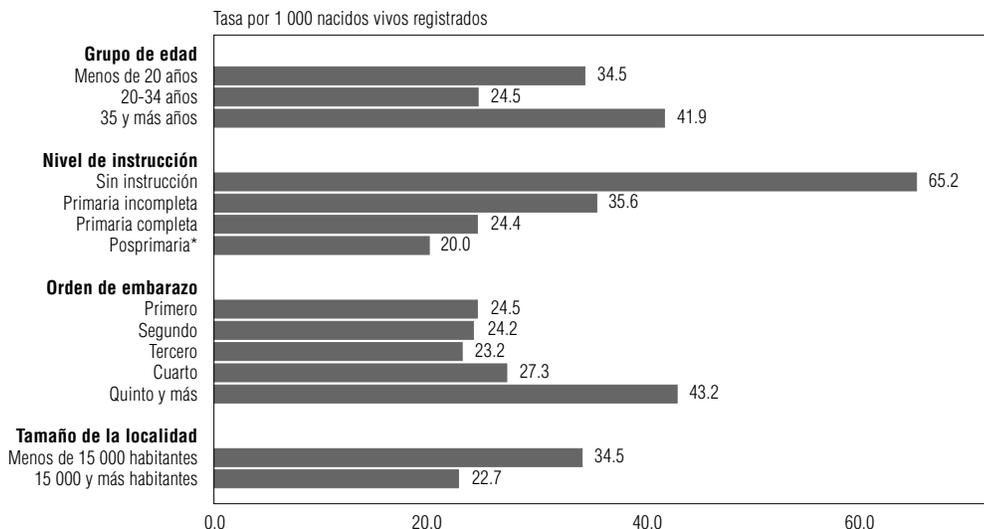


Fuente: SSA, Mortalidad varios años.

Las condiciones de la vivienda, por su parte, muestran una relación directa con la TMI, de ahí que para abatir aún más el nivel de este indicador habría que proveer de los servicios sanitarios a todas las viviendas que carecen de ellos en el país. En otras palabras, habría que reducir los efectos de las dimensiones más negativas para la salud, las cuales se hallan en la esfera social y económica. Se ha observado que las condiciones de la vivienda en que vive un niño en su primer año de vida son factores críticos para su sobrevivencia y que la mortalidad que ocurre en las viviendas con condiciones deficientes es el doble de la que sucede en viviendas con condiciones adecuadas (CONAPO, 1997).

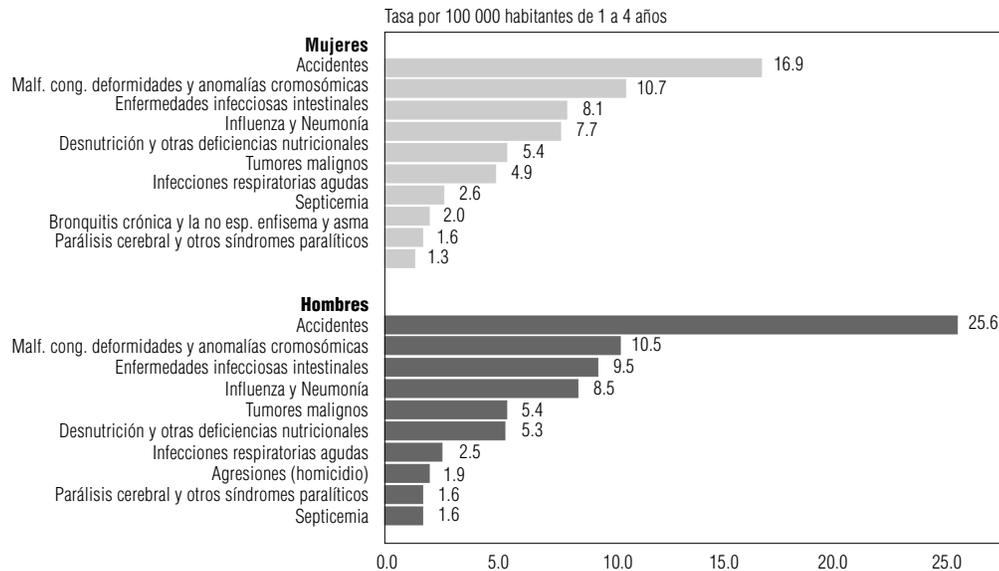
Gráfica 6

Tasa de mortalidad infantil por diversas características de la madre, 1994-1996



* Incluye la población femenina con uno o más grados en algún nivel posterior a la primaria desde técnicos con primaria terminada hasta el doctorado.
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Tasa de las principales causas de muerte en edad preescolar por sexo, 1999



Fuente: SSA, Tabulados inéditos, 1999.

Mortalidad preescolar

La mortalidad preescolar definida por las muertes del grupo de 1 a 4 años de edad presenta características que la distinguen sustancialmente de la mortalidad infantil. Presenta un nivel muy inferior al de la mortalidad de los menores de un año¹⁴ y una etiología de causas de muerte también muy distinta. La principal causa por la que fallece la población de 1 a 4 años es por accidentes (una quinta parte del total de los decesos de este grupo de edad son originados por esta causa). Enfermedades infecciosas como la neumonía y la influenza y las infecciosas intestinales continúan presentándose dentro de las principales causa de muerte de los niños preescolares, sin embargo se debe mencionar que éstas han disminuido y continúan disminuyendo debido a las mejora y extensión de los servicios de salud y también a una mayor información sobre los cuidados que deben procurarse a los menores. En 1995 las tasas de mortalidad a causa de neumonía e influenza fueron de 16.6 y 16.3, por 100 000 preescolares, para niñas y niños respectivamente, lo que muestra una disminución de cerca de 50% en un período de 5 años. En el caso de las infecciones intestinales las tasas disminuyeron en el periodo 1995-2000 de 14.8 a 8.1 en el caso femenino y de 15.9 a 9.5 en el caso masculino.

Las tasas de mortalidad por deficiencias de la nutrición son muy parecidas entre niñas y niños. Esto representaría una ventaja del caso mexicano en relación a los otros países de la región de América Latina pues existen hallazgos que sugieren que la incidencia diferencial por sexo de la desnutrición en la niñez presenta una clara desventaja para las niñas. Se afirma que en casi 50% de los países de la región la mortalidad por desnutrición afecta más a las niñas que a los niños en el grupo de 1 a 4 años (Gómez, 1993). De cualquier manera es un problema en el que debe ponerse mayor atención pues ocupa el quinto lugar de las causas de muerte entre los niños mexicanos en edad preescolar.

En 1995 la Secretaría de Salud manejaba la categoría “deficiencias de la nutrición” presentando una tasa de 7.3 para los niños y de 7.5 para las niñas. Con estos datos se observa una disminución en la mortalidad por desnutrición, sin que se observen diferencias notables por sexo.

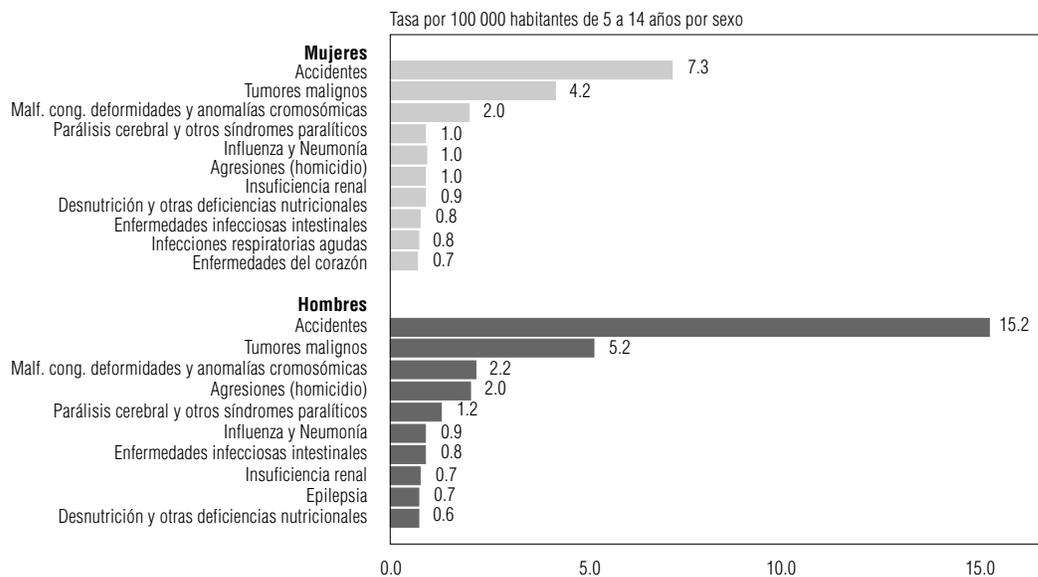
Algunos resultados de investigación han demostrado para México que la mortalidad femenina preescolar fue superior a la masculina hasta principios de la década de los setenta, momento en que ambas se igualaron superponiéndose una con otra para luego presentar una mortalidad masculina ligeramente más alta, que de mantenerse, podría asemejarse al perfil de la mortalidad de los países desarrollados (Langer y Lozano, 1998).

Sobre el particular, la Organización Mundial de la Salud señala que cuando se observa sobremortalidad femenina en la niñez ésta debe considerarse una señal de alarma sobre la probable existencia de una discriminación importante en contra de las niñas (OMS, 1989, citado en Langer y Lozano, 1998), lo cual no parece ser un problema existente en nuestro país.

Es de llamar la atención la diferencia en la tasa de mortalidad por accidentes que muestra un valor más alto en el caso de los niños y también el hecho de que las agresiones ocupen el octavo lugar de causa de muerte entre los niños y no sea una de las principales causas de mortalidad entre las niñas. Es posible que se estén presentado diferencias de género en el cuidado de las niñas y de los niños por parte de quienes los atienden y que esto induzca a que los niños realicen actividades que puedan representar mayores riesgos que las que realizan las niñas. Por otro lado también debe considerarse la posibilidad de que la violencia intrafamiliar afecte en mayor medida a los varones. Este tipo de situaciones deberán analizarse con mayor profundidad (Gráfica 7).

Gráfica 8

Tasa de las principales causas de muerte en edad escolar por sexo, 1999



Fuente: SSA, Tabulados inéditos, 1999.

Mortalidad escolar

Por lo que respecta a la mortalidad escolar (de 5 a 14 años), es importante mencionar que es notablemente inferior a la preescolar, por lo que pareciera que el riesgo de muerte disminuye significativamente tan pronto se superan los cinco años, hecho que se aprecia en ambos sexos. La mortalidad escolar se sitúa en el último lugar del comportamiento étéreo de la mortalidad (Ver Gráfica 2).

En 1999 la tasa de mortalidad escolar registró un valor considerablemente menor que el de la tasa de mortalidad preescolar (0.3 y 0.9 por 1 000 respectivamente). Además, presenta una estructura por causas de muerte muy distinta de la anterior, aun cuando ambas comparten a los "accidentes" como primera causa de muerte, siendo notablemente mayor la tasa en edad preescolar. Por otro lado, las enfermedades infecciosas intestinales y la influenza y neumonía se reducen de manera importante en esta edad de tal forma que no aparecen dentro de las 5 principales causas de muerte entre los niños y, en el caso de las niñas, solamente se presenta la influenza y neumonía con una tasa de 1.0 por 100 000 niñas representando la cuarta causa de muerte con tasas semejantes a la de parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos y las agresiones. En relación a esta última causa es alarmante que aparezcan las agresiones (homicidios) como causa de muerte en niños. Lo anterior demanda de investigación y atención profunda en temas relacionados con violencia intrafamiliar y maltrato infantil además de la violencia vista de manera general y que incide en todas las esferas y en todas las edades (Gráfica 8).

El peso de los accidentes y agresiones en la población escolar y preescolar evidencia la necesidad de cuidados familiares y comunitarios más eficaces que brinden protección adecuada a los niños y niñas no sólo contra el descuido y los peligros, sino también contra la violencia intrafamiliar; muchos de los casos reportados como accidentes de los niños y niñas suele tener detrás un episodio de violencia. Se observa un riesgo diferencial de género que afecta de manera notable a los niños, quienes presentan una tasa de mortalidad por accidentes y por agresiones de más del doble que las niñas.

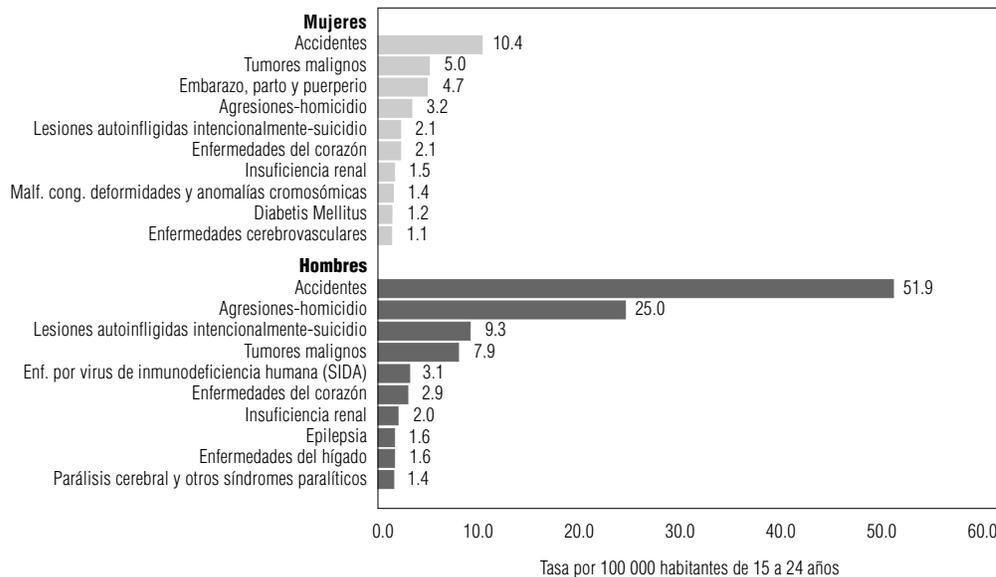
Mortalidad adolescente y joven

La población adolescente y joven (entre 15 y 25 años) es un grupo que ha venido cobrando una mayor atención y preocupación por parte de los científicos sociales y los hacedores de políticas para la salud por la creciente adopción de comportamientos de riesgo que pueden ser nocivos para su salud en el mediano y largo plazos (tabaquismo, drogadicción y actividad sexual sin protección).¹⁵

Este segmento de la población, en comparación con los infantes y los ancianos, sufre pocos trastornos que amenazan su vida. En estas edades las conductas y los riesgos son muy distintos entre hombres y mujeres, hecho que se refleja marcadamente en los niveles de mortalidad y las causas de muerte. La mayor mortalidad masculina respecto a la femenina comienza a ser particularmente significativa a partir de la adolescencia y la juventud, del mismo modo que las diferencias en cuanto a las causas por las que mueren hombres y mujeres, como consecuencia de las características biológicas propias de cada sexo y del condicionamiento social y de género que determinan el sentir y actuar de hombres y mujeres. Es aquí donde las determinaciones de género comienzan a adquirir más fuerza porque los lleva a interiorizar patrones de conducta que determinan las expectativas sobre lo que significa ser hombre y mujer (Henriques-Mueller, 1993).

En estas edades tanto hombres como mujeres, mueren principalmente por accidentes; esta constituye la primera causa de muerte de la población masculina y femenina perteneciente a este grupo de edad, aunque entre los hombres el porcentaje que muere por esta razón es cinco veces mayor que el observado entre las mujeres.

Tasa de las principales causas de muerte en jóvenes,* por sexo, 1999



* 15 a 24 años

Fuente: SSA, Tabulados inéditos, 1999.

En estos grupos de edad la sobremortalidad masculina es especialmente importante. Las muertes por agresiones (homicidio) y por lesiones autoinfligidas (suicidio) constituyen la segunda y tercera causas de muerte para los hombres, y la cuarta y quinta entre las mujeres, con diferencias muy notables en la magnitud de las tasas. En el caso femenino, los tumores malignos son la segunda causa de muerte; como tercera causa de muerte están las causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, causas esencialmente de tipo biológico, pero que tienen que ver con el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. En el caso de los varones los tumores malignos ocupan la cuarta causa y la quinta las enfermedades por VIH. Esta última no aparece dentro de las diez principales causas de muerte de las mujeres. Por la importancia que representa el VIH SIDA se analizará de manera particular en una sección posterior (Gráfica 9).

Mortalidad de los adultos

Si bien es cierto que hoy en día la posibilidad de vivir más allá de los 64 años de edad es mucho más factible, la mortalidad de los adultos es materia de preocupación en las políticas de salud. Las personas de 25 a 64 años de edad son en su mayor parte personas productivas, de las que dependen material y emocionalmente, niños, jóvenes y personas de la tercera edad. Por ello, las defunciones de personas de esta edad dejan importantes huellas en el desarrollo del grupo familiar o comunal al que pertenecen.

En México la sobremortalidad masculina que se observa en esta etapa de la vida demanda un mayor análisis de las causas que la producen, porque entre las razones que subyacen a esta sobremortalidad se hallan enfermedades que se han denominado "enfermedades del desarrollo": las enfermedades del hígado y los accidentes presentan las mayores tasas de mortalidad masculina. Le siguen de cerca las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus.

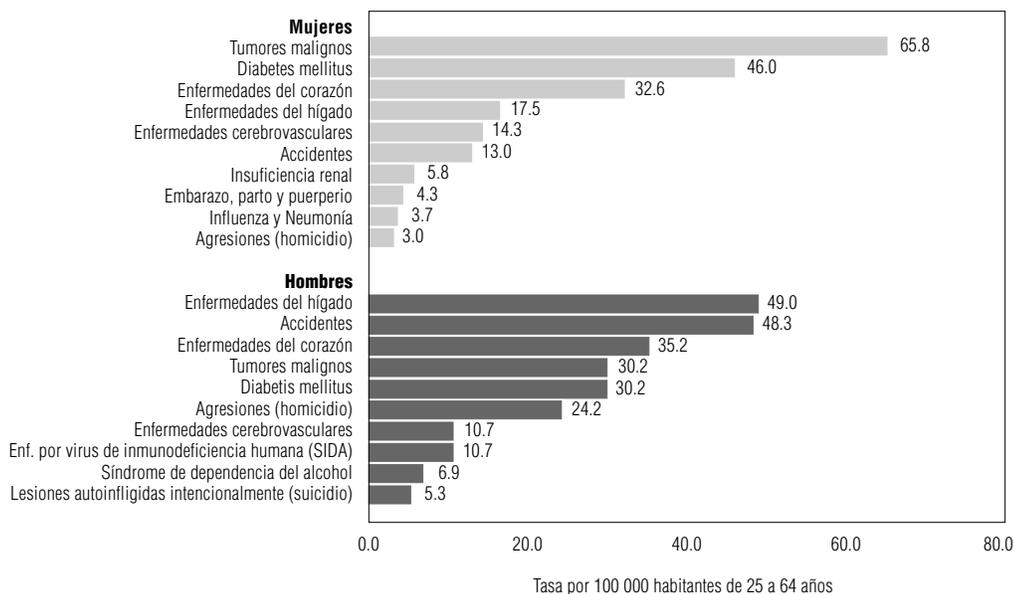
La sobremortalidad masculina a causa de accidentes se interpreta principalmente como un reflejo de la mayor exposición de los hombres a situaciones violentas y representan la segunda causa de muerte entre los varones mientras que para el caso femenino aparece en el lugar número seis. Entre las mujeres adultas los tumores malignos son la principal causa de mortalidad seguidos de la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón, las enfermedades del hígado y las cerebrovasculares. La muerte por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio ocupan el octavo lugar de mortalidad entre las mujeres de 25 a 64 años de edad con una tasa de 4.3 muertes por cada 100 000 mujeres adultas. La mortalidad materna es un grave problema de salud pública y es una preocupación latente dentro de las políticas públicas.

La tasa de mortalidad femenina por tumores malignos duplica a la tasa de mortalidad masculina por esa causa. En el caso de las mujeres la mortalidad por cáncer cérvico-uterino y mamario tienen un peso muy importante entre los tumores malignos, representan 36.7% del total. Por la importancia que tienen este tipo de enfermedades se analizan más detalladamente en la sección de salud reproductiva. En relación a los tumores malignos de los varones, la muerte debida a tumores de los órganos digestivos representan una tercera parte del total de muerte por tumores. El segundo lugar lo ocupan los tumores malignos de órganos respiratorios e intratorácicos que representan 16.9% del total de muertes por tumores.

Otra diferencia importante de las principales causas de muerte entre mujeres y hombres es la presencia de algunas causas en uno de los sexos que no aparecen en el otro. Tal es el caso del VIH SIDA, del síndrome de dependencia del alcohol y de las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) que representan la octava, novena y décima causas de muerte masculina. En el caso de las mujeres, la insuficiencia renal, las causas de embarazo, parto y puerperio y la influenza y neumonía aparecen entre las diez principales causas de mortalidad (Gráfica 10).

Gráfica 10

Tasa de las principales causas de muerte en adultos,* por sexo, 1999



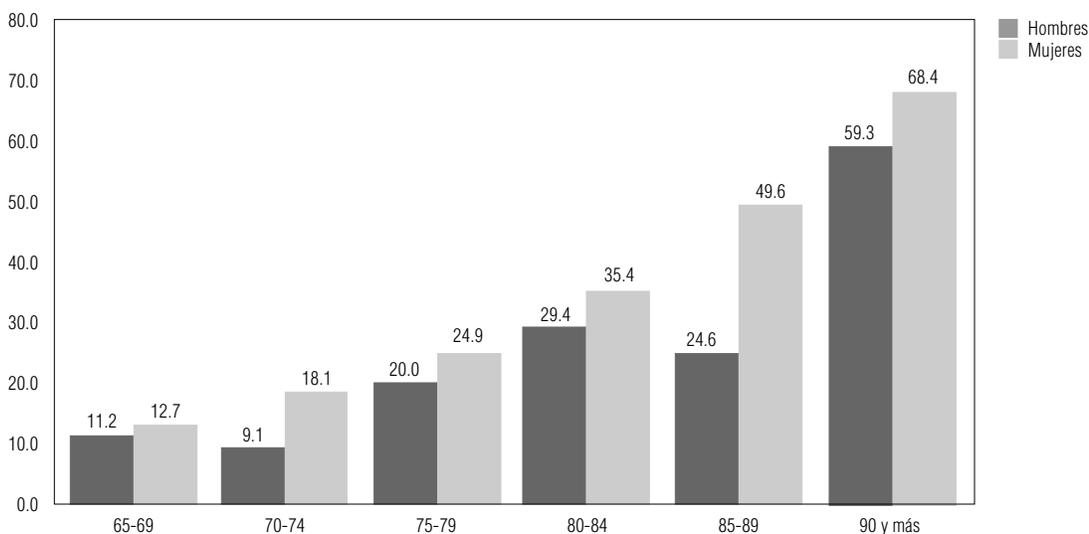
Mortalidad en la vejez y deterioro funcional

La disminución de la mortalidad infantil y el consecuente aumento de la esperanza de vida obligarán muy pronto a los países con menos recursos a dar atención a una población que está envejeciendo rápidamente; México aún no cuenta con la experiencia social para brindarle el apoyo que requiere. De acuerdo con el Censo del año 2000 la población de 65 años y más asciende a 4.7 millones de personas que representan 4.9 % del total de la población. Se calcula que para el año 2050 esta población abarcará 25% del total.

El envejecimiento de la población tiene profundas consecuencias sociales; en nuestro país este proceso se acompaña de inequidades de género que han existido a lo largo de los años de forma tal que, aun cuando las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de arribar a la vejez, las ancianas parecen encontrarse en condiciones de mayor desventaja con respecto a los hombres. En un estudio basado en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE, 1994), se construyó un indicador para identificar a los ancianos con alto deterioro funcional y se destaca que dicho deterioro es mayor para las mujeres a partir de los 65 años (Gráfica 11).

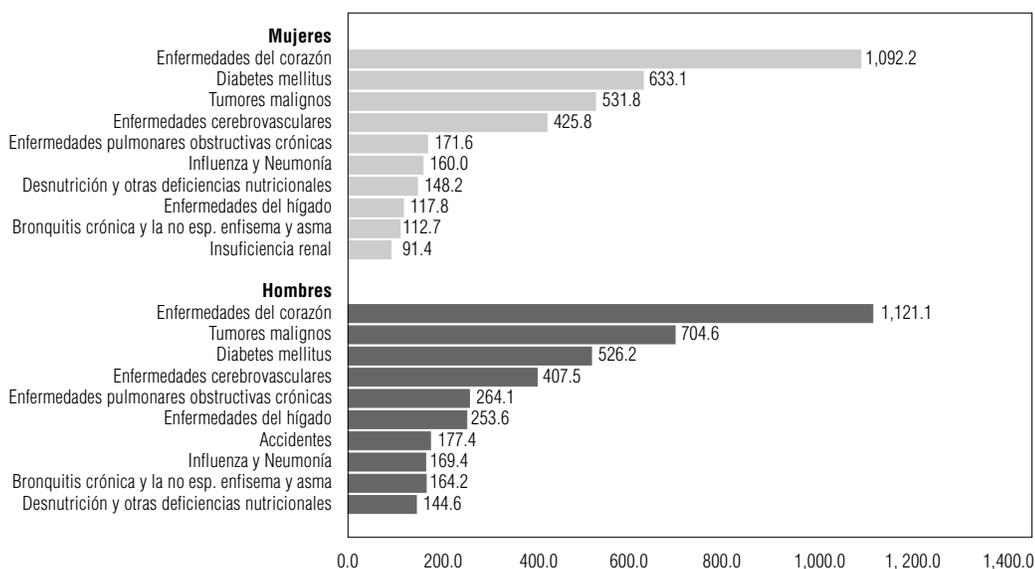
Gráfica 11

Porcentajes de mayores de 65 y más años en situación de alto deterioro funcional por grupos de edad y sexo, 1994



Fuente: Solís, P. (1995) con base en la Encuesta Nacional de Envejecimiento en México, ENSE, 1994

Tasa de las principales causas de muerte en las adultas y los adultos mayores (65 años y más) por sexo, 1999



Fuente: SSA, Tabulados inéditos, 1999.

Es precisamente en estas edades donde las enfermedades crónico-degenerativas tienen mayor peso. Por ello es necesario realizar estudios más precisos de caracterización por género y por estrato socioeconómico. Esta desagregación resulta de fundamental importancia dado que varias condiciones que aparecen tardíamente en la vida de la mujer están relacionadas con la fisiología, la historia sexual y reproductiva, y la calidad y el tipo de atención de salud recibida durante embarazos y partos (Restrepo, 1993a).

En la etapa de senectud de las mujeres se hacen evidentes las consecuencias de los patrones reproductivos desfavorables, los efectos de la mala nutrición, las situaciones derivadas de su papel social, centrado en la reproducción y en el cuidado de los miembros de la familia, así como los cambios hormonales posteriores a la menopausia. El perfil femenino de la mortalidad refleja estos procesos desde los 45 años de edad. Los problemas cardiovasculares, que representan la primera causa de muerte en las mujeres de 65 años y más, se vuelven más frecuentes a medida que disminuyen los estrógenos y, consecuentemente, cambia el perfil de lípidos en la sangre. Las neoplasias o tumores malignos son la segunda causa de muerte de la población anciana; entre las mujeres, las neoplasias ginecológicas representan la tercera causa de muerte; la diabetes se asocia también a los cambios endócrinos secundarios a la menopausia (Langer y Lozano 1998) y ocupa el segundo lugar en las causas de muerte en las adultas mayores.

En este último grupo de edad considerada, adultos y adultas mayores comparten las mismas cinco principales causas de muerte, cosa que también sucede entre los niños y las niñas en los primeros años de vida (infantil y preescolar). Los tumores malignos ocupan el tercer lugar de causa de muerte entre las mujeres y el segundo entre los hombres. En estos grupos de edad avanzada la tasa de mortalidad por tumores malignos es considerablemente mayor entre los hombres, situación inversa a la que se presenta entre los adultos de entre 25 y 64 años de edad donde la mortalidad por tumores malignos era mayor en el caso de las mujeres, guardando las proporciones, pues en este último grupo de edad las tasas de mortalidad son mucho mayores. Entre las adultas mayores la muerte por tumores malignos está representada en un 36.4% por los tumores malignos de los órganos digestivos, 25.5% son los tumores de los órganos genitourinarios y una quinta parte se deben a tumor maligno del cuello del útero. En el caso de los varones una tercera parte de los tumores malignos lo representan los de los órganos digestivos; el cáncer de próstata representa 21.2% de los tumores malignos.

La mortalidad por enfermedades del hígado entre los varones presenta una tasa que duplica la del caso femenino. Enfermedades como la insuficiencia renal aparecen dentro de las diez principales causas de muerte entre las mujeres y no aparece entre las principales causas de muerte entre los hombres. Por otro lado, los accidentes no figuran entre las principales causas de muerte entre las mujeres, pero ocupan el lugar siete de la mortalidad masculina con una tasa de 177.4 por 100 000 varones (Gráfica 12).

Como se dijo anteriormente, en este último grupo de edad considerada, los adultos y las adultas mayores comparten las principales causas de muerte, como sucede entre los niños y las niñas en los primeros años de vida (infantil y preescolar). Esto indica que las diferencias de género más notables se dan sobre todo durante las etapas escolar, en la adolescencia y entre los adultos jóvenes. Se puede decir que diferencias importantes en el espectro de la mortalidad de hombres y mujeres se detectan a partir de la juventud (15 a 29 años de edad), como consecuencia sin duda de las características biológicas propias de cada sexo y de la influencia de los condicionantes de género.

Las desigualdades en la mortalidad por sexo demandan atenciones específicas que empiezan a manifestarse de manera incipiente porque lamentablemente los datos con que se cuenta no permiten un análisis de género de mayor profundidad. Una de las razones es que en la generación de la información estadística, como ya se ha señalado, la variable sexo ha sido omitida en mucho de los casos. A este problema se agrega que la información sobre salud a niveles más desagregados como tamaño de localidad o municipio que se genera en nuestro país ha omitido, en muchos casos, a la variable sexo, impidiendo o limitando, no sólo el estudio de la situación de la salud de “la mujer” y con relación a su contraparte masculina, sino también el estudio de su nivel de acceso a las instituciones de salud.

¹¹ Este capítulo se elaboró con información proveniente de algunas de las ponencias presentadas en el Taller de Sensibilización sobre el Enfoque de Género en la Producción de Información Estadística del Sector Salud, con base en estudios especializados en la materia, así como con información inédita recogida por el SISESIM, en registros administrativos del Sector Salud, censos y encuestas en hogares.

¹² Los datos disponibles para 2000 no presentan la información específica sobre infarto agudo al miocardio. Solamente muestran en general enfermedades del corazón y en particular enfermedades isquémicas.

¹³ La TMI se obtiene dividiendo las defunciones de menores de un año entre el total de nacimientos registrados. Debido al subregistro de las defunciones y al registro extemporáneo de los nacimientos, el cálculo de la TMI basado en las estadísticas vitales subestima el resultado. Una manera de obtener un mejor indicador es considerar en el denominador los nacimientos registrados con edad menor de un año. De cualquier manera los cálculos muestran valores más bajos que los que se obtienen de encuestas donde los datos se obtienen de manera más precisa por medio de la historia de embarazos.

¹⁴ En 1999, el nivel de la mortalidad preescolar era de 0.9 decesos por 1 000 habitantes mientras que la infantil era de 15.1 según cifras oficiales.

¹⁵ Sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas en el mundo se conoce que es mayor en hombres que en mujeres, pero que en general existe una tendencia hacia el incremento del tabaquismo y a una disminución en las diferencias entre unos y otras.

V. Salud y morbilidad

“La mujer, a cualquier edad tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón; esta mayor morbilidad se expresa en una incidencia de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más elevados de discapacidad en corto y en el largo plazo.”

(Gómez, 1993)

Los indicadores de mortalidad y morbilidad remiten a la compleja relación entre salud, enfermedad, muerte y calidad de vida. Existe suficiente evidencia para afirmar que las mujeres tienen mayores probabilidades de sobrevivencia que los hombres. Sin embargo, para hablar de los patrones de morbilidad femenina hay poca información y la que existe apunta hacia una morbilidad de las mujeres poco satisfactoria. La escasa información disponible de morbilidad y hospitalización sugiere que las mujeres parecen ser más susceptibles que los hombres a las enfermedades agudas —sobre todo en los grupos de edades avanzadas—, y a la hospitalización (muy especialmente en las edades reproductivas), lo que a la luz de un enfoque que vincula la salud con la calidad de vida parecería mostrar condiciones de salud menos favorables para las mujeres en su mayor número de años de vida que los hombres.

Por otra parte, como se dijo en secciones anteriores, los diferenciales de morbilidad no deben explicarse sólo a partir de las meras diferencias biológicas entre los sexos (no obstante que juegan un importante papel en la susceptibilidad y resistencia frente a las enfermedades), ya que estas mantienen una profunda interacción con las construcciones sociales acerca de la percepción de bienestar corporal y la toma de decisiones para buscar atención oportuna; unas y otras son determinadas, en gran medida, por la condición de género.

En los patrones de hospitalización y morbilidad debe ponerse especial atención a todo lo relacionado con la salud materna y reproductiva y con la calidad de vida en las edades avanzadas.

Prevalencia de morbilidad: es el número de casos de una enfermedad existente en una población en un momento dado sin distinción entre los nuevos y los ya existentes

Con relación a la salud materna y reproductiva cabe mencionar que los riesgos de la salud de las mujeres vinculados con su papel reproductivo no sólo se encuentran delimitados por sus características biológicas. Aspectos como la cobertura médica del embarazo y el parto, la prevalencia en el uso de métodos de control natal, y la prevención de ciertas enfermedades fuertemente relacionadas con la condición femenina —tales como el cáncer cérvico uterino, la hipertensión, la diabetes, etc.— son de especial relevancia para entender las condiciones de salud de las mujeres y para dar seguimiento a las políticas públicas orientadas a incidir en su cuidado o atención.

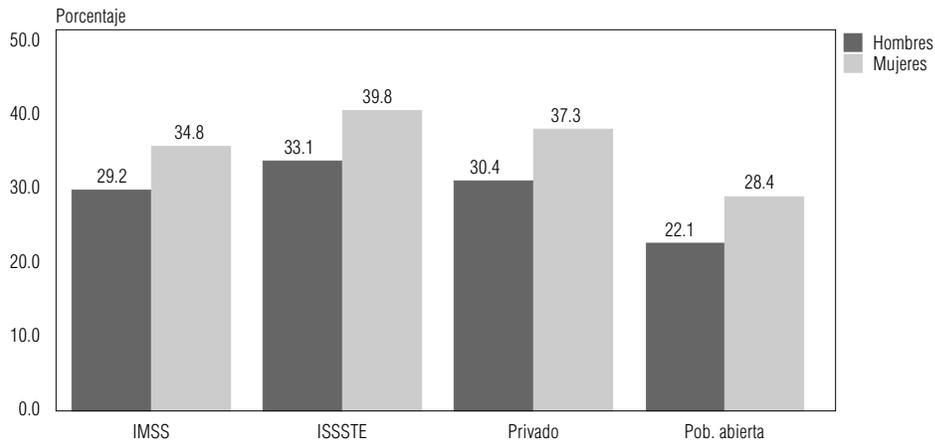
A continuación se presenta un análisis general de la información de morbilidad disponible que se genera en las instituciones de salud pública de nuestro país, tratando de advertir, hasta donde la información nos los permite, de las diferencias de morbilidad por sexo.

■ Utilización de Servicios de Salud y Servicios Hospitalarios

En la utilización de los servicios de salud y servicios hospitalarios intervienen diversos factores entre los que destacan, la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y el lugar de residencia.

En relación a los **servicios de salud**, la utilización de estos por parte de niños y niñas menores de 14 años no difiere, mostrando una tendencia descendente conforme aumenta la edad. A partir de los 15 años es clara la mayor utilización de los servicios por parte de las mujeres que de los hombres en todos los grupos de edad hasta llegar a las edades más avanzadas donde se observa un descenso importante en la utilización de tales servicios. Entre los factores que influyen en un mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres, están los relacionados con la atención obstétrica (Ver anexo gráfica B).

Utilizadores de servicio de salud según derechohabencia declarada y sexo, 2000



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, 2000

Al analizar la utilización de servicios de salud de las mujeres, se observa que las que tienen niveles altos de escolaridad (licenciatura) utilizan, al menos hasta los 60 años de edad, más los servicios de salud que las mujeres sin ningún grado escolar cursado. Después de los 60 años, la tendencia se invierte mostrando una mayor utilización de los servicios en las mujeres sin escolaridad que puede ser la consecuencia de no haberse atendido anteriormente y mostrar deterioro en su salud en edades avanzadas. Posterior a los 70 años se vuelve a invertir la tendencia siendo mayor la asistencia de las mujeres con mayor escolaridad. Habría que considerar que es muy probable que las mujeres sin escolaridad tengan menores ingresos y por tanto menores posibilidades de acceder a servicios médicos que también puede tratarse de mujeres sin derecho a servicios de salud lo que puede estar influyendo de manera importante en la no asistencia. Será necesario un estudio más profundo del tema para determinar las causas que influyen en la asistencia o no a los servicios de salud y estudiar esta situación en relación con los hombres (Ver anexo gráfica C). Desafortunadamente no se cuenta todavía con toda la información de la ENSA 2000.¹⁶

La gráfica 13 muestra un mayor acceso a servicios de salud por parte de las mujeres en relación con los hombres. Las diferencias van desde 5.6 puntos porcentuales entre los derechohabientes del IMSS hasta 6.9 puntos porcentuales entre los derechohabientes a servicios médicos privados. La derechohabencia debe ser un factor determinante en el mayor uso de servicios de salud por parte de las mujeres, quienes además presentan diferencias entre sí determinadas por la posibilidad de acceder a servicios de salud; "La población femenina con acceso a Seguridad Social y a los servicios privados utilizan estos servicios hasta un 25% más que las mujeres que no tienen estos servicios" (Olaiz, 2001). Sería importante analizar el porqué de las diferencias. Con relación a un mayor número de mujeres que de hombres "derechohabientes" se han planteado hipótesis como la preferencia de las mujeres por empleos con horarios flexibles y con prestaciones que cubran los costos de maternidad y parto; y como la distribución diferencial de hombres y mujeres en los distintos sectores de la economía con predominio de las mujeres en el sector terciario y de los hombres en el primario, el primero más formalizado que el segundo y por tanto con mejores opciones laborales para sus trabajadores (Inmujeres, 2001).

Es importante mencionar que incluso en personas con discapacidad desde leve hasta severa, existe una mayor utilización de servicios de salud por parte de las mujeres. La utilización aumenta en función del grado de severidad, especialmente en el caso femenino (Gráfica 14).

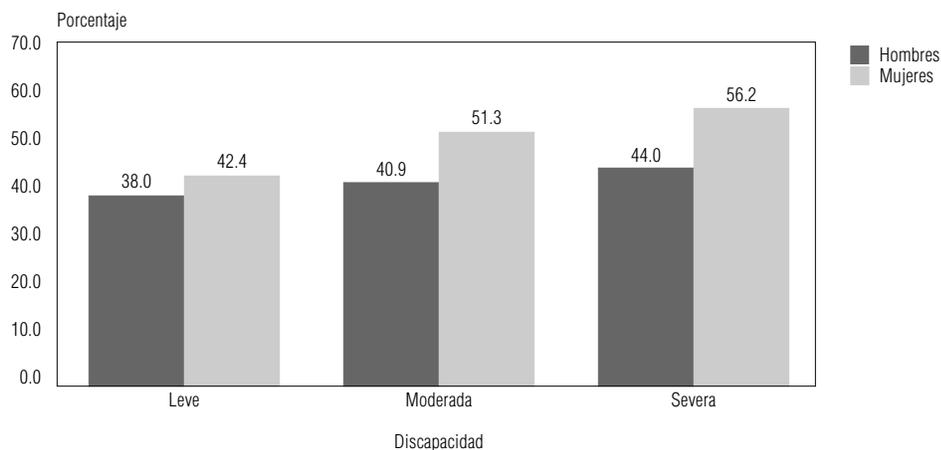
En cuanto a la utilización de los **servicios hospitalarios** se observan diferencias notables entre mujeres y hombres, muy claramente marcadas por la edad. En las edades tempranas los niños ingresan en mayor medida que las niñas a los hospitales; a partir de los 10 años la situación se invierte siendo especialmente alta la proporción de mujeres que utilizan servicios hospitalarios entre los 20 y 24 años y entre las mujeres de 80 a 84 años de edad. Es en la etapa reproductiva y en los últimos grupos de edad donde la hospitalización de las mujeres es más alta, respondiendo por una parte, a los cuidados de la salud relacionados con la reproducción, y por otra parte al deterioro de la salud de las edades avanzadas. La hospitalización de la población masculina es mayor que la femenina entre los 55 y 74 años de edad (Ver anexo gráfica D).

La gráfica 15 muestra los motivos por los que mujeres y hombres hacen uso de los servicios hospitalarios. El principal motivo de uso hospitalario por parte de las mujeres es la realización de un parto y por parte de los hombres es por enfermedad. Si se deja por un lado los problemas de embarazo, cesárea y parto, motivos esencialmente femeninos, los motivos por orden de importancia de las mujeres son: la cirugía, enfermedad, accidentes, examen o chequeo y por último agresiones. En el caso de los varones los motivos son: enfermedad, cirugía, accidentes, agresiones y al final examen o chequeo.

En cuanto a la distribución **urbano-rural**, se observa un mayor uso de servicios hospitalarios en el área urbana, tanto en el caso femenino como en el masculino, que responde seguramente a un mayor acceso a los servicios en estas áreas; en particular, es importante mencionar que las mujeres rurales usan menos los servicios hospitalarios para atender el proceso de la maternidad y el parto. En ambos tipos de localidades, rurales y urbanas, es mayor el uso que hacen las mujeres que los hombres de los hospitales (Ver anexo gráfica E).

Gráfica 14

Porcentaje de población discapacitada que utiliza servicios de salud según severidad de la discapacidad y sexo, 2000



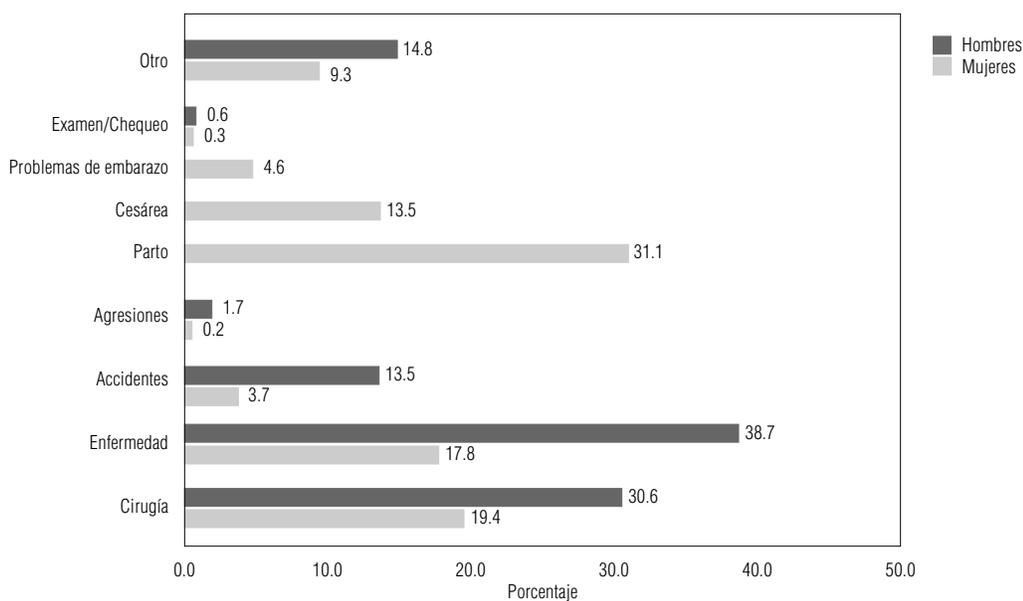
Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, 2000

El nivel de ingreso no parece ser un factor que influya en la utilización de servicios hospitalarios, esto es más claro en el caso de las mujeres, excepto en los grupos extremos de nivel salarial donde se observa que la utilización de estos servicios es más baja entre las mujeres que ganan menos de un salario mínimo y es notablemente más alta entre aquéllas que tienen niveles de treinta y más salarios mínimos. En el caso de los varones no es muy clara la situación, lo que sí es notable es la baja de utilización de servicios de hospitales en hombres con altos niveles de ingresos (Ver anexo gráfica F).

Otra forma de acercarse al estudio de la morbilidad de la población es a través de los **egresos hospitalarios**. En este sentido cabe mencionar que parte importante de dichos egresos provienen de instituciones de seguridad social y son mayoritariamente femeninos (68.8%) (Cuadro 5).

Gráfica 15

Utilizadores de servicios hospitalarios según motivo y sexo, 2000



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, 2000

Cuadro 5

Morbilidad hospitalaria por sexo y tipo de población, 2000

Tipo de población	Egresos			Tasa Total	Porcentaje	
	Total	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Total	4 052 541	1 265 356	2 787 091	3 617.1	31,2	68,8
<i>Población abierta</i>	1 698 007	441 641	1 256 273	3 215.6	26,0	74,0
SSA	1 469 332	395 431	1 073 811	3 508.3	26,9	73,1
IMSS-SOL	228 675	46 210	182 462	2 093.2	20,2	79,8
<i>Población derechohabiente</i>	2 354 534	823 715	1 530 818	4 064.9	35,0	65,0
IMSS	1 867 950	651 128	1 216 822	4 014.2	34,9	65,1
ISSSTE	341 279	113 601	227 678	3 390.5	33,3	66,7
PEMEX	61 473	23 733	37 740	9 500.7	38,6	61,4
SDN	68 818	27 821	40 996	14 059.5	40,4	59,6
SM	15 014	7 432	7 582	8 027.7	49,5	50,5

Tasa por 100 000 habitantes en población legal y/o potencial.

Población legal. Es el conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero, conforme a lo establecido por la ley.

Población potencial. Es aquel segmento de la población abierta a la cual puede brindarse atención médica. Representa la capacidad de oferta de servicios.

Fuente: SSA, Daños a la salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística, Núm. 20, 2000.

La morbilidad hospitalaria de los hombres y mujeres es diferente; las mujeres acuden a los hospitales principalmente por causas relacionadas con la reproducción (embarazo, parto y puerperio), mientras que los hombres acuden principalmente por traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas, además de las enfermedades del sistema digestivo y del aparato respiratorio. Si se elimina el efecto del capítulo sobre embarazo, parto y puerperio, se observa que las mujeres se enferman principalmente por causas relacionadas con el aparato digestivo y con el genitourinario; los tumores aparecen como tercera causa de morbilidad hospitalaria (Cuadro 6).

Las brechas por sexo más grandes se presentan en el capítulo XIX que se refiere a los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con una diferencia de 7.6 puntos porcentuales afectando en mayor medida a los varones y en el capítulo II referente a tumores con un porcentaje mayor entre las mujeres. No obstante la distribución porcentual de las defunciones hospitalarias por esta causa muestra que las muertes por tumores representan 6.5% en el caso masculino y 9.5% en caso femenino. La diferencia en estos porcentajes es menos acentuada que la que se presenta en el cuadro 6 referente a la morbilidad (5.5% y 11.0%). Es muy probable que haya un avance importante en el tratamiento de neoplasias, especialmente en las femeninas.

Cuadro 6

Distribución porcentual de la morbilidad hospitalaria por causa según sexo, 2000

Capítulo	Causa	Hombres	Mujeres
		100	100
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,8	3,8
II	Tumores (neoplasias)	5,5	11,0
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan en mecanismo de la inmunidad	0,8	0,8
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,8	5,7
V	Trastornos mentales y del comportamiento	1,9	1,2
VI	Enfermedades del sistema nervioso	1,6	1,5
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	1,5	1,4
VIII	Enfermedades del oído y de la hipófisis mastoides	0,4	0,5
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	7,6	7,1
X	Enfermedades del sistema respiratorio	11,0	8,4
XI	Enfermedades del sistema digestivo	14,2	16,0
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1,7	1,4
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3,6	3,6
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	9,7	13,9
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,9	5,7
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,6	1,9
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2,3	2,3
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	15,1	7,5
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	3,1	6,2

NOTA. Se excluyeron 1 379 593 casos de morbilidad hospitalaria por embarazo, parto y puerperio.

Fuente: SSA, Daños a la Salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística, núm. 20, vol. 2, 2000.

■ Cuadro 7

Sistema Nacional de Salud Tasa de egresos hospitalarios según grupos de edad, 1995-1999

Año	Total	Grupos de edad				
		<1	1-4	5-14	15 - 64	65 y más
1995	39,3	121,8	20,3	9,2	46,9	99,5
1997	39,8	130,7	21,1	9,5	45,8	105,9
1999	40,5	151,1	19,4	10,1	46,0	103,5

Tasa por 1 000 habitantes.

Fuente: SSA, Daños a la Salud. Sistema Nacional de Salud.

Boletín de Información Estadística, núm. 19, vol. 2, 1999.

CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 1996-2050.

Las diferencias con relación a la utilización de servicios de salud y servicios hospitalarios entre hombres y mujeres se dan tanto en los servicios preventivos, como en los servicios curativos. En las mujeres es más común la hospitalización a edades más tempranas, en especial por motivos obstétricos, en contraste los hombres se hospitalizan más frecuentemente entre los 55 y 75 años de edad (Olaiz, 2001).

“En diversos grupos de edad, en particular la adolescencia y después de la menopausia, la mujer tiene incremento en sus riesgos a la salud. La adolescente tiene un mayor riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual por simple desconocimiento; en contraste, el riesgo en las mujeres postmenopáusicas se refiere a los cambios hormonales y la eliminación del factor de protección hormonal para la diabetes, hipertensión y como consecuencia de éstas, las enfermedades isquémicas cardíacas y vasculares cerebrales” (Olaiz, 2001).

Por otra parte, se detecta un incremento, con el paso del tiempo, en la atención a personas de mayor edad y a menores de un año, como respuesta al aumento de la esperanza de vida y también a una mayor atención hospitalaria para los menores de un año que posiblemente responde a una mayor cobertura de los servicios de salud (Cuadro 7).

■ Mortalidad hospitalaria

A diferencia de la morbilidad hospitalaria, que es mayoritariamente femenina, la mortalidad hospitalaria masculina excede notablemente a la femenina, en consecuencia con la ya mencionada sobremortalidad masculina entre la población mexicana. Del total de defunciones registradas en centros hospitalarios, 53.3% correspondió a hombres y 46.7% a mujeres y la tasa de mortalidad hospitalaria es notablemente mayor en los varones. Entre las enfermedades que originan el mayor número de los decesos hospitalarios destacan las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las enfermedades del sistema circulatorio y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; en las tres la tasa masculina es considerablemente mayor que la femenina (cuadro 8).

■ Cuadro 8

Tasa de mortalidad hospitalaria por capítulo de causa, distribución porcentual según sexo y días de estancia promedio, 2000

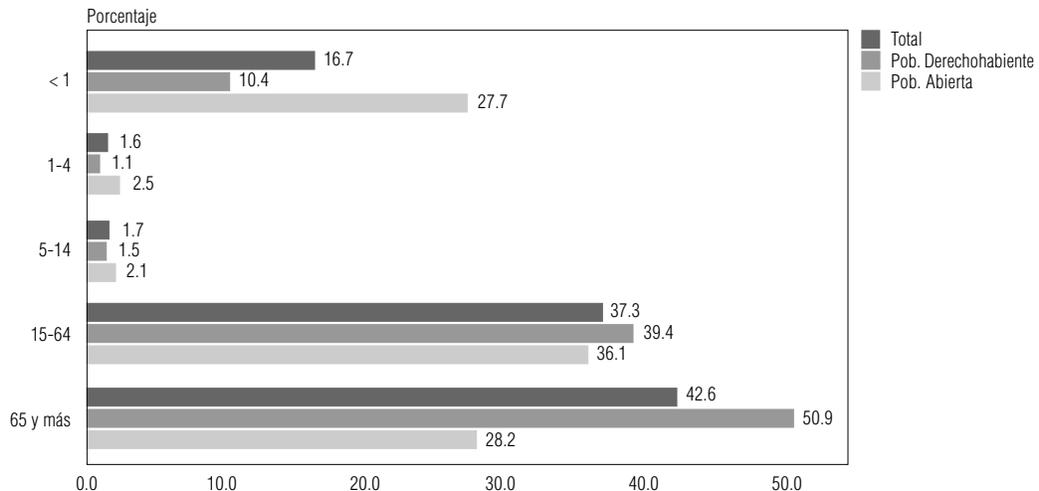
Capítulo	Causa	Tasa			Hombres %	Mujeres %	Días de estancia promedio*
		Total	Hombres	Mujeres			
	Total	2 730.0	4 657.0	1 854.8	53,3	46,7	9,2
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5 132.8	280,6	81,7	60,9	39,1	7,5
II	Tumores (neoplasias)	5 720.2	488	239,3	48,1	51,9	10,1
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan en mecanismo de la inmunidad	3 451.3	28,2	14,2	47,5	52,5	7,8
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11 424.7	642,9	287,7	50,4	49,6	8,5
V	Trastornos mentales y del comportamiento	1 461.7	39,8	3,3	84,4	15,6	57,8
VI	Enfermedades del sistema nervioso	5 279.2	93,6	34,6	55,1	44,9	27,7
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	2,6	0,1	0,0	100	0,0	6,7
VIII	Enfermedades del oído y de la hipófisis mastoides	136,8	0,2	0,5	18,8	81,3	7,4
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	10 838.6	798,1	401,1	47,5	52,5	9,5
X	Enfermedades del sistema respiratorio	4 057.1	442,6	175	53,4	46,5	7,0
XI	Enfermedades del sistema digestivo	3 094.9	589,3	182	59,5	40,5	8,4
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	850,5	10,8	7,7	38,9	61,1	36,7
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	532,3	10,9	13,4	27,0	73,0	22,1
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	1 395.9	188,9	73,6	53,8	46,2	9,3
XV	Embarazo, parto y puerperio	34,6	0,0	17,2	0,0	100	3,9
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7 090.4	578,3	194,5	57,4	42,6	4,9
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6 060.7	155,9	60,2	53,9	45,9	9,2
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2 329.5	62,2	23,8	54,2	45,8	10,2
XX	Causas externas de morbilidad y mortalidad	1 474.4	246,5	44,9	71,4	28,6	10,9

Tasa por 100 000 egresos.

* Días promedio de estancia en el hospital antes de morir. No se cuenta con información por sexo.

Fuente: SSA, Daños a la Salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística. Daños a la Salud, núm. 20, vol. 2, 2000.

Gráfica 16

Distribución de la mortalidad hospitalaria según grupos de edad y tipo de población, 1999

Fuente: SSA, Daños a la salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín información Estadística, núm. 19, vol. 2. 1999.

Nota: No se cuenta con información por sexo para cada grupo de edad.

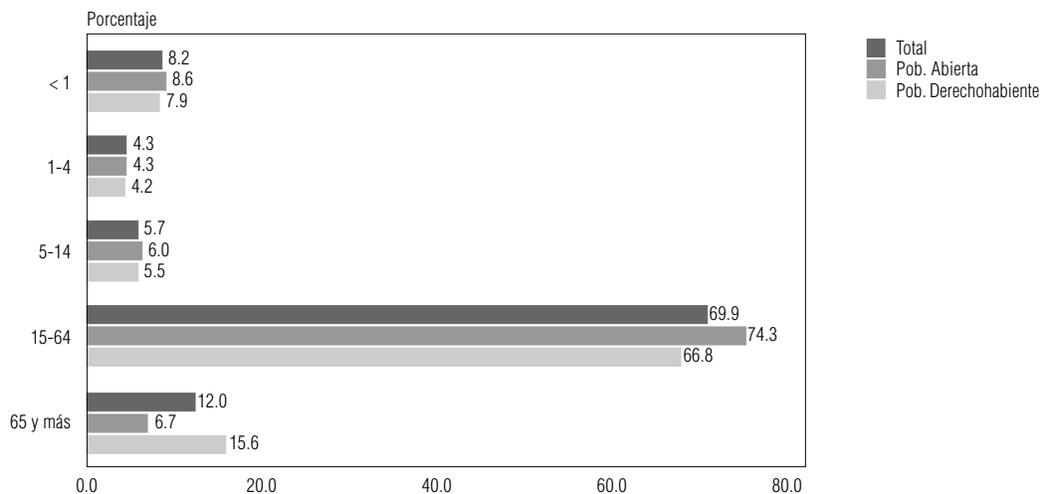
La mortalidad hospitalaria tiene lugar después de aproximadamente 9.2 días promedio de estancia en los hospitales. De las causas de mortalidad hospitalaria presentadas en el cuadro 8 las enfermedades del sistema nervioso son las que más días de estancia requirieron (57.8 días en promedio). Llama la atención el elevado número de días promedio que requieren los trastornos mentales y del comportamiento y que son notablemente más frecuentes entre los hombres.

Al analizar las tasas de mortalidad hospitalaria por sexo, se observa que las correspondientes a las enfermedades del sistema digestivo, a las del aparato circulatorio y a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal son las que muestran las mayores diferencias entre hombres y mujeres. Este último dato relacionado con el periodo perinatal es importante porque responde a lo que se mencionó con anterioridad en relación a una ventaja biológica entre las niñas.

Si se observan los porcentajes de muertes por sexo, las causas de mortalidad hospitalaria donde se presentan las mayores brechas son los trastornos mentales y del comportamiento y las causas externas de morbilidad y mortalidad con un mayor porcentaje de muertes masculinas y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con un mayor porcentaje de muertes femeninas. Esto puede explicarse por un mayor desgaste osteomuscular en las mujeres generado por trastornos posmenopáusicos (Cuadro 8).

La estructura por edad de la mortalidad hospitalaria es diferente de la de la morbilidad. La primera presenta un peso relativo mayor en los últimos grupos de edad¹⁷, además de la ya mencionada alta mortalidad infantil, mientras la morbilidad hospitalaria se concentra en las personas de 15 a 64 años (Gráficas 16 y 17).

Gráfica 17

Distribución de la morbilidad hospitalaria según grupos de edad y tipo de población, 1999

Fuente: SSA, Daños a la salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín información Estadística, núm. 19, vol. 2. 1999.

Nota: No se cuenta con información por sexo para cada grupo de edad.

■ Morbilidad por causas crónicas seleccionadas

Esta sección presenta algunos datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2000 que permiten un acercamiento al estudio de las enfermedades que han cobrado particular importancia en los últimos años.¹⁶

La supuesta protección hormonal en las mujeres de la que se habló en secciones anteriores, sufre una pérdida después de la menopausia que puede incidir en cambios en los riesgos de sufrir enfermedades crónicas. Estos cambios son fácilmente discernibles en la distribución de la enfermedad en la mujer.

Uno de los principales problemas de salud de las mujeres en la posmenopausia es la diabetes, problema que ha avanzado notablemente en la población (Olaiz, 2001). La mortalidad por Diabetes Mellitus es un padecimiento que hasta 1970 no aparecía entre las diez principales causas de muerte; sin embargo, en el año 2000 ocupaba ya el tercer sitio en el nivel nacional, con una tasa de 47.8 decesos por 100 000 habitantes y absorbía 10.7% del total de las defunciones (INEGI, 2001).

La ENSA-2000 muestra que la prevalencia de diabetes tiene una tendencia ascendente a partir de los 20 años y hasta los 70, edad en la que empieza a descender. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, éstas empiezan a ser notables después del grupo de edad 45-49 años con una mayor prevalencia entre las mujeres en todos los grupos de edad subsecuentes y afectando a una cuarta parte de las mujeres entre los 60 y 79 años de edad. En el caso masculino se presenta un incremento lento y no alcanza niveles superiores a 22% en ningún grupo de edad.

Un problema importante que incide en la prevalencia de diabetes es la masa corporal de las personas. A mayor masa corporal, mayor prevalencia de diabetes tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres de menor masa corporal—debajo de 25Kg/m²— la diabetes afecta a menos de 5%, en contraste con las más obesas (arriba de 30 Kg/m²) donde la diabetes afecta a 12%. En el caso de los varones las brechas por edad son menos acentuadas pero se da la misma tendencia: a mayor masa corporal, mayor tendencia de diabetes.

La hipertensión arterial es otro problema presente en la salud de la población mexicana, toma valores de alrededor del 5% entre la población de 20 a 29 años y alcanza valores máximos de arriba del 45% en el caso de las mujeres de 80 años y más y de poco más del 25% entre los hombres del grupo de edad 60-69. La prevalencia de esta enfermedad es mayor entre las mujeres que entre los hombres y aumenta conforme aumenta la edad, pero mientras en el caso femenino se mantiene una tendencia ascendente hasta los últimos grupos de edad, entre los hombres se observa una disminución a partir del grupo 60-69 años, lo cual posiblemente se explique por una mayor sobrevivencia de las mujeres.

En la población femenina premenopáusica la hipertensión arterial es una enfermedad común, que alcanza a una de cada cinco mujeres en el grupo de 40 a 49 años de edad. Después de esta edad, la presencia de la enfermedad se multiplica hasta superar 45% de las mujeres de más de 80 años (Olaiz, 2001).

Las tendencias mencionadas se refieren a prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada por un médico, sin embargo, considerando el bajo uso de servicios hospitalarios y en especial el bajo porcentaje de personas que acuden a ellos teniendo como motivo la realización de un examen o chequeo, es muy probable que el problema sea mayor.

La ENSA-2000 captó datos sobre artritis y gota diagnosticados por un médico, ambas enfermedades con determinantes de género importantes. La artritis es notablemente mayor entre las mujeres, mientras que la gota lo es entre los hombres.

La prevalencia de artritis femenina supera la masculina sobre todo después de los 39 años; en el grupo de edad 50-59 el problema en la mujer es tres veces superior a la que se presenta en el hombre, con un porcentaje de alrededor del 10% de casos de artritis entre la población femenina contra aproximadamente 3% entre la población masculina.

La gota afecta notablemente más a los hombres que a las mujeres y muestra un descenso importante en el grupo de edad 60-69, seguramente explicable por una menor sobrevivencia en ellos. En el grupo de edad 60-69 la prevalencia masculina duplica la prevalencia femenina (Olaiz, 2001).

Finalmente la prevalencia de artritis reumatoide es un problema más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y es mayor conforme la masa corporal también lo es. El porcentaje de casos femeninos duplica al porcentaje de casos masculinos. El caso extremo se da entre las personas con masa corporal mayor de 30Kg/m² con porcentajes de 3% en los hombres contra cerca del 6% en el caso de las mujeres (Olaiz, 2001).

Todos estos problemas catalogados como "crónicos" requieren de estudios más precisos de caracterización por sexo y de propuestas de acción particulares de promoción de salud, prevención y control, orientadas a hombres y mujeres de manera específica. En estos esfuerzos se deben tener presentes las diferencias socioeconómicas así como los contextos culturales que determinan asimetrías entre los sexos en términos de riesgos ligados a conductas y prácticas, así como en la búsqueda de acceso a los servicios de salud.

¹⁶ Para esta publicación se contó con algunos datos proporcionados por el Dr. Olaiz pero no se cuenta todavía con datos publicados o, mejor aún, con la base de datos.

¹⁷ Los datos disponibles se presentan en grandes grupos de edad, por esa razón la gráfica no se presenta con mayor desglose.

¹⁸ Son datos presentados en el *Seminario Mujer Género y Salud* basados en la ENSA 2000 (citada en la bibliografía) por el Dr. Gustavo Olaiz.

VI. Salud reproductiva

El concepto de salud reproductiva se crea con base en la clásica definición positiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Last, 1988, citado en: Langer y Lozano, 1998). Así, la salud reproductiva se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción”. De acuerdo con esta definición, implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, llevar el proceso reproductivo a buen término, es decir, dar a luz a un niño sano, que crezca en buenas condiciones. La salud reproductiva se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y al derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad. Este concepto toma en cuenta los siguientes enfoques parciales: “salud materno-infantil”, “sobrevivencia en la infancia” y “maternidad sin riesgos”, conceptos todos ellos que de acuerdo con los importantes cambios sociodemográficos hicieron evidente que los enfoques y programas desarrollados durante los setenta y hasta finales de la siguiente década tenían una perspectiva estrecha para abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción humana (Germain y Ordway, 1989, citado en: Langer y Lozano, 1998).

El concepto de salud de la mujer rebasa el de salud reproductiva, al incluir todo los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio, y agregar los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva (Langer y Lozano, 1998).

En este apartado, se centrará la atención en la problemática de la salud propia de las mujeres por sus particularidades biológicas, específicamente aquella asociada con su papel reproductivo. Pero abarcar la amplia gama de tópicos relacionados con la salud reproductiva no es una tarea fácil. Cabe mencionar algunos de sus aspectos más relevantes: la atención en el embarazo y el parto, la prevalencia en el uso de métodos de regulación de la fecundidad, la prevención y prevalencia de ciertas enfermedades asociadas a la condición femenina, tales como el cáncer cérvico uterino y mamario, el aborto y ciertas enfermedades de transmisión sexual.

La salud de la madre y su estatus dentro de la familia y la sociedad son determinantes en su bienestar reproductivo, pero también para la sobrevivencia y salud de sus hijos, de ahí que el atender la salud de la madre sea el paso inicial para reducir la morbimortalidad infantil y preescolar.

Wallace, 1992, citado en Figueroa, Comp.;
La condición de la mujer en el espacio de la salud, 1998.

■ Planificación familiar

Hoy en día en México una familia pequeña se ha convertido en la aspiración de muchas mujeres y la planificación familiar, ha dejado de ser una herramienta circunstancial para convertirse en un componente más de la vida cotidiana de la población mexicana (Langer y Lozano, 1998). Desafortunadamente, este cambio no ha ocurrido con la misma intensidad ni con la misma velocidad entre los distintos grupos socioeconómicos y regiones del país, a pesar de los beneficios que una menor descendencia trae consigo al exponer a la mujer a menores riesgos en razón de la frecuencia y las condiciones de sus experiencias reproductivas (López y Rico, 1994).

Conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos

El conocimiento de los métodos anticonceptivos es un factor fundamental pero no suficiente para propiciar la práctica de la anticoncepción. Y, en efecto, de la población femenina de 15 a 49 años de edad que declaró en 1997 conocer algún método (96.5%), 40.9% no había nunca usado uno. Este porcentaje desciende a 21.0% entre la población femenina en edad fértil casada o unida, que es la de mayor exposición al riesgo de sufrir un embarazo.

Si bien es cierto que el conocimiento de métodos anticonceptivos ha ido en aumento en los últimos 20 años (96.6%, en 1997, contra 89.0% de 1976), las características socioeconómicas que lo determinan no han cambiado. Es menor entre las mujeres más jóvenes, las que no han tenido hijos, las que no han estudiado y las que viven en zonas rurales (Cuadro 9).

Cuadro 9

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen al menos un método anticonceptivo según características sociodemográficas, 1976-1997

<i>Características</i>	<i>1976</i>	<i>1997</i>
Total	89,0	96,6
Grupos de edad		
15-19	79,8	93,4
20-24	88,8	96,8
25-29	93,1	98,1
30-34	91,3	97,9
35-39	89,7	97,3
40-44	86,1	97,4
45-49	85,9	95,7
Número de hijos		
0	86,6	94,0
1	89,7	98,2
2	91,8	99,0
3	91,3	98,8
4 y más	88,6	96,5
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	73,7	82,3
Primaria incompleta	88,9	93,7
Primaria completa	95,6	95,8
Secundaria y más	99,1	99,3
Lugar de residencia		
Rural	78,6	90,0
Urbano	95,8	98,4

Fuente: CONAPO, La situación demográfica en México, 1999. Estimaciones con base en las encuestas demográficas.

Por tipo de método se observan variaciones realmente significativas. Sobresale el bajo porcentaje de mujeres que declararon conocer métodos de reciente incorporación a la gama de posibilidades anticonceptivas para la población, como el Norplant (sólo 14.8%). También es bajo el porcentaje de métodos que los programas oficiales de planificación familiar promueven poco. Tal es el caso del retiro (53.4%), el ritmo (68.6%) o métodos locales, como los espermaticidas y el diafragma (59.0%). Esta situación se agudiza en las localidades con un menor número de habitantes. Los métodos más conocidos son: las pastillas (93.6%) y el preservativo (90%) (INEGI, 1997). (Ver anexo gráfica G).

El conocimiento de las tendencias de la anticoncepción y de la Planificación Familiar en México ha sido posible gracias a la existencia de datos sociodemográficos provenientes principalmente de encuestas. Sin embargo, los cambios en la terminología y el avance en las aproximaciones analíticas para el estudio de la reproducción, muestran una compleja relación que amerita ser analizada. En esta compleja relación se hallan aspectos que tienen que ver con: la disyuntiva entre métodos modernos y tradicionales y entre informar o no de los riesgos vinculados con el uso de los métodos anticonceptivos; las desventajas de las mujeres en su relación con los hombres cuando se trata de negociar decisiones y preferencias vinculadas con el encuentro coital, con el número ideal de hijos y las responsabilidades en la regulación de la fecundidad, y también con la promoción de la anticoncepción y su desvinculación respecto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y con las acciones gubernamentales en interacción con las preferencias y los deseos e ideales reproductivos de la población, entre otras.

Métodos anticonceptivos utilizados

La evolución de la práctica de la anticoncepción ha ido acompañada de cambios significativos en la preferencia de los diversos métodos anticonceptivos. En el comienzo o fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar (1976), las mujeres de 15 a 49 años usuarias de métodos anticonceptivos empleaban hormonales orales, principalmente, seguidos por los métodos tradicionales y el DIU. Con el transcurrir del tiempo, la preferencia de métodos ha ido cambiando en favor de la operación femenina y el dispositivo intrauterino. En 1997, la OTB y el DIU se constituyen en los métodos más utilizados, concentrando 45 y 21 por ciento de las usuarias activas de métodos anticonceptivos, respectivamente, mientras que el empleo de hormonales orales estaba sólo representado por 10.2% de las usuarias (Mojarro y Zuñiga, 1999).

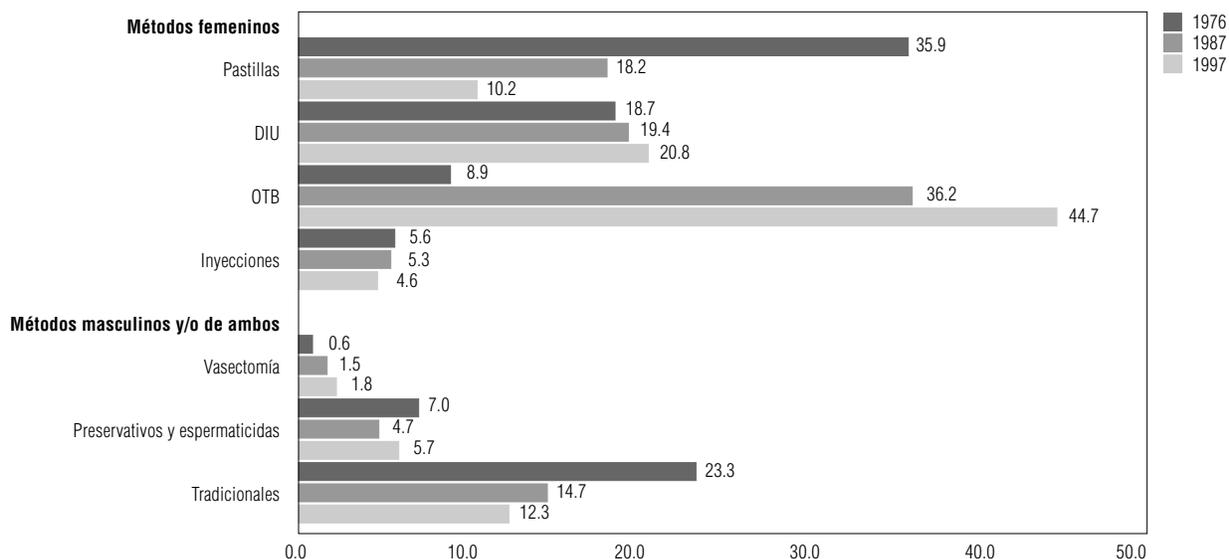
El incremento de la práctica anticonceptiva, así como las tendencias al uso masivo de ciertos métodos, ha llamado la atención hacia algunos aspectos relacionados con la política de población y los llamados derechos reproductivos. La inquietud nace a raíz de la satisfacción e insatisfacción de las mujeres que han recurrido a la esterilización, pues de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES 1987), los cuales sí bien mostraron que la mayoría de las mujeres estaban conformes con la decisión de operarse, sugieren la búsqueda de mecanismos institucionales que coadyuven a asegurar que esta decisión sea plenamente consciente e informada. Al respecto se propone aumentar la participación del varón en el uso de métodos anticonceptivos, elevar la educación en general de la mujer y en torno al uso de los distintos métodos de regulación de la fecundidad, poner a disposición de la población una más amplia gama de opciones anticonceptivas seguras y atractivas, y mejorar la calidad de los servicios (INEGI/UNIFEM, 1995).

Resulta impresionante observar todavía una importante diferencia al comparar el uso de las esterilizaciones femeninas respecto a las masculinas: 44.7% de OTB contra 1.8% de usuarios de vasectomía, en 1997. El resto de los métodos, con excepción del condón y del retiro y ritmo son de competencia exclusivamente femenina. Por lo que resulta obvio decir que el peso del control de la fecundidad en nuestro país ha recaído prácticamente en las mujeres, lo que expresa una desigualdad de género en materia de asunción de responsabilidades y riesgos asociados con la regulación de la fecundidad (Gráfica 18).

Se considera que contribuyen a esta desigualdad de participación del hombre y la mujer en la práctica anticonceptiva, la mayor resistencia de los hombres a utilizar métodos que consideraran una amenaza para su masculinidad, la existencia de una menor gama de opciones anticonceptivas para ellos, y la falta de reconocimiento de los hombres como grupo prioritario para los programas de planificación familiar, aspectos todos ellos sin duda afectados por condicionamientos de género (Langer y Lozano, 1998).

Gráfica 18

Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de métodos anticonceptivos o cuyos compañeros usan algún método, por tipo de método usado, 1976-1997



Fuente: CONAPO, La Situación Demográfica de México, 1999. Estimaciones con base en las encuestas nacionales demográficas.

Si se revisa el uso de los métodos anticonceptivos según escolaridad de las mujeres, se observa que la esterilización femenina es el procedimiento más común entre las mujeres que no fueron a la escuela, a pesar de su menor práctica anticonceptiva en general, mientras que las mujeres con mayor nivel de instrucción además de la OTB optan por el DIU. La elevada prevalencia de esterilizaciones en mujeres de menor escolaridad, seguramente puede deberse a circunstancias vitales difíciles y a la elevada fecundidad de las mujeres de bajo nivel socioeconómico, pero también es probable que sea resultado de un deficiente acceso a servicios de salud y de una limitada gama de métodos anticonceptivos puestos a disposición de esta población (Langer y Lozano, 1998), aunque no se descarta que responda a una mayor presencia de efectos colaterales y fallas asociadas al uso de otros métodos. Pero cualquiera que sea la causa de esta mayor práctica en las mujeres de menor escolaridad, lo cierto es que para una importante proporción de ellas no existe ya la posibilidad de optar por volver a tener un hijo en lo que resta de su vida reproductiva.

La dimensión y el incremento progresivo en el uso de la esterilización femenina ponen de manifiesto la necesidad de investigar a fondo la causalidad asociada con el abuso de la tecnología sobre el cuerpo femenino y con las circunstancias que inducen a la mujer a tomar tan drástica decisión para evitar tener hijos (Gómez, 1993).

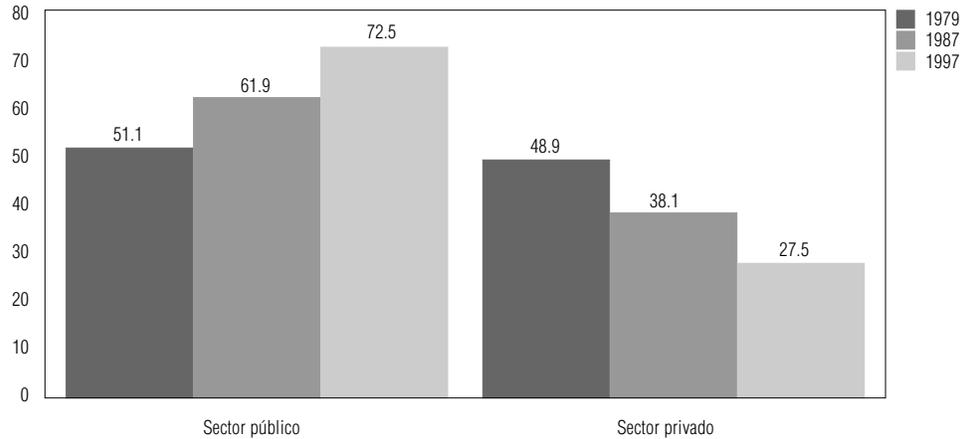
Algunas veces la manera en que se presentan los datos elimina totalmente la posibilidad de hacer un análisis con enfoque de género (ver anexo gráfica H). Por ejemplo agrupar OTB y vasectomía como métodos definitivos esconde la situación real de la participación de las mujeres y de los hombres en la regulación de la fecundidad.

Lugar de obtención de los métodos anticonceptivos

El incremento de la práctica de métodos anticonceptivos, así como las preferencias actuales, han sido impulsados por los programas oficiales de planificación familiar. El sector privado en los 25 años de vigencia de la política demográfica ha perdido importancia en la atención de la demanda y promoción de la planificación familiar, en contraparte con una mayor cobertura por parte de las instituciones públicas, en donde sobresale el IMSS. En 1997, casi 3 de cada 4 mujeres usuarias de un método anticonceptivo obtuvieron el método en alguna de las instituciones públicas, cuando en 1979, esta relación era de 2 de 4 (Ver gráfica 19 y anexo gráfica I).

Gráfica 19

Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de métodos modernos o cuyos compañeros usan algún método, según fuente de obtención, 1979-1997



Nota: En la Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976, la variable fuente de obtención no es comparable con el resto de las encuestas.
Fuente: CONAPO, La Situación Demográfica de México, 1999. Estimaciones con base en las encuestas nacionales demográficas.

El avance del sector público en la atención de la demanda de planificación familiar ha contribuido a que la anticoncepción sea hoy una práctica generalizada a lo largo y ancho del territorio nacional, aun cuando todavía se aprecian fuertes disparidades espaciales y por grupos socioeconómicos. En el medio rural, 53.6% de las mujeres unidas en edad fértil usan un método anticonceptivo, contra 73.3% que lo hacen en el medio urbano. Sin embargo, cabe señalar que al comienzo de los programas oficiales de planificación familiar (1976), el uso de los métodos anticonceptivos en el área rural era de 13.7%, lo que deja ver un incremento realmente notable de la demanda efectiva de anticonceptivos en localidades pequeñas (Ver anexo gráfica J).

No obstante lo anterior, uno de los principales desafíos de la política de población sigue siendo el atender las necesidades de los grupos con menos recursos, para que éstos puedan hacer valer su derecho de elegir de una manera libre, responsable e informada cuándo y cuántos hijos tener (Mojarro y Zuñiga, 1999).

Características de la población usuaria de métodos anticonceptivos

La mayor prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se ha presentado siempre en las edades centrales (25 a 39 años). Hoy en día este grupo de mujeres presenta niveles en la práctica de la anticoncepción que giran alrededor de 73%. Lo anterior muestra, de alguna manera, que las mujeres adultas fueron y siguen siendo el segmento de la población femenina que más respuesta ha tenido hacia el ejercicio de la regulación de la fecundidad. A partir de 1987 se nota un incremento importante en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres de más de 29 años y aunque en menor medida, entre las de 45 a 49 años. Las adolescentes, por el contrario, han tenido una respuesta más tardía, pero a pesar de ser el grupo con los menores niveles de uso de anticonceptivos no se puede negar que éstas han incrementado notablemente su participación (Ver anexo gráfica K).

Por lo que respecta a la paridad de las mujeres que recurren al uso de métodos anticonceptivos, cabe mencionar que son las mujeres con 2 y 3 hijos las que más rápidamente se incorporaron a la práctica de la anticoncepción (en 1997 este grupo de mujeres presentaban coberturas del orden de 75.4 y 80.6%, respectivamente), en tanto que las mujeres con menor paridad (de 1 hijo) lo han hecho con menor rapidez pero siempre en un sentido ascendente (en 1997 mostraron coberturas de 59.8%), al igual que las mujeres sin hijos, las cuales registraron el más bajo nivel de uso en 1997 (23.9%) (Ver anexo gráfica L). Esto significa que la utilización de anticonceptivos para espaciar el nacimiento de un siguiente hijo se ha incrementado, y que hay una tendencia cada vez mayor a postergar el nacimiento del primer hijo (Mojarro y Zuñiga, 1999).

Como ya se había expresado en párrafos anteriores, la práctica de la anticoncepción comenzó siendo ejercida particularmente en las zonas urbanas y por la población de mayor escolaridad (Ver anexo gráfica M). En la actualidad, la brecha en el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de zonas rurales y urbanas y entre la población de menor y mayor escolaridad ha descendido. Sin embargo, la prevalencia en el uso continúa siendo mayor en las zonas de mayor número de habitantes y entre la población de mayor nivel educativo, lo cual demuestra que los múltiples determinantes económicos, culturales e institucionales que inciden en los ideales, percepciones y preferencias reproductivas, así como las dificultades de acceso físico, económico y social asociados a la utilización de servicios, siguen explicando la dinámica diferenciada de la difusión de la planificación familiar en nuestro país a lo largo y ancho del territorio nacional y por grupos sociales (Mojarro y Zuñiga, 1999) (Ver anexo gráfica M).

Por otra parte, cabe señalar que la prevalencia en el uso continúa siendo mayor entre la población de mayor paridad y casada o unida, que es la de mayor riesgo reproductivo.

■ Cuadro 10

Demanda insatisfecha de planificación familiar entre mujeres unidas en edad fértil, según diversas características 1987-1997

<i>Características de la madre</i>	<i>1987</i>	<i>1995</i>	<i>1997</i>
Total	25,1	16,1	12,1
<i>Grupos de edad</i>			
15-19	33,8	29,8	26,7
20-24	31,3	22,5	21,1
25-29	31,4	19,2	14,7
30-34	23,5	13,7	10,3
35-39	23,7	10,4	9,3
40-44	15,5	10,6	6,6
45-49	9,7	13,1	3,2
<i>Orden de nacimiento</i>			
0	8,3	12,0	11,8
1	25,8	19,8	17,3
2	21,4	14,2	10,6
3	22,0	14,3	8,6
4 y más	30,2	17,5	12,8
<i>Lugar de residencia</i>			
Rural	45,7	26,2	22,2
Urbano	15,9	12,7	8,9
<i>Nivel de instrucción</i>			
Sin instrucción	45,8	24,9	21,8
Primaria incompleta	32,7	21,5	16,9
Primaria completa	17,8	16,3	12,4
Secundaria y más	10,4	11,7	8,0
<i>Condición de habla de lengua indígena</i>			
Habla			25,8
No habla			11,0

Fuente: CONAPO, La situación demográfica en México, 1999. Estimaciones con base en las encuestas demográficas.

Demanda insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos

En el año de 1992 en algunos estudios se señalaba que existía una gran proporción de mujeres con más hijos de los que realmente hubieran querido tener, así como aquellas que no practicaban métodos para planificar su fecundidad, a pesar de manifestar el deseo por no tenerlos. Sin embargo, desde entonces es cada vez menos notoria la proporción de mujeres unidas en edad fértil que no recurren al uso de un método anticonceptivo a pesar de su deseo expreso por querer limitar o espaciar el número de hijos, lo que significa que cada vez más mujeres ejercen el derecho de decidir cuándo y cuántos hijos tener durante su vida reproductiva (Mojarro y Zuñiga, 1999).

■ Cuadro 11

Demanda insatisfecha de planificación familiar entre mujeres unidas en edad fértil según necesidad, 1997

<i>Características de la madre</i>	<i>Espaciar</i>	<i>Limitar</i>	<i>Total</i>
Total	6,9	5,2	12,1
<i>Grupos de edad</i>			
15-19	23,8	2,9	26,7
20-24	17	4,1	21,1
25-29	9,0	5,7	14,7
30-34	4,4	5,9	10,3
35-39	2,6	6,7	9,3
40-44	1,0	5,6	6,6
45-49	0,3	2,9	3,2
<i>Orden de nacimiento</i>			
0	10,9	0,9	11,8
1	15,3	2,0	17,3
2	6,6	4,0	10,6
3	4,1	4,5	8,6
4 y más	3,5	9,3	12,8
<i>Lugar de residencia</i>			
Rural	12,8	9,4	22,2
Urbano	5,0	3,9	8,9
<i>Nivel de instrucción</i>			
Sin instrucción	9,3	12,5	21,8
Primaria incompleta	8,8	8,1	16,9
Primaria completa	7,7	4,7	12,4
Secundaria y más	5,2	2,8	8,0
<i>Condición de habla de lengua indígena</i>			
Habla	14,6	11,3	25,8
No habla	6,3	4,7	11,0

Fuente: CONAPO, La situación demográfica en México, 1999. Estimaciones con base en las encuestas demográficas.

La aparente incongruencia de comportamiento entre el deseo expreso de no querer tener más hijos y el no uso de métodos anticonceptivos, es menos visible entre las mujeres de más edad, residentes de zonas urbanas y con un nivel de escolaridad mayor. Llama la atención la demanda insatisfecha de planificación familiar de mujeres adolescentes y jóvenes o de menor paridad o que no han tenidos hijos y que expresaron querer espaciar su descendencia, porque el hecho en sí podría estar significando la vivencia de conductas reproductivas que podrían estar asociadas a presiones de tipo social o de género, que ameritaría fuesen investigadas. Por otra parte los niveles de demanda insatisfecha de quienes desean limitar su descendencia es menor que la de quienes sólo desean espaciar los nacimientos de sus hijos. Entre estas últimas se observa una demanda insatisfecha mayor entre las mujeres de zonas rurales y en las mujeres sin escolaridad. Finalmente, las mujeres que hablan alguna lengua indígena tienen una demanda insatisfecha que duplica la de las mujeres que no hablan lenguas indígenas, seguramente esta situación responde a un menor conocimiento y acceso de metodología anticonceptiva entre las mujeres indígenas (Cuadros 10 y 11).

Cuadro 12

Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años por diversas características según número ideal de hijos, 1997

<i>Características</i>	<i>Número ideal de hijos</i>					
	<i>Ningún hijo</i>	<i>1 hijo</i>	<i>2 hijos</i>	<i>3 hijos</i>	<i>4 y más hijos</i>	<i>N.E.¹</i>
Total	2,9	7,3	39,5	24,8	22,8	2,8
Tamaño de la localidad						
Menos de 15 000 habitantes	3,0	4,2	30,3	24,6	32,6	5,2
15 000 y más habitantes	2,8	8,9	44,5	25,0	17,3	1,5
Nivel de instrucción						
Sin instrucción	5,6	3,2	20,7	16,6	43,7	10,2
Primaria incompleta	3,2	4,0	25,3	22,7	39,0	5,8
Primaria completa	2,7	4,9	33,8	26,8	28,8	3,1
Media básica ²	2,2	8,0	44,5	27,6	16,5	1,3
Media superior y superior ³	2,8	10,6	50,7	24,3	10,8	0,8
Estado civil						
Casadas y unidas	1,4	4,4	33,2	28,1	30,0	2,9
Separadas, divorciadas y viudas	2,4	11,4	39,8	22,1	21,2	3,2
Solteras	5,5	11,3	50,2	19,7	10,6	2,6
Hijos sobrevivientes						
Ningún hijo	5,1	10,4	50,7	20,4	10,8	2,6
1 y 2 hijos	1,4	8,3	48,2	27,0	13,9	1,3
3 y 4 hijos	1,5	3,5	19,6	32,5	40,3	2,6
5 y más hijos	2,5	1,8	18,2	18,5	51,0	7,9
Condición de actividad						
Activa	3,3	8,6	41,5	23,5	20,3	2,8
Inactiva	2,5	6,1	37,8	25,9	24,8	2,8

1 Incluye respuestas como: los que Dios quiera o aquellas que refieren alguna imposibilidad para tener hijos.

2 Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada.

3 Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o equivalente, normal básica, profesional, maestría o doctorado.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Número ideal y deseo de más hijos

Los programas de planificación familiar han hecho posible que las parejas, y las mujeres en particular, puedan decidir sobre el número de hijos a tener y sobre el espaciamiento entre cada uno de ellos, al brindar a la población en edad reproductiva los elementos necesarios para que puedan tomar esta decisión de una manera libre y responsable. Para que los programas cumplan sus objetivos es fundamental que la población conozca los medios de que dispone para evitar la ocurrencia de embarazos.

La posibilidad de regular la fecundidad ha hecho factible que la población piense sobre el número de hijos que quiere tener. El disociar la procreación de las relaciones sexuales ha repercutido en el número ideal de hijos, que ha experimentado una reducción y que hoy en día se estima en 2.8 hijos por mujer. El número ideal de hijos varía conforme a la edad, estado civil, paridad, nivel de educación y el tamaño de la localidad de residencia. Es mayor conforme avanza la edad, pues las mujeres más jóvenes desean un menor número de hijos que las de generaciones más viejas. Esta relación es inversa con respecto al nivel educativo: a mayor nivel de escolaridad el ideal de hijos es menor y viceversa. La participación en la actividad económica también contribuye a que se piense en tener menor número de hijos. El estado civil, por su parte, condiciona el tamaño de la familia, pues el número ideal de hijos de las mujeres casadas y unidas es mayor que el de las separadas, divorciadas, viudas y que el de las solteras. La paridad, en tanto, está condicionada de manera directa con el número ideal de hijos, esto es: a mayor paridad mayor número ideal de hijos. Y si se introduce el tamaño de la localidad en el análisis, las variaciones en el número ideal de hijos se hacen aún más evidentes (Cuadro 12).

Los datos de la ENADID de 1997 muestran que el más alto nivel de este indicador se observa entre las mujeres sin instrucción, siendo de 4.2 hijos por mujer, el cual tiene un valor muy cercano al nivel de la fecundidad (TGF) que se observaba en nuestro país hace aproximadamente 13 años.

Cuadro 13

Distribución de la población femenina de 15-49 años por diversas características según deseo de tener hijos, 1997

<i>Características</i>	<i>Desea tener hijos¹</i>					<i>No desea tener hijos¹</i>	<i>Indecisa</i>
	<i>Total</i>	<i>< 2 años</i>	<i>De 2 a 4 años</i>	<i>5 y más años</i>	<i>Otros²</i>		
Total	50,3	20,8	41,0	30,4	7,8	47,4	2,2
Grupos de edad							
15-19	88,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,9	2,8
20-24	76,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	21,2	2,7
25-29	56,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	41,2	2,7
30-34	34,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	62,6	2,6
35-39	21,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	76,3	1,8
40-44	12,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	86,3	0,8
45-49	8,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	90,6	0,3
Nivel de instrucción							
Sin instrucción	24,1	28,6	42,5	11,4	17,5	71,9	3,6
Primaria incompleta	34,8	27,4	43,9	16,7	12,1	62,4	2,5
Primaria completa	45,6	24,0	43,7	22,0	10,2	51,6	2,8
Media básica ³	58,8	17,1	40,8	35,8	6,3	39,0	2,1
Media superior ⁴	61,2	16,7	37,6	40,4	5,2	37,3	1,3
Superior ⁵	58,8	24,3	41,8	27,8	6,2	39,4	1,7
Estado civil							
Casadas y unidas	35,8	32,1	43,8	14,4	9,8	62,3	1,7
Separadas divorciadas y viudas	19,4	29,3	36,3	15,8	18,6	78,4	1,9
Solteras	81,5	11,9	39,2	43,2	5,7	15,4	3,1
Condición de uso							
Ex-usuarias	41,4	37,5	38,5	16,0	8,0	56,2	2,3
Usuarias actuales	30,2	27,0	45,1	17,4	10,6	68,5	1,1
Nunca usuarias	73,6	15,4	39,8	38,3	6,5	22,9	3,3
Número de hijos							
Ningún hijo	86,5	16,0	39,3	39,1	5,7	10,4	3,1
1 hijo	65,3	26,9	49,7	18,3	5,2	32,6	1,9
2 hijos	32,0	28,4	44,5	16,6	10,5	65,7	2,1
3 hijos	17,9	31,4	32,5	15,2	21,0	80,6	1,3
4 hijos	13,5	32,2	28,7	13,0	26,1	84,9	1,4
5 y más hijos	9,8	32,7	33,0	7,9	26,4	88,4	1,5

1 Incluye la población femenina con y sin hijos nacidos vivos.

2 Incluye respuestas como: cuando Dios quiera, cuando se case, cuando termine sus estudios, entre otras.

3 Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada.

4 Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o bachillerato, normal básica o carrera técnica comercial con secundaria terminada.

5 Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en profesional, maestría o doctorado.

NOTA. No se incluye el deseo de tener hijos no especificado.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Es importante mencionar que existe un deseo expreso de no tener hijos. Aunque éste es consideradamente alto entre las mujeres que ya los tuvieron, existe 10.4% de mujeres que no han tenido descendencia y manifiestan no querer tenerla.

Asociado al mismo tema, se encuentra el tiempo que esperarían las mujeres para tener el hijo que desean. Sobre este aspecto en particular, 41.0% esperaría de 2 a 4 años, 30.4% tomaría un tiempo mayor y sólo una de cada cinco dijo que le gustaría esperar menos de 2 años para tenerlo. En el rango considerado de menor riesgo para la salud materna e infantil (2-4 años) se concentraron entre 28.7 y 49.5% de los diferentes grupos de mujeres consideradas. Sobresalen las mujeres con 1 o 2 hijos (44.5 y 49.7 respectivamente) y las mujeres que al momento de la entrevista usaban algún método anticonceptivo. Entre las mujeres que expresaron desear esperar más de 4 años destacan las mujeres con mayor escolaridad, las solteras, las nunca usuarias y las mujeres que no habían tenido hijos (Cuadro 13).

Como se puede advertir, la información de que se dispone en el ámbito nacional en torno a este tema permite conocer las aspiraciones de las mujeres en cuanto a la fecundidad, pero no la de los hombres, sector de la población del que sería muy importante conocer no sólo sus ideales reproductivos sino también el nivel de la fecundidad masculina, aun cuando su cuantificación planteó serios problemas, porque podría ser un factor de fundamental importancia en la explicación de los diferenciales de fecundidad entre mujeres pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos y lugares de residencia.

VII. Fecundidad y salud

Al comienzo de la década de los setentas, con el inicio de los esfuerzos por regular el crecimiento demográfico a través de la planificación familiar, se reconoce la necesidad de ofrecer los medios para mejorar la salud y la sobrevivencia de los niños. A partir de entonces surgieron conceptos y programas de “salud materno-infantil” y “sobrevivencia en la infancia”, dentro de los que se hayan incluidos todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio y las condiciones de salud del niño pequeño y del menor de cinco años (Langer y Lozano, 1998).

En 1987, los programas dirigidos a la salud materno infantil pusieron especial énfasis en la madre, al lanzar en el ámbito internacional la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos, cuyo objetivo primordial era reducir la morbilidad materna; en otras palabras, aminorar los problemas que tienen su origen en el embarazo, incluyendo el aborto y los efectos o complicaciones asociados al uso de métodos anticonceptivos, el parto y el puerperio (Starrs, 1987, citado en Langer y Lozano, 1998).

El interés por la salud de la mujer se extiende hasta hoy en día e intenta abordar todos los aspectos de la salud relacionados con la reproducción humana (previas y posteriores a la edad reproductiva) y la sexualidad. Sin embargo, la implantación y consolidación de esta perspectiva tomará cierto tiempo.

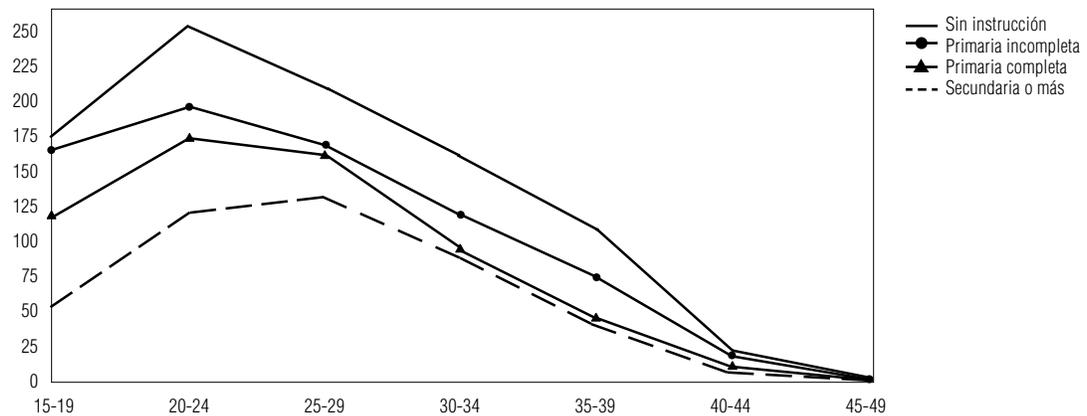
■ Tasa global y tasas específicas de fecundidad

El inicio del descenso de la fecundidad en nuestro país se dio a mediados de los años 60. Pero no fue sino hasta mediados de los años setenta que se produce de manera acelerada, coincidiendo con la adopción de una nueva política de población que desde entonces promueve la práctica de la planificación familiar, y que en la actualidad goza de una amplia aceptación. Desde entonces a la fecha, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha experimentado una reducción de alrededor de 3.6 hijos por mujer, al pasar de 6.1 en 1974 a 2.5 en 1999.

No obstante el descenso generalizado de la fecundidad, se advierten marcadas diferencias por diversas características sociodemográficas de la población, entre las que sobresale el nivel de instrucción. Se observa que la descendencia de las mujeres sin instrucción sigue siendo de más del doble que de las que cuentan con secundaria o más años de estudio, aunque sólo hayan aprobado un año de este ciclo escolar (4.7 contra 2.2 hijos por mujer, respectivamente) (Ver anexo gráfica N).

Estos niveles de fecundidad son producto de pautas de fecundidad por edad marcadamente distintas, ya que el patrón etéreo de quienes carecen de educación formal o cuentan con sólo algunos años de primaria muestra un perfil de cúspide temprana, en tanto que las que completaron la primaria o cuentan con más años de estudio presentan un perfil de cúspide dilatada (Gráfica 20). Esto en otras palabras significa que mientras que las mujeres con menos escolaridad tienen la mayoría de sus hijos a temprana edad, las más escolarizadas los postergan más (Partida y Rodríguez, 1999).

Tasas específicas de fecundidad por edad según nivel educativo, 1996



Hijos por 1 000 mujeres de cada grupo de edad
Fuente: CONAPO, La Situación Demográfica de México, 1999.
Estimaciones con base en las encuestas nacionales demográficas.

La participación de las mujeres en la actividad económica marca diferencias importantes en los patrones de fecundidad. Las tasas específicas de fecundidad de las mujeres económicamente inactivas son considerablemente mayores que las tasas de las mujeres económicamente activas, reflejándose en una diferencia de más de 1.4 hijos al final de su vida reproductiva (Ver anexo gráfica O).

■ Atención prenatal

En los últimos años se ha señalado que para evitar complicaciones durante el embarazo y el parto se deben tener cuidados desde la etapa preconcepcional, si es que se desea hacer una labor realmente preventiva, para así reducir de manera sustancial el número de defunciones maternas, las cuales han registrado una reducción de sus tasas aunque a una velocidad menor que el descenso de la mortalidad infantil, lo que se ha atribuido a que las políticas de salud han privilegiado la atención de los menores. Pero como la atención suele ocurrir a partir de que ocurre el embarazo, o incluso algunos meses después, la probabilidad de prevención de un daño se reduce quedando sólo el actuar de forma inmediata para limitarlo (DGSR, 1996). Se listan entre los factores más importantes de riesgo preconcepcional las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, neofropatías, diabetes mellitus y diabetes gestacional. De ahí la importancia adjudicada por muchos médicos a fines del siglo XIX al cuidado prenatal temprano, a la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para la prevención de los embarazos no deseados.

Sin embargo, diversas restricciones económicas, sociales, geográficas y de calidad de la atención condicionan los diferentes aspectos de la salud materna y son fuente de variabilidad del riesgo de enfermar y morir durante el embarazo, el parto y el puerperio. Entre ellos se cuentan el estado de salud previo de la mujer, su conducta reproductiva y el acceso a los servicios de salud disponibles. La propia conducta reproductiva, probadamente relacionada con el riesgo materno, está permeada de influencias sociales que llegan a incidir sobre opciones tales como la edad para el primer embarazo, el número de embarazos, el espaciamiento entre los mismos y el deseo de nuevos embarazos. Los factores culturales y la interpretación por parte de las mujeres sobre los factores de riesgo de su embarazo son, a su vez determinantes del uso de los servicios de salud.

Cobertura de atención prenatal

De acuerdo con los resultados de la ENADID 97, se tiene que de los embarazos ocurridos durante 1994 y 1997, 88.4% recibió atención durante la etapa prenatal. Los datos en general muestran una menor atención durante este ciclo del periodo reproductivo en las localidades de menor número de habitantes y prevalece en las localidades rurales y entre las mujeres con menor nivel educativo una mayor proporción de madres que transitaron su embarazo sin vigilancia o atención prenatal; de ahí la insistencia reiterada por consolidar el acceso universal a los servicios de salud para este propósito (Cuadro 14).

■ Cuadro 14

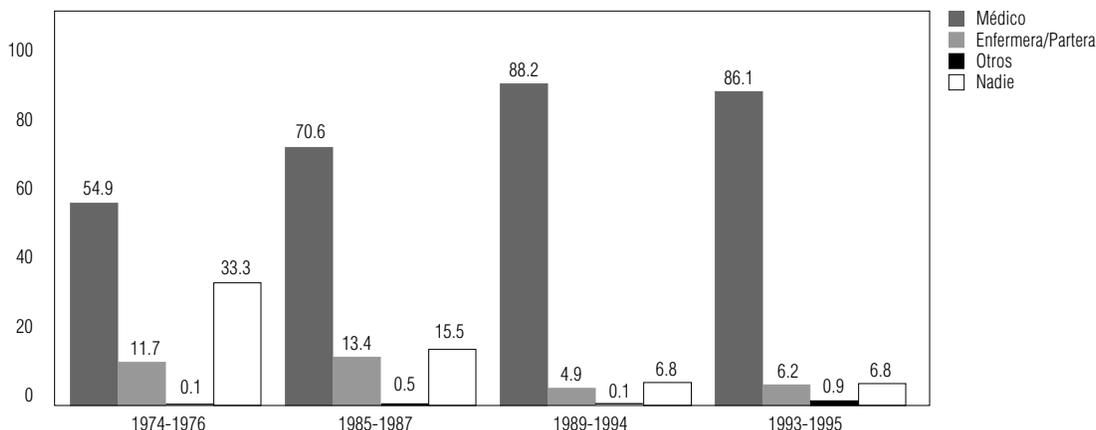
Porcentaje de embarazos¹ ocurridos con atención prenatal por diversas características según tamaño de la localidad, 1997

Características	Nacional	Menos de 15 000 habitantes	15 000 y más habitantes
Total	88,4	84,3	91,6
Grupos de edad			
15-24	89,9	87,5	91,9
25-29	90,3	85,9	93,1
30-34	89,2	85,1	92,1
35-49	80,8	74,0	87,0
Nivel de instrucción			
Sin instrucción	70,0	67,5	77,0
Primaria	85,1	83,6	87,5
Posprimaria	94,1	94,0	94,2

¹ Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Gráfica 21

Atención prenatal por tipo de agente, 1974-1995



Fuente: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1994 y Encuesta Nacional de Planificación familiar, 1995.

Lugar de revisión

Sobre el lugar de revisión prenatal, es de hacer notar que ha habido avances en la cobertura de atención de las instituciones del sector público, pues cerca de dos terceras partes de las madres que recibieron atención prenatal, entre los años de 1994 y 1997, fueron atendidas por alguna de las instituciones de este sector. Sin embargo hay una proporción si bien reducida y que se incrementa en las localidades de menos de 15 mil habitantes, de madres que recibieron atención durante la etapa prenatal en servicios de la Cruz Roja, Cruz Ámbar, dispensarios médicos, casas de la partera, casa de la entrevistada y otros lugares no creados para proporcionar servicios de salud, circunstancia que se suma a la demanda por consolidar el acceso universal a los servicios de salud para la vigilancia prenatal (Cuadro 15).

Cuadro 15

Distribución de embarazos¹ ocurridos con revisión prenatal por tamaño de la localidad de residencia de la madre según lugar de revisión, 1997

Lugar de revisión	Total	Menos de 15 000 habitantes	15 000 y más habitantes
Total	100	100	100
Instituciones de seguridad social ²	34,0	19,7	44,1
Instituciones privadas de salud ³	29,4	21,3	35,0
Instituciones de asistencia social ⁴	29,2	44,9	18,3
Otro lugar ⁵	7,3	14,0	2,6

1 Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

2 Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, DEFENSA, etc.

3 Incluye consultorios, clínicas y hospitales pagados por los usuarios.

4 Incluye los servicios brindados por la Secretaría de Salud, DIF e IMSS-SOLIDARIDAD.

5 Incluye los servicios de Cruz Roja, Cruz Ámbar, dispensarios médicos, casa de la partera, casa de la entrevistada y otros lugares no creados para proporcionar servicios de salud.

NOTA. No se incluye el lugar de revisión no especificado.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

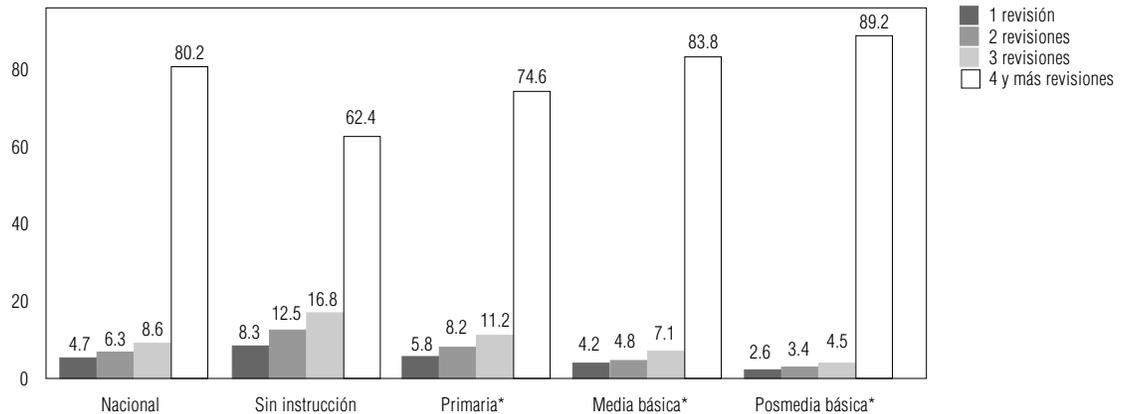
La atención prenatal a cargo de un agente de salud también ha experimentado un incremento significativo. Del periodo 1974-1976 al periodo 1993-1995, el porcentaje de embarazadas que recibieron atención por parte de un médico pasó de 54.9% a 86.1%. Este personaje de la salud tiene una importancia relativamente menor en mujeres de más edad, con menor nivel educativo y en localidades de menor número de habitantes, en las que la demanda de atención prenatal es asistida principalmente por las parteras. Es preocupante el dato que indica que cerca de 7% de las mujeres no reciba atención prenatal por ningún tipo de agente (Gráfica 21).

Tipo de revisión

El tipo de atención prenatal en México también ha sido objeto de análisis en los últimos años. En el lapso de 1989 a 1994, se encontró en mujeres que tuvieron alguna vigilancia durante el embarazo, serias deficiencias en la calidad de la atención: 5% no tuvo revisión de la presión arterial, 26% careció de prescripción de hierro, 11% no tuvo revisión de su peso y 36% no recibió ninguna dosis de toxoide tetánico, estrategia implantada desde el año de 1991 en las instituciones de salud pública, con particular énfasis en el medio rural, para eliminar la presencia de tétanos neonatal y la muerte por esta causa. Esta estrategia se ha reflejado en el abatimiento de los decesos por tétanos neonatal de los últimos años, al bajar de 120 a 35 el número de defunciones por esta causa entre los años de 1991 a 1994. En términos porcentuales, un decremento similar, del 71%, se observó en años anteriores sólo que en un lapso mayor (diez años aproximadamente) (DGSR, 1996).

De los embarazos ocurridos entre 1994 y 1997, apenas 60% en zonas rurales y 75.3% en zonas urbanas cubrieron el número de revisiones recomendadas. Acciones como tomar la presión y el peso y recomendar dar el pecho, son las que en mayor medida se llevan a cabo, en todos los casos con un mayor porcentaje de mujeres con este tipo de atención en las áreas urbanas que en las rurales (INEGI, 2002).

Distribución de embarazos ocurridos¹ con revisión prenatal por nivel de instrucción de la madre según número de revisiones prenatales, 1997



Nota: No se incluye el número de revisiones no especificadas.

¹ Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

* Incluye a la población femenina con algún grado aprobado según el nivel

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Respecto al número de revisiones prenatales se tiene que cuatro quintas partes de las mujeres con al menos un hijo nacido vivo en el lapso de 1994-1997, tuvieron 4 o más revisiones durante su periodo de gestación. Sin embargo, la posibilidad de determinar algún daño durante el embarazo es mucho más reducida en mujeres de más edad, con un nivel de escolaridad menor y que habitan en localidades de menor tamaño, debido al menor número de revisiones prenatales (Gráfica 22).

■ Atención en el parto

Dada la introducción y consolidación de los programas de planificación familiar y salud materno infantil, hoy denominados de salud reproductiva, hoy en día la mayoría de los eventos obstétricos (83.3%) son atendidos en una institución de salud pública o privada. De éstos, 73.7% fueron asistidos en una institución de seguridad social o de asistencia social, tales como clínicas u hospitales de la SSA, DIF e IMSS-SOLIDARIDAD, cuando no hace mucho tiempo (1989 a 1994) casi 40% de los partos eran atendidos por una partera o una enfermera.

Este tipo de atención tiene un alcance menor entre las mujeres de más edad y con menor nivel de instrucción, y en las que habitan en localidades de menor tamaño (Cuadro 16).

Resolución del parto

En cuanto a la resolución del parto, cabe comentar dos aspectos: el primero tiene que ver con el tipo de parto y el segundo con el producto. En relación al primero se advierte que el parto por cesárea rebasa el índice que establece la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (1995), el cual es del 15% para hospitales de segundo nivel y del 20% para los de tercer nivel, respecto al total de nacimientos (DGSR, 1996). Entre enero de 1994 a diciembre de 1997, del total de partos ocurridos 26.3% fue por cesárea. Su mayor frecuencia se aprecia en las zonas urbanas y en mujeres con mayor escolaridad (Cuadro 17). El incremento progresivo de esta técnica en la resolución de un parto pone de manifiesto la necesidad de investigar a fondo la causalidad asociada con el abuso de la tecnología sobre el cuerpo femenino.

■ Cuadro 16

Distribución de embarazos¹ ocurridos con atención en el parto o aborto por tamaño de la localidad según lugar de atención, 1997

Tamaño de la localidad	Embarazos ocurridos con atención al parto o aborto	Instituciones de seguridad social ²	Instituciones privadas de salud ³	Instituciones de asistencia social ⁴	Otro lugar ⁵
Nacional	100	41,5	21,9	19,9	16,4
Menos de 15 000 habitantes	100	24,1	17,0	27,5	31,2
15 000 y más habitantes	100	54,4	25,5	14,2	5,5

¹ Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

² Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, DEFENSA, etc.

³ Incluye consultorios, clínicas y hospitales pagados por los usuarios.

⁴ Incluye los servicios brindados por la Secretaría de Salud, DIF e IMSS-SOLIDARIDAD.

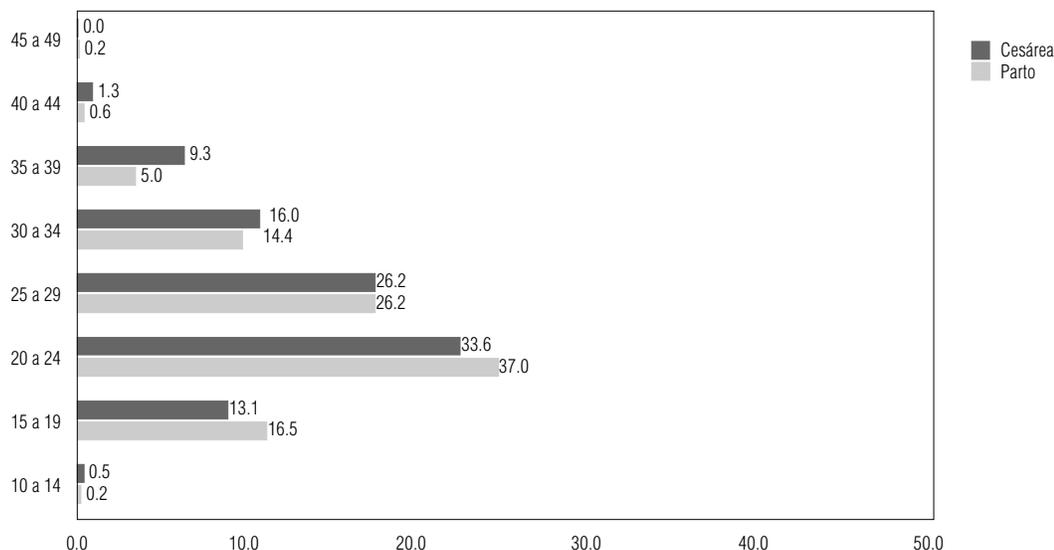
⁵ Incluye los servicios de Cruz Roja, Cruz Ámbar, dispensarios médicos, casa de la partera, casa de la entrevistada y otros lugares no creados para proporcionar servicios de salud.

NOTA. No se incluye el lugar de atención no especificado.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Gráfica 23

Distribución de cesáreas y partos por grupo de edad, 2000



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, 2000

Cuadro 17

Distribución de embarazos¹ ocurridos por diversas características según tipo de parto, 1997

Características	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	73,0	26,3
Edad		
15-24	76,4	23,1
25-29	71,6	27,7
30-34	69,3	29,8
35-49	72,1	26,6
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	90,4	8,7
Primaria	81,6	17,5
Posprimaria	62,5	36,9

¹ Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

NOTA. No se incluye el tipo de parto no especificado.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

De acuerdo a los datos de la ENSA, 2000 se sigue presentando un alto número de cesáreas. Éstas igualan o sobrepasan al número de partos a partir de los 25 años de edad (Gráfica 23). La proporción de cesáreas del total de partos atendidos según grupo de edad muestra la mayor realización de la misma en las edades avanzadas especialmente después de los 35 años, donde alrededor del 45% de los partos atendidos. Resalta el dato de que al 53.8% de las niñas de entre 10 y 14 años se les practicó una cesárea. En total 30.3% de los alumbramientos terminaron en cesárea. En los grupos de edad menores los partos son más frecuentes que las cirugías. En general los datos muestran un índice muy alto de cesáreas que debería ser analizado y promover su disminución (Gráficas 23 y anexo Gráfica P).

El nivel de ingresos en el hogar también es un factor que incide en la realización de las cesáreas. Es notablemente mayor entre las mujeres que pertenecen a hogares con altos niveles de ingresos y menor entre las de ingresos menores, lo cual es razonable si se considera el alto costo que una cesárea representa (10 salarios mínimos o más) (Olaiz, 2001). Habría que profundizar sobre las causas por las que se practican tan indiscriminadamente y aquí entrarían cuestiones de ética, de percepciones y de la falta de información que la población tiene sobre este tipo de aspectos de salud reproductiva.

Con relación al producto del embarazo, en el mismo periodo 1994-1997, del total de embarazos ocurridos, 90.4% resultó en un hijo nacido vivo, mientras que 1.1% en un mortinato y 8.4% en un aborto (INEGI, 1999). Es de llamar la atención, la preponderancia del aborto en el conjunto de resultados negativos de un embarazo.

Atención en el puerperio

El propósito de la atención en el puerperio es vigilar la salud de la mujer y orientar a la madre en los cuidados del recién nacido, en la alimentación materna, en la planificación familiar, así como atender a tiempo cualquier problema que pudieran presentar la madre y el hijo durante el posparto (DGSR, 1996). No obstante la importancia que tiene la atención en esta etapa, la vigilancia posterior al parto es una práctica poco generalizada en nuestro país. Solamente cerca de 60% de las mujeres que dieron a luz en el periodo 1994-1997 recibió este tipo de atención. Los porcentajes más bajos se observan en las localidades de menos de 1 500 habitantes, entre las mujeres con menor escolaridad y en las mujeres de las edades extremas del periodo reproductivo (15 a 24 años y 35 a 49 años de edad) (Cuadro 18).

La atención en el puerperio es asistida en mayor medida por instituciones de salud de los sectores público y privado (92.8% abarcando ambos sectores) y un porcentaje pequeño, pero que no debe dejarse de lado, en lugares no creados para proporcionar servicios de salud (Cuadro 19).

■ Cuadro 18

Porcentaje de embarazos ocurridos¹ con atención en el puerperio por diversas características, 1997

Características	Puerperio
Total	58,2
Edad	
15-24	57,7
25-29	61,7
30-34	59,3
35-49	51,5
Nivel de instrucción	
Sin instrucción	34,8
Primaria ²	46,7
Posprimaria ³	71,9
Tamaño de la localidad	
Menos de 15 000 habitantes	47,5
15 000 y más habitantes	66,3

1 Incluye los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

2 Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en primaria.

3 Incluye a la población femenina con uno o más grados aprobados en algún nivel posterior a la primaria, desde técnicos con primaria terminada hasta el doctorado.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

La atención durante esta etapa del periodo reproductivo suele darse principalmente durante los primeros quince días posteriores al parto, especialmente cuando el tipo de parto fue una cesárea. También es importante el porcentaje de mujeres que se atienden durante la segunda quincena posterior al evento (Gráfica 24).

Sería importante aprovechar el amplio segmento de población que recibe atención prenatal, durante el parto o el puerperio en unidades médicas, para transmitir conocimientos diversos en torno al autocuidado de la salud reproductiva y las diversas instancias que existen en el sector para su atención, y de esta manera reducir, vía la educación en salud, muchos de los riesgos reproductivos que hay en el embarazo, parto y puerperio.

■ Cuadro 19

Distribución de embarazos¹ ocurridos con revisión en el puerperio por tamaño de la localidad de residencia de la madre según lugar de revisión, 1997

Tamaño de la localidad	Embarazos ocurridos con revisión en el puerperio ¹	Instit. de seguridad social ²	Instit. de privadas de salud ³	Instit. de asistencia social ⁴	Otro lugar ⁵
Nacional	100	41,5	29,6	21,7	6,9
Menos de 15 000 habitantes	100	26,3	21,2	37,6	14,7
15 000 y más habitantes	100	49,7	34,2	13,1	2,6

1 Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

2 Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, DEFENSA, etc.

3 Incluye consultorios, clínicas y hospitales pagados por los usuarios.

4 Incluye los servicios brindados por la Secretaría de Salud, DIF e IMSS-SOLIDARIDAD.

5 Incluye los servicios de Cruz Roja, Cruz Ámbar, dispensarios médicos, casa de la partera, casa de la entrevistada y otros lugares no creados para proporcionar servicios de salud.

NOTA. No se incluye el lugar de revisión no especificado.

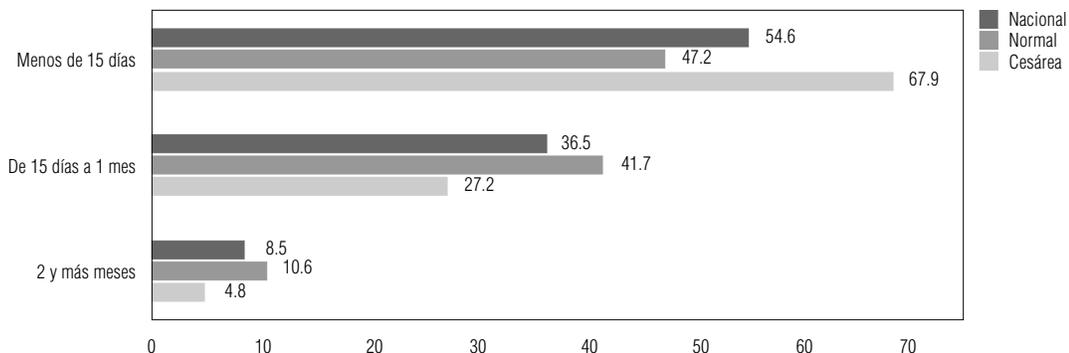
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

■ Mortalidad materna

Uno de los principales problemas de salud pública que afecta a las mujeres en edad reproductiva es la morbimortalidad materna, porque detrás de las muertes por hemorragias, infecciones, parto obstruido y complicaciones de abortos, existen siempre causas que obedecen, las más de las veces a factores como los siguientes: carencia de cuidados prenatales; de equipo y medicamentos adecuados para atender las complicaciones o emergencias obstétricas; inaccesibilidad a los servicios de planificación familiar con los cuales poder evitar embarazos no deseados, embarazos numerosos o poco espaciados o que ocurren en las edades extremas de la vida de las mujeres; problemas de nutrición, enfermedades infecciosas o de tipo crónico que aumentan las probabilidades de que el embarazo no llegue a buen término (DGSR, 1996). En la magnitud de este problema, se debe además reconocer la cuota de responsabilidad que pesa sobre los servicios de salud y la magnitud de su compromiso en la solución del mismo (Mora, 1993).

Gráfica 24

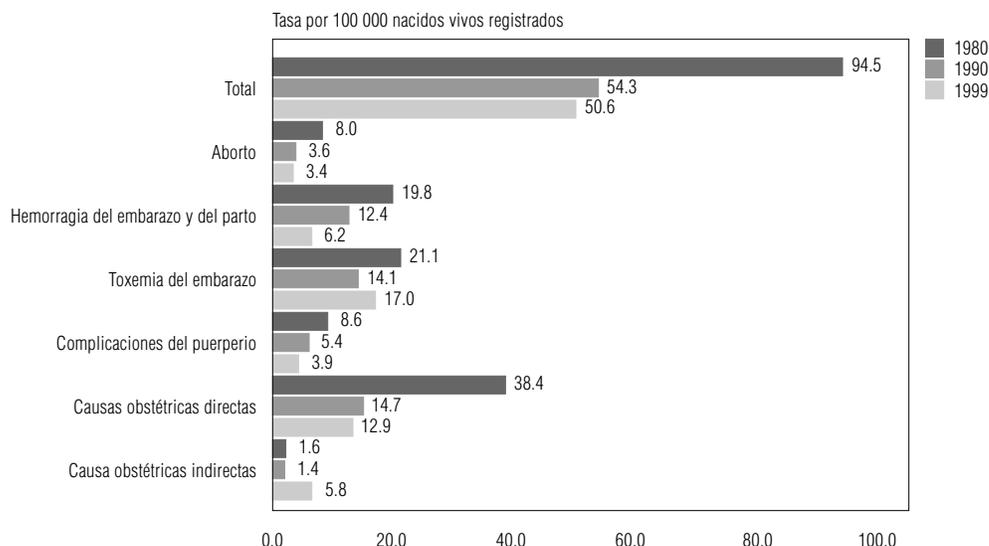
Embarazos ocurridos¹ con revisión en el puerperio por tipo de parto y tiempo de la primera revisión en el puerperio, 1997



1 Embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Gráfica 25

Tasa de mortalidad materna por causa, 1980-1999

Fuente: Consejo Asesor en Epidemiología.
SSA, Mortalidad varios años.

La disminución de embarazos por mujer y la mayor atención prenatal y en el parto, ha repercutido, sin duda, en la disminución de las muertes maternas en nuestro país en los últimos 20 años pasando de 94.5 muerte por cada 100 000 nacidos vivos en 1980 a 51 en 1999. Se ha podido observar una relación inversa entre las tasas de mortalidad materna y los indicadores de cobertura prenatal y del parto, y de prevalencia del uso de anticonceptivos.

El nivel que presenta la mortalidad materna es relativamente bajo si se le compara con el de muertes infantiles. Su gran subregistro, que limita conocer la verdadera magnitud del problema, no imposibilita afirmar que el descenso de la mortalidad materna apunta a una más adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud, en particular de los de planificación familiar, los cuales por sí solos ayudan a la prevención de los embarazos no deseados y a disminuir el impacto tanto del embarazo/parto como el del embarazo/aborto. Sin embargo, su prevalencia se considera un indicador de desventaja social de las mujeres en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada (Mora, 1993).

Causas de mortalidad materna

La mortalidad materna en nuestro país suele ocurrir preponderantemente por causas obstétricas directas, o sea por abortos, hemorragias del embarazo y del parto, toxemia del embarazo, complicaciones del puerperio, entre otras de patología similar, la mayoría de ellas esencialmente evitables y que de mejorarse notablemente la atención prenatal, del parto y durante el puerperio podrían repercutir significativamente en el abatimiento de este tipo de fallecimientos. El exceso de intervención médica durante el parto y, en particular, la práctica indiscriminada de la cesárea, puede transformarse en un problema adicional, ya que existen evidencias de que el riesgo relativo de mortalidad materna es superior en el parto por cesárea.

De la estructura de la mortalidad materna por causas sobresalen por su mayor prevalencia y concentración de decesos: la toxemia del embarazo y la hemorragia del embarazo y del parto, los cuales en conjunto explicaban en 1999, 60.9% de la mortalidad materna.

La mayoría de las causas de muerte materna denotan en nuestro país una disminución en su prevalencia en los últimos 20 años, con excepción de la toxemia del embarazo y de las causas obstétricas indirectas que reflejan un incremento entre 1990 y 1999. De ahí que la importancia de estos fallecimientos radique en su evitabilidad la cual depende de su identificación temprana durante la vigilancia prenatal, de la buena capacidad resolutoria de los servicios hospitalarios de salud materna y de la prevención eficiente del embarazo no deseado (Gráfica 25).

Aborto

El aborto es un problema de salud pública y de profundas consecuencias psicosociales. Representa una de las principales causas de mortalidad materna en México. En 1999 el aborto representó 6.6% del total de muertes maternas.

La medición de la ocurrencia del aborto resulta una tarea difícil por muy diversas razones por lo que ha resultado difícil encontrar la metodología más adecuada para captar este fenómeno y conocer su incidencia. No obstante, ha habido diversos intentos encaminados a conocer la magnitud del fenómeno. Datos de la ENADID muestran que 8.4% de los embarazos ocurridos entre 1994 y 1997 terminaron en un aborto. En las localidades más urbanizadas la incidencia del aborto es mayor (Cuadro 20).

Cuadro 20

Distribución de embarazos¹ ocurridos por tamaño de la localidad de residencia de la madre según resultado del embarazo, 1997

Tamaño de la localidad	Embarazos ocurridos	Resultado del embarazo		
		Hijos nacidos vivos	Mortinatos	Abortos
Total	100	90,4	1,2	8,4
Menos de 15 000 habitantes	100	92,1	1,4	6,5
15 000 y más habitantes	100	89,2	1,0	9,8

¹ Incluye los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Con base en las encuestas sociodemográficas se estima un descenso en la incidencia del aborto en México que pasó de 230 000 abortos anuales durante el periodo 1985-1987 a 196 000 para el periodo 1995-1997. De la misma manera se observa un decremento acelerado de la tasa global de abortos, es decir, del promedio de abortos que tiene una mujer a lo largo de su vida fértil, que pasó de 1.2 en 1976 a 0.1 en 1997 (CONAPO, 2000).

Aunque el porcentaje de egresos hospitalarios obstétricos por aborto se ha mantenido constante en los últimos años, se observa que el porcentaje de muertes maternas secundarias a complicaciones del aborto ha disminuido considerablemente y de forma acelerada (pasó de 9.7 en 1994 a 3.2 en 1998). Lo anterior responde a mejoras en la calidad de atención de este evento obstétrico (Gráfica 26).

El problema del aborto, ha sido considerado un problema de salud pública cuyo carácter es básicamente preventivo. La política de salud reproductiva ha centrado su atención en la ampliación de la cobertura de los servicios de planificación familiar con el fin de evitar embarazos no deseados, así como en el manejo de nuevas y mejores técnicas que den un sentido humanitario al tratamiento del aborto, a través de consejería y apoyo psicológico.

Es clara la prevalencia de este tipo de eventos. Un avance en la prevención de los mismos está en la convicción de que servicios y mecanismos adecuados pueden mejorar la salud reproductiva de las mujeres, al disminuir el impacto tanto del embarazo/parto como del aborto en condiciones de riesgo.

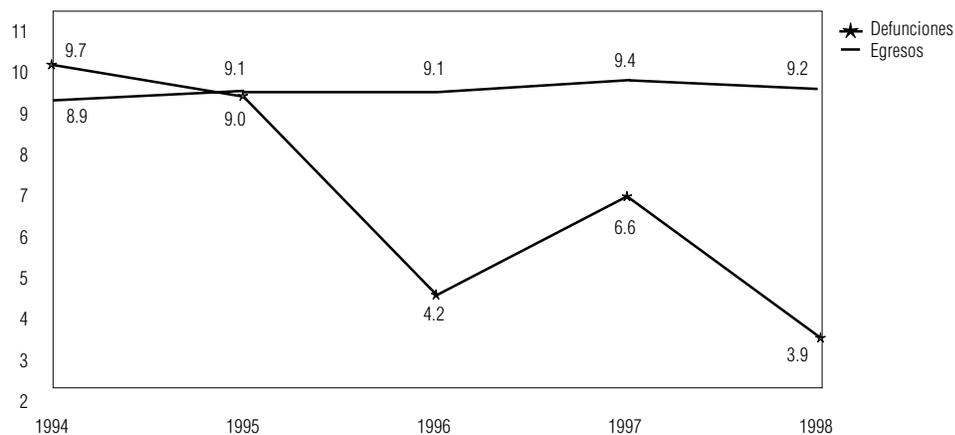
Cáncer cérvico uterino y mamario

El cáncer cérvico uterino y el cáncer de mama representan en la actualidad un grave problema de salud entre las mujeres. Constituyen la primera y segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más, respectivamente. Debido a la magnitud del problema, desde 1997 se han realizado diversas actividades encaminadas a la detección y atención oportuna y de vigilancia epidemiológica de ambos tipos de cáncer; se instaló el Comité Nacional para la Prevención y Control de los Cánceres Cérvico Uterino y Mamario y en 1998 se creó la Dirección General de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino dentro de la Secretaría de Salud.

Las acciones realizadas por las instituciones de salud se han reflejado en la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino y en la desaceleración de la tendencia ascendente de la tasa de mortalidad por cáncer mamario (Gráfica 27). No obstante es un problema latente en nuestro país que está considerado como prioritario dentro de las políticas de salud pública.

Es importante considerar los factores causales de uno y otro tipo de cáncer. En el caso del cáncer de mama se señalan los estilos de vida como los responsables principales, sin dejar de reconocer que el problema es muy complejo. Se mencionan los factores genéticos; cambios en los patrones reproductivos; consumo de anovulatorios por largos períodos de tiempo, aunque esta relación sigue siendo controversial; antecedentes de enfermedad benigna de la mama; factores nutricionales relacionados con el tipo de dieta, el consumo de alcohol; exposición frecuente a los rayos X durante la adolescencia y juventud, además del tabaquismo (Restrepo, 1993b).

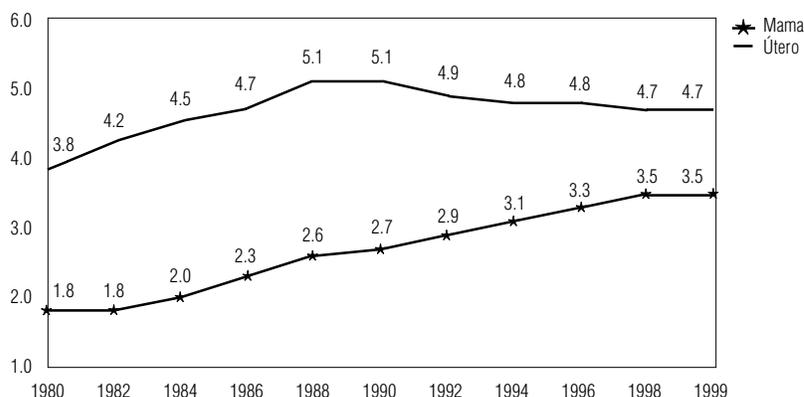
Gráfica 26

Porcentaje de egresos hospitalarios obstétricos y defunciones hospitalarias por aborto y sus complicaciones, 1994-1998


Fuente: SSA, Mortalidad varios años.

Gráfica 27

Tasa de mortalidad por tumores malignos del cuello útero y de la mama, 1980-1999



Tasa por 100 000 mujeres.
Fuente: SSA, Mortalidad, varios años.

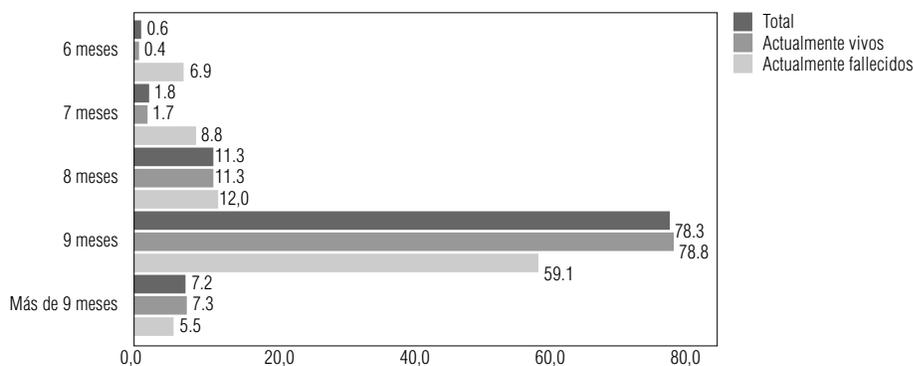
■ Atención materno infantil

En el caso del cáncer del cuello uterino se perfilan factores relacionados con el comportamiento sexual: número elevado de partos, la edad temprana de iniciación de las relaciones sexuales en la mujer, la promiscuidad femenina y masculina, y el empleo de anticonceptivos orales, aunque esta última relación continúa siendo objeto de controversia; y con posibles agentes infecciosos que se perfilan como determinantes de riesgos. Entre estos últimos existen evidencias sobre la asociación causal con algunos virus, especialmente el virus del papiloma. Parece que también hay alguna participación en la red de causalidad diversos factores como: el consumo de tabaco y la carencia en la dieta de algunos elementos nutricionales protectores, tales como la vitamina C y la vitamina A. No obstante, existe la certeza actual, de que el cáncer del cuello uterino se comporta epidemiológicamente como una enfermedad de transmisión heterosexual. Así, el "factor masculino" tendría que ser considerado entre las variables por estudiar (Restrepo, 1993b).

Sobre este tema en particular varios son los aspectos que se pueden analizar a partir de la información estadística actual. Una tiene que ver con la supervivencia y tiempo de gestación del nacido vivo. Otro con el peso al nacer, la lactancia materna, la atención en salud que recibió el infante durante su primer año de vida y el esquema de inmunizaciones. Lamentablemente, toda la información que aquí se analiza no se desagrega por sexo, lo que impide el estudio de la disparidad entre sexos. Además, las desigualdades por sexo en salud, excepción hecha de las relacionadas con la función materna-reproductora, todavía tienden a pasar poco menos que desapercibidas y a permanecer por ende, desatendidas. Una de estas desigualdades "invisibles" se refiere a los diferenciales por sexo en la mortalidad y en la morbilidad y atención durante la niñez (Gómez, 1993).

El tiempo de gestación tiene mucho que ver con la condición de sobrevivencia del nacido vivo. La mayoría de los nacimientos ocurridos en México son resultado de un embarazo de 9 o más meses de gestación (85.5% de los nacidos vivos entre enero de 1994 y diciembre de 1997 fueron producto de un embarazo de 9 ó más meses). La condición de sobrevivencia del nacido vivo se ve en cierta medida afectada por el periodo de gestación, pues una proporción más alta de los nacidos vivos actualmente fallecidos, en comparación con los que sobreviven, tuvo un periodo de gestación menor (Gráfica 28)

Gráfica 28

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos¹ por condición de sobrevivencia según tiempo de gestación, 1997

¹ Incluye a los hijos nacidos vivos de los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Cuadro 21

Distribución de los hijos nacidos vivos por diversas características de la madre según peso al nacer, 1997

<i>Características de la madre</i>	<i>No los pesaron</i>	<i>Los pesaron</i>				
		<i>Total</i>	<i>Menos de 2.5 kg</i>	<i>De 2.5 a 3.4 kg</i>	<i>Más de 3.4 kg</i>	<i>N.E.²</i>
Total	11,7	86,5	8,1	53,0	38,9	1,8
Edad						
15-24 años	11,7	86,6	9,1	56,3	34,6	1,7
25-29 años	9,9	88,4	7,3	53,1	39,6	1,7
30-34 años	10,6	87,8	6,9	49,4	43,8	1,5
35-49 años	16,6	80,6	9,2	49,2	41,6	2,8
Tamaño de la localidad						
Menos de 15 000 habitantes	23,3	74,0	8,8	51,1	40,1	2,7
15 000 y más habitantes	2,6	96,2	7,7	54,1	38,2	1,2

1 Incluye los nacidos vivos de los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

2 Incluye los hijos nacidos vivos que no especificaron su peso y de los que se desconocía si los pesaron o no.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

El bajo peso al nacer es un factor de riesgo para la sobrevivencia de los niños. Esto es más frecuente en madres cuyas edades se encuentran en los extremos del periodo reproductivo (15-24 y 35-49 años), mientras que el sobrepeso al nacer (3.4 Kg o más) se aprecia en mayor medida en mujeres de 30 a 49 años de edad.

El bajo peso al nacer y el sobrepeso se aprecian más en las localidades de menor número de habitantes, lo que indica mayores probabilidades de sobrevivencia de los nacidos vivos de las localidades más urbanizadas (Cuadro 21).

Es notable el porcentaje (23.3%) de niños que no fueron pesados en las zonas de menos de 15 000 habitantes lo cual seguramente responde al mayor número de partos atendidos por parteras y en lugares distintos a hospitales y clínicas en esas localidades.

Lactancia Materna

La lactancia materna es uno de los principales mediadores de la eficiencia nutricional global, y constituye uno de los principales determinantes de la salud de los niños en el primer año de vida. Posee cualidades que la hacen ser una fuente higiénica de nutrientes, al mismo tiempo que inmuniza a los infantes frente algunas enfermedades. Su práctica permite además fortalecer los lazos afectivos entre la madre y el niño (DGSR, 1996).

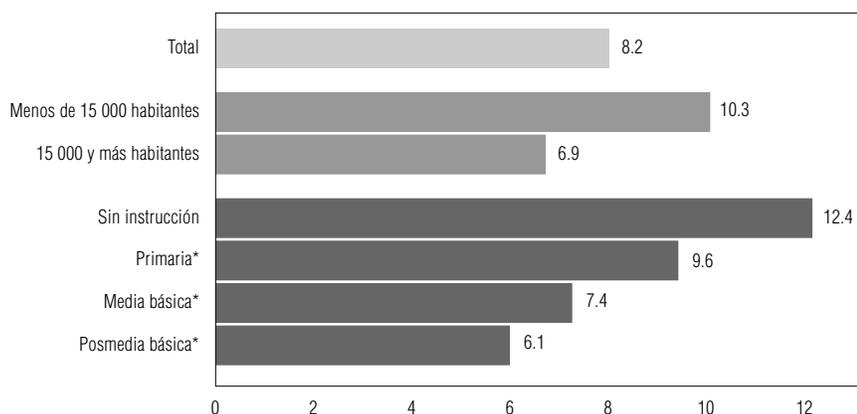
En México la lactancia materna es una práctica generalizada que se ha ido incrementando en los últimos años gracias a una serie de acciones a favor del rescate de la cultura y la práctica de la misma a través de las instituciones del Sector Salud. Se estimó que para el año 2000 un poco más de 95% de las unidades que brindan atención obstétrica estarían debidamente certificadas como Unidades Hospitalarias Amigos del Niño y de la Madre, las cuales han fortalecido el programa de Lactancia Materna (Fuente y Tapia, 2001)

En 1976, 80.3% de los recién nacidos fueron amamantados y para 1997 el porcentaje subió a 90%, siendo ligeramente mayor en las localidades menores de 15 000 habitantes y entre las mujeres sin instrucción. Es importante mencionar que el porcentaje de lactantes es muy similar entre los hijos de madres sin instrucción y los de madres más instruidas (Ver anexo gráfica Q). Desafortunadamente en contraste con el incremento de la práctica de la lactancia, la duración media de la lactancia se ha reducido. Sin embargo, en todos los casos supera el mínimo recomendable que es de 6 meses. En 1976, un recién nacido era amamantado por espacio de 10.1 meses, mientras que en 1997, es destetado a los 8.2 meses de nacido. El periodo más prolongado en la práctica de la lactancia se observa en localidades de menor número de habitantes y entre la población de menor nivel educativo.

Sería de sumo interés conocer la práctica y duración media de la lactancia por sexo del infante, para así determinar si es que existe un trato diferencial en la atención materno-infantil dirigida a niños y niñas. Parece claro que las mujeres sin instrucción recurren a la lactancia materna como un proceso natural y posiblemente se prolongue como respuesta a su bajo poder adquisitivo; mientras que en el caso de las mujeres con mayores niveles de educación es más probable que la práctica de la lactancia responda al conocimiento de los beneficios que la leche materna representa para sus hijos (Gráfica 29).

Gráfica 29

Duración media¹ de la lactancia materna de los hijos nacidos vivos² por diversas características de la madre, 1997



¹ La duración media se mide en meses.

² Incluye a los hijos que recibieron lactancia materna de los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

* incluye a la población femenina con algún grado aprobado según el nivel.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Atención del recién nacido e inmunizaciones

La atención del recién nacido durante el primer año de vida debiera ser una práctica generalizada para vigilar el crecimiento y la nutrición del bebé y detectar cualquier problema que pudiera afectar su salud y su sobrevivencia.

De los niños sobrevivientes al primer mes de vida, una parte importante recibió atención durante su primer año (81.4%). Este tipo de revisión es más frecuente en zonas más urbanizadas y entre mujeres con un nivel educativo mayor (Cuadro 22).

Otro factor importante en el cuidado de los niños es la aplicación de vacunas. A través de la vacunación en México se han logrado erradicar la viruela y la poliomielitis, eliminar la difteria y controlar el sarampión, así como lograr los niveles más bajos de tos ferina, tétanos neonatal y tuberculosis meningea.

La cobertura de vacunación muestra el éxito de los programas. Sin embargo, existe todavía un remanente, si bien minoritario, de nacidos vivos que durante su primer año de vida no fueron inmunizados (2.6%). De estos, una proporción mayor se aprecia en zonas de menor número de habitantes y entre madres con menor nivel educativo; pero la tendencia general es la disminución del número de casos de las enfermedades consideradas (Cuadro 23).

■ Cuadro 22

Distribución porcentual de hijos que sobrevivieron al primer mes de vida¹ por diversas características según condición de revisión al niño (a) en su primer año de vida, 1997

Características	Hijos que sobrevivieron al primer mes de vida	Con revisión en su primer año de vida	Sin revisión en su primer año de vida
Total	100	81,4	17,9
Tamaño de la localidad			
Menos de 15 000 habitantes	100	72,0	27,4
15 000 y más habitantes	100	88,7	10,5
Nivel de instrucción			
Sin instrucción	100	57,0	42,0
Primaria ²	100	73,9	25,2
Media básica ²	100	88,8	10,8
Posmedia básica ²	100	94,4	4,9

¹ Incluye los sobrevivientes de los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

² Incluye a la población femenina con algún grado aprobado según nivel.

No se incluye la revisión no especificada.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Cuadro 23

Distribución porcentual de hijos que sobrevivieron al primer mes de vida por condición de inmunización según tamaño de la localidad y nivel de instrucción, 1997

<i>Características</i>	<i>Hijos que sobrevivieron al primer mes de vida¹</i>	<i>Inmunizados²</i>	<i>No inmunizados</i>
Tamaño de la localidad	100	96,5	2,6
Menos de 15 000 habitantes	43,8	43,5	56,5
15 000 y más habitantes	56,3	56,6	43,5
Nivel de instrucción			
Sin instrucción	100	92,7	6,0
Primaria*	100	96,1	2,9
Media básica*	100	97,6	2,0
Posmedia básica*	100	97,3	1,9

1 Incluye los sobrevivientes de los embarazos ocurridos entre enero de 1994 y diciembre de 1997.

2 Incluye los sobrevivientes que recibieron al menos una vacuna de: Sarampión (1 dosis), Poliomielitis (3 dosis), Tosferina, Difteria y Tétanos (3 dosis) o Tuberculosis (1 dosis).

* Incluye a la población femenina con algún grado aprobado según el nivel.

NOTA. No se incluye la condición de inmunización no especificada.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

En el año 2000 se cumplieron diez años sin presencia de casos de poliomielitis; el último caso de difteria se registró en octubre de 1991; en 1999 se registraron 92 casos de tosferina que disminuyeron a 53 en el año 2000; de 1999 al 2000 los casos de tétanos neonatal disminuyeron de 15 a 9 casos registrados; desde 1995 no se registran casos de mortalidad por sarampión, sin embargo en el año 2000 se notificaron algunos casos de este virus en adultos jóvenes y en menores de un año de edad (28 casos); finalmente, la tuberculosis meníngea ha descendido de manera notable de 102 casos en 1990 a 18 en el 2000 (Fuente y Tapia, 2001).

La información sobre salud materno infantil se enriquecería si fuera desagregada por sexo, pues se podría apreciar la atención en salud que reciben niños y niñas y así advertir su impacto sobre la salud y morbimortalidad infantil de uno y otro sexo.

■ Enfermedades de transmisión Sexual

El término "enfermedades sexualmente transmitidas" o infecciones de transmisión sexual (ITS) incluye más de veinte organismos y síndromes, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La morbimortalidad de las ITS está aumentando y, consecuentemente sus efectos en la salud que en ocasiones son irreversibles y, en casos como el SIDA, letales (DGSR, 1996).

Entre las repercusiones de salud de mayor progresión están la esterilidad, tanto en hombres como mujeres y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona. En la mujer, la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor pélvico crónico y la infertilidad, así como el carcinoma cérvico uterino, que en ciertos casos surge como consecuencia de la infección por algunos tipos de papiloma humano. También pueden coaccionar muertes fetales y malformaciones congénitas e incluso la muerte. Ciertas afecciones transmitidas sexualmente pueden pasar de madre a hijo durante el embarazo o en el momento del nacimiento. Entre ellas, se mencionan la sífilis, el VIH, la gonorrea y la clamidia (DGSR, 1996).

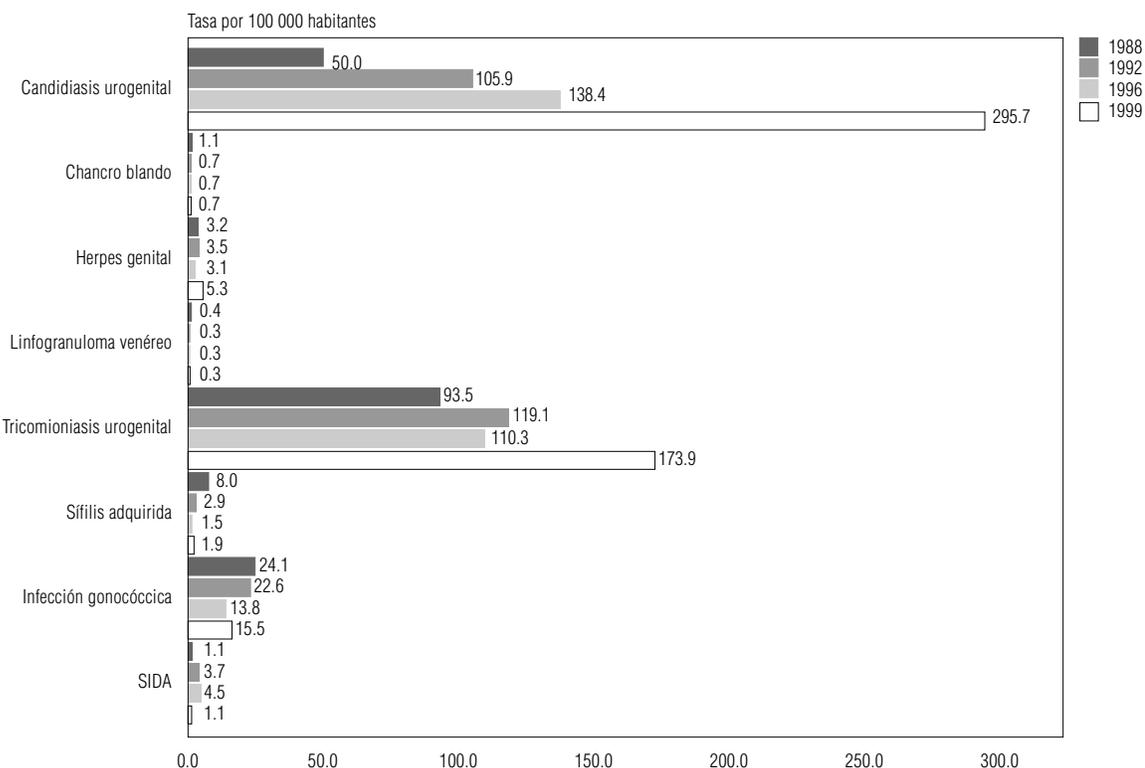
Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes son: la candidiasis urogenital, la tricomoniasis urogenital y la infección gonocócica (gonorrea). Este tipo de enfermedades, sigue reportando un número de casos elevado en la población mexicana, no obstante su comportamiento francamente descendente a lo largo del tiempo (1988-1999) (Gráfica 30).

Los datos de la ENSA-2000 muestran que una proporción importante de la población expuesta al riesgo de contraer algún tipo de infección sexual, no conoce las formas de prevenirlas, lo cual es más grave en el caso de las mujeres, situación que responde seguramente a la educación diferenciada entre hombres y mujeres que pone en desventaja a las últimas al tener menor acceso a todo tipo de información sexual. En el caso de los hombres, de los adolescentes de entre 17 y 19 años de edad, altamente expuestos al riesgo de contraer infecciones sexuales, solamente 71.7% conoce formas de prevenirlas, este porcentaje es de 58% para el caso femenino. Estamos hablando de porcentajes de entre 28 y 42% de adolescentes altamente expuestos al riesgo de contraer infecciones que no conocen las formas de prevenirlas (Olaiz, 2000) (Ver anexo gráfica R).

Si se considera lo complejo que puede resultar la adolescencia y que la información sobre cuidado y fomento de la salud, en particular sobre salud sexual, es imprescindible en esta etapa de la vida, deberá ponerse especial énfasis en las acciones que se emprendan para informar y orientar a los jóvenes en este sentido.

Por otra parte, está demostrado que la interrelación entre las ITS convencionales y el VIH conduce a una mayor transmisión de ésta última, a una progresión acelerada de la infección por VIH y a un cambio en el desarrollo de éstas y de su respuesta al tratamiento cuando coinciden con la infección del VIH. Esta relación epidemiológica puede, en gran parte, explicar las diferencias en la transmisión del VIH de una región geográfica a otra. Pero para ello se requiere de un buen registro epidemiológico que dista mucho de existir en nuestro país por muy diversas razones, entre ellas por la omisión de que es objeto este tipo de afecciones por parte de la población.

Gráfica 30

Incidencia de enfermedades transmitidas sexualmente, 1988-1999

Fuente: SSA, Dirección General de Epidemiología.

VIH-SIDA

El VIH-SIDA es un gran problema de salud mundial por su rápido crecimiento, su alta letalidad y sus múltiples consecuencias psicosociales, éticas, económicas y políticas. En México se ha definido como un problema de seguridad nacional.

En México, el número de casos notificados de SIDA ha ascendido a 51 196 para noviembre del 2001. Se sabe, sin embargo, que existe un subregistro y notificación tardía de estos casos, por lo que se asume que el número real sea mayor, posiblemente ascienda a 64 000 casos. De los casos acumulados hasta el 2001, solamente 38.9% estaban vivos en el 2002. La misma fuente estima que existen alrededor de 150 mil personas infectadas, es decir, una de cada 333 personas adultas y que diariamente se infectan 11 personas en el país (SSA, 2002).

Cerca de 90% de los casos acumulados de SIDA han sido por transmisión sexual; las personas de 25 a 34 años de edad representan 41.6% de los casos registrado en adultos y la relación hombres y mujeres es 6 a 1. Durante el periodo 1988-1999, las defunciones por SIDA ascendieron a 35 312, de las cuales 86.2% son de varones.

México ocupa, en cuanto a prevalencia de SIDA en adultos, el lugar 23 en América y el Caribe, así como el sitio 94 en todo el mundo.

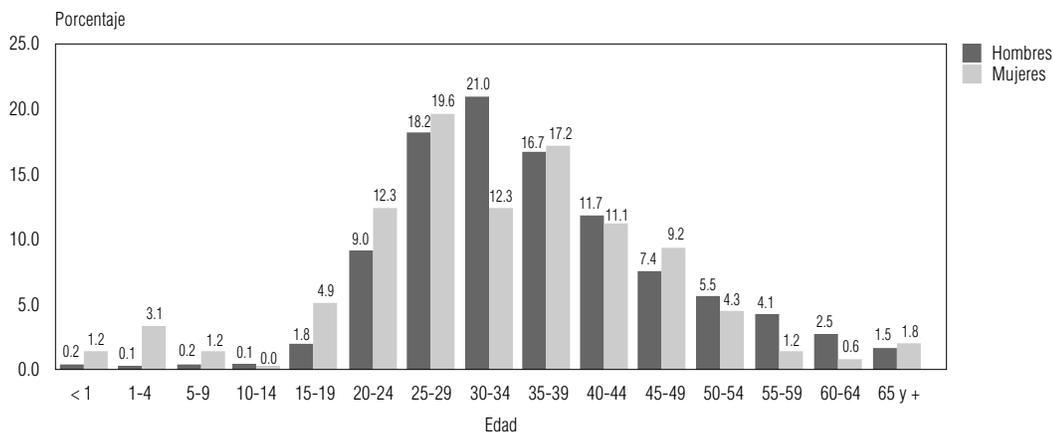
Como resultado de las acciones en materia de atención médica, la tasa de mortalidad en hombres de 25 a 34 años ha disminuido de 20.5 defunciones por cada 100 000 habitantes en 1996 a 16.7 en 1999. Sin embargo el SIDA sigue constituyendo la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres en población de 25 a 34 años de edad.

En el nivel nacional, el SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte, con una tasa de 4.3 por cada 100 000 habitantes.

El primer caso de SIDA en México se diagnosticó en 1983. A partir de ahí se observa un crecimiento de los casos diagnosticados primero lento y después muy acelerado especialmente de 1985 al inicio de los noventa. Es hasta 1994 donde se nota una tendencia a la estabilización con alrededor de 4 100 casos nuevos al año y con una disminución importante en la presencia de nuevos casos en los años 1999 y 2000 (3 255 casos diagnosticados en 1999 y 1 114 casos en 2000) (INEGI, 2002).

Por otro lado, la población en edades productivas es la que se ve más afectada por dicha enfermedad. Lo anterior tiene repercusiones económicas importantes que se reflejan en el bienestar de miles de familias. Se observa que en algunos grupos de edad la presencia de casos nuevos es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esto es más notable en los menores de 9 años, entre los de 15-19, 20-24, 25-29 (Gráfica 31).

Casos nuevos de SIDA por grupos de edad según sexo, 2000



Nota: Se excluyen 2 casos donde se desconoce la edad.

Fuente: SSA-CONASIDA, registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre de 2000. Procesó el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (mimeo).

La principal vía de transmisión es la sexual que representa 85.6% de los casos acumulados; la transmisión por vía sanguínea representa 10.7% y es básicamente por transfusión sanguínea; la transmisión perinatal representa 2.0% y 0.6% corresponde a la transmisión por causas combinadas homosexual (hombre con hombre) y usuarios de drogas inyectables (SSA 2002)

De 1988 al 2000 la proporción de casos nuevos de VIH SIDA debidos a transfusión sanguínea y hemoderivados muestra una tendencia descendente. En el 2000 sólo 0.1% de los casos nuevos de SIDA se debieron a la citada forma de transmisión. Esto gracias a las medidas de prevención y control adoptada en nuestro país en 1986 como la prohibición de la donación remunerada y el carácter obligatorio a partir de 1987, de la examinación de la sangre y hemoderivados contra el VIH en los más de 4 000 servicios de transfusión (Fuente, 2001).

La forma de transmisión sexual se ha modificado con el paso de los años. Los primeros casos se diagnosticaron en hombres con prácticas homosexuales, sin embargo esa tendencia ha ido disminuyendo mientras la forma de transmisión por vía heterosexual ha ido en aumento y, en ésta las mujeres han sido las más afectadas. Lo anterior lo confirman los datos de razón hombre-mujer que se redujo de 11 a 1 al inicio de la década de los noventa a 6 a 1 en el año 2000 (SSA, 2002)

Los datos sobre casos nuevos registrados en el 2001 muestran una mayor presencia de casos nuevos entre las mujeres menores de 15 años y entre las de 45 años y más. En el grupo de 15 a 44 años parece que los casos nuevos son mayores entre los varones, sin embargo sería importante contar con la información más desglosada, porque la tendencia de años anteriores indica que también en grupos incluidos dentro del considerado, las mujeres mostraron un mayor número de casos nuevos en relación con los hombres (Ver anexo gráfica S).

El creciente aumento del SIDA en mujeres mantiene una relación con el rol sexual asignado a la mujer, con la falta de comunicación con su pareja, con la represión para hablar de la sexualidad, así como con la falta de educación sexual y con la doble moral sexual; de ahí la dificultad que entraña en la población en general, pero sobre todo en la femenina, su prevención (DGSR, 1996).

VIII. Adicciones

El consumo de drogas en nuestro país representa en la actualidad un importante problema social y de salud pública y como tal requiere de programas específicos de salud, educativos y culturales. Se define a las drogas como cualesquier sustancia psicoactiva que en el interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. En esta definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se incluye al alcohol, al tabaco y a los solventes, entre otras, así como a todas las sustancias medicinales con efectos psicoactivos.

Las drogas se clasifican como legales e ilegales. En México se consideran ilegales las sustancias como la marihuana, la cocaína, la heroína, el opio, los inhalables y los alucinógenos. Las drogas legales son las de uso público como el alcohol y el tabaco y las drogas médicas como opioides, depresores del sistema nervioso central y otros depresores y estimulantes.

La Secretaría de Salud, como hemos visto, ha realizado tres encuestas nacionales de adicciones (ENA 1988, 1993 y 1998) para evaluar el uso del tabaco, del alcohol y otras drogas en población urbana.

Los resultados de la ENA 1988 marcaron el inicio de la obtención de información representativa para el estudio de esta temática, así como el reconocimiento de la necesidad de contar con un sistema de monitoreo en forma periódica y oportuna sobre el abuso de sustancias adictivas. En 1990, la SSA a través de la Dirección General de Epidemiología, instaló el primer Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), que opera actualmente en 22 ciudades de la República y donde se estudia el problema de las adicciones de manera integral. Se consideran indicadores de tratamiento, urgencias, mortalidad, delitos contra la salud y el conocimiento, actitudes y prácticas de los usuarios, que son proporcionados localmente por los centros de tratamiento y/o rehabilitación privados y gubernamentales, por los servicios de urgencias de hospitales de la SSA y de otras instituciones, por el servicio Médico Forense y por el Consejo Tutelar para Menores.

Los estudios realizados han mostrado que el problema de las adicciones en nuestro país es grave especialmente entre la población masculina, y que ha ido en aumento entre la población femenina y entre los adolescentes.

En esta sección se muestran algunas diferencias sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas legales e ilegales, entre hombres y mujeres.

■ Consumo de Tabaco

El humo del tabaco contiene una compleja composición de productos químicos que ejerce un efecto nocivo sobre las células y los tejidos del individuo. Entre las patologías con las que el tabaco se ha visto asociado destacan las enfermedades pulmonares (enfisema, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), procesos neoplásicos con distintas localizaciones anatómicas (en boca, laringe, faringe, pulmones, estómago, vejiga, próstata y el cuello del útero), patologías digestivas (gastritis y úlcera), enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, así como alteraciones gestacionales y congénitas (Tapia, *et. al.*, 1994b). Tales padecimientos en algunos casos suelen prevalecer más en mujeres, como es el caso de la morbimortalidad cerebrovascular.

Si bien es cierto que tanto hombres como mujeres están expuestos a los riesgos de enfermar y morir por las mismas causas, la mujer está sujeta a la posibilidad de sufrir afecciones adicionales ligadas a diferencias hormonales y a su función reproductiva. Es particularmente importante considerar esto, porque el tabaquismo se ha asociado con la infertilidad y la menopausia temprana. Además, el fumar durante el embarazo puede causar complicaciones y bajo peso del producto al nacer (Robles, 1993).

Las enfermedades asociadas al tabaquismo no sólo son causa de una alta mortalidad sino también de una morbilidad prolongada, lo cual implica mayor discapacidad y un alto costo de atención médica. Esto se agrava en el caso de la mujer por la situación de desventaja en materia de empleo y acceso a la atención médica ligada a prestaciones laborales en que se encuentra.

La Encuesta Nacional de Adicciones muestra un mayor porcentaje de población fumadora en 1998 que en 1993. Este porcentaje es notablemente mayor en el caso de los varones que en el de las mujeres, lo cual corresponde con el mayor porcentaje de mujeres no fumadoras en los años considerados. Aunado al incremento de población de fumadores mostrado en los resultados de las encuestas citadas se observa un ligero incremento de la población no fumadora en el periodo 1993-1998 (Cuadro 24).

Cuadro 24

Prevalencia de patrones de consumo en población de 12 a 65 años según sexo, 1993-1998

Patrón de consumo	1993			1998		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	100	100	100	100	100
Fumador	25,1	38,3	14,2	27,7	42,9	16,3
Ex-fumador	20,3	24,7	16,6	14,8	18,9	11,7
No fumador	54,6	37,0	69,2	57,4	38,2	72,0

Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Los datos del SISVEA muestran el perfil sociodemográfico de la población que acudió a Centros de Integración Juvenil en 1999: en su mayoría hombres (85.5%); se trata de población de entre 15 y 19 años (38.2%); con escolaridad de secundaria (61.1%); solteros (69.1%) y de nivel socioeconómico alto y medio alto (60%) (SSA/ SISVEA, 1999).

A las clínicas de tabaco asistieron más mujeres que hombres (57.4% versus 42.6%), lo que muestra una mayor disposición de las mujeres por dejar de fumar; en general acudieron personas mayores de 40 años (60.7%); casados (51.8%), de forma voluntaria (83.4%); con niveles de escolaridad elevados (81% tenía secundaria y más).

Un dato importante es que 31.1% de los fumadores que asistieron a clínicas de tabaco en 1999 empezaron a fumar entre los 10 y 14 años y 48.5% entre los 15 y 19 años, lo cual resulta preocupante por tratarse de niños y adolescentes que están poniendo en riesgo su salud. De las personas que acudieron a clínicas de tabaco, 95.2% fuman diario, 87.8% fuma cigarrillos sin filtro y 54.2% fuma 16 o más cigarrillos al día. Desafortunadamente no se cuenta con esta información desagregada por sexo, lo cual limita un análisis de las diferencias entre mujeres y hombres.

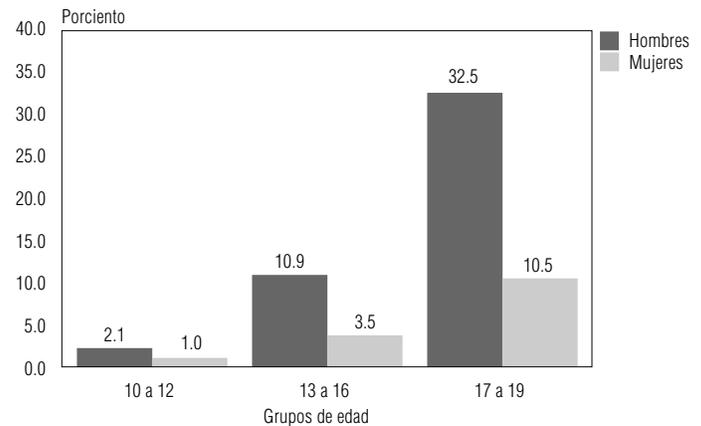
En el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) mostró que 32.5% de los varones jóvenes de 17 a 19 años fumaba; 10.9% de los de 13 a 16 años y 2.1% de los de 10 a 12 años de edad. En todos estos grupos de edad seleccionados¹⁹, las proporciones de mujeres fumadoras son considerablemente menores (Gráfica 32).

Alcohol

El alcohol es la droga que más se consume en todo el mundo y constituye el principal problema de adicción en nuestro país. Como sustancia depresora, retarda las acciones del Sistema Nervioso Central. El consumo de alcohol se ha relacionado con la cirrosis hepática, la gastritis y úlcera gástrica, problemas cardiovasculares y patologías del recién nacido, sin olvidar las lesiones y muertes por accidentes, homicidios y suicidios (SSA, 1992; citado en: Tapia, *et. al.* 1994b). Su consumo está sujeto no sólo a las normas y costumbres sociales determinantes de la demanda según edad, sexo, condición social y educación, sino también a su disponibilidad. Esto se relaciona con la producción, distribución y regulaciones particulares de cada país, además de la forma particular en que el organismo asimila y tolera el alcohol y las drogas de acuerdo con el sexo. Desde el punto de vista biológico, las mujeres por tener una mayor cantidad de grasa corporal y, por tanto, menor cantidad de agua, se intoxican con aproximadamente la mitad de la dosis de alcohol correspondiente a los hombres. Al mismo tiempo se observan marcadas diferencias por sexo en el desarrollo de la dependencia del alcohol, las cuales obedecen a una mayor posibilidad de adicción de la mujer en un período mucho menor que en el hombre y a la mayor vulnerabilidad tisular (cirrosis hepática y miocardiopatías) de la mujer (Madrigal, 1993).

Gráfica 32

Porcentaje de la población adolescente que fuma, por sexo y grupo de edad, 2000



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, 2000.

Existe un interés especial en la búsqueda de interacciones entre factores de género y problemas relacionados con el alcohol. Algunas de estas interacciones se refieren a diferencias entre los sexos en las siguientes áreas: estilos de ingesta; índole, magnitud, incidencia y distribución de los problemas de la bebida; efecto del alcohol sobre el organismo; relación del alcohol con las prácticas sexuales entre hombres y mujeres (creencias y conductas); efectos del alcohol sobre el feto en la mujer embarazada; relación entre la bebida y ciertos roles de género, y el alcohol como factor que influye en el descuido de las precauciones convencionales del embarazo o la transmisión de enfermedades venéreas, al disminuir la capacidad de juicio o la ansiedad respecto a estos problemas. Todas estas áreas plantean aspectos tanto biológicos como conductuales (Madrigal, 1993).

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 el problema del consumo de alcohol es considerablemente mayor entre los varones que entre las mujeres. Dicha encuesta reportó que de los consumidores de alcohol de 1 a 4 veces por semana, 85.9% son hombres y 14.1% mujeres y que el consumo es menor entre éstas en todos los grupos de edad, con una relación hombre/mujer de 6 a 1, la cual asciende hasta 14 a 1 en el grupo de edad de 40-49 años. Estos porcentajes, como se puede advertir, no sólo superan los de los consumidores de tabaco, sino que denotan una adicción más alta al alcohol y una mayor prevalencia de alcoholismo en los hombres. En cuanto a la edad de los bebedores se observó que es más frecuente entre los adultos jóvenes de ambos sexos: alrededor de 43% de los bebedores frecuentes tenían entre 18 y 29 años de edad (Cuadro 25).

■ Cuadro 25

Población urbana de 18 a 65 años que consume alcohol "1 a 4 veces por semana", por grupos de edad según sexo, 1998

Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Relación H/M
Total	100	100	100	100	85,9	14,1	6/1
18-29	43,1	42,5	47,2	100	84,6	15,4	5/1
30-39	27,9	27,0	33,5	100	83,1	16,9	5/1
40-49	15,4	16,7	7,2	100	93,4	6,6	14/1
50-65	13,5	13,8	12,2	100	87,3	12,7	7/1

Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Por otro lado, de la población entrevistada que declaró nunca haber bebido alcohol, 86.0% eran mujeres; en el grupo de los exbebedores 63.3% era del sexo femenino, pero entre los bebedores actuales, aunque los hombres son más que las mujeres, las diferencias fueron menos acentuadas. Lo anterior indica que las mujeres sufren en menor proporción el problema del consumo de alcohol y que cuando esto ocurre están más dispuestas a dejar de hacerlo.

En cuanto a grupos de edad, la misma fuente señala que 45.2% de las personas que nunca han bebido tienen entre 18 y 29 años de edad; que han bebido y dejaron de hacerlo son en su mayoría hombres mayores de 50 y entre 18 y 29 años y mujeres entre 18 y 39 años de edad. De acuerdo a estos datos pareciera que entre quienes han bebido y deciden dejar de hacerlo hay más mujeres jóvenes que hombres. En relación con los bebedores actuales no se observan diferencias notables en la distribución por edad entre mujeres y hombres (Cuadro 26).

A diferencia de otras sustancias adictivas, el tabaco y el alcohol son los que han denotado una cobertura mayor de población que las ha consumido en algún momento de su vida. En 1993, 37.3% en el caso del tabaco y 56.6% en el caso del alcohol, en contraste con la experiencia con drogas médicas y drogas ilegales, 1.5 y 4.6% respectivamente (Tapiá, *et. al.*, 1994b).

■ Cuadro 26

Población urbana de 18 a 65 años según consumo de alcohol por grupos de edad según sexo, 1998

Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Nunca ha bebido						
Total	100	100	100	100	14,0	86,0
18-29	45,2	59,6	42,9	100	18,5	81,5
30-39	25,5	15,9	27,1	100	8,8	91,2
40-49	15,0	15,4	14,9	100	14,5	85,5
50-65	14,3	9,0	15,1	100	8,9	91,1
Ex-bebedor						
Total	100	100	100	100	36,7	63,3
18-29	33,6	28,1	36,8	100	30,7	69,3
30-39	22,9	20,4	24,4	100	32,7	67,3
40-49	19,7	21,7	18,6	100	40,3	59,7
50-65	23,7	29,8	20,2	100	46,2	53,8
Bebedor actual						
Total	100	100	100	100	55,1	44,9
18-29	41,9	42,7	40,9	100	56,2	43,8
30-39	27,9	26,3	29,8	100	52,0	48,0
40-49	17,2	17,1	17,5	100	54,6	45,4
50-65	13,0	14,0	11,8	100	59,3	40,7

Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.

En relación a las drogas ilegales, las regiones Norte y Centro muestran una relación hombre mujer de 11 a 1 y 13 a 1 respectivamente, y en la región Sur la relación es 20 a 1. Tijuana es la ciudad que muestra la mayor prevalencia de consumidores ilegales tanto en hombres como en mujeres (SSA, 1999).

El SISVEA, por su parte, a través del Grupo de Alcohólicos Anónimos, brinda información mediante la cual es posible conocer las características sociodemográficas y el patrón de consumo de este grupo de individuos, pero tiene la limitante de no desagregarla por sexo. La población que asiste a estos centros es particularmente masculina (87.2%); presenta una estructura por edad en la que 43.7% tiene 40 ó más años y solamente 10.3% son adolescentes de entre 15 y 19 años (es decir que son las personas adultas quienes más acuden a los centros de apoyo); 42.5% no fue a la escuela o no terminó la primaria; poco más de la mitad (53.8%) están casados o unidos y 35.2% es soltero y en su mayoría acuden a los grupos inducidos por amigos o familiares.

El consumo de alcohol en este grupo de personas se inicia a edades muy tempranas (50% entre los 15 y 19 años y 32.8% entre los 10 y 14 años de edad). Las bebidas que consume la mayoría son destilados y cerveza, aunque una proporción no despreciable (22.2%) consume alcohol puro.

La frecuencia en el consumo de alcohol de estos individuos es diaria o de una a tres veces por semana: 42.4% de los que acuden a estos centros lo consumen con dicha frecuencia. La cantidad de consumo suele ser muy variada, pero una proporción importante (54.9%) bebe dieciseis o más copas.

La mayoría de quienes acuden a estos centros son adictos solamente al alcohol; una proporción significativa (74.2%) no lo combina con otra droga. El restante 25.8% lo combina con drogas como la cocaína, la marihuana, el tabaco, los inhalables, los tranquilizantes y otros psicotrópicos. Además alrededor de la mitad han tenido experiencia con otras drogas, entre las destacan la marihuana (20.5%) y la cocaína (20.2).

Es importante mencionar que de las muertes ocurridas bajo efectos de alguna sustancia adictiva, el alcohol abarcó 88.2% y de éstas, 93.9% las sufrieron los varones (SSA/ SISVEA, 1999).

■ Drogas médicas

Las drogas médicas también se conocen como drogas blandas y su uso específico es el de curar algún padecimiento; son de uso legal bajo prescripción médica, en la cantidad y el tiempo indicados. El empleo indebido de este tipo de drogas puede ir desde el uso no habitual o experimental hasta la dependencia física.

■ Cuadro 27

Población urbana de 12 a 65 años que ha usado drogas médicas en el último año según edad y sexo, 1998

Edad	Total	Hombres		Mujeres		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres
Total	100	51,5	48,5	100	100	100
12-17	100	70,9	29,1	18,2	25,0	10,9
18-34	100	42,6	57,4	49,3	40,8	58,4
35-65	100	54,2	45,8	32,5	34,2	30,7

Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Las condiciones sociales y psicológicas de la mujer son un factor importante en el desarrollo de actitudes y conductas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Existen, por otro lado, diferencias precisas respecto al uso de drogas lícitas e ilícitas; se observa una mayor frecuencia de uso de sustancias recetadas en la mujer, y de obtención en forma ilícita en el hombre. El uso y abuso de sustancias recetadas en el caso de la mujer ha sido asociado con estados de tensión y con clara afección mental. El hombre busca con más facilidad este alivio por medio del alcohol. Sin embargo el ingreso de la mujer en el mundo de la competencia, el estrés y los medios sociales que permiten el consumo del alcohol, han hecho que estas diferencias sean cada vez menores.

A diferencia de lo que sucede con el tabaco y el alcohol, en el consumo de drogas médicas no se observan diferencias notables entre hombres y mujeres. En los últimos cinco años se observa un incremento importante en el porcentaje de hombres usuarios de este tipo de drogas que pasó de 37.3 en 1993 a 51.5 en 1998. La edad donde se observa un mayor uso de drogas médicas es entre los 18 y 34 años en ambos sexos y es notable el predominio de varones entre los adolescentes de 12 a 17 años (Cuadro 27).

Dentro de las drogas médicas, los opiáceos y los tranquilizantes son las drogas de uso más generalizado por hombres y mujeres (Ver anexo cuadro A).

■ Drogas ilícitas

Se consideran drogas de uso ilegal al opio y sus derivados (heroína o hidromorfina) y a los inhalables, que están catalogados dentro de las sustancias con efectos depresores; también a las drogas estimulantes, que incluyen la cocaína y los alucinógenos, y de los cuales destacan la marihuana, el hachís, la mezcalina, el ácido lisérgico (LSD) y la fenilciclina (PCP) (Tapia, *et. al.*, 1994b).

La marihuana es la droga ilegal con la que mayor experiencia ha tenido la población. De los consumidores de drogas ilegales 63.5% la había consumido en los últimos treinta días anteriores a la encuesta de 1998. En segundo lugar se encontraba la cocaína; al menos una quinta parte de la población entrevistada consumidora de drogas ilegales la había consumido alguna vez. En el caso de las mujeres se observa un porcentaje menor de consumo de marihuana que el de los hombres y un mayor porcentaje de consumidores de inhalables, cocaína y alucinógenos (Ver anexo cuadro B).

■ Cuadro 28

Población urbana de 12 a 65 años que ha usado drogas alguna vez en la vida según edad y sexo, 1998

Edad	Total		Drogas médicas		Drogas ilegales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	12,5	2,1	2,2	1,3	11,1	0,9
12-17	4,9	1,6	1,7	1,1	3,6	0,6
18-34	17,2	2,3	2,3	1,3	15,6	1,2
35-65	12,0	2,1	2,5	1,5	10,6	0,6

Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

La estructura por edad de los consumidores de drogas ilícitas presenta una configuración joven, pues 60% de la población, tanto hombres como mujeres, se encontraba entre los 18 y 34 años de edad. Del total de la población que declaró haber usado drogas ilegales alguna vez en la vida, 90.6% eran del sexo masculino.

Del total de la población urbana de 12 a 65 años, 12.5% de los hombres y 2.1% de las mujeres habían usado drogas médicas o ilegales alguna vez en la vida. Este porcentaje está mayormente representado por las drogas ilegales y es en el grupo de edad 18-34 años donde se obtuvo el mayor número de respuestas afirmativas (Cuadro 28).

El SISVEA ha hecho posible que se conozca la prevalencia de homicidios, suicidios, muertes súbitas y accidentes asociados al consumo de sustancias adictivas. En 1999, 75.2% de las muertes producidas bajo el efecto de alguna droga fueron violentas (accidentes en primer lugar, homicidios en segundo y suicidios en tercero), y ocurridas en la mayor parte de las veces en el hogar o la vía pública (69.9%). Por otra parte, las muertes asociadas al consumo de sustancias tóxicas denotan una supremacía casi absoluta de hombres (93.2%), tanto en muertes de naturaleza violenta como no violenta. Por grupos de edad, se aprecia que 42.6% tienen 40 o más años de edad; 23.1% tiene entre 20 y 29 y 25.1% entre 30 y 39 años²⁰.

■ Cuadro 29

Distribución de muertes producidas bajo efecto de alguna sustancia por sexo, 1999

Categoría	Global	Accidentes	Homicidios	Suicidios	No violentas
	N=511	n=216	n=96	n=72	n=127
	%	%	%	%	%
Masculino	93,2	94,4	92,7	88,9	93,7
Femenino	5,8	4,2	6,3	9,7	6,3
Se ignora	1,0	1,4	1,0	1,4	0,0

Fuente: Servicio Médico Forense, 1999.

¹⁹ Los datos y la clasificación por grupos de edad se obtuvieron de la presentación Género, salud y utilización de servicios de salud del Dr. Olaiz basada en los datos de la ENSA 2000; no se cuenta con la base de datos.

²⁰ No se cuenta con información desagregada por sexo en las distribuciones de edad, causas de muerte y lugar de muerte.

IX. Violencia

Uno de los objetivos del Instituto Nacional de las Mujeres es “Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”. Para su cumplimiento destacan las siguientes líneas estratégicas específicas:

1. Impulsar la creación de un sistema nacional de prevención, tratamiento, información y evaluación con enfoque de género sobre la situación de la violencia en México, en coordinación con la Secretaría de Gobernación, la Procuraduría General de la República y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en concertación con las autoridades estatales competentes, con los poderes judicial, federal y locales, y con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales.
2. Promover el desarrollo de campañas de difusión sobre prevención de la violencia en contra de las mujeres, incluso bilingües para atender a los pueblos indígenas.
3. Promover nuevos enfoques en la investigación del fenómeno de la violencia en contra de las mujeres, de la masculinidad y la democratización de la familia.
4. Impulsar la creación, en todo el país, de albergues para la atención de víctimas de violencia en la familia.
5. Promover campañas de difusión que fortalezcan la cultura de la denuncia en contra de la violencia para contrarrestar la impunidad.
6. Continuar la capacitación y sensibilización de funcionarios y funcionarias encargados de la procuración y administración de justicia en el ámbito nacional, en materia de violencia hacia las mujeres y las formas de prevención, sanción y erradicación.
7. Impulsar campañas para fomentar la cultura del respeto a las diferencias, la paz y la no violencia.

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2000-2006.

En los últimos años se han agregado formalmente a la lista de problemas de salud de la población mexicana los padecimientos crónicos degenerativos, los accidentes y la violencia, fenómenos que hasta principios de la década de los noventa se consideraron como temas prioritarios de salud pública. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó a principios de esta década un documento en el que hace un llamado para reconocer «[...] el impacto negativo sobre la calidad y las condiciones de vida que tiene la violencia sobre amplios sectores de la población: su alto costo en vidas, con la de concentrarse en los grupos de jóvenes y adultos jóvenes; su consiguiente costo social y económico, y su efecto de sobrecarga en los servicios de salud con frecuencia deficitarios» (OPS, 1990, citado en: Saucedo, 1995).

El análisis del impacto de la violencia en la salud, aun cuando es de reciente data, ha tenido cierta evolución. Se comenzó por estudiar el elevado costo que implican las muertes y discapacidades debidas a accidentes y otras causas violentas. También se reconoció la necesidad de ir más allá de contabilizar los costos directos de los accidentes y la violencia en la evaluación del impacto económico, además de tomar en cuenta sus efectos sociales, considerados en la mayoría de los estudios sobre el tema.

En el caso de la violencia hacia las mujeres, la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud han definido a las múltiples manifestaciones de violencia hacia las mujeres como *violencia de género* e incluye “todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

En sociedades como la nuestra, el contexto social violento está unido a patrones culturales que han solapado diversas formas de violencia hacia la mujer en la vida cotidiana de todas las sociedades. Así, se encuentran casos de mujeres golpeadas, mutiladas, quemadas, explotadas sexualmente y violadas, entre otras manifestaciones de carácter opresivo o discriminatorio que tienen lugar en distintos ámbitos: el laboral, los medios de comunicación, el institucional, el sexual y el doméstico. Un ejemplo de la violencia laboral es el asedio sexual en el trabajo. En los medios de comunicación, la violencia que se ejerce contra las mujeres se manifiesta entre otras muchas formas en la pornografía, y en el leguaje utilizado para referirse a la mujer. En el ámbito institucional, hay un sinnúmero de manifestaciones, pero la que interesa en particular por el tema que se aborda, la salud, es la que comienza a llamarse “violencia en la atención de salud”, y que tiene que ver con la situación a que se ven expuestas las mujeres en la deficiente atención del parto, en la práctica de cesáreas innecesarias e inconsultas, en la esterilización inconsulta, en la planificación familiar obligada y también en el maltrato presente en la relación médico paciente. También está la violencia racial, que es la manifestación extrema de discriminación que sufren las mujeres de diferentes grupos étnicos; la violencia sexual que ya se mencionó arriba, y finalmente la violencia doméstica, que es la que afecta a una mayor cantidad de mujeres cotidianamente, sin distinción de edad, educación ni condición socioeconómica, y que transcurre en el hogar (Larrain y Rodríguez, 1993).

El problema de la violencia es muy complejo, entre otras razones debido a su multicausalidad. Esta complejidad abarca desde la interpretación misma del concepto de violencia, hasta su influencia en la salud y, particularmente, en la salud reproductiva de las mujeres, la que involucra no sólo la desigualdad social sino también las relaciones inequitativas entre los géneros, la distribución, características y acceso a los servicios de salud y planificación familiar, entre otros. Y, para ejemplificar el complejo entramado que significa el análisis de la vinculación entre la violencia y las relaciones de género y la salud reproductiva de las mujeres, baste mencionar algunos de sus aspectos más relevantes: la relación entre sexualidad, violencia y reproducción, los efectos directos e indirectos de la violencia doméstica en la salud materna, el abuso sexual, la violencia física y psicológica contra las mujeres embarazadas, entre otros.

Número de decesos por accidentes y lesiones, 1999

Edad	Accidentes de transporte			Otros accidentes incluso los efectos tardíos			Agresiones			Las demás		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	27,0	26,6	28,5	30,8	29,1	37,9	22,3	24,7	13,0	19,8	19,6	20,6
Menos de 1	4,8	4,6	5,2	81,1	82,5	79,4	5,3	5,2	5,5	8,7	7,8	9,9
1 - 4	24,5	24,9	23,7	53,1	53,6	52,3	6,7	6,8	6,5	15,8	14,7	17,5
5 - 14	35,4	35,2	35,9	40,0	40,8	38,4	10,8	10,9	10,8	13,7	13,1	15,0
15 - 64	28,2	27,0	35,1	24,8	24,9	24,5	27,2	28,6	18,6	19,8	19,5	21,8
65 y más	23,5	25,2	20,2	40,6	36,1	49,4	9,9	11,9	5,9	26,0	26,8	24,4

Fuente: SSA, Mortalidad 1999.

Por lo anterior se hace necesario profundizar en el conocimiento del problema y su dimensión en nuestro país. Sin embargo, la medición del fenómeno de la violencia resulta muy compleja, por lo que el INMUJERES en coordinación con el INEGI, UNIFEM y otras instituciones están llevando a cabo el proyecto Subsistema Nacional de Violencia, con el que se pretende generar información continua y con un enfoque de género sobre el tema que nos ocupa.

A continuación se presenta el análisis sólo de algunos datos sobre accidentes y sobre violencia doméstica, en particular contra la mujer, por la importancia que este tipo de lesiones ha adquirido a lo largo del proceso histórico económico y social que hoy caracteriza a la sociedad mexicana.

■ Accidentes y agresiones

El concepto de violencia entraña una lesión física o un daño psicológico y lleva implícita una intencionalidad. El accidente, en cambio, es considerado un suceso con una o más lesiones sin intencionalidad. La violencia, en consecuencia, es interpretada como un hecho esencialmente social, es decir, tiene su origen en el contexto histórico y cultural en el que se desarrolla y obedece a una dinámica en la que la conducta del individuo aislado desempeña un papel secundario (Gómez, *et. al.*, 1994). Otro punto de vista señala que la violencia o fenómeno violento tiene una doble naturaleza, una mental, de quien la ejecuta—sea un individuo, un grupo o un gobierno—, y otra histórico social.

En general, se acepta que las lesiones, cualesquiera que éstas sean—con intencionalidad o sin ella—, constituyen una causa creciente de mortalidad, morbilidad, incapacidad temporal, discapacidad permanente y desequilibrio emocional en la población (Gómez, *et. al.*, 1994). Para ejemplificar su magnitud baste mencionar que los accidentes y las agresiones ocuparon la cuarta y novena causas de muerte respectivamente con tasas de 36.4 y 12.5 muertes por 100 000 habitantes en 1999. Los accidentes concentran el mayor número de años potenciales de vida perdidos después de las afecciones originadas en el periodo perinatal, debido a que una proporción importante de las muertes por accidentes la sufren jóvenes y adultos jóvenes (Ver anexo cuadro C). Desafortunadamente los años potenciales de vida perdidos no se presentan desagregados por sexo.

Los accidentes y agresiones ocasionan la muerte a edades muy tempranas. La edad promedio a la que una persona muere por enfermedades del corazón es de 72.7 años; por tumores malignos de 62.2; por diabetes mellitus de 66.7, e incluso por neumonía e influenza de 53.2; sin embargo, la edad promedio de muerte por accidentes es de 37.5 y por agresiones es de 34.7 lo que significa entre 36.6 y 38.7 años potenciales de vida perdidos en promedio (SSA, 1999).

Como se vio en secciones anteriores los accidentes y lesiones se presentan especialmente entre los hombres (80.9% del total de decesos por estos motivos son de varones contra 19% de mujeres), lo cual indica que es mayor el número de años potenciales de vida perdidos entre los hombres.

Los casos de muerte más frecuentes en este rubro son los accidentes de transporte, con porcentajes muy similares entre hombres y mujeres, otros accidentes, incluso los efectos tardíos con un mayor porcentaje en el caso femenino y las agresiones para ambos sexos, menos frecuentes entre las mujeres.

Entre los niños menores de un año la categoría de otros accidentes incluso los efectos tardíos representaron el 81.1% del total de decesos por accidentes y lesiones; los accidentes de transporte y las agresiones representaron alrededor del 5% cada una (Cuadro 30).

Los datos de la ENSA-2000 muestran una mayor prevalencia de accidentes entre los varones. Sin embargo es notable que la situación se invierte después de los 69 años. Una explicación podría ser la mayor sobrevivencia de las mujeres (Gráfica 33).

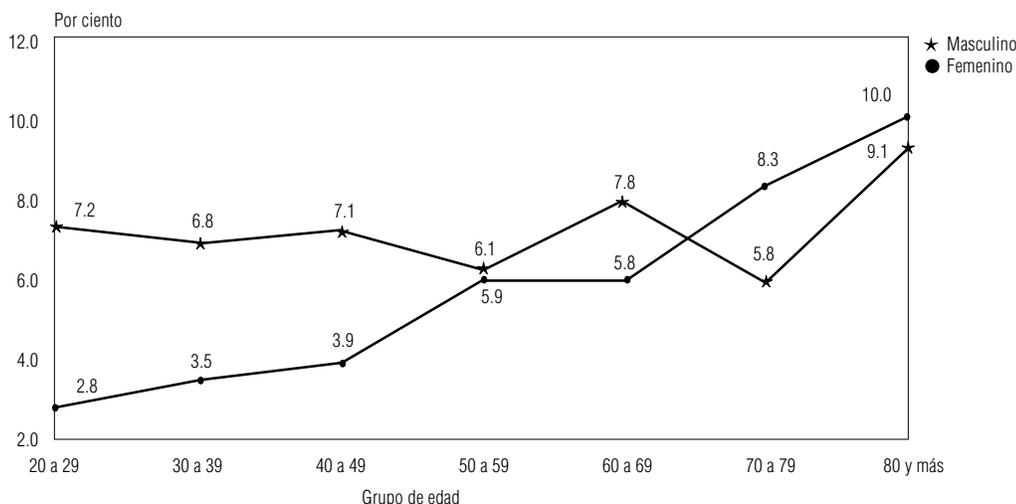
El escenario epidemiológico del suicidio muestra que hay un mayor número de intentos de suicidio por parte de las mujeres, pero que aunque el intento de suicidio es menor entre los varones, los suicidios consumados son esencialmente masculinos.

En 1990, de 144 intentos de suicidio, 57.6% los realizaron mujeres; de 1 405 suicidios consumados, 84.1% correspondió a hombres. En 1997, este panorama se mantiene, sólo que en volúmenes mayores, pues de 340 intentos de suicidios, 57.9% (197) fueron de mujeres, y de 2 456 suicidios realizados, 83.6% (2 054) correspondió a varones.

Los datos para 1999 señalan que de los intentos de suicidio 56.2% correspondió a las mujeres; mientras que de los suicidios consumados, 84.2% fueron de varones (Cuadro 31).

Gráfica 33

Prevalencia de accidentes según grupo de edad y sexo, 2000



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, 2000.

■ Cuadro 31

Intentos de suicidio y suicidios, 2000

Sexo	Intentos de suicidio		Suicidios	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total	429	100	2 736	100
Hombres	188	43,8	2 304	84,2
Mujeres	241	56,2	432	15,8

Fuente: INEGI, Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios, Cuaderno núm. 7, 2000.

■ La violencia contra las mujeres

La expresión «violencia contra la mujer» se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (Plataforma de la IV Conferencia sobre la mujer, Beijing 1995).

La violencia contra las mujeres adopta diferentes formas (verbal, física, psicológica, sexual, entre otras) y ámbitos (público y privado o doméstico). De una de ellas, las agresiones sexuales sobre todo a menores no se tienen cifras exactas: ocurren en el seno del hogar, por lo que en muchas ocasiones el maltrato es minimizado, negado, ocultado o simplemente no escuchado (González, 1997).

La violencia doméstica contra la mujer se inserta dentro de una determinada forma de relaciones de poder en la que la violencia se utiliza como un método de control social, que no necesariamente se basa en la amenaza o la agresión física; se sostiene, sobre todo, en la aceptación de la discriminación como principio ordenador de las relaciones sociales (Larrain y Rodríguez, 1993).

Las consecuencias de esta violencia se traducen en el deterioro de la autoestima de la mujer, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de sustancias tóxicas, poca o nula capacitación para acceder con éxito a un trabajo, problemas de salud de los hijos, deserción escolar, drogadicción, partos prematuros, etc. En suma, en un grave y profundo deterioro de la familia y de todos sus miembros (Larrain y Rodríguez, 1993).

Resulta muy difícil medir la magnitud de la violencia debido principalmente a la ausencia de datos para medir la extensión y la profundidad del problema. Esto es por el carácter «privado» que ha adquirido la violencia doméstica y contra las mujeres y porque no existe una cultura de la denuncia, situación generada principalmente por la ineficiencia, desinterés y corrupción en las instancias legales y judiciales para resolver las demandas sobre violencia intrafamiliar o doméstica.

Para tener una idea de la magnitud de esta problemática, a continuación se ofrecen algunos datos de fuentes muy diversas que de manera directa o indirecta han registrado casos de maltrato.

El Sistema de Localización Telefónica «Línea Mujer», reportó de junio a diciembre de 1998 un total de 13 093 consultas vía telefónica, de las cuales un total de 1 467 (11.2%) fueron consultas de apoyo psicológico por maltrato familiar; 648 (4.9%) solicitaron apoyo legal por maltrato intrafamiliar y 262 (2.0%) fueron denuncias de maltrato. También se registraron un total de 547 consultas de apoyo psicológico y legal por violencia sexual.

«De 68 casos atendidos en el trabajo clínico del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS), 55% corresponde a sobrevivientes de agresión sexual en la infancia y 18% a menores víctimas de maltrato sexual». El resto corresponde a violación sexual en adultos. Estas cifras revelan que las víctimas suelen ser más mujeres que hombres (de 37 sobrevivientes de agresión sexual, 86% son del sexo femenino y 14% del masculino), mientras que los agresores son particularmente hombres (85%) (González, 1997).

Respecto a la relación víctima-victimario, se encontró que en 8% de los casos el agresor era conocido casual o de vista, y en ninguna ocasión fue un desconocido. En las agresiones sufridas por alguien con el que la víctima mantenía alguna relación, se encontró que en poco más de 50% de los casos las agresiones fueron realizadas por un familiar (hermanos, tíos, padre biológico, primos, abuelos y el padrastro), o también por profesores, amigos de la familia y compañeros mayores de juego o por vecinos (González, 1997).

La edad promedio de los infantes sobrevivientes estudiados en el momento de ser agredidos, se ubica en los seis años. La agresión suele cometerse en el domicilio de la víctima, principalmente, aunque también en el del agresor, pero en menor medida, o bien en ambos (González, 1997).

Es incierta la duración del abuso, aunque para cerca de la mitad del total consultado la agresión sexual sucedió en más de nueve ocasiones (González, 1997).

Otros estudios, como la Encuesta de Opinión Pública sobre la Incidencia de Violencia en la Familia, realizada en el año de 1995 por COVAC, PGJ y UNFPA en algunas de las principales ciudades de nuestro país, señala que 61.2% de la población entrevistada apuntó a los niños y 21% a las madres, como las personas que con mayor frecuencia son objeto de maltrato. También indagó sobre la opinión que la población tiene acerca de los daños infligidos, señalando como más frecuentes los siguientes: heridas (26% de los entrevistados lo declaró), cicatrices (15%), lesiones físicas permanentes (13%), abortos (10%), fracturas (9%), contusiones (9%), lesiones cerebrales (5%), discapacidades (3%), pérdidas de miembros (3%), disminución física (3%), otras (4%), sin contar las agresiones de tipo emocional de que son también objeto, muy particularmente, los niños (DGSR, 1996).

Otro ángulo que corrobora mucho de lo dicho en párrafos anteriores, proviene de las estadísticas de registros administrativos elaborados por el CAVI de la Dirección General de Atención a Víctimas de Delito de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad del Distrito Federal. La información de que se dispone cubre el periodo de enero a octubre de 1997 y permite formarse un panorama de las personas que son objeto de maltrato, así como de la posible magnitud de su incidencia. Sin embargo, adolece de especificidad o detalle; esta información no se sabe si se refiere a casos nuevos o subsecuentes, además de que no se aprovechan los datos para establecer cruces entre variables, considerando al sexo como variable fundamental. No obstante las limitaciones de esta información, a continuación se describen algunas cifras que este centro proporciona sobre violencia intrafamiliar.

En el periodo señalado, este centro registró un total de 7 713 casos con maltrato, lo que arroja un promedio diario y mensual de 25.4 y de 771.3 casos, respectivamente. De este total, 85.7% eran mujeres y 14.3% hombres. El 71.3% de los casos eran personas de entre 18 y 39 años de edad. De éstas, arriba de tres quintas partes eran individuos de entre 18 y 34 años de edad. Poco más de la mitad (57.1%) tenían cubierta la primaria o la secundaria; otro tanto, no menos importante (29.0%), había realizado estudios de bachillerato o técnicos. En cuanto a su ocupación sobresale que 41% fueran amas de casa, así como también que una alta proporción de personas estuviesen casadas o unidas o separadas (77.6%). La mayoría (78.3%) no recibió amenazas y provenía de un estrato socioeconómico bajo o medio bajo (75.9%). En cuanto al parentesco con el agresor sobresale la cónyuge (60.5%), seguida, aunque en una proporción mucho menor, por la ex-cónyuge (6.7%), hijo(a) y hermano(a).

La mayoría de estos casos fueron referidos al respectivo Centro por la Delegación (38.6%), una amistad o pariente (22.5%) o la Procuraduría (12.3%)

Dicho Centro también lleva un registro de estadísticas sobre casos y personas víctimas de violencia por primera vez, y subsecuentes, así como de casos que recibieron tratamiento psicológico, atención jurídica, servicio médico y seguimiento, además de los casos resueltos. Sobre los casos y personas de primera vez o subsecuentes, dos cosas merecen señalarse. La primera, que en los casos de violencia familiar resulta afectada más de una persona por caso (1.2). La segunda, que el peso de los casos subsecuentes es mayor a los que día con día se registran por primera vez.

El maltrato infantil es un grave problema presente en nuestra sociedad y que por generaciones se ha visto como una conducta natural más que como un problema social. Sin embargo el incremento en el número de casos de maltrato ha ido acompañado con un incremento en el número de denuncias, lo que parece mostrar una mayor toma de conciencia al respecto (Ver anexo cuadro D).

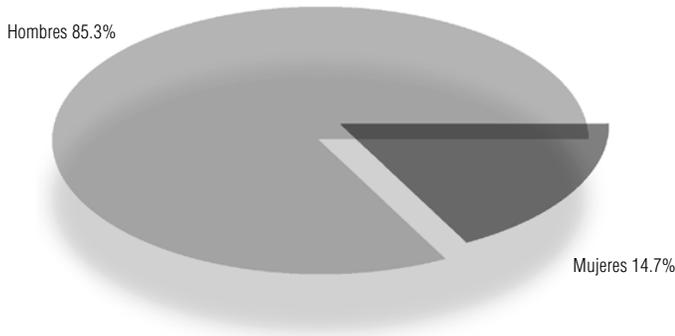
Las principales causas de maltrato infantil son: el maltrato físico (31.2%), la omisión de cuidados (27.7%) y el maltrato emocional (24.3%); también aparecen la negligencia, el abandono, el abuso sexual, la explotación laboral y la explotación sexual comercial como causas de maltrato registradas por el DIF (Ver anexo gráfica T).

A pesar de que no se cuenta con información ni con investigaciones que documenten con mayor especificidad la conexión entre la violencia doméstica y la salud, ésta es por demás evidente; de hecho la violencia es en sí misma un problema de salud. Sin embargo, para comprender la magnitud real del problema hace falta incursionar en su medición y en el estudio de sus consecuencias.

En 1999 el INEGI realizó en el área metropolitana de la ciudad de México la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar. Los datos señalan que en 30.4% de los hogares considerados en la encuesta se presenciaron actos violentos. En relación al sexo del jefe del hogar, es mayor el porcentaje de hogares violentos cuyo jefe es hombre. Los tipos de violencia van desde la emocional y la intimidación, hasta la violencia física y sexual (Gráfica 34).

Gráfica 34

Distribución de los hogares con violencia según sexo del jefe, 1999

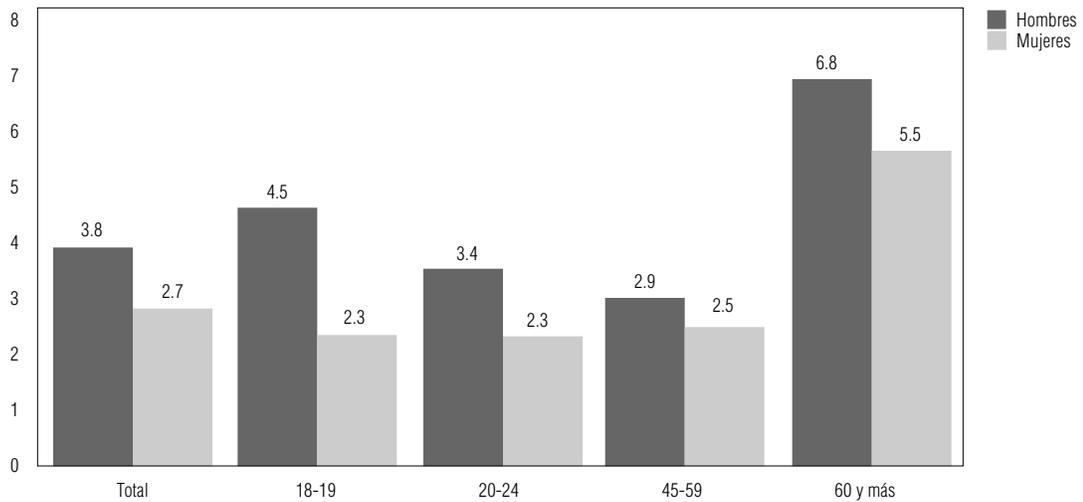


Fuente: INEGI, Violencia Inframiliar. Encuesta 1999.

En esta encuesta se hicieron algunas preguntas sobre percepciones de la violencia. Una de ellas fue si la población entrevistada estaba de acuerdo con la afirmación “los gritos y los insultos son necesarios para resolver los problemas de la familia”, la cual fue respondida afirmativamente por 3.8% de los hombres y por 2.7% de las mujeres entrevistadas. El 3.2% de la población de 18 años y más estuvo a favor de que haya gritos e insultos dentro de los hogares. Los hombres y las mujeres de edades avanzadas son quienes aceptaron este tipo de situaciones en mayor medida, debido seguramente a que han formado parte de su educación y la han transmitido a otras generaciones. Resulta preocupante el dato de que 4.5% de los varones de entre 18 y 19 años estén de acuerdo con la afirmación, pues seguramente esto tiene que ver con la violencia que forma parte de su vida cotidiana. Si estamos de acuerdo en que la educación y la transmisión de valores dentro de la familia son fundamentales para erradicar estas manifestaciones de violencia, se deben llevar a cabo acciones encaminadas a este fin (Gráfica 35).

Gráfica 35

Población de 18 años y más que aceptó la afirmación “los gritos y los insultos son necesarios para resolver los problemas de la familia”, por sexo y grupo de edad, 1999



Fuente: INEGI, Violencia Inframiliar. Encuesta 1999.

X. Prestaciones Sociales

■ **La reforma de los sistemas de seguridad social, particularmente en lo que hace a los mecanismos de pensiones, no ha considerado las características del ciclo de vida laboral de las mujeres, sus formas de retribución económica y su esperanza de vida, para la confección del nuevo sistema de pensiones de capitalización individual. Se soslaya con frecuencia que las mujeres por su constante ingreso y salida del mercado laboral, tienen generalmente menos años de cotización, salarios más bajos y aportaciones menores a su fondo que los hombres y, en cambio, más años de esperanza de vida que pensionar.**

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2000-2006.

El acceso a los servicios de salud es un derecho inalienable de todos los mexicanos. En nuestro país es además un mandato constitucional vigente desde el 3 de febrero de 1983.

De acuerdo con lo anterior el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plantea los siguientes objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Para el logro de estos objetivos habrá que tomar en cuenta las asimetrías que existen entre hombres y mujeres en los terrenos social, económico, político, cultural y de la salud, ámbito en donde como se ha señalado, el género se manifiesta de manera diferencial en la posibilidad de enfermar y morir de los individuos, y en el acceso a los servicios y prestaciones de salud y seguridad social. En este sentido, la perspectiva de género busca develar las desigualdades entre los sexos, las cuales en la realidad se manifiestan en que un mayor número de mujeres que de hombres vive sin disfrutar de los beneficios del desarrollo, o en una falta de equidad e igualdad en las oportunidades entre hombres y mujeres.

La atención a la salud es un imperativo para el crecimiento integral de la sociedad. De ahí que el diseño y la reformulación de los sistemas de atención a la salud tengan como propósito último alcanzar el acceso universal y equitativo a los servicios e incrementar de manera continua la calidad de la atención y el uso eficiente de los recursos existentes (Olaiz, *et. al.*, 1994b)

■ Población derechohabiente o legal

La población derechohabiente es la que se encuentra afiliada a las instituciones de seguridad social y, por tanto, tiene garantizado el acceso a un conjunto determinado de prestaciones, entre los que se encuentran los servicios médicos.

Las diversas instituciones de seguridad social registran a sus derechohabientes por el simple hecho de ser cotizantes, e independientemente de que éstos puedan, al igual que sus familiares, estar incluidos también en otra institución de seguridad social. Por esta razón el volumen del registro de población que goza de seguridad social en México muestra serias duplicidades entre las diversas instituciones. La población abierta o sin derecho a la seguridad social, debería ser la diferencia algebraica entre la población total y la derechohabiente. Al elevarse artificialmente la población derechohabiente, disminuye en forma ficticia, la población abierta.

Una fuente alternativa para estimar la población derechohabiente es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1997). Según esta encuesta en 1997, 39.4% de la población masculina y 40.5% de la femenina era derechohabiente. En zonas de reducido número de habitantes la situación de derechohabiencia para hombres y mujeres era verdaderamente crítica; 85.0% de los hombres y 84.9% de las mujeres carecían de esta prestación. Esta condición es mucho más dramática en la población de menos de 20 años. La población no derechohabiente cuenta con un nivel de educación más bajo que la población que sí lo es (6.2 años de escolaridad promedio contra 8.9 años de los derechohabientes), situación que se agudiza en el caso de las mujeres, para las que el grado promedio de escolaridad fue de 5.9 años.

En cuanto a la condición de actividad se aprecian disparidades muy significativas; la derechohabiencia en la población económicamente activa es mucho más alta en varones que en mujeres. Por el contrario entre la población económicamente inactiva los varones se ven menos protegidos que las mujeres, quienes se ven cubiertas de manera indirecta por las prestaciones de los hombres económicamente activos (Cuadro 32).

Condición de derechohabencia por diversas características de la población, 1997

<i>Características</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Total</i>	<i>Con derechohabencia</i>	<i>Sin derechohabencia</i>	<i>Total</i>	<i>Con derechohabencia</i>	<i>Sin derechohabencia</i>
Total	100	39,4	60,5	100	40,5	59,3
Tamaño de la localidad						
Menos de 2 500 habitantes	100	14,8	85,0	100	14,9	85,0
2 500 y más habitantes	100	48,2	51,6	100	49,3	50,5
Grado promedio de escolaridad	7,7	9,3	6,6	7,1	8,5	5,9
Condición de actividad	100	100	100	100	100	100
PEA	77,9	74,4	80,3	38,9	41,5	36,9
PEI	22,1	25,6	19,7	61,2	58,5	63,1
Estado civil	100	100	100	100	100	100
Solteros	41,7	36,0	45,6	35,6	30,8	39,2
Casados y unidos	54,3	60,2	50,3	52,2	56,4	49,2
Separados, divorciados y viudos	4,0	3,8	4,1	12,1	12,7	11,6
Situación en el trabajo	100	100	100	100	100	100
Asalariada ¹	64,2	83,2	51,8	60,0	76,6	46,3
No asalariada ²	35,5	16,6	47,8	39,5	23,2	53,0

NOTA. No se incluye el no especificado en ninguna característica.

1 Incluye empleados u obreros, jornaleros o peones y trabajadores a destajo.

2 Incluye patrones o empresarios, trabajadores por su cuenta y trabajadores familiares sin pago.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

La derechohabencia tanto en hombres como en mujeres mantiene relación con la condición de asalariado; con relación al estado civil, la disfrutaban más las mujeres casadas y unidas.

El Censo General de Población y Vivienda del 2000 muestra porcentajes de población derechohabiente similares a los que presenta la ENADID 1997. Según el censo, 40.1% de la población mexicana en el año 2000 tenía derecho a servicios de salud. La diferencia entre hombres y mujeres es mínima: 39.6% de los hombres y 40.7% de las mujeres eran derechohabientes. Estos datos muestran una ligera disminución entre las diferencias señaladas en 1997 donde un mayor porcentaje de hombres que de mujeres aparecían como no derechohabientes a servicios de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son las principales instituciones de seguridad social del país. El IMSS atiende a 79.7% de las mujeres derechohabientes y a 81.5% de los hombres, el ISSSTE atiende solamente a 13.6% de los varones y a 15.7% de las mujeres (INEGI/Inmujeres, 2002). La misma fuente muestra las grandes diferencias marcadas por el tamaño de localidad de residencia. Mientras en la localidades de menos de 2 500 habitantes 16.6% de las mujeres y 16.7% de los hombres pertenece a la población derechohabiente, en las localidades mayores de 100 000 habitantes estos porcentajes son de 55.7 y 54.1% respectivamente.

■ Población usuaria de servicios de salud

La cuantificación de la cobertura de los servicios de salud en México enfrenta serias dificultades por el tipo de información disponible. De acuerdo con las estadísticas oficiales, difícilmente puede precisarse la población total que cubren las instituciones cuyos servicios de salud están dirigidos a la población abierta y la de las instituciones de seguridad social. En consecuencia, la estimación de la población usuaria y su vinculación con la población total enfrenta problemas porque se establece en función de una población potencial, concepto que se refiere a aquella población factible de ser atendida con los recursos institucionales disponibles.

Con respecto a la cobertura de la población usuaria, las instituciones del Sistema Nacional de Salud muestran una cobertura de 75.5% de población en el año de 1999, advirtiéndose diferencias importantes por institución. De las instituciones de salud dirigidas a población abierta, el IMSS-SOLIDARIDAD cubre la totalidad de su población potencial. De las instituciones de seguridad social, destacan por cobertura total (100%) PEMEX y SDN, y representan una cobertura de 98.8% los servicios de seguridad social estatales. El ISSSTE tiene una cobertura de 71.5% (Ver anexo cuadro E).

Desafortunadamente, esta información no se presenta por sexo, lo cual impide establecer una estimación de la cobertura de población usuaria femenina y masculina y de quienes prestan los servicios de salud como médicos, enfermeras y trabajadores de salud.

■ Cuadro 33

Distribución de la población ocupada por tipo de prestaciones sociales, 2000

Tipo de prestaciones sociales	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	100	100
Sin prestaciones	61,6	63,6	57,6
Sólo Seguridad Social	1,4	1,5	1,1
Seguridad Social y otras prestaciones	33,1	31,7	35,9
Sólo prestaciones distintas de Seguridad Social	3,9	3,2	5,4

Fuente: INEGI-STPS, Encuesta Nacional de Empleo, 2000.

■ Población ocupada con prestaciones sociales

La atención a la salud de la población trabajadora y el otorgamiento de las prestaciones que disponen las leyes reglamentarias han sido elementos básicos de la misión del gobierno federal y de los institutos encargados de garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica y la protección de los medios de subsistencia de la población trabajadora.

Sin embargo, el resultado y el proceso de esta construcción han sido el acceso y el control desigual e institucionalmente estructurado de los sexos a los recursos y beneficios sociales y familiares, asimetría que genera privilegio y subordinación en la mujer (Ríos, 1993). En la óptica de género, el punto toral está en la noción de la «división sexual del trabajo», no sólo limitada a la separación de las funciones en las esferas pública y privada, sino también a la que tiene lugar en el interior de estas esferas. Y, por la posición de subordinación de las mujeres, el acceso y el control de éstas sobre los satisfactores encierra no solamente diferencias sino también desventaja en términos de las posibilidades de cumplir plenamente sus necesidades humanas fundamentales (Ríos, 1993). Un ejemplo de ello es la incorporación de la mujer a la economía y la asignación también diferencial de los recursos sociales necesarios para la promoción, protección y mantenimiento de su salud individual.

Las encuestas nacionales de empleo, permiten diferenciar a la población ocupada por tipo de prestaciones. En el año 2000, 61.6% de la población ocupada carecía de prestaciones sociales.

Por sexo, se aprecian ciertas diferencias. Se observa una menor proporción de población femenina ocupada «sin prestaciones» (57.6% para las mujeres y 63.6% para los hombres), y un peso relativamente mayor de mujeres trabajadoras que gozan de seguridad social y otras prestaciones 35.9% y 31.7%, para unas y otros (Cuadro 33).

Lo ideal sería que el 100% de la población asalariada tuviera prestaciones sociales. Sin embargo nuestro país está muy lejos de alcanzar esta meta, los asalariados que cuentan con algún tipo de prestación representan apenas 60.6% del total de población asalariada; la situación es menos desfavorable para las mujeres pues 66.1% de las mujeres asalariadas tienen algún tipo de prestación contra 57.7% de los varones asalariados (Cuadro 34).

■ Cuadro 34

Distribución de la población asalariada excluyendo a los iniciadores de un próximo trabajo por tipo de prestaciones sociales, 2000

Tipo de prestaciones sociales	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	100	100
Sin prestaciones	39.4	42.3	33.9
Sólo Seguridad Social	2.0	2.2	1.6
Seguridad Social y otras prestaciones	52.5	50.5	56.2
Sólo prestaciones distintas de Seguridad Social	6.1	5.0	8.3

NOTA. No se incluye el tipo de prestación no especificado.

Fuente: INEGI-STPS, Encuesta Nacional de Empleo, 2000.

Una prestación social que facilita el desempeño de la mujer, como trabajadora y madre, es el suministro de servicios de guardería. Esta prestación social tanto en el caso del IMSS como del ISSSTE ha experimentado un incremento con el paso del tiempo. En diez años, el número de guarderías se elevó en más del doble. Como consecuencia, el número de niños inscritos así como el de madres aseguradas también se vio incrementado especialmente en el IMSS (Cuadro 35). Así en el caso del IMSS, la cobertura de la demanda identificada de madres con prestación de guarderías también denotó un incremento al pasar de 91.4% en 1991 a 96.0% en 1998 (IMSS, 1998).

A pesar de los incrementos mostrados en párrafos anteriores, las guarderías todavía son insuficientes. En el año 2000 el IMSS reportó un total de 44 214 solicitudes de servicio pendientes y el ISSSTE reportó 3 313. Esta insuficiencia se refleja en los apoyos a los que tienen que acudir las madres y los padres trabajadores: 62.1% recurre a un familiar, que muy probablemente en la mayoría de los casos se trata de una mujer, la abuela, la tía, etc. Además se observa la necesidad de destinar parte de los ingresos al pago de personas que cuiden a los niños o a guarderías privadas. Esto es un grave problema y una limitante para las mujeres que quieren ingresar al mercado laboral (Gráfica 36).

■ Cuadro 35

Número de guarderías y niños atendidos por tipo de institución, 1990-2000

Año	Número de guarderías		Niños atendidos	
	IMSS	ISSSTE ¹	IMSS ²	ISSSTE
1990	320	112	44 679	26 705
1992	384	123	51 608	28 377
1994	455	127	61 113	29 146
1996	475	130	65 226	28 673
1998	582	135	74 237	28 970
2000	899	265	103 707	34 270

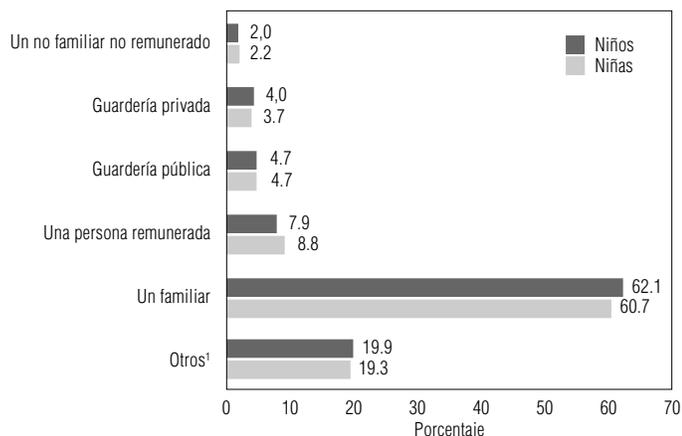
1 En el ISSSTE se denominan Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil. En el año 2000 el ISSSTE incorporó 128 estancias de participación donde se atendieron a 5 977 niños y niñas.

2 Se refiere a niños y niñas inscritos.

Fuente: Poder Ejecutivo Federal, 1er. Informe de Gobierno, 2001.

Gráfica 36

Distribución porcentual de población menor de 6 años por persona o lugar donde la cuidan según sexo, 2000



¹ Incluye a los menores que se quedan solos.

Fuente: INEGI-IMSS, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2000.

■ Pensionados

Tiene derecho a gozar de una pensión cualquier titular o beneficiario de un esquema de aseguramiento público o privado. En este sentido pueden ser pensionados personas de cualquier grupo de edad, ya sea por orfandad, por viudez o por tratarse de los padres del asegurado, entre otros. No se observan diferencias notables por sexo entre los pensionados de 0 a 59 años de edad; sin embargo, a partir de los 60 años las diferencias entre hombres y mujeres comienza a manifestarse de manera acentuada como reflejo del comportamiento general del mercado de trabajo, donde las mujeres interrumpen frecuentemente su trayectoria laboral o bien, participan en actividades informales, lo que les impide acceder a una pensión (INEGI/Inmujeres, 2002). En este sentido se observa que del total de pensionados, 34% son hombres mayores de 64 años en contraste 17% son mujeres en ese grupo de edad; en el grupo 60-64 se encuentra 18.6% del total de pensionados, 11.9% son hombres y 6.7% son mujeres (INEGI/IMSS, 2000).

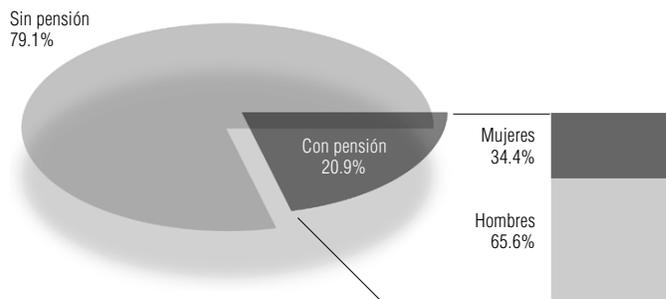
El envejecimiento poblacional es una de las consecuencias más importantes de la dinámica demográfica. La población de personas envejecidas en el mundo y en nuestro país se ha incrementado notablemente, por lo que es indispensable estar preparados para hacer frente a sus necesidades.

Un aspecto de particular importancia es el relacionado con el monto y características de los pensionados. Lamentablemente, la información de que se dispone no permite elaborar un panorama general de su situación, puesto que no se cuenta con datos de todas las instituciones que componen el sistema de seguridad social.

En 1994, el IMSS reportó un total de 590 419 pensionados (as) por invalidez y por vejez cesantía, y 184 661 pensionados (as) por viudez. De los primeros, cerca de tres cuartas partes (72.9%) eran pensionados por vejez cesantía, y el resto (27.1%) por invalidez. En uno y otro caso, la mayoría de los pensionados eran hombres (poco más de cuatro quintas partes). Esta situación se invierte en el caso de los pensionados por viudez, ya que aquí el peso de las mujeres es singularmente significativo (casi total).

Gráfica 37

Distribución porcentual de la población de 60 años y más que goza de pensión según sexo, 2000



Nota: Incluye a las personas que tienen más de una pensión, clasificada de acuerdo a la declarada en primer término.

Fuente: INEGI-IMSS, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2000.

Datos más recientes de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social del año 2000 muestran que de la población de 60 años y más, solamente 20.9% gozaban de algún tipo de pensión y este porcentaje estaba mayoritariamente representada por el sexo masculino. Considerando la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación a la de los hombres, que va aunada a consecuentes períodos más largos de enfermedad, problemas económicos, depresiones, aislamiento y marginación (Gómez, 1993) lo anterior pone en condición de mayor vulnerabilidad a las mujeres de edades avanzadas (Gráfica 37).

La estructura por edad de los pensionados varía conforme el tipo de pensión. El número de pensionados por invalidez desciende conforme avanza la edad, de manera que es mayor en las edades de 60 a 64 años, tanto en hombres como en mujeres. En los pensionados por vejez cesantía, la estructura por edad de esta población muestra una base más angosta que la de los grupos de edades subsecuentes. En otras palabras, el número de pensionados aumenta conforme la edad es mayor. En el caso de los pensionados por viudez, la estructura de la población muestra un comportamiento que difiere de las dos anteriores. Desciende de los 60 a los 74 años y se incrementa en el grupo de 75 años y más.

Con relación a la cuantía de la pensión, vemos que también ésta es diferente según el tipo de pensionado. Presenta un monto promedio mucho menor en el caso de los pensionados por viudez. Le siguen los pensionados por invalidez y al final, los pensionados por vejez cesantía. Por sexo, vemos que el monto promedio que recibe la mujer es menor que el del hombre en cualesquiera de las tres categorías de pensionados a que se ha hecho referencia. Esto denota una disparidad por sexo en el pago de las pensiones por invalidez, vejez cesantía y viudez, que muy probablemente se encuentre relacionado con el tipo de actividad que realiza uno y otro sexo y que indudablemente señala un trato discriminatorio hacia las mujeres (IMSS, 1994).

XI. Recursos materiales y humanos y riesgos de trabajo

■ Recursos materiales y humanos

En esta materia existen notables diferencias por tipo de institución, y al interior de cada una de ellas por tipo de recurso. En lo que a recursos materiales se refiere (camas, consultorios, quirófanos, etc.), en las instituciones que atienden a población derechohabiente hay menos consultorios y salas de expulsión por habitantes que en las instituciones que atienden a población abierta. Existen también diferencias importantes en el rubro de recursos humanos y de servicios, pues es notorio el mayor número de enfermeras y trabajadores de salud por número de habitantes en instituciones de seguridad social y también un mayor número de atención de urgencias, estudios de laboratorio y estudios de rayos X (Ver anexo cuadro F). Lo que seguramente se refleja en un mayor número de consultas, egresos, intervenciones quirúrgicas, urgencias, estudios de laboratorio y de rayos X. Sería interesante investigar sobre la calidad de atención en ambos tipos de institución y sobre las necesidades reales de recursos físicos y humanos de toda la población en general; además, para poder profundizar en el estudio del acceso a los servicios de salud por sexo, resulta indispensable asociar la demanda de uso de uno y otro sexo con la capacidad de la infraestructura instalada y los recursos humanos de que dispone el sistema de salud para atender la demanda diferencial de hombres y mujeres.

■ Riesgos de trabajo

Se considera "accidente de trabajo" cuando ocurre una lesión orgánica o funcional a consecuencia del desarrollo laboral de una persona o cuando esta sucede durante su traslado al lugar de trabajo o de éste a su domicilio.

Dentro de las prestaciones de seguridad social que otorgan instituciones como el ISSSTE, PEMEX y el IMSS, se incluye el Seguro de Riesgo de Trabajo que protege al trabajador contra los accidentes y las enfermedades a las que está expuesto en el ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole la atención médica necesaria, la protección de su subsistencia mediante el pago de un subsidio mientras esté inhabilitado, y el pago de una pensión en el caso de quedar incapacitado total o parcialmente. En el caso de fallecimiento, se otorga una pensión a los beneficiarios. Con estas acciones se han mejorado no sólo el perfil epidemiológico de la salud de la población asegurada (trabajadores y trabajadoras), sino también la magnitud y trascendencia de los riesgos de trabajo, lo cual ha traído beneficios en lo social, en lo económico y en la productividad de las empresas (Aguilar, 1998).

En el año 2000 había más de 12 millones de trabajadores bajo seguro de riesgos de trabajo adscritos al IMSS; de ellos 63.4% eran hombres y 36.6% mujeres, es decir, el porcentaje de mujeres trabajadoras bajo seguro de riesgos de trabajo estaba muy por debajo del porcentaje de hombres con esta prestación. Además, la importancia relativa y numérica de trabajadoras mujeres con seguro de riesgo de trabajo presenta una disminución con la edad, hasta el grupo 55-59 años.

La tasa de incidencia de riesgos de trabajo terminados en el IMSS ha descendido en los últimos años. En el caso de los hombres pasó de 11.2 personas atendidas por cada 100 asegurados en 1986 a 4.3 en 2000; en el caso de las mujeres este descenso fue de 4.2 a 2.6 en el mismo periodo (IMSS, 2000). Esta incidencia es mayor entre los trabajadores hombres y entre las edades de 15 a 44 años (Cuadro 36).

■ Cuadro 36

Instituto Mexicano del Seguro Social. Distribución de los trabajadores bajo seguro de riesgo de trabajo y tasa de incidencia por grupos de edad según sexo, 2000

Grupos de edad	Trabajadores ¹ bajo seguro de riesgos de trabajo		Tasa de incidencia	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	63,4	36,6	4,3	2,6
Menores de 15	56,9	43,1	1,8	1,0
15 - 19	55,5	44,5	4,5	1,8
20 - 24	57,6	42,4	4,2	1,7
25 - 29	64,0	36,0	4,6	2,5
30 - 34	66,2	33,8	4,5	3,1
35 - 39	66,4	33,6	4,3	3,6
40 - 44	66,9	33,1	4,3	4,1
45 - 49	68,5	31,5	4,2	4,3
50 - 54	71,0	29,0	4,3	4,0
55 - 59	72,6	27,4	4,2	2,9
60 - 64	71,2	28,8	3,7	1,8
65 - 69	63,0	37,0	1,9	0,5
70 - 74	62,9	37,1	1,2	0,3
75 y más	66,2	33,8	1,0	0,3

(¹) Estimado con base en el Informe Mensual de Población Derechohabiente, enero-diciembre de 2000.
Fuente: IMSS, Memoria Estadística, 2000. Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5.

Los riesgos de trabajo son producidos particularmente por accidentes: 78.6% son explicados por este tipo de riesgo, que sufren los varones en mayor medida que las mujeres (84.2 contra 62.5). Son ocasionados, básicamente, por métodos y procedimientos peligrosos, por peligros públicos (de transportación, de tráfico, etc.) y por defectos de los agentes (gastado, mal construido, resbaloso, etc.) (Cuadro 37 y 38).

Es importante mencionar que aunque en el principal riesgo de trabajo (métodos y procedimientos peligrosos) se observa una mayor presencia masculina, los riesgos físicos que presentan las mujeres tienen mayor peso en los peligros públicos y en los defectos de los agentes (Cuadro 38).

En 1999 del total de riesgos de trabajo (454 089) 22 117 trabajadores (4.8% con respecto al total) sufrieron incapacidad permanente, la mayoría ocasionada por accidentes de trabajo que afectaron particularmente a trabajadores del sexo masculino y de 20 a 49 años de edad. Desafortunadamente en el año 2000 no se publicaron este tipo de datos desagregados por sexo.

En 1997 un total de 1 376 trabajadores fallecieron, es decir, 0.3% con respecto al conjunto de personas que sufrieron riesgos de trabajo, la mayoría ocasionados por accidentes de trabajo, y que afectaron particularmente a trabajadores de 20 a 49 años y del sexo masculino. En el caso de las mujeres, las defunciones por riesgos de trabajo son debidas principalmente a accidentes de trayecto (Cuadro 39). En el año 2000 no se presentan los datos por sexo (Ver anexo cuadro G).

■ Cuadro 37

Instituto Mexicano del Seguro Social. Riesgos de trabajo y accidentes de trabajo según sexo, 2000

Concepto	Absolutos			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Riesgos de trabajo	336 256	117 833	454 089	100	100	100
Accidentes de trabajo	283 051	73 674	356 725	84,2	62,5	78,6

NOTA. El porcentaje es con respecto a los riesgos de trabajo.
Fuente: IMSS, Memoria Estadística, 2000. Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5.

■ Cuadro 38

Instituto Mexicano del Seguro Social. Distribución de los riesgos de trabajo por riesgo físico y sexo, 2000

Riesgo físico	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	100	100
Defectos de los agentes (gastado, mal construido, resbaloso, etc.)	13,9	12,4	18,1
Peligros de indumentaria y vestido	1,3	1,5	0,7
Peligros del medio ambiente (iluminación inapropiada, ruido excesivo, ventilación inadecuada, etc.)	7,0	7,3	6,2
Métodos y procedimientos peligrosos	38,7	42,4	28,3
Peligros por la colocación (materiales, equipo, etc. no personas)	7,3	8,0	5,1
Protegido inadecuadamente	2,7	3,1	1,8
Peligros ambientales de trabajo a la intemperie, diferente a los peligros públicos	1,6	1,4	1,9
Peligros públicos (de transportación, de tráfico, etc.)	20,4	17,2	29,5
Sin riesgo físico	7,2	6,7	8,5

Fuente: IMSS, Memoria Estadística, 2000. Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5.

■ Cuadro 39

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Defunciones por riesgo de trabajo según grupos de edad y sexo, 1997

<i>Grupos de edad</i>	<i>Riesgos de trabajo</i>			<i>Accidentes de trabajo</i>			<i>Accidentes de trayecto</i>			<i>Enfermedades de trabajo</i>		
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>
Total	1 284	92	1 376	1 000	21	1 021	282	71	353	2	-	2
Menores de 15										-	-	-
15-19	49	13	62	38	1	39	11	12	23	-	-	-
20-24	208	24	232	166	5	171	42	19	61	-	-	-
25-29	253	15	268	202	6	208	51	9	60	-	-	-
30-34	208	12	220	169	2	171	39	10	49	-	-	-
35-39	156	13	169	118	3	121	38	10	48	-	-	-
40-44	142	4	146	107	-	107	35	4	39	-	-	-
45-49	101	6	107	76	1	77	25	5	30	-	-	-
50-54	70	3	73	56	2	58	14	1	15	-	-	-
55-59	37	1	38	25	-	25	12	1	13	-	-	-
60-64	29	1	30	22	1	23	7	-	7	-	-	-
65-69	17	-	17	13	-	13	4	-	4	-	-	-
70-74	7	-	7	3	-	3	3	-	3	1	-	1
75 y más	7	-	7	5	-	5	1	-	1	1	-	1

Fuente: IMSS, Memoria Estadística, 2000. Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5.

Los dictámenes de invalidez aceptados son mayoritariamente masculinos y diagnosticados por una diversidad de trastornos, de los que sobresale la Diabetes Mellitus tanto en hombres como en mujeres.

En el ISSSTE el panorama de accidentes de trabajo es otro. En primer lugar, poco más de la mitad de los riesgos registrados en el Sector Público Federal durante el periodo de 1989 a 1996 ocurrieron a trabajadores del sexo femenino, lo que habla del tipo de actividades que distinguen a la población adscrita a una y otra institución de seguridad social. La concentración de riesgos de trabajo se observa en las edades de 30 a 44 años de edad: estos tres grupos de edad acumulan cerca del 50% del total de accidentes y enfermedades de trabajo. Los accidentes se debieron a cinco actividades fundamentales: caminando en su área de trabajo, maniobrando con sus herramientas de trabajo, transportándose en vehículo colectivo, manejando un vehículo y subiendo o bajando escaleras. Entre las lesiones más frecuentes destacan: la fractura, la torcedura o esguince, la contusión, las conmociones y traumatismos internos y la luxación o dislocación. Lamentablemente, esta información no se desagrega por sexo (Muntané, 1998).

XII. La mediación del género en el mundo de la salud: percepciones masculinas y femeninas

El conocimiento y las percepciones que sobre el cuerpo y la salud tienen hombres y mujeres seguramente influye, entre muchos otros factores, en su estado de salud y en los cuidados que se procuran.

Se presentan datos de fuentes que muestran de que manera el género incide en el mundo de la salud a través de la mediación de la esfera de las percepciones, las creencias y los valores compartidos. La primera es el *Observatorio de la Condición de la Mujer*²¹ y la segunda es la *Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento de la población en el área metropolitana de la ciudad de México*²².

■ Salud Sexual

El inicio, la incidencia y la frecuencia de las relaciones sexuales son factores que forman parte de los determinantes de la fecundidad; además tienen que ver con la forma en que viven su sexualidad las mujeres y los hombres. En relación con esto se observan porcentajes importantes que aceptan que solamente las mujeres deben decidir acerca de su cuerpo. Aunque el porcentaje de mujeres es mayor, se observa un avance en el grave problema de género que ha influido en la forma en que hombres y mujeres viven su sexualidad (Cuadro 40).

Relacionado con la libertad de decidir sobre el propio cuerpo está el tema tan controvertido del aborto. Cerca de la mitad de los hombres y de las mujeres no están de acuerdo con que una mujer aborte bajo ninguna circunstancia (44.8% y 47.0% respectivamente). Es notorio que pareciera haber mayor flexibilidad entre los hombres. Los casos en que alrededor de una de cada cinco personas estarían de acuerdo en que una mujer abortara son por problemas de salud y en caso de una violación (Cuadro 41). En este sentido hay un acuerdo entre hombres y mujeres.

■ Cuadro 40

“Qué tan de acuerdo esta con la frase: solamente las mujeres deben decidir acerca de su cuerpo”

<i>Respuesta</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Total	100	100
Muy de acuerdo	27,5	46
De acuerdo	43,3	38,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8,2	4,0
En desacuerdo	15,0	9,6
Muy en desacuerdo	5,5	1,5
No sabe/ no conoce	0,5	0,8

Fuente: GIMTRAP / Fundación Mc. Arthur / CONMUJER, Observatorio sobre la condición de la mujer en México, 1999.

■ Cuadro 41

Razón por la que estaría de acuerdo en que una mujer abortara

<i>Respuesta</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Total	100	100
Que no pudiera mantener a sus hijos	4,4	4,6
Que tuviera muchos hijos	0,9	0,6
Por un problema de salud	22,2	21,2
En caso de una violación	21,0	20,7
Cuando es muy joven	1,0	1,1
Cuando es muy vieja	1,2	0,3
Cuando es madre soltera	0,9	0,6
Cuando la mujer lo desee	3,3	3,7
No estaría de acuerdo nunca (ninguna)	44,8	47,0
Otra	0,3	0,2

Fuente: GIMTRAP / Fundación Mc. Arthur / CONMUJER, Observatorio sobre la condición de la mujer en México, 1999.

■ Cuadro 42

Hombres: al tener relaciones sexuales, ¿con que frecuencia acostumbra usar condón?

Total	Siempre	A veces	Nunca	No sabe / no
100	13,9	22,4	63,2	0,4

Fuente: GIMTRAP / Fundación Mc. Arthur / CONMUJER, Observatorio sobre la condición de la mujer en México, 1999.

■ Cuadro 43

Mujeres: al tener relaciones sexuales, ¿acostumbra o no pedirle a su pareja que use condón?

Nivel de instrucción	Total	Si	No
Total	100	15,3	84,7
Sin instrucción y primaria incompleta	100	8,1	91,9
Primaria completa	100	10,8	89,2
Secundaria y más	100	20,8	79,2

Grupo de edad	Total	Si	No
Total	100	15,3	84,7
18-24	100	21,3	78,7
25-34	100	19,7	80,3
35-44	100	13,3	86,7
45 y más	100	8,5	91,5

Fuente: GIMTRAP / Fundación Mc. Arthur / CONMUJER, Observatorio sobre la condición de la mujer en México, 1999.

■ Uso del condón

El uso del condón está relacionado con la salud sexual de hombres y de mujeres: 63.2% de los hombres entrevistados dijeron que nunca acostumbraban usar condón al tener relaciones sexuales. Entre las mujeres el problema parece ser más grave. Solamente 15.3% de las entrevistadas respondieron afirmativamente la pregunta sobre si al tener relaciones sexuales acostumbraba o no pedirle a su pareja que use condón. El problema se acentúa entre las mujeres mayores; entre las más jóvenes y las más instruidas parece haber más conciencia de la importancia del uso del condón que puede estar relacionada con una mayor aceptación entre la población joven de libertad de decisión individual. Sin embargo es muy bajo el uso de este método de prevención aún en población joven y con niveles de instrucción de secundaria y más. Lo anterior muestra el riesgo a que están expuestos hombres y mujeres de contraer cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual y de tener embarazos no deseados (Cuadro 42 y 43).

■ SIDA

Es claro que las campañas masivas de comunicación en relación con el SIDA han surtido efecto: más del 95% de las mujeres y de los hombres han oído hablar de él y tienen una idea al menos general de lo que se trata; 6.8% de los hombres dieron alguna respuesta equivocada o de plano no sabían y en esta situación estuvo 7.9% de las mujeres. Sin embargo cuando se pregunto si "había escuchado hablar del síndrome de inmunodeficiencia adquirida", solamente cerca de la mitad de los entrevistados respondieron afirmativamente (Cuadro 44).

Aunque mujeres y hombres han oído hablar del SIDA, pareciera que no se sabe con exactitud lo que representa y menos aún el riesgo que se tiene de adquirirlo y por tanto de las opciones que hay para protegerse, lo cual es indicativo del bajo porcentaje de personas que utilizan el condón.

■ Cuadro 44

¿Ha oído hablar del sida?

Respuesta	Hombres	Mujeres
Total	100	100
Si	96,5	95,2
No	3,5	4,8

¿Qué es el sida?

Respuesta	Hombres	Mujeres
Total	100	100
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	14,2	10,8
Una enfermedad de transmisión sexual	13,8	16,4
Una enfermedad contagiosa	13,8	14,3
Una enfermedad mortal	26,5	25,1
Una enfermedad	24,8	25,5
Otra no relacionada	4,3	3,5
No sabe	2,5	4,4

¿Había escuchado hablar del síndrome de inmunodeficiencia adquirida?

Respuesta	Hombres	Mujeres
Total	100	100
Si	54,1	49,5
No	22,9	33,5
No recuerda	22,9	17,0

Fuente: GIMTRAP / Fundación Mc. Arthur / CONMUJER, Observatorio sobre la condición de la mujer en México, 1999.

■ Cuadro 45

Porcentaje de personas que declararon tener algún problema en el corazón, por grupos de edad y sexo, 1999

Grupo de edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	10,1	10,0	10,1
60-64	7,5	5,3	9,8
65-69	9,9	10,2	9,5
70-74	10,9	16,4	4,2
75-79	14,2	12,8	16,4
80 y más	12,0	8,9	17,7

Fuente: INSAD, Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el área metropolitana de la Ciudad de México, 2000

■ Percepción de los adultos mayores sobre su estado de salud

Es importante reconocer que no existe en la actualidad en México el acervo de información que permita conocer con precisión los problemas de salud de los adultos mayores, así como las formas en que se están enfrentando dichos problemas, tanto por parte de ellos como de sus familiares.

Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud coordinó esfuerzos en 8 países de la región de América Latina y El Caribe con el objeto de obtener este tipo de datos. México participó en este proyecto denominado Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Uno de los objetivos de éste es proporcionar una evaluación de los problemas salud y las condiciones de vida actuales de los adultos mayores.

Se le preguntó a la población sobre la *percepción* que tienen de su estado de salud. En términos generales las mujeres mayores de 60 años se perciben en condiciones de salud menos favorables que los hombres de las mismas edades: 28% de las mujeres dijeron tener buena salud, 50.3% regular y 21.7% mala. En el caso de los varones 33.9% se percibió con buena salud, 49.7% con regular y 16.4% con mala.

Un 34.7% de los hombres y 49% de las mujeres declararon tener problemas de hipertensión. Esta situación se da en todos los grupos de edad mayores de 60 años.

Una de cada diez personas entrevistadas declaró tener problemas en el corazón y no se observan diferencias entre sexos si se considera a la población de 60 años y más en conjunto. Sin embargo, si se observan los datos por edad es muy claro que entre los varones los problemas de salud relacionados con el corazón se perciben en mayor medida después de los 74 años de edad. En el caso femenino el problema es mayor en el grupo de edad 70-74 (Cuadro 45).

Aunque es similar el porcentaje de adultos mayores que declararon estar enfermos del corazón, se observa que las mujeres, en mayor medida que los hombres, tomaban algún medicamento. Lo anterior podría indicar que las mujeres afectadas por este padecimiento procuran más cuidados a su salud que los varones: 56.2% de los varones que dijeron estar mal de corazón tomaban algún medicamento contra 66.7% de las mujeres en el mismo caso.

Se les preguntó a las personas que tenían algún problema en el corazón si éste limitaba sus actividades diarias. Cerca del 50% respondió afirmativamente y el porcentaje de mujeres fue 14 puntos porcentuales mayor que el de los hombres. Al interior de los grupos de edad, los dos últimos considerados, 70-79 y 80 y más, muestran diferencias más marcadas. Lo anterior muestra un problema de género, pues en el caso femenino es probable que se trate de personas que siempre han realizado trabajo doméstico y que aún en edades avanzadas realizan este tipo de actividad; mientras que en el caso de los varones es muy probable que se trate de personas jubiladas y que no tienen costumbre de realizar actividades fuera del ámbito extradoméstico (Cuadro 46).

■ Cuadro 46

Porcentaje de personas que declararon tener algún problema en el corazón y que éste limita sus actividades diarias por grupos de edad y sexo, 1999

Grupo de edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	49,8	55,6	42,4
60-69	47,7	49,8	45,8
70-79	59,9	64,7	47,8
80 y más	32,9	42,2	24,2

Fuente: INSAD, Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el área metropolitana de la Ciudad de México, 2000

Otras de las enfermedades crónicas degenerativas que han cobrado importancia en los últimos años son la artritis, el reumatismo y la artrosis. Este tipo de enfermedades la sufren en mayor medida las mujeres que los hombres: 31.2% de las mujeres y 15.9% de los hombres entrevistados declararon tener alguna de estas enfermedades. Las diferencias son notables en todos los grupos de edad pero en especial en el grupo 75-79 donde el porcentaje de mujeres que declararon tener alguna de las enfermedades mencionadas triplica al porcentaje de hombres (Cuadro 47).

También se preguntó si las personas habían sufrido alguna caída en los últimos 12 meses. 34.5% de los entrevistados respondió afirmativamente 39.9% de las mujeres y 27.5% de los hombres, es decir, que las mujeres se caen con mayor frecuencia que los hombres. De éstos que declararon haber sufrido alguna caída, una tercera parte necesitó tratamiento médico (33.2%). Un mayor porcentaje de mujeres (36.8%) que de hombres (26.2) necesitaron algún tipo de tratamiento y la diferencia más notable se da en el grupo de edad 60-69 años (37.6% contra 21.1%).

Otro problema importante especialmente del sexo femenino es la osteoporosis. De las mujeres entrevistadas 10.2% declararon tenerla contra solamente 1.5% de los hombres. El problema es percibido como especialmente grave entre los 70 y 79 años de edad (Cuadro 48).

■ Cuadro 47

Porcentaje de personas que declararon tener artritis, reumatismo o artrosis por grupos de edad y sexo, 1999

Grupo de edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	24,5	31,2	15,9
60-64	20,2	26,2	14,1
65-69	21,1	27,5	12,7
70-74	30,0	37,2	21,2
75-79	29,2	39,4	13,6
80 y más	29,4	33,3	22,0

Fuente: INSAD, Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el área metropolitana de la Ciudad de México, 2000.

■ Cuadro 48

Porcentaje de personas que declararon tener osteoporosis por grupos de edad y sexo, 1999

Grupo de edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	6,4	10,2	1,5
60-64	5,4	9,9	0,6
65-69	4,6	6,6	2,0
70-74	8,8	14,2	2,0
75-79	7,8	12,9	0,0
80 y más	7,4	9,2	4,1

Fuente: INSAD, Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el área metropolitana de la Ciudad de México, 2000.

Otros problemas que parecen presentarse con mayor frecuencia entre las mujeres son la incontinencia (24.9% de las mujeres entrevistadas lo declararon contra 15.9% de los hombres); ver mal de lejos (62.4% de mujeres y 52.7% de hombres); falta de la mayoría de los dientes (55.6% de las mujeres y 36.9% de los hombres). En el otro extremo se tiene que un mayor porcentaje de hombres de edad avanzada declararon tener problemas de mala audición (49.7% de hombres y 44.1% de mujeres). No se presentan diferencias importantes por sexo en problemas como ver mal de cerca (67.2% de mujeres y 66.8% de hombres);

En el caso de las personas que declararon tener problemas nerviosos o psiquiátricos, las mujeres declararon en mayor medida haberlos padecido (12.4% de las mujeres y 9.1% de los hombres) e incluso haber empeorado en el último año anterior a la encuesta (41.0% de las mujeres y 30.5% de los hombres). Sin embargo, un mayor porcentaje de hombres declararon haber tenido alguna vez algún problema de este tipo y tener tratamiento psiquiátrico o psicológico al momento de la entrevista (28.7% de las mujeres y 32.6% de los hombres). El porcentaje fue mayor entre los varones de mayor edad (Cuadro 49).

■ Cuadro 49

Porcentaje de personas que declararon haber tenido alguna vez un problema nervioso o psiquiátrico y estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de la entrevista por grupos de edad y sexo, 1999

Grupo de edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	30,1	28,7	32,6
60-69	25,3	24,6	26,3
70-79	39,4	36,4	46,3
80 y más	30,3	25,2	60,3

Fuente: INSAD, Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el área metropolitana de la Ciudad de México, 2000.

Dentro de los problemas nerviosos se encuentra la depresión que ha ido en aumento y que es un problema grave que se presenta en todas las edades. Entre las mujeres entrevistadas 27% se catalogó con depresión o con sospecha de depresión y este porcentaje fue de 19% entre los varones.²³ La depresión es notablemente mayor entre las mujeres en todas las edades excepto en los últimos grupos, 75-79 y 80 y más donde la diferencia se atenúa por el aumento considerable de hombres con depresión en esas edades más avanzadas. La sospecha de depresión se incrementa con la edad y pareciera que desciende después de los 80 años de edad (Cuadro 50).

²¹ Esta encuesta se realizó en 1999 por GIMTRAP/Fundación Mc. Arthur/CONMUJER y estuvo dirigida a población de 18 a 64 años de edad. Obtuvo opinión en relación a temas como: familia, matrimonio, sexualidad, participación de la mujer en la vida política, matrimonio, responsabilidades de pareja, decisiones sobre el cuerpo, autoridad y visión de la existencia.

²² La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el Área Metropolitana de la Ciudad de México se realizó durante el año 2000 por OPS/OMS, Insad, INEGI, SSA y el Colegio de la Frontera Norte y fue dirigida a población de 60 años y más. Se obtuvo información sobre los problemas de salud de los adultos mayores, así como las formas en que se están enfrentando dichos problemas, tanto por parte de ellos como de sus familiares.

²³ En la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la Población en el Área Metropolitana de la Ciudad de México se midió a través de un bloque de 15 preguntas cuyas respuestas podían ser afirmativas o negativas. Las personas que tuvieron menos de cinco puntos se consideraron sin depresión, las que tuvieron entre 5 y 11 con sospecha de depresión y las que sumaron 12 o más con depresión.

■ Cuadro 50

Porcentaje de personas según si estuvieron deprimidos las dos semanas anteriores a la encuesta de acuerdo con la clasificación de SABE por grupos de edad y sexo, 1999

Edad	Mujeres			Hombres		
	Sin depresión	Sospecha de depresión	Depresión	Sin depresión	Sospecha de depresión	Depresión
Total	73,0	18,2	8,8	80,2	16,1	3,7
60-64	76,2	15,9	7,9	86,9	11,3	1,8
65-69	72,9	17,8	9,3	83,7	12,3	4,0
70-74	74,0	16,9	9,1	82,5	15,3	2,2
75-79	64,4	25,5	10,1	57,0	33,4	9,6
80 y más	72,8	19,3	7,9	67,0	26,8	6,2

Fuente: INSAD, Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la población en el área metropolitana de la Ciudad de México, 2000.

XIII. Algunas reflexiones y recomendaciones sobre la necesidad de realizar modificaciones a las fuentes de información

Proequidad entiende que la salud no es sólo ausencia de enfermedad, es un estado pleno de bienestar físico, mental y social, y que existen factores biológicos, políticos, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud. En este contexto, la desigualdad entre los hombres y las mujeres es uno de los obstáculos más importantes a salvar en el logro del más alto nivel de salud posible que debe ser logrado mediante políticas públicas desde una perspectiva de género.

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2000-2006.

El género es un factor determinante en la diferente manera en que hombres y mujeres seleccionan alternativas de conducta que se ven reflejadas en actitudes que inciden en la salud propia y en la de los demás.

En este sentido el enfoque de género en torno al análisis de la salud, dirige la atención hacia las relaciones entre lo biológico y lo social y hacia las asimetrías existentes entre mujeres y hombres que determinan situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres, en términos de las probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir.

Considerar el componente de género y su interacción con otras variables, tiene el propósito de llamar la atención sobre la necesidad de emprender el levantamiento de perfiles epidemiológicos de la población en los que además de situar la categoría de género dentro de una jerarquía de variables que expliquen el proceso salud-enfermedad, develen componentes que, aunque íntimamente entrelazados con los ya muy reconocidos de clase, etnia, región de residencia y circunstancias históricas, indiquen un accionar y un poder explicativo propios a cada sexo.

La literatura relativa a las influencias de las construcciones de género sobre el estado de la salud y su atención, coinciden en señalar diferenciales empíricos entre hombres y mujeres en relación con las siguientes dimensiones analíticas: a) necesidades especiales de atención; b) riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas; c) percepciones de enfermedad; d) conductas de búsqueda de atención; e) grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud, tanto a nivel intrafamiliar como público (por ejemplo, alimentos, información, trabajo remunerado, atención médica, seguridad social); y, f) prioridades, a nivel macrosocial, en la distribución de recursos públicos destinados a la provisión de medios y cuidados para la salud, y a la investigación sobre problemas de salud que afectan diferente o exclusivamente a uno de los sexos (Gómez, 1993).

Para ilustrar el efecto diferenciador de los factores de género sobre la salud de los individuos, a continuación se reproducen algunos ejemplos citados por Elsa Gómez en el apartado "Género y Salud" de la publicación: Género, Mujer y Salud en las Américas (Gómez, 1993).

- "La sobremortalidad masculina por accidentes y violencias, visible desde temprana edad, y asociada estrechamente con *actitudes y conductas estereotipadamente masculinas tales como agresividad, intrepidez, osadía y, también, ingestión excesiva de alcohol.*
- La prevalencia de depresión, más alta entre las mujeres que entre los hombres, menos relacionada con factores hormonales que con *estilos de personalidad y con experiencias ligadas a tipos de socialización y a oportunidades diferenciales por género.*
- La notable mayor prevalencia entre las mujeres, particularmente durante la juventud, de desórdenes alimentarios *asociados con ideales culturales de peso e imagen corporal, y con el papel central que desempeña la belleza física en la valoración social de la mujer.*
- Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, las cuales figuran casi en todos los países de América Latina entre las cinco primeras causas de mortalidad durante la edad reproductiva, *pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de este proceso y pese, también, al carácter eminentemente prevenible de estas defunciones.*
- La sobremortalidad femenina por cáncer durante la edad adulta, *asociada menos con una mayor letalidad de los cánceres propios de la mujer que con la accesibilidad limitada a la tecnología médica de detección temprana y de tratamiento en sus etapas iniciales.*
- *La responsabilidad de la regulación de la fecundidad sobre la mujer y, junto con ello, los efectos colaterales asociados al uso de la tecnología anticonceptiva.*

- ▶ *La baja proporción de esterilizaciones masculinas, a pesar de que la vasectomía es una intervención más sencilla, más económica y menos invasora que la esterilización femenina.*
- ▶ *El abuso de la tecnología médico-quirúrgica específicamente dirigida a la mujer, por ejemplo la cesárea y la histerectomía.*
- ▶ *El mayor desgaste de energía, con respecto al hombre, que tiene la mujer asalariada en virtud de su responsabilidad de cumplir con una doble jornada de trabajo: la laboral y la doméstica.*
- ▶ *La definición legal de "trabajo" como requisito de acceso a prestaciones de salud y de seguridad social, que, aunque en apariencia genéricamente neutra, en la práctica excluye un mayor número de mujeres que de hombres del disfrute de tal beneficio, porque no considera como trabajo la labor doméstica no remunerada en el hogar ni las ocupaciones del sector informal, que aglutinan una proporción comparativamente mayor de la fuerza laboral femenina que de la masculina.*
- ▶ *La desprotección (general y de salud) durante la vejez, que afecta a la mujer más que al hombre, generada por las menores tasas de empleo femenino en el sector formal de la economía, la discontinuidad de la participación laboral que se asocia con la maternidad, y la menor remuneración laboral percibida por la mujer en comparación con el hombre.*
- ▶ *La violencia contra la mujer, particularmente la ejercida por el cónyuge.*
- ▶ *El retardo del sector salud en reconocer la violencia contra la mujer como un problema de salud pública.*
- ▶ *La baja prioridad asignada a la investigación de enfermedades y tratamientos que afectan exclusiva o preferentemente a la mujer".*

Además de la participación de la sociedad en la salud, cabe reconocer el papel central que indiscutiblemente han desempeñado las mujeres a través de la historia del desarrollo de la atención a la salud, participación que se asienta en la influencia de la división del trabajo sobre la producción de salud, tanto en el sistema y forma de atención como en las redes informales del cuidado de salud en la familia y la comunidad, la cual se tiene olvidada. Es tan importante el papel de la mujer en este sentido, que la Organización Mundial de la Salud ha reconocido a las mujeres como las principales proveedoras de atención primaria (Gómez, 1993)

La cuantificación de una parte importante de los aspectos de género que intervienen en las asimetrías del estado de salud observado en hombres y mujeres enfrenta serios problemas que van desde la ausencia de desagregación por sexo en los datos, hasta la falta de información regular sobre variables asociadas con las causas y consecuencias de las diferencias en el estado de salud de hombres y mujeres.

La revisión de los principales instrumentos regulares de recolección de información del sector salud, así como sus publicaciones ha permitido destacar la gran cantidad de datos disponibles para acercarnos al análisis de género en esta materia. También ha sido útil para identificar lagunas en la producción estadística, carencias y limitaciones en los datos; entre ellas destacan las siguientes:

- ▶ Una parte importante de la información sobre salud, mortalidad y morbilidad no ha sido homogénea en los diferentes años, lo que impide hacer estudios con series de tiempo. Por ejemplo, la información sobre causas de muerte se presenta de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, la cual sufre diversas revisiones y esto impide la actualización de cuadros en el tiempo lo cual hace difícil hacer comparaciones precisas.
- ▶ Con relación a información como riesgos de trabajo se presenta el mismo problema expuesto anteriormente. Aunque en 1999 se contó con el dato de defunciones por riesgos de trabajo por tipo de riesgo por sexo, esto no se hizo así en el año 2000 ni en el 2001. Este tipo de inconsistencias en la publicación de la información limita el análisis que se pueda hacer al respecto.
- ▶ No existen datos desagregados por sexo en el tema de mortalidad neonatal y posneonatal, lo cual dificulta la posibilidad de indagar cuestiones como: si la mortalidad neonatal es menor entre las niñas que entre los niños, por las ventajas biológicas de las primeras; o si pudiera existir alguna preferencia sobre cuidados especiales sobre algún sexo en la etapa postneonatal.
- ▶ La información en ocasiones se presenta en grandes grupos de edad lo cual limita el tipo de análisis que pudiera realizarse para estudios específicos. Por ejemplo la morbilidad y mortalidad hospitalaria se presenta en grandes grupos de edad; entre ellos el grupo 15-64 lo cual impide diferenciar a los adolescentes de los jóvenes adultos y de los adultos maduros.
- ▶ La información sobre salud desagregada por tamaño de localidad o municipio ha omitido, en muchos casos, la variable sexo, impidiendo o limitando, no sólo el estudio de la situación de la salud de la mujer con relación a la del hombre, sino también el estudio de su nivel de acceso a las instituciones de salud.
- ▶ La información sobre salud materno-infantil se enriquecería si fuera desagregada por sexo, pues se podría apreciar la atención en salud que reciben niños y niñas y así advertir su impacto sobre la salud y sobre la morbimortalidad infantil de uno y otro sexo.
- ▶ Las cifras publicadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), si bien presentan datos generales por sexo, a niveles de desagregación mayor como edad, estado civil y nivel de instrucción no se hace por sexo. Por ejemplo, es posible conocer características sociodemográficas y patrones de consumo del grupo de personas alcohólicas pero no se presenta la información desagregada por sexo.
- ▶ Una fuente importante para el estudio de la incidencia de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica es el registro de morbilidad de notificación obligatoria. Esta fuente, a la fecha, no desagrega la información por sexo (aun cuando lo ha hecho, desde hace varios años, por edad). Así, por ejemplo, la información sobre infecciones de transmisión sexual derivada de este registro permitiría identificar otros factores de riesgo (localizados a nivel local) sobre la presencia de VIH-SIDA.
- ▶ Dado el reconocimiento que se tiene del papel de las mujeres como proveedoras de cuidados a la salud se plantea la necesidad de investigar, en las encuestas de salud, el efecto de las políticas de reforma a los sistemas de salud sobre la carga de trabajo de las mujeres, toda vez que son básicamente ellas quienes se encargan de dichos cuidados entre los miembros de sus familias. Este hecho tiene implicaciones importantes en un contexto de transición epidemiológica y de un fuerte incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Las encuestas de uso del tiempo son también fundamentales para cuantificar dicho efecto.

En términos generales y considerando las limitaciones que presentan las estadísticas sobre salud en México, las asimetrías por sexo en materia de salud todavía tienden a pasar desapercibidas y a permanecer desatendidas.

Para estar en posibilidad de dar cuenta de las condiciones de asimetría social y de género en materia de salud, resulta de fundamental importancia diferenciar por sexo y grupos de edad que distingan cada una de las etapas del ciclo de vida del individuo (infantil, preescolar, escolar, adolescente, joven, adulta y anciana), la información de morbimortalidad que se genera en nuestro país. Pero ello no es suficiente, aunque sí un requisito indispensable. La construcción de un sistema de información en salud con sensibilidad de género requeriría tomar en cuenta los aspectos de género que están detrás de las decisiones de la búsqueda de la atención, así como los riesgos diferenciados entre hombres y mujeres, que afectan su salud y que son producto de la conjunción de sus roles y responsabilidades y sus características biológicas. Es un hecho reconocido la poca información regular que existe sobre cómo hombres y mujeres perciben, buscan y practican la salud, aun cuando la experiencia y el sentido común muestran que existe una vasta diferencia.

Datos sobre la carencia de servicios médicos, la falta de agua potable, electricidad, recolección de basura, combustible "limpio" para cocinar, entre otros servicios, asociados con la generación de información considerada específicamente de salud, permitirán entender mejor los riesgos de salud del hogar y de las mujeres en particular.

Se recomienda homogeneizar el manejo de grupos de edad en censos, encuestas y registros administrativos en materia de salud (morbimortalidad), a fin de garantizar la comparabilidad entre la información y el análisis de las distintas etapas del ciclo de vida de los individuos: la infancia, la escuela, la adolescencia y juventud, la edad adulta y la vejez.

Para contar con un sistema de información de salud con enfoque de género es necesario un diálogo continuo y fluido entre los productores y usuarios de información, especialmente entre los académicos y los responsables de la elaboración de políticas públicas; también se necesita el apoyo decidido del Estado y la permanente capacitación de recursos humanos especializados en el análisis de la desigualdad de género en el espacio de la salud.

Bibliografía

- Aguilar, Salinas Alberto (1998), "Salud ocupacional y riesgos de trabajo", ponencia presentada en el Taller sectorial sobre estadísticas e indicadores de salud con enfoque de género, México, 19 de marzo.
- Bronfman, Mario (1994), «La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro» en: Cuadernos de Salud 1. Población y Salud, México, SSA.
- Bronfman, Mario y Héctor Gómez Dantes (1998), La condición de la mujer y la salud infantil, en: Juan G. Figueroa P., La condición de la mujer en el espacio de la salud, México, El Colegio de México.
- CONAPO (1997), La situación demográfica en México 1997, México, CONAPO.
- CONAPO (2000), Cuadernos de salud reproductiva. República mexicana, México, CONAPO.
- DGSR/ SSA, (1996) «Información prioritaria en salud reproductiva», México, SSA, (mimeo).
- Echarri, C. Carlos (1999), Salud Materno-Infantil y Condición de la Mujer, en: Brígida García (coord.), Mujer, género y población en México, México, COLMEX/SOMEDE.
- Fernández, Sonia (1997), «La información estadística del Sistema Nacional de Salud», ponencia presentada en el Seminario Regional sobre el Enfoque de Género y las fuentes de información estadística, del 2 al 4 de septiembre, 1997, Aguascalientes, Ags., México, (Mimeo).
- Fernández, Patricia, Diana Martínez y Virgilio Partida (1999), "Veinticinco años de transición epidemiológica en México", en: La situación demográfica de México 1999, México, CONAPO.
- Fuente, Juan Ramón de la y Roberto Tapia (coords.) (2001), La medición en la salud a través de indicadores, México, Siglo XXI/UNAM.
- García L. y Alba E. (1997), «El enfoque de género y su importancia en la información de salud reproductiva», ponencia presentada en el Seminario Regional sobre el Enfoque de Género y las fuentes de información estadística, del 2 al 4 de septiembre, Aguascalientes, Ags.
- García Peña Ma. del Carmen y Carlos A. Durán (2002), "Las mujeres adultas en plenitud y la seguridad social, Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de investigación en Salud, IMSS. Ponencia presentada en el Foro Envejecimiento y Derechos de las Adultas y los Adultos en Plenitud, 6 de Marzo, Museo de Antropología, México.
- GIMTRAP/Fundación Mc.Arthur/CONMUJER, Observatorio sobre la condición de la mujer en México, 1999.
- Gómez D., Héctor, *et al.*, (1994), "Lesiones. Una realidad accidentada", en: Cuadernos de Salud 4. Los retos de la Transición, México, SSA.
- Gómez G., Elsa, (1993), "La discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez", en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- González Serratos, Ruth, (1997), «Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia», Año II, Mayo-diciembre, 1995, núm. 6-7, Salud Reproductiva y Sociedad, Órgano Informativo del Programa de Salud Reproductiva, México, El Colegio de México.
- Hedman B., F. Perucci, P. Sundström (1996), Engendering statistics. A tool for change, Sweden, Statistics Sweden.
- Henriques-Mueller, María Helena (1993), "Adolescencia: equivocaciones y esperanzas", en: Gómez, Elsa (Editora), Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- IMSS, Anuario de pensionados a junio de 1994.
- IMSS, Memoria estadística, 1998.
- INEGI (1999), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 (ENADID), Metodología y Tabulados, Aguascalientes, Ags, México, INEGI.
- INEGI (2001), Estadísticas Demográficas. Cuaderno de Población, núm. 13, México, INEGI.
- INEGI/IMSS (2000), Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, México.
- INEGI/INMUJERES (2002), Mujeres y Hombres 2002, México, INEGI/INMUJERES.
- INEGI/UNIFEM (1995), La mujer mexicana: un balance estadístico al final del Siglo XX, México, INEGI/UNIFEM.
- INMUJERES/ INEGI/ FNUAP/ OPS/ PNUD/ UNICEF/ UNIFEM, (2001), El enfoque de Género en las estadísticas sobre trabajo en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información, México, INMUJERES/ UNIFEM.
- Insad, Análisis de la Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento de la población en el área metropolitana de la ciudad de México, Informe del estado de salud preparado para la secretaría de salud, 2001.
- Langer, Ana y Rafael Lozano (1998), «Condición de la mujer y salud», en: Juan G. Figueroa P., La condición de la mujer en el espacio de la salud, México, El Colegio de México.
- Lara, Ma. Asunción (1998), «Investigación sobre trabajo y salud: Avances y propuestas», en: Juan G. Figueroa P., La condición de la mujer en el espacio de la salud, México, El Colegio de México.
- Larraz Soledad y Teresa Rodríguez (1993), «Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer», en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Locoh, Thèrese, *et al.* (Eds.) (1996), Genre et développement: des pistes à suivre, Paris, CEPED.
- López, Ma. de la Paz y Blanca Rico (1994), "Mujer y Familia. Pilares de la salud en México", en: Cuadernos de Salud 2. Población y Salud, México, SSA.
- López, Ma. de la Paz y Elena Zúñiga (1994), "Salud Reproductiva: Situación actual y perspectivas", en: Cuadernos de Salud 4. Población y Salud, México, SSA.
- López, Ma. de la Paz, (1997), «Las posibilidades de análisis de la información sobre salud desde una perspectiva de género», ponencia presentada en el Seminario Regional sobre el Enfoque de Género y las fuentes de información estadística, del 2 al 4 de septiembre, 1997, Aguascalientes, Ags., México, (Mimeo).
- Madrigal, Enrique, (1993), «Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer», en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Martínez, Carolina (1998), "Cinco notas en torno a la investigación. Condición de la mujer y salud", en Guillermo Figueroa P. La condición de la Mujer en el espacio de la salud, México, el Colegio de México.

- Milenio Feminista (2000), La salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres, México, Coordinación Nacional de Milenio Feminista.
- Mojarro, Octavio y Elena Zúñiga (1999), «Veinticinco años de planificación familiar en México», en: CONAPO, La situación demográfica en México, 1999, México, CONAPO.
- Mora, Germán; y Joao Yunes (1993), «Mortalidad materna: una tragedia ignorada», en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Muntané, Ma. del Mar (1998), "Salud ocupacional y riesgos de trabajo", ponencia presentada en el Taller Sectorial sobre Estadísticas e Indicadores de Salud con Enfoque de Género, México, 19 de Marzo.
- Naciones Unidas (1995), Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Nueva York, ONU.
- Olaiz, Gustavo, *et. al.* (1994a), "Las Estadísticas en Salud: Una perspectiva Integral", en: Cuadernos de Salud 3. Información en Salud, México, SSA.
- Olaiz, Gustavo, *et. al.* (1994b), «Cobertura de los servicios de salud. El reto de la equidad», en: Cuadernos de Salud 1. Organización y funcionamiento, México, SSA.
- Olaiz, Gustavo, *et. al.* (1994c), "Cáncer: Un encuentro con el futuro epidemiológico", en: Cuadernos de Salud 1. Los retos de la Transición, México, SSA.
- Olaiz, Gustavo, *et. al.* (1994d), "La Mortalidad en México: Registro, Estructura y Tendencias", en: Cuadernos de Salud 1. Información en Salud, México, SSA.
- Olaiz, Gustavo, Rojas Rosalba, Butrón Laura (2001), "Género, Salud y utilización de servicios de salud", Presentación en el seminario Mujeres, Género y Salud, UNIFEM/ SSA/ FUNDAR, México 7, 8 y 9 de Marzo.
- OPS (1990), «Las condiciones de la salud en las Américas», Publicación Científica, No. 524, vol. I, Washington, D.C. OPS.
- Orozco, Daysi (1997), «El enfoque de género en las estadísticas de salud», ponencia presentada en el Seminario Regional sobre el Enfoque de Género y las fuentes de información estadística, del 2 al 4 de septiembre, Aguascalientes, Ags., México, (Mimeo).
- Partida, Virgilio y Constanza Rodríguez (1999), «La revolución silenciosa: el descenso de la fecundidad en México, 1974-1999», en: CONAPO, La situación demográfica en México 1999, México, CONAPO.
- Restrepo, Helena E. (1993a), «Notas para la discusión sobre la atención y la promoción de la salud de la mujer adulta en las Américas», en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Restrepo, Helena E. (1993b), «Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe», en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Río, Carlos del (1994), "Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. ¿Un riesgo para todos?", en: Cuadernos de Salud 2. Los retos de la transición, México, SSA.
- Ríos, Rebeca de los (1993), «Género, Salud y Desarrollo: Un enfoque en construcción», en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Robles, Sylvia C. (1993), "El tabaquismo en la mujer de las Américas", en: OPS, Género, Mujer y Salud en las Américas, Washington, D.C. E.U.A., OPS.
- Salas y Villagómez, Guadalupe (1990), «El problema del Aborto en México», en: Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Tomo III, México, INEGI-SOMEDE.
- Saucedo G., Irma (1995), «La Relación Violencia-Salud Reproductiva: Un nuevo campo de investigación», en: Salud Reproductiva y Sociedad, Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Año II Mayo-diciembre, Núm. 6-7, El Colegio de México.
- SSA (1990), Información Prioritaria en Salud, Consejo Asesor en Epidemiología, México, SSA.
- SSA (1991), Información Prioritaria en Salud, Consejo Asesor en Epidemiología, México, SSA.
- SSA (1994a), Encuesta Nacional de Salud II, México, SSA.
- SSA (1994b), Encuesta Nacional de Adicciones 1993, México, DGE/SSA.
- SSA (1999), Encuesta Nacional de Adicciones 1998, México, DGE/SSA disco compacto.
- SSA (2000), Mortalidad 1999, México, SSA.
- SSA (2002), Cifras actualizadas en México 2001, México, SSA (página web).
- SSA/ SISVEA (1999), Informe del primer semestre de 1999 (Preliminar), México, SSA (mimeo).
- Szasz P., Ivonne (1998), «Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil», en: Juan Guillermo Figueroa P., La condición de la mujer en el espacio de la salud, México, El Colegio de México.
- Tapia, Roberto, *et. al.* (1994a), "Encuestas Nacionales de Salud: Panorama de la Salud en México", en: Cuadernos de Salud 4. Información en Salud, México, SSA.
- Tapia, Roberto, *et. al.* (1994b), "Adicciones. Una dosis de prevención", en: Cuadernos de Salud 5. Los retos de la transición, México, SSA.
- UNIFEM/ CONMUJER (1999), Mujeres mexicanas: Avances y perspectivas, México, UNIFEM/ CONMUJER.
- Welti, Chanes Carlos (2002), "Plenitud, precariedad y dependencia. La población de 60 años o más en México según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad social 2000", ponencia presentada en el Foro Envejecimiento y Plenitud de las Adultas y los Adultos en Plenitud" organizado por Inmujeres, México, 6 de marzo.

■ Índice de información incluida en diskette

1. Cuadros por entidad federativa

- 1.1. Tasa global de fecundidad, 2000
- 1.2. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más por entidad federativa según grupos de edad, 2000
- 1.3. Nacimientos registrados por entidad en que reside la madre según sexo e índice de masculinidad, 2000
- 1.4. Porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que no conoce métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997
- 1.5. Porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y entre las mujeres unidas por entidad federativa, 1997
- 1.6. Intervenciones quirúrgicas de planificación familiar por sexo e índice de femineidad en el uso de anticonceptivos quirúrgicos por entidad federativa, 1999
- 1.7. Intentos de suicidio y suicidios por entidad federativa según sexo, 2000
- 1.8. Porcentaje de la población derechohabiente por entidad federativa y sexo, 2000
- 1.9. Principales indicadores de la población femenina y su dinámica demográfica
- 1.10. Principales indicadores de mortalidad, 2000
- 1.11. Ganancia en la esperanza de vida por sexo según entidad federativa, 1970-2000
- 1.12. Porcentaje de derechohabientes a los servicios de salud por institución, 2000
- 1.13. Porcentaje de casos acumulados de SIDA por entidad federativa y sexo, 1983-2000
- 1.14. Porcentaje de población con discapacidad por tipo de discapacidad, 2000
- 1.15. Porcentaje de población con discapacidad por causa de la discapacidad, 2000
- 1.16. Nacimientos por entidad federativa de ocurrencia según persona que atendió el parto, 1999
- 1.17. Nacimientos por entidad federativa de ocurrencia según lugar donde se atendió el parto, 1999
- 1.18. Indicadores de salud materna, 1999
- 1.19. Consumidores de drogas médicas en población urbana de 12 a 65 años por experiencia de consumo y región según sexo y tipo de droga, 1998
- 1.20. Consumidores de tabaco en población urbana de 12 a 65 años por región según sexo y hábito de consumo, 1998
- 1.21. Consumidores de drogas ilegales en población urbana de 12 a 65 años por experiencia de consumo y región según sexo y tipo de droga, 1998
- 1.22. Consumidores de alcohol en población urbana de 18 a 65 años por región según sexo y hábito de consumo, 1998
- 1.23. Asegurados permanentes por entidad federativa según sexo, 2000
- 1.24. Dictámenes de invalidez aceptados por entidad federativa según sexo, 2000
- 1.25. Guarderías por entidad federativa según tipo de guardería, 2000
- 1.26. Guarderías por esquema y promedio anual de niños inscritos, por región, 2000
- 1.27. Tasa de mortalidad infantil según entidad federativa de residencia habitual y sexo, 1999
- 1.28. Tasa de mortalidad por enfermedades del corazón según entidad federativa de residencia habitual y sexo, 1999
- 1.29. Tasa de mortalidad por tumores malignos según entidad federativa de residencia habitual y sexo, 1999
- 1.30. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus según entidad federativa de residencia habitual y sexo, 1999
- 1.31. Tasa de mortalidad infantil por grupos de edad, según entidad federativa de residencia habitual, 1999
- 1.32. Accidentes de trabajo por dirección regional y delegación, según región anatómica y sexo, 2000
- 1.33. Dictámenes de invalidez, por dirección regional, delegación y sexo, 2000
- 1.34. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997
- 1.35. Promedio del número ideal de hijos de las mujeres en edad fértil por entidad federativa, 1997
- 1.36. Porcentaje de embarazos ocurridos con revisión prenatal por entidad federativa, 1994-1997
- 1.37. Cobertura de atención del puerperio de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos, según entidad federativa, 1994-1997
- 1.38. Tasa bruta de mortalidad por tamaño de la localidad según entidad federativa, 2000
- 1.39. Porcentaje de población usuaria de servicios médicos por entidad federativa y sexo, 2000
- 1.40. Población en primer grado de primaria por entidad federativa según prevalencia de déficit de talla y sexo, 1994
- 1.41. Prevalencia de déficit de talla en los niños de primer grado de primaria de planteles indígenas por entidad federativa y sexo, 1994
- 1.42. Población ocupada excluyendo a los iniciadores de un próximo trabajo por sexo y entidad federativa, según tipo de prestaciones, 2000
- 1.43. Porcentaje de población pensionada por entidad federativa según tipo de pensión por sexo, 2000
- 1.44. Guarderías y estancias infantiles en el IMSS e ISSSTE por entidad federativa, según principales indicadores de operación, 2000

2. Encuestas sobre salud en México

3. Glosario

4. Gráficas y cuadros mencionados en el texto

4.1 Cuadros

- A. Población urbana de 12 a 65 años, según prevalencia de uso de drogas médicas por sexo, 1998
- B. Población urbana de 12 a 65 años, según prevalencia de uso de drogas ilegales por sexo, 1998
- C. Defunciones generales, años potenciales de vida perdidos y edad promedio de la muerte, según diez principales causas, 1999
- D. Denuncias, casos comprobados de maltrato y menores atendidos por el DIF_PREMAN, 1995-2000
- E. Indicadores seleccionados del Sistema Nacional de Salud, 1999
- F. Distribución de la población asalariada excluyendo a los iniciadores de un próximo trabajo por tipo de prestaciones sociales, 2000
- G. Indicadores seleccionados del Sistema Nacional de Salud, 1999
- H. Defunciones por riesgos de trabajo según grupos de edad, 2000
- I. Mujeres: Al tener relaciones sexuales, ¿Acostumbra o no pedirle a su pareja que use condón? por diversas características, 1999

4.2 Gráficas

- A. Tasa bruta de mortalidad, 1930-2001
- B. Porcentaje de utilizadores de servicios de salud según grupo de edad y sexo, 2000
- C. Porcentaje de mujeres usuarias de servicios de salud según grupo de edad y nivel de escolaridad, 2000
- D. Utilizadores de servicios hospitalarios según grupo de edad y sexo, 2000
- E. Distribución de los utilizadores de servicios hospitalarios según área de residencia y sexo, 2000
- F. Utilizadores de servicios hospitalarios según nivel de ingreso y sexo, 2000
- G. Población femenina de 15-49 años según conocimiento de métodos anticonceptivos, 1997
- H. Mujeres usuarias de métodos anticonceptivos o cuyos compañeros usan algún método, por nivel de instrucción, 1997
- I. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de métodos modernos o cuyos compañeros usan algún método, según fuente de obtención, 1979-1997
- J. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil, que usan métodos anticonceptivos, según lugar de residencia, 1976-1997
- K. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil, que usan anticonceptivos, según grupos de edad, 1976-1997
- L. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil, que usan anticonceptivos según paridad, 1976-1997
- M. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil, que usan anticonceptivos según nivel de instrucción, 1976-1997
- N. Tasas globales de fecundidad por nivel de instrucción
- O. Tasas específicas de fecundidad por edad según condición de participación en la actividad económica, 1996
- P. Proporción de cesáreas del total de partos atendidos según grupo de edad, 2000
- Q. Porcentaje de hijos nacidos vivos alimentados con leche materna por diversas características, 1997
- R. Porcentaje de población adolescente que conoce formas de prevenir enfermedades de transmisión sexual, por sexo y grupo de edad, 2000
- S. Casos de SIDA registrados según grupos de edad por sexo, 1999
- T. Porcentaje de menores atendidos por tipo de maltrato, 2000

5. Tabulados de publicaciones con información sobre salud

- 5.1. Fuentes
- 5.2. Tabulaciones