



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



20.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 y 26 de marzo de 2003

Punto 5 del orden del día provisional

MSD20/5 (Esp.)
11 febrero 2003
ORIGINAL: ESPAÑOL

EXPERIENCIAS DE LOS PAÍSES EN MATERIA DE MONITOREO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL GÉNERO

Experiencia en México

CONTENIDO

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| Antecedentes | 3 |
| El Programa Mujer y Salud | 4 |
| Incorporación de la perspectiva de género | 8 |
| El Programa Mujer y Salud trabaja en cinco componentes | 9 |
| Institucionalización de la perspectiva de género | 9 |
| Salud de las mujeres | 9 |
| Información e investigación..... | 9 |
| Mujeres trabajadoras de la salud..... | 10 |
| Salud de la familia y la comunidad..... | 10 |
| Presupuestos sensibles al género | 11 |
| Indicadores del Plan de Acción Mujer y Salud..... | 11 |
| El Consorcio Nacional Mujer y Salud | 14 |
| Anexo | |

Programa de Acción Mujer y Salud 2001-2006
Una iniciativa para promover la equidad de género en materia de salud en México

¿Cómo ha abordado el Gobierno las inequidades de género en las políticas y el presupuesto de salud?

Antecedentes

1. En México, la sociedad civil, y particularmente el movimiento de mujeres, lleva más de 20 años de trabajo organizado en la búsqueda de la igualdad jurídica, social y familiar de las mujeres. El primer esfuerzo en términos programático-presupuestarios del Gobierno Federal se hizo en 1980 cuando se creó el Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo, orientado a promover iniciativas en pro del mejoramiento de la condición social de las mujeres; 15 años después, en 1995, se convocó a la formulación del Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, Alianza para la Igualdad. En 1998 se creó la Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer, antecedente inmediato del actual Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), cuya creación fue aprobada por el Congreso de la Unión en enero de 2001.

2. En el país, desde el sistema de salud que incluye a la Secretaría de Salud (SSA) como institución rectora del sector, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a los servicios de salud de algunos sectores como el de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Marina y la paraestatal Petróleos Mexicanos (PEMEX)), se han puesto en marcha políticas de salud para las mujeres. Estas políticas han atravesado por distintas etapas.

3. La primera etapa se inició hace 50 años con la importante contribución de México a la política de anticoncepción hormonal, seguida en 1973 por el cambio de una política de población pronatalista a los programas de control de la natalidad. La segunda consistió en la puesta en marcha de los programas de planificación familiar y salud materno-infantil. La tercera se dio tras la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, donde se planteó un cambio de paradigma que puso a las mujeres en el centro de las políticas de salud, como sujetos con plenos derechos y no sólo en función de la salud del resto de la población. En esta etapa se diseñaron las actuales políticas de salud reproductiva.

4. En la SSA, como reflejo de estas diversas visiones de la política sanitaria relacionada con la salud de la mujer, se creó inicialmente una Dirección General de Planificación Familiar (primero denominada Coordinación General), que posteriormente cambió de nombre, orientación y alcance en los programas a su cargo, pasando a

ocuparse de la salud maternoinfantil durante la segunda mitad de los años ochenta y de la salud reproductiva durante los noventa. Durante esta última etapa, además, se incorporó a la Dirección General de Promoción de la Salud un área responsable de coordinar el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, basado en los lineamientos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud.

El Programa Mujer y Salud

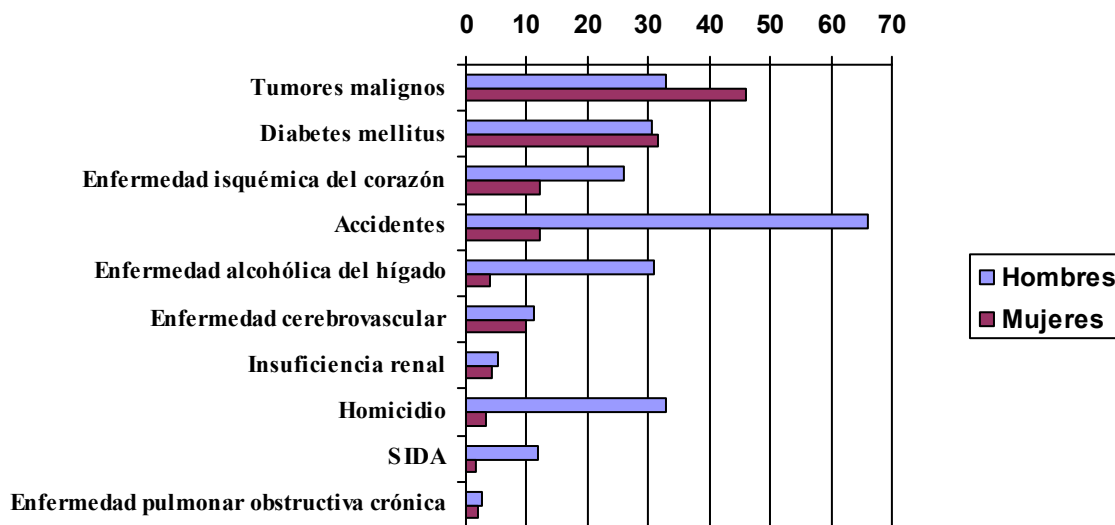
5. La creación del Programa Mujer y Salud es en buena medida una respuesta a las demandas que el movimiento de mujeres, a nivel nacional e internacional, ha formulado específicamente para que, al diseñar las políticas públicas que les atañen, el sector de la salud tenga en cuenta las diferencias y especificidades que su condición de género les impone, así como la interacción de esta categoría con otras como la edad, etnia, condición migratoria, nivel socioeconómico, escolaridad y empleo, entre otras, que condicionan desventajas para ciertos grupos de la población.

6. Con el Programa Mujer y Salud estamos iniciando lo que consideramos una cuarta etapa y, en coordinación con la Dirección General de Salud Reproductiva, sin dejar de lado los avances alcanzados, queremos incorporar de manera integral los distintos aspectos que hacen del binomio mujer y salud un concepto complejo.

7. La relación entre mujer y salud es compleja pues tiene al menos las siguientes facetas: la salud de las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida; el papel de las mujeres trabajadoras de la salud a nivel profesional, y las mujeres como proveedoras de atención de salud en el ámbito doméstico y comunitario.

8. A pesar de no contar con mucha información desagregada por sexo —uno de los problemas primordiales que queremos abordar— a continuación presentamos algunos botones de muestra que ilustran la situación actual de las mujeres en estas facetas.

Fig. 1. Principales causas de mortalidad en México, según sexo, 1999
(tasa por 100.000 habitantes)

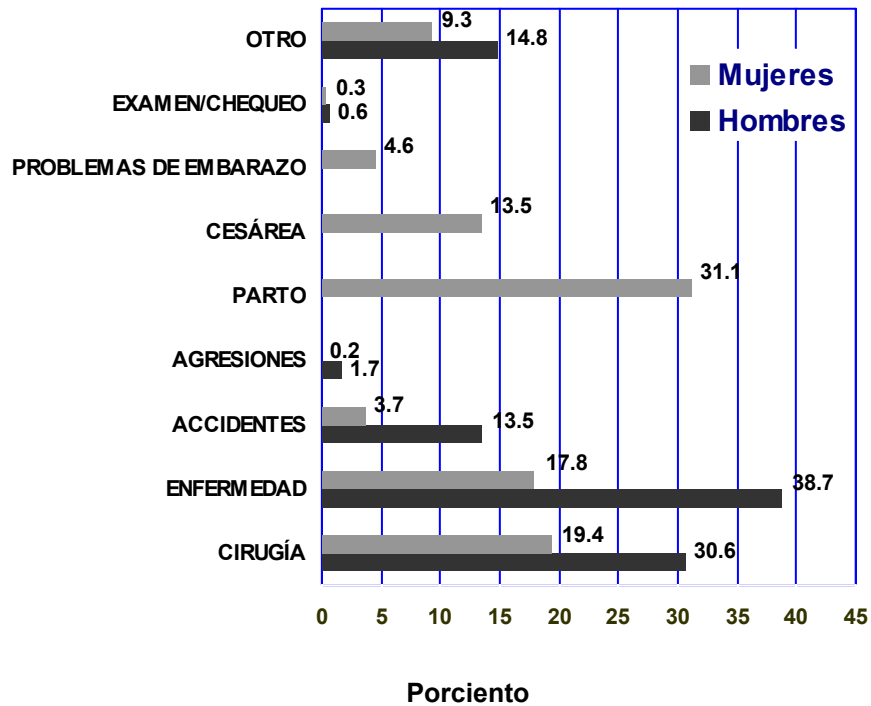


Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Anuario Estadístico 1999. México, D.F.

9. En la figura 1, que muestra las principales causas de mortalidad en México, las barras de color negro representan a las mujeres y las grises a los varones. Mientras las mujeres fallecen más de cáncer y diabetes, los varones presentan mayores tasas de mortalidad por accidentes, enfermedad alcohólica del hígado y homicidios.

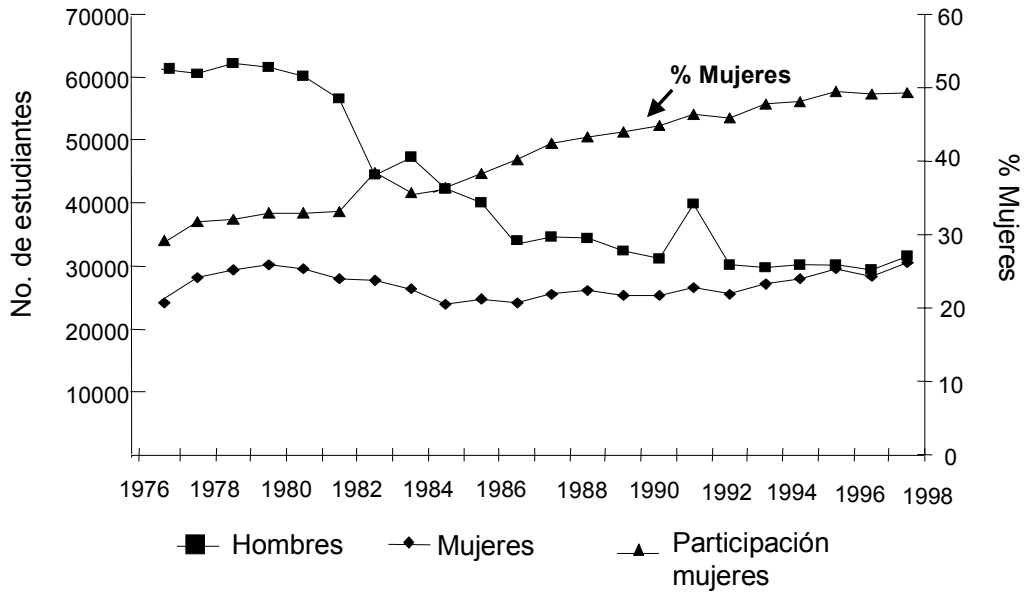
10. La figura 2 presenta la utilización de los servicios hospitalarios y muestra cómo, salvo para las causas asociadas con el embarazo, el parto o las cesáreas, las mujeres los utilizan menos. Sin embargo, las causas relacionadas con la reproducción tienen un peso tal que siempre que se habla de la utilización de los servicios se señala a las mujeres como principales beneficiarias, cuando en realidad los servicios de atención oportuna y de calidad del embarazo y el parto debieran considerarse como un beneficio para toda la sociedad, al que contribuyen fundamentalmente las mujeres.

**FIG. 2. Utilización de los servicios hospitalarios por sexo.
Encuesta Nacional de Salud, México, 2000**



11. En relación con las mujeres como proveedoras de servicios de salud a nivel profesional, la figura 3 muestra cómo ha disminuido el número de estudiantes de medicina varones entre 1976 y 1998, mientras que el de mujeres se ha mantenido estable, teniendo en la actualidad aproximadamente una relación del 50% (en algunas escuelas y facultades incluso ya hay más mujeres que varones).

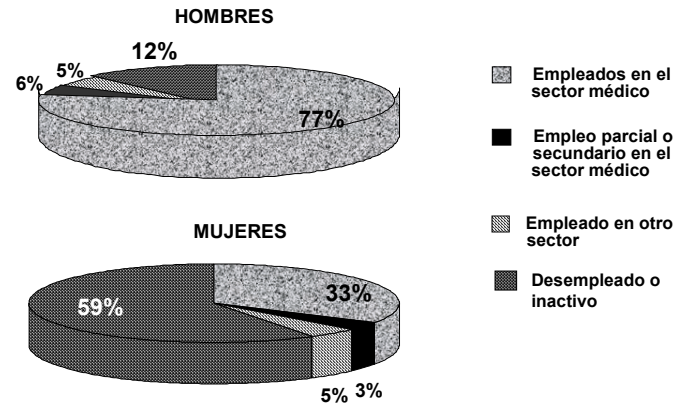
Fig. 3. Matrícula en las escuelas de medicina por sexo; México, 1976-1998



Fuente: ANUIES. Anuarios estadísticos 1976-1998. México, D.F.

12. Sin embargo, como se puede observar en la figura 4, el desempleo o la inactividad en la profesión es mucho mayor en el caso de las mujeres: un 59% de las mujeres frente a un 12% de los varones.

Fig. 4. Patrón del empleo en el sector médico por sexo, 1999



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano, 2.º Trimestre, 1999.

13. A pesar de que actualmente los servicios de salud son atendidos mayoritariamente por mujeres —entre enfermeras, trabajadoras sociales, médicas y otras profesionales paramédicas— el número de mujeres en puestos de decisión es verdaderamente escaso.

Incorporación de la perspectiva de género

14. Uno de los objetivos centrales del Programa es incorporar la perspectiva de género en todas las políticas de salud. Si bien las mujeres tienen rezagos y desventajas que ameritan políticas de acción afirmativa para resarcirlas, ya no es posible formular políticas públicas sin esta perspectiva si realmente se quieren lograr resultados eficientes. Género no es sinónimo de mujer, ni es tampoco una forma más elegante o políticamente correcta de referirse al sexo.

15. Los distintos papeles que por razones sociales y culturales desempeñan las mujeres y los varones explican en buena medida las diferencias señaladas y los rezagos en la salud de las mujeres, y en muchos casos los problemas de salud de los varones.

16. El género determina necesidades especiales de atención para varones y mujeres, incluso para enfermedades que afectan a los dos sexos, y esto implica unos riesgos específicos asociados a actividades o actitudes consideradas femeninas o masculinas; una percepción distinta sobre el riesgo de enfermar y las necesidades de salud; un grado de acceso a los recursos y de control de los recursos diferente; unas responsabilidades diferenciadas y distribuidas inequitativamente en la familia y la comunidad; una prioridad distinta en la asignación de recursos públicos para la atención de la salud y la investigación, y una participación distinta en el proceso de democratización de la salud.

El Programa Mujer y Salud trabaja en cinco componentes

Institucionalización de la perspectiva de género

17. Este componente implica incidir en la modificación de las leyes, normas, políticas y presupuestos relacionados con el sector; y transformar los métodos de interpretación y análisis de los problemas de salud, la cultura organizacional, las estructuras institucionales y los procedimientos operativos. Se trata de incorporar sistemática y regularmente la dimensión de género en todas las prácticas y actividades de las instituciones de salud. Para lograrlo, es necesario que el cambio se produzca de manera transversal.

Salud de las mujeres

18. Este componente promueve una visión de la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital, incluyendo como un elemento esencial la salud sexual y reproductiva, pero sin limitarse a ésta. Asimismo, destaca especialmente los problemas o aspectos pertinentes para la salud de las mujeres que tienen una mayor prevalencia entre ellas, o que tienen consecuencias más graves, y no han sido atendidos de manera adecuada. Por ello, como parte de este componente se coordinarán las acciones para prevenir y abordar la violencia familiar y sexual, la salud mental, las adicciones y los problemas asociados a los modos de vida, como los nutricionales y los crónicos, cuya génesis se relaciona claramente con el comportamiento y por tanto con el género.

Información e investigación

19. Este componente promueve la recopilación de información desagregada por sexo y edad en las estadísticas pertinentes para la salud, pero también el análisis de la información de las fuentes primarias que nos permiten hacer esta desagregación. Ha aparecido ya el primer número de un boletín semestral, **Salud y Género en Cifras**, que funcionará como órgano de difusión del Programa para documentar las inequidades y promover la adopción de decisiones al respecto. Se procurará también avanzar en la

elaboración de un sistema de indicadores de salud con enfoque de género que permita dar seguimiento al conjunto de acciones contenidas en el Programa Nacional de Salud.

20. En cuanto a la investigación clínica y de salud pública, especialmente la que está dedicada a la evaluación de intervenciones o programas, el Programa Mujer y Salud está llevando a cabo un análisis sobre el lugar que se asigna a la mujer por lo que se refiere a las cuestiones investigadas, el sexo de los sujetos reclutados y la pertinencia de las conclusiones para las mujeres. También se fomenta la inclusión de los temas de interés del Programa y la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.

Mujeres trabajadoras de la salud

21. El sector de la salud se caracteriza por la participación masiva de las mujeres. Sin embargo, dicha participación presenta rezagos históricos. Por ejemplo, es necesario formular políticas de acción afirmativa que den prioridad a las mujeres, en igualdad de condiciones, cuando se recluta a un profesional. Los programas de formación y especialización en las escuelas de medicina, psicología, enfermería y trabajo social deben tomar en cuenta las responsabilidades familiares y de crianza de las mujeres que se convierten en obstáculos infranqueables para que una profesional compatibilice la reproducción con el desempeño profesional. Es necesario adoptar medidas que dignifiquen el trabajo de las enfermeras y trabajadoras sociales y tomen en cuenta sus necesidades específicas, como la de disponer de guarderías nocturnas.

Salud de la familia y la comunidad

22. La atención de la salud familiar ha sido tradicionalmente una labor de las mujeres que se ejerce sin ninguna remuneración ni reconocimiento, y que es muy poco valorada por la familia, la sociedad y las mujeres en México. La población mexicana está entrando en una fase de rápido envejecimiento, lo cual implica desafíos adicionales en el futuro cercano, parte de los cuales tendrán que ser enfrentados por las familias. A ello se agregan cambios sociales que implican la reducción de las redes tradicionales de apoyo, lo cual hará aún más demandante la tarea de las mujeres si la carga sigue recayendo exclusivamente sobre ellas.

23. Por ello, el Programa Mujer y Salud procura impulsar políticas que promuevan la participación de otros miembros de la familia, particularmente la de los varones, en la protección de la salud de sus miembros, políticas éstas que faciliten el desarrollo pleno de mujeres y varones como individuos y como actores sociales.

Presupuestos sensibles al género

24. Es totalmente cierta la frase que dice que “una prioridad que no se refleja en la asignación presupuestaria es demagogia”, y lo mismo ocurre con las políticas públicas. Pero para lograr reducir las inequidades basadas en el género, no basta con tener un programa con un presupuesto asignado, aunque éste sea generoso. Se requiere que todos los presupuestos gubernamentales sean sensibles al género, y esto se ha convertido en una de las demandas del movimiento de mujeres y de los funcionarios de ambos sexos sensibles y conocedores de la teoría del género.

25. Se trata de un proceso muy complicado que el Programa Mujer y Salud ha iniciado, como parte del componente de institucionalización de la perspectiva de género, con una primera publicación. En ella se señala cómo identificar las inequidades de género en los distintos campos de la salud y cómo integrar los costos de las intervenciones necesarias para reducir esas inequidades y reflejarlas en la elaboración de los presupuestos. Cada año se publicarán los progresos realizados en el proceso, que primero requiere un trabajo de sensibilización y apoyo técnico de la Secretaría de Hacienda y el Congreso, pues son los diputados y diputadas quienes aprueban el Presupuesto de Egresos de la Federación.

26. Cabe señalar que este es el primer esfuerzo de elaboración de presupuestos sensibles al género en el sector de la salud y, de hecho, en la administración pública federal de México. Conforme se avance en esta iniciativa se podrá ir contando con apoyo financiero para instrumentar acciones orientadas a reducir la inequidad de género en materia de salud en este país.

¿Con qué indicadores de vigilancia se cuenta para dar seguimiento a las políticas, y cómo se eligieron?

Indicadores del Plan de Acción Mujer y Salud

27. Los avances del Plan de Acción Mujer y Salud se miden a través de los siguientes indicadores de resultado o impacto, que coinciden con las metas planteadas para el mismo:

| Componente/acción | INDICADOR |
|--|--|
| <p>INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de funcionarios de nivel medio y superior acreditados en seminarios de equidad de género, género y políticas públicas, y género y salud. • Proporción de programas prioritarios que incorporan la perspectiva de género en su diagnóstico, objetivos, líneas de acción, metas e indicadores de evaluación. • Proporción de funcionarios de nivel medio y superior acreditados en cursos sobre presupuestos sensibles al género. <p style="text-align: center;"><i>PRESUPUESTO</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicación de la propuesta de modificaciones a la estructura programática en salud que permita elaborar presupuestos sensibles al género en las dependencias del sector.* |
| <p>SALUD DE LA MUJER</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de servicios esenciales de salud en mujeres reclusas y sus hijos. • Calidad.* • Salud mental.* • Adicciones.* |
| <p>INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de informes disponibles del Sistema de Información en Salud desagregados por edad y sexo. • Publicación de un informe anual de indicadores de la situación de la salud con una perspectiva de género, que permita dar seguimiento al impacto del género en la salud de varones y mujeres. • Número de informes publicados sobre los resultados de la investigación del impacto del género en la salud de las mujeres y varones mexicanos. • Número de líneas de investigación en salud con perspectiva de género en desarrollo. |
| <p>TRABAJADORAS DE LA SALUD</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de mujeres beneficiadas por los procesos de contratación-promoción para puestos directivos y de alta responsabilidad. • Proporción de mujeres beneficiadas por becas institucionales para la formación de posgrado. • Proporción de mujeres beneficiadas por comisiones de capacitación extra-institucional. • Eficiencia terminal de las mujeres inscritas en residencias médicas de posgrado. • Proporción de unidades de atención de salud con horario nocturno que disponen de servicio de guardería en ese mismo horario. |
| <p>SALUD DOMÉSTICA Y COMUNITARIA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Promedio de horas a la semana que destinan a actividades de los programas de salud comunitaria las mujeres residentes en localidades beneficiadas por esos programas. • Número anual de varones que participan en actividades de los programas de salud comunitaria. |
| <p>VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de unidades de atención de salud donde se aplica correctamente la NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar en las Unidades de Salud. • Publicación del Modelo Integral de Atención de Salud en casos de violencia familiar y sexual. |

¿Quién se encarga de emplear estos indicadores para vigilar la aplicación de las políticas sanitarias, y cómo lo lleva a cabo?

28. La SSA cuenta con una Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño que se encarga de dar seguimiento semestral al avance de los indicadores propuestos. Además, el Instituto Nacional de las Mujeres realiza el seguimiento de los progresos de los programas sectoriales de género, incluido obviamente el del sector de la salud.

29. Los indicadores que se enumeran en el recuadro anterior se eligieron para evaluar el desempeño del Programa Mujer y Salud, y es importante señalar que los que están marcados con un asterisco son indicadores del impacto de acciones que son responsabilidad de otros programas del sector, pero que son de especial importancia para la salud de las mujeres.

30. De los 58 indicadores seleccionados para la evaluación del desempeño de las distintas estrategias y líneas de acción del Programa Mujer y Salud se considera que 39 tienen interés para el seguimiento de la situación de la equidad de género en materia de salud (véase el Anexo).

31. La responsabilidad directa del seguimiento de las acciones en el interior de la Secretaría de Salud al nivel federal recae sobre la Coordinación del Programa Mujer y Salud, y los progresos realizados a nivel estatal y en el resto de las instituciones del sector se encauzarán a través de sus representantes en el Consorcio Nacional Mujer y Salud, y serán presentados ante el Consejo Nacional de Salud.

32. Para cada una de las metas propuestas, las instituciones del sector presentarán un informe de los progresos realizados en la reunión anual del Consejo de Conducción del Consorcio Nacional Mujer y Salud.

33. Además, el Instituto Nacional de las Mujeres se encarga de dar seguimiento a las acciones para promover la equidad de género en materia de salud a través de éstos y otros indicadores, que la Secretaría de Salud le proporciona periódicamente.

Señalar a los/las interesadas directas, beneficiarias y cómo éstas se involucraron en la elaboración y el seguimiento de dichas políticas

34. Para lograr que en esta nueva etapa de atención a los problemas de salud de las mujeres y los varones, con un enfoque de género, se alcancen los objetivos trazados, es necesario un trabajo de alcance nacional que permee al sector salud en su conjunto, que logre la colaboración y el compromiso de los otros sectores gubernamentales y no

gubernamentales y los de las instituciones académicas. Para ello se creó el Consorcio Nacional Mujer y Salud.

El Consorcio Nacional Mujer y Salud

35. Este Consorcio es una iniciativa que se beneficia de los aportes de las instituciones públicas del sector de la salud y especializadas en asuntos de la mujer, así como de organizaciones no gubernamentales de índole técnica. Esta conjunción de esfuerzos resulta ventajosa para el Programa, ya que reúne la capacidad de convocatoria y el mandato para definir políticas, normas y programas de las instituciones públicas, con conocimientos, experiencia y compromiso probados en el campo. Además, este esfuerzo de colaboración resulta, por sí mismo, una experiencia digna de ser evaluada y reproducida en caso de que resulte exitosa.

36. El Consorcio tiene alcance nacional y sectorial, pues trabaja con todas las instancias de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Salud. También es una iniciativa intersectorial, que colabora con instancias que desempeñan un papel esencial en relación con la mujer y la salud, ya sea generando y procesando información como operando centros de atención o programas con una clara influencia sobre la salud de la mujer, en especial dirigidos a los grupos más vulnerables. Asimismo, el programa interactúa con instituciones de educación técnica y superior responsables de la formación de profesionales y trabajadores de la salud, y con el sector privado que produce insumos para la salud de la mujer o que tiene tradición en apoyar financieramente programas y actividades para la salud de la mujer.

37. Por consiguiente, el Consorcio es una iniciativa incluyente y representativa de los intereses y las necesidades percibidas por las mujeres que promueve la colaboración y participación de la sociedad civil, representada por organizaciones no gubernamentales, particularmente las que se ocupan de la información, investigación, cooperación técnica, divulgación y vinculación de la investigación con la adopción de decisiones en asuntos que afectan a la salud de las mujeres.

38. El Consorcio está integrado por dos consejos, cuyos lineamientos han sido definidos por las instituciones y organizaciones participantes, y que funcionan a través de convenios de colaboración:

- El Consejo de Conducción, formado por los titulares de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, es responsable de formular las políticas y estrategias para el logro de los objetivos del Consorcio. Sus miembros nombran a los representantes de sus instituciones ante el Consejo Técnico y les brindan el apoyo institucional necesario para su desempeño y el cumplimiento de acuerdos.

- . El Consejo Técnico está formado por especialistas representantes de las distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con capacidad de decisión. El pleno del Consejo Técnico se reúne formalmente cuatro veces al año. Su función es poner en práctica las políticas diseñadas por el Consejo de Conducción. Para lograr avances en asuntos específicos se organizaron grupos de trabajo en su interior, los cuales están estableciendo sus planes de trabajo y los mecanismos de interacción con los otros grupos de trabajo.

39. El Consorcio Nacional Mujer y Salud está integrado por 32 instituciones tanto gubernamentales como académicas y de la sociedad civil organizada. Entre ellas figuran evidentemente todas las instituciones del sector de la salud; instituciones relacionadas con la producción de información estadística y la política poblacional; organismos dedicados a la atención de poblaciones especialmente vulnerables, como los indígenas, ancianos y discapacitados; organismos de defensa de los derechos humanos; instituciones académicas, tales como universidades e institutos de educación superior e investigación científica, y ocho organizaciones de la sociedad civil con interés en los temas relativos al género y la salud.

40. A través del Consejo Técnico y sus grupos de trabajo, el Consorcio propone iniciativas para la ejecución de acciones que tiendan a reducir la inequidad de género, así como para la definición de los indicadores pertinentes para su evaluación y seguimiento, aunque no necesariamente se ocupa del monitoreo directo de la evolución de los indicadores propuestos.

41. La Coordinación del Programa Mujer y Salud en México tiene como misión, además de promover e impulsar la incorporación de la perspectiva de género en los programas de acción, presupuestos, sistemas de información, líneas de investigación y servicios de salud, vigilar los progresos realizados en este proceso teniendo como horizonte a plazo medio el año 2006 (en que llega a su término la actual administración federal). Para esta fecha está previsto contar con un 80% de los funcionarios y programas sensibles al género, que elaboren presupuestos con perspectiva de género, con unos sistemas de información que permitan evaluar el estado de salud de la población desde esta perspectiva y con una amplia participación de organizaciones de la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas públicas y en su aplicación.

ANEXO

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SOBRE EQUIDAD DE GÉNERO

1. Esperanza de vida al nacer, por sexo
2. Esperanza de vida a los 65 años, por sexo
3. Tasa global de fecundidad
4. Mortalidad infantil (corregida), por sexo
5. Mortalidad de menores de cinco años, por sexo
6. Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, por sexo
7. Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, por sexo
8. Prevalencia de la desnutrición moderada y grave en menores de cinco años, por sexo
9. Mortalidad materna (corregida)
10. Mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 25 años y más
11. Mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 años y más
12. Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, ajustada por edad, por sexo
13. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, ajustada por edad, por sexo
14. Mortalidad por diabetes mellitus, ajustada por edad, por sexo
15. Mortalidad por cirrosis hepática, por sexo
16. Mortalidad por cáncer pulmonar, por sexo
17. Mortalidad por accidentes de tráfico, por sexo
18. Mortalidad por suicidios, por sexo
19. Mortalidad por homicidios, por sexo
20. Morbilidad por tuberculosis pulmonar en la población de 15 años y más, por sexo
21. Morbilidad por SIDA por año de diagnóstico, por sexo
22. Prevalencia de ITS/VIH, por sexo
23. Número de usuarias activas de métodos de planificación familiar por 100 mujeres unidas en edad fértil
24. Promedio de consultas prenatales por mujer embarazada
25. Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas
26. Porcentaje de recién nacidos sometidos a análisis para la detección oportuna de hipotiroidismo congénito*
27. Cobertura con un plan completo de vacunación en niños de un año*
28. Cobertura con un plan completo de vacunación en niños de uno a cuatro años*
29. Número de consultas de medicina de especialidad por 1000 habitantes*
30. Número de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes*
31. Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar que completaron el tratamiento y se curaron*
32. Porcentaje de personas vivas en el Registro Nacional de Casos de SIDA*
33. Porcentaje de partos por cesárea
34. Tiempo de espera en consulta externa*
35. Tiempo de espera en urgencias*
36. Porcentaje de pacientes que reciben información sobre su padecimiento*
37. Porcentaje de usuarios que recomendarían los servicios de salud*
38. Gasto público por habitante en salud desagregado por tipo de población*
39. Porcentaje de partos atendidos que corresponden a mujeres menores de 19 años

* Se ha recomendado la desagregación y publicación de estos indicadores por sexo.