

An abstract, colorful artwork featuring several stylized faces and profiles. The faces are rendered in various colors like purple, green, and blue, with intricate patterns and textures. The composition is layered and complex, with some faces appearing to be behind others. The overall style is reminiscent of modernist or cubist art.

INDICADORES BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

INDICADORES BÁSICOS
PARA EL ANÁLISIS
DE LA EQUIDAD
DE GÉNERO EN SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Género, Etnia y Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud.

Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud.

Washington, D.C: OPS/PALTEX, © 2004.

230 p.

ISBN 92 7 532546 4

I. Título

1. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD

2. GENERO

3. SALUD DE LAS MUJERES

4. INDICADORES DE SALUD

5. INDICADORES SOCIALES

6. SALUD DE LOS HOMBRES

NLM WA309

Copyright© Organización Panamericana de la Salud 2004
ISBN 92 75 32546 4

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los trabajadores y profesionales de la salud de los organismos gubernamentales y de la sociedad civil de América Latina y el Caribe y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Índice

PRÓLOGO	XI
RECONOCIMIENTO	XIII
INTRODUCCIÓN	XV
MARCO CONCEPTUAL	1
1. Ejes conceptuales	1
2. Significado y dimensiones de la equidad de género en salud	2
2.1 Equidad de género y determinantes de la salud	3
2.2 Equidad de género en la situación de salud	6
2.3 Equidad de género en el acceso a atención de la salud	9
2.4 Equidad de género en el financiamiento de la atención	10
2.5 Equidad de género en la gestión de la salud	11
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	15
Criterios de selección de los indicadores	15
Diferenciales por sexo	17
Medición de las brechas	18
Análisis basado en género	19
PROPUESTA DE INDICADORES	21
I. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS	21
1. Dimensión demográfica:	22
1.1 Población	22
Distribución de la población por sexo y edad	22
1.2 Hogares	24
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	24
Porcentaje de hogares con presencia de menores de 5 años	26
Porcentaje de hogares con presencia de mayores de 64 años o mayores de 79 años	27
2. Dimensión socioeconómica:	29
2.1 Ingresos	29
Porcentaje de hogares con jefatura femenina en cada estrato de pobreza	29
Magnitud de la pobreza con y sin el aporte de ingresos de las cónyuges	30
Razón del ingreso medio laboral de las mujeres con respecto al de los hombres	31

2.2 Educación	33
Tasa de analfabetismo, por sexo	33
Distribución porcentual de mujeres y de hombres según el número de años de instrucción	35
Tasa de deserción escolar de mujeres adolescentes por razones de embarazo	36
2.3 Trabajo	38
Tasa refinada de participación de mujeres y de hombres en la actividad económica	38
Tasa de participación de mujeres y de hombres de 15 a 59 años de edad en la actividad económica, por condición de pobreza, según la presencia de menores de 15 años en el hogar	40
Tasa de desempleo abierto, por sexo	41
Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada según categorías de ocupación, por sexo	43
Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, por sexo	44
Horas semanales trabajadas por las mujeres y los hombres ocupados, según categoría de ocupación	46
Porcentaje de mujeres en puestos de decisión dentro de los Poderes del Estado	47
Distribución del tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) entre mujeres y hombres	49
Porcentaje de mujeres y de hombres con acceso a planes de jubilación	51
3. Condiciones ambientales	52
- Porcentaje de hogares con acceso a agua potable dentro de la vivienda	52
4. Dimensión política y legal:	54
4.1 Igualdad de género	54
Existencia de políticas nacionales que apoyan la igualdad de oportunidades y/o la equidad de género	54
Existencia de organismos oficiales encargados de las políticas nacionales de equidad de género	54
Existencia de leyes de cuotas para promover la participación política de las mujeres	55

Existencia de leyes respecto al derecho a licencias maternales	55
Existencia de leyes laborales que incluyen el cuidado de niños y niñas	55
Existencia de normativa respecto a licencias para el padre por el cuidado de los hijos en el primer año de vida	56
Existencia de normativa que garantice la jubilación y pensión para mujeres adultas mayores que no participaron en el mercado laboral	56
Existencia de legislación que promueve la igualdad de género en los adolescentes	56
Existencia de normativa para los medios de comunicación orientada a evitar la discriminación por sexo y promover la igualdad de género	57
Existencia de legislación que prohíbe los estereotipos de género en los textos escolares	57
Existencia de leyes para la atención, prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres, con asignación de recursos en el presupuesto público	57
Existencia de iniciativas para facilitar la producción no remunerada de servicios de cuidado de salud en los hogares	58
4.2 Salud sexual y reproductiva	58
Existencia de leyes sobre derechos sexuales y reproductivos	58
Existencia de normativa que permite la esterilización voluntaria	58
Existencia de normativa que permite la planificación familiar a solicitud de las mujeres	59
Existencia de normativas para la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación, o incesto	59
Existencia de anticonceptivos de emergencia a disposición del público	59
Existencia legislación sobre paternidad responsable	59
Existencia de políticas de incorporación de la educación sexual en la enseñanza media	60
Existencia de políticas de población que consideran la planificación familiar como un derecho	60
5. Dimensión del financiamiento de la atención	60
Gasto público en programas específicos de salud	60
Gasto en atención primaria	62

II. SITUACIÓN DE LA SALUD	65
1. Esperanza de vida	66
Esperanza de vida al nacer, por sexo	66
2. Mortalidad evitable	67
2.1 Mortalidad evitable por inmunización	67
Mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad por causas de mortalidad evitables por inmunización, por sexo	67
2.2 Mortalidad evitable por detección y tratamiento oportunos	69
Razón de mortalidad materna	69
Mortalidad por neoplasias malignas del útero	71
Número de defunciones registradas de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por EDA	73
Número de defunciones registradas de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por IRA	74
2.3 Mortalidad evitable por la aplicación de un complejo de medidas	76
Número de defunciones por SIDA, por sexo	76
Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias, por sexo	77
Mortalidad por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional, por sexo	79
Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo	81
Mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, por sexo	82
2.4 Otras causas de mortalidad evitable (en menor grado que las anteriores)	84
Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios, por sexo	84
Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo	86
Mortalidad por cáncer de mama de la mujer	87
Mortalidad por cáncer de próstata	89
Mortalidad por enfermedades hipertensivas, por sexo	90
Mortalidad por diabetes mellitus, por sexo	92
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, por sexo	93
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, por sexo ...	95

3. Morbilidad y lesiones evitables	96
3.1 Nutrición	96
Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva	97
Prevalencia de malnutrición (medida por el índice de masa corporal) en las mujeres que han tenido uno o más hijos en el período comprendido entre los últimos 2 meses y los últimos 5 años	98
Prevalencia de obesidad, por sexo	100
3.2 Violencia intrafamiliar y abuso sexual	102
Prevalencia de violencia intrafamiliar, por sexo	102
Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo	105
Incidencia de abuso sexual, por sexo	107
3.3 Salud mental	108
Prevalencia de depresión, por sexo	108
Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo	110
4. Comportamientos de riesgo	110
Prevalencia de tabaquismo, por sexo	110
Prevalencia del consumo de alcohol, por sexo	112
Prevalencia del consumo de drogas ilícitas, por sexo	114
5. Salud sexual y reproductiva	116
Porcentaje de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos	116
Tasa global de fecundidad	118
Tasa de fecundidad adolescente	120
Edad mediana de las madres al nacer el primer hijo	121
Porcentaje de nacimientos con alto riesgo reproductivo	122
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo	124
Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo	125
Porcentaje de mujeres en unión que utilizan anticonceptivos por motivos de espaciamiento intergenésico	126
Porcentaje de mujeres que han tenido 4 o más partos	128
Incidencia registrada de VIH-SIDA, por sexo	129
Incidencia notificada de enfermedades de transmisión sexual, por sexo	131

Incidencia de neoplasias malignas de mama	133
Incidencia de neoplasias malignas del cuello del útero	135
III.- ATENCIÓN DE LA SALUD	137
ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	137
1. Cobertura	138
1.1 Cobertura de planes de aseguramiento	138
Porcentaje de población adulta afiliada a planes de aseguramiento de salud, por sexo	138
Cobertura de planificación familiar en los planes de aseguramiento	140
2. Utilización de los servicios	141
2.1 Promoción y Prevención	141
Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo	141
Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado	143
Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido la vacuna contra el tétanos	145
Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han sometido a una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	146
Necesidad insatisfecha de planificación familiar	148
2.2 Terapéutico	150
Porcentajes de mujeres y de hombres con problemas de enfermedad o lesión que utilizaron los servicios de salud	140
3. Calidad	151
Tiempo de espera para recibir atención de salud, por sexo	151
Porcentaje de nacimientos por cesárea	153
Disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica por cada 100.000 mujeres	154
4. Gasto por servicios	155
Gasto de bolsillo en salud, por sexo	155

IV. GESTIÓN DE LA SALUD	157
1. Participación en el trabajo	158
1.1 Formal	158
Participación femenina en la fuerza laboral del sector salud	158
Porcentaje de mujeres matriculadas en las diferentes ramas de las ciencias médicas	159
Porcentaje de mujeres graduadas en las diferentes ramas de las ciencias médicas	160
Participación laboral no remunerada de las mujeres en el sector formal de la salud	161
1.2 Informal	163
Tiempo diario (en minutos) que mujeres y hombres dedican a la producción de servicios de salud en los hogares, sin remuneración	163
Tiempo diario (en minutos) que mujeres y hombres dedican a la producción de servicios de salud en la comunidad, sin remuneración	165
2. Participación en la remuneración	166
Diferencias salariales entre mujeres y hombres en el sector salud	166
3. Participación en el poder	167
Participación de las mujeres en esferas de decisiones políticas y económicas	167
V. INDICADORES SELECCIONADOS	171
1. Indicadores seleccionados para el análisis de la equidad de género en salud	171
2. Indicadores seleccionados para el monitoreo de las desigualdades de género en salud	193
REFERENCIAS	209

PRÓLOGO

Los indicadores de la situación de las mujeres y los hombres en las distintas esferas de la sociedad constituyen una herramienta indispensable para la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres. Tales indicadores desempeñan un rol esencial en la documentación de desigualdades, la eliminación de estereotipos, la formulación de políticas y la evaluación del impacto diferencial de tales políticas.

El logro de la igualdad de género como un fin en sí mismo y como requisito esencial para el desarrollo humano sostenible ha sido destacado por una serie de mandatos internacionales suscritos por los países de la Región desde 1948. El más reciente de estos mandatos es la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que designa la “igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres” como el tercer de sus ocho objetivos y como condición necesaria para el logro de los restantes. De manera paralela, el compromiso de generar estadísticas desagregadas por sexo, indicadores de desigualdad de género y sistemas de monitoreo para evaluar los cambios en la situación relativa de las mujeres y los hombres, ha figurado con prominencia en las declaraciones de los foros internacionales celebrados en la década de los 90 y, de manera particular, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

Por razones de disponibilidad de información sectorial con representatividad poblacional, el análisis de la salud ha tendido a concentrarse en las estadísticas de mortalidad y natalidad las cuales, aunque cruciales, representan solo los polos extremos del continuo de la vida y no dan cuenta del transcurso de la misma. Recientemente, sin embargo, la atención ha comenzado a dirigirse a otras fuentes de información externas al sector salud—encuestas periódicas de condiciones de vida— las cuales constituyen un recurso singular para el seguimiento de los avan-

ces hacia la igualdad de género en la salud y sus determinantes. Los indicadores que aquí se presentan están contruidos sobre ambos tipos de fuentes.

Es importante subrayar que la desagregación por sexo de la información constituye un requisito básico pero no suficiente para el análisis de género. Más allá de la descripción de las diferencias entre los sexos, el análisis de género apunta a identificar los vínculos entre el problema examinado y las relaciones desiguales de género que predominan en el contexto social. Tales desigualdades, originadas en la distribución por sexo del trabajo y el poder, se traducen en asimetrías sistemáticas no solo en la exposición a riesgos sino, también, en las oportunidades de acceder y controlar los recursos para proteger la salud e incidir en las decisiones que afectan la salud propia y colectiva. Tal tipo de análisis pone en relieve la importancia de disponer de conjuntos integrados de información que permitan relacionar los indicadores de salud con perfiles diferenciados de riesgos y oportunidades para las mujeres y los hombres de distintos subgrupos económicos, étnicos y etarios.

La Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud se complace en presentar esta publicación que se enmarca dentro de los mandatos internacionales e internos de promoción de la igualdad de género, en esta instancia, desde el ángulo del manejo de la información. Este documento de trabajo constituye una propuesta de categorías analíticas e indicadores básicos para orientar la producción, sistematización y análisis de la evidencia sobre la condición y posición relativa de las mujeres y los hombres en ámbitos clave de la salud y sus determinantes. El énfasis en la selección de indicadores se sitúa sobre las inequidades de género, esto es, las desigualdades entre hombres y mujeres que se consideran injustas y evitables.

Esperamos que este trabajo aporte a la generación de elementos informativos básicos que sirvan para evidenciar las desigualdades de género, orientar las decisiones políticas para la eliminación de tales inequidades, y facilitar la creación de condiciones que aseguren el ejercicio igualitario del derecho a la salud.

Elsa Gómez Gómez

Asesora Regional

Unidad de Género, Etnia y Salud

RECONOCIMIENTOS

La elaboración de esta propuesta de indicadores básicos para el análisis de género en salud atravesó una serie de etapas, a través de las cuales creció, en ocasiones se redujo, y en todo caso, se enriqueció y afinó.

La propuesta original fue comisionada a Ann K. Blanc en 2002, por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo—actualmente Unidad de Género, Étnia y Salud—de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta versión inicial constituye el núcleo central de la presente propuesta, núcleo que fue expandido posteriormente por el equipo de Género y Salud de la OPS, con el fin de acercarlo a las nuevas demandas de cooperación técnica que encaraba la Unidad. La primera versión expandida fue revisada por un grupo de profesionales, de dentro y fuera de la Región, con reconocida experticia en las áreas de género, salud, y medición. Ellas/os fueron Francisco Cos (México), Thelma Gálvez (Chile), Cristina Grela (Uruguay), María José de Oliveira Araujo (Brasil), Ana Rico (Colombia), y María Teresa Ruiz Cantero (España). Las sugerencias proporcionadas por estas revisiones fueron integradas en una tercera versión, la cual fue sometida a evaluación, en términos de su adecuación a las realidades nacionales de seis países: Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Esta evaluación se cumplió a través de talleres multidisciplinarios en los que participaron representantes de gobiernos y sociedad civil—productores y usuarios de información—trabajando en temas relacionados con género, salud y desarrollo.

La versión “validada” con los insumos de país, fue compartida con el Departamento de Género y Salud de la Mujer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, otras oficinas regionales de OMS, Women’s Health Bureau/Health Canada, la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL, y el Centro Kobe para Desarrollo de la Salud en Japón. Estas instituciones ofrecieron, también,

comentarios y sugerencias que contribuyeron a mejorar sensiblemente la propuesta. La quinta –y penúltima– versión de esta guía fue revisada por la epidemióloga Danuta Rajs, integrante del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud de la OPS, y por la estadística Edna N. Roberts, largo tiempo funcionaria de la OPS en el área de análisis de la salud. Particulares reconocimientos van para el Área Técnica de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria y el Grupo Interprogramático de Consulta sobre Datos Básicos y Análisis de Salud de la OPS, por sus contribuciones en esta etapa.

La presente versión es el resultado, por tanto, de múltiples contribuciones e influencias. Reconocemos nuestra deuda a quienes contribuyeron con sus valiosos insumos al desarrollo de este instrumento y, al mismo tiempo, los/las exculpamos de responsabilidad por el producto final. Esta responsabilidad descansa, de manera central, en la persona de Lilia Jara, quien impulsó, coordinó y convirtió este recorrido en un ejercicio democrático de producción de conocimiento, y en Elsa Gómez Gómez quien elaboró la sección correspondiente al marco conceptual que orientó este proceso. Agradecemos de manera especial a la Fundación Rockefeller y la Fundación Ford, cuyo apoyo financiero hizo posible la realización de este trabajo, en el marco de la iniciativa OPS “Equidad de Género y Reforma del Sector Salud”.

INTRODUCCIÓN

Por su mayor desventaja social, la temática de la equidad de género con un énfasis particular en las mujeres ha ido cobrando cada vez mayor importancia en la agenda política internacional.

Especialmente se presenta de manera explícita la necesidad de lograr una mayor equidad de género a partir de los compromisos adquiridos por los Estados Miembros en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (1979), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (1995).

En el ámbito de la salud, las mencionadas conferencias aluden no solo a la situación en que se halla la salud de las mujeres, sino también al papel protagónico de estas como proveedoras de atención formal dentro del sistema y de cuidado informal de la salud dentro de la familia y la comunidad. Desde el ángulo de la utilización de servicios, se ha prestado especial atención a la consideración integral de las necesidades específicas en las diferentes etapas del ciclo de vida, la calidad del servicio, la provisión efectiva de servicios de salud sexual y reproductiva y nutrición, y la atención de grupos especiales de la población (migrantes, desplazados, refugiados, indígenas).

Se ha urgido a los Estados Miembros a tomar acciones que hagan más equitativa la integración de las mujeres en el sistema de salud mediante las siguientes recomendaciones: involucrarlas en la planificación, la toma de decisiones y el manejo, la implementación y la evaluación de los servicios; eliminar la discriminación salarial por sexo y promoverlas en los diferentes niveles de los servicios de salud, tomando en cuenta el tiempo que ellas dedican a la promoción de la salud

y a la atención de la enfermedad de manera remunerada y no remunerada, y promoviendo una mayor participación de los hombres en el cuidado de la salud familiar. Las recomendaciones llaman la atención sobre las necesidades de las jefas de hogar y de aquellas que se han incorporado al mercado laboral. Destacan la importancia de incorporar la perspectiva de equidad de género en la investigación sobre la salud, la formulación de políticas públicas saludables, incluidas las económicas, y los procesos de desarrollo de la salud. Subrayan asimismo, la necesidad de desarrollar procedimientos e indicadores para el análisis de género así como para el monitoreo del progreso hacia el logro de la igualdad en la salud y su gestión.

Con el objeto de facilitar la incorporación de la perspectiva de equidad de género, primero, en el análisis de la situación de la salud, segundo, en la formulación y evaluación de políticas que afectan la salud, y tercero, en el monitoreo de los avances en el ámbito de la salud, la Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud ha identificado el conjunto de indicadores que se presenta en esta publicación y, a partir de esta propuesta amplia, ha seleccionado dos subconjuntos de indicadores básicos: uno para el análisis de la situación, y el otro para el monitoreo de las desigualdades de género en salud.

A continuación se presentan de manera sintética los conceptos, las dimensiones analíticas y los principios básicos que enmarcan la propuesta de indicadores de equidad de género en el ámbito de la salud.

MARCO CONCEPTUAL¹

1. Ejes conceptuales

El mandato de integrar la perspectiva de género en la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud se apoya en cuatro pilares conceptuales: salud, equidad, género y participación ciudadana

Salud

De acuerdo con la definición adoptada por la OMS/OPS, la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Salud es, por tanto, un concepto positivo que enfatiza tanto las capacidades físicas como los recursos personales y sociales y, por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector salud ni se limita a los estilos de vida saludables (2). El logro del mayor nivel alcanzable de salud es un derecho humano fundamental, consagrado desde 1946 en la constitución de la OMS.

Equidad

Equidad no es lo mismo que igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la OMS/OPS se ha reservado para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas” (3). Así, mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

¹ Esta sección se basa en el trabajo de Gómez, E. *Equidad, Género y Salud: retos para la acción*. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. Vol II. Nos. 5, 6. 2002. (1, pp. 454-461)

Género

Género no es sinónimo de sexo. “Sexo” alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, mientras que “género” se refiere a la construcción social de lo “masculino” y lo “femenino” y a la forma como se articulan estas dos construcciones en relaciones de poder. Género tampoco equivale a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer —ni tampoco al hombre— per se, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder.

Integrar la perspectiva de género en el análisis de la salud implica vincular la división por sexo del trabajo —productivo y reproductivo— y del poder en una población, con los perfiles epidemiológicos y las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud en esa población.

Participación ciudadana

La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos amplios de equidad y, en particular, de la equidad de género. Esta participación se concibe como el ejercicio del derecho ciudadano de mujeres y hombres a incidir sobre los factores y procesos que afectan su salud —tanto la propia como la colectiva—, y no simplemente para desarrollar acciones prescritas por otros, o servir como instrumento para abaratar los costos en la provisión de servicios. El énfasis puesto en las mujeres —particularmente en las mujeres pobres— responde a la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista de la participación femenina que ha permeado históricamente el sistema de salud, promoviendo en cambio una distribución más justa de los recursos, las responsabilidades y el poder en la producción de la salud.

2. Significado y dimensiones de la equidad de género en salud

La equidad de género en el ámbito de la salud se traduciría, entonces, en la ausencia de disparidades remediables e injustas entre las mujeres y los hombres, que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en el contexto socioeconómico.

La referencia al ámbito de la salud envuelve varias dimensiones: el *estado de*

salud, la *atención de la salud* —uno de los múltiples determinantes de la salud—, y los procesos de *gestión de la salud*:

- en el área de los **determinantes socioeconómicos** de la salud, la equidad de género significa igualdad de acceso y control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud (alimento, vivienda, ambiente sano, educación, información, trabajo, remuneración, tecnologías y servicios, entre otros);
- en materia de **estado de salud**, la *equidad de género* se reflejaría en niveles de salud y bienestar comparables en mujeres y hombres, no solo entre sí, sino en relación con los niveles alcanzables en poblaciones específicas, esto es, los niveles de salud de las mujeres y los hombres de los grupos de mayor privilegio social;
- en la **atención de la salud**, la equidad de género implica que:
 - los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres,
 - los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo, independientemente de la capacidad de pago,
 - mujeres y hombres aporten al financiamiento de los servicios de salud según su capacidad económica, y no según los riesgos o necesidades propios de cada sexo y cada etapa del ciclo vital;
- en la **participación en la gestión de la salud**, la equidad de género demanda un balance justo en la distribución por sexo del trabajo (remunerado y no remunerado), de las compensaciones asociadas con ese trabajo, y del poder en la toma de decisiones.

2.1. Equidad de género y determinantes de la salud

Más allá de su importancia en la formación de la identidad, la categoría género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. **Género** es una categoría que estratifica, la cual ocupa un lugar central — junto con **clase y raza**— en el nivel macro de asignación y distribución de los recursos que hacen posible el logro y mantenimiento de la salud.

La relevancia de la categoría género en el nivel macro estriba en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía. El enfoque de género asegura, por un lado, la existencia de una esfera de trabajo *no remunerado*, denominado trabajo **reproductivo**, donde la fuerza de trabajo se reproduce y es

puesta en circulación; y por el otro, condiciona las alternativas en la esfera del trabajo remunerado, llamado **productivo**. La intersección de esas dos esferas sitúa a las mujeres en una posición de subordinación y desventaja frente al acceso y el control de ciertos recursos (materiales y no materiales) necesarios para alcanzar un nivel alto de bienestar. Dentro de tales recursos se destacan: la vivienda, el acceso a la propiedad de la tierra y el capital productivo, educación, información, ingreso, alimentos, crédito, protección prestacional, uso discrecional del tiempo, y participación en el poder político. Para fines de este trabajo, el análisis se restringirá a las interacciones entre género, clase y etnia, que se traducen en diferencias de oportunidades en *el trabajo, la educación y el poder político*.

➔ **La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores de pobreza** tiene sus raíces en tres grandes factores:

- 1) la preeminencia asignada por la sociedad al **trabajo “reproductivo”** en la vida de las mujeres, limita las oportunidades de estas para participar en el **trabajo “productivo”** remunerado;
- 2) la desvalorización social del trabajo “femenino” que se traduce en **niveles inferiores** de remuneración, autonomía y prestaciones en el ámbito del mercado laboral y en **exclusión** con respecto a compensaciones en dinero, prestaciones sociales y reconocimiento del aporte económico asociados con el trabajo en el ámbito doméstico;
- 3) la implementación de **políticas macro** que, por pensarse de manera demasiado agregada, carecen de un análisis de la realidad en la vida de las personas y, por ello, en muchos casos han empeorado las condiciones de vida de las mujeres en mayor proporción que la de los hombres, como es el caso de la reducción en el gasto para servicios sociales.

En la mayoría de las sociedades las mujeres asumen la responsabilidad principal del trabajo reproductivo de cuidado de los hijos y del hogar, trabajo que tiende a ser percibido como una función *natural* femenina, sin valor económico. En contraste, el trabajo remunerado, valorado siempre como productivo, ha constituido históricamente la principal responsabilidad de los hombres. Tal tipo de arreglo ha conducido a una subordinación económica de las mujeres que se asienta en la **invisibilidad económica** de la contribución del trabajo reproductivo, contribución esta que no se contabiliza ni siquiera en los censos y menos aún, en las cuentas nacionales.

La subordinación económica de las mujeres dedicadas al trabajo en el hogar se evidencia dramáticamente en los casos de desamparo en que quedan muchas mujeres —y sus hijos— a raíz del abandono o la muerte del cónyuge. Tal situación

de desamparo económico y prestacional no ocurre porque tales sucesos empobrezcan a las mujeres, sino por el hecho de que las mujeres no ejercen, por *derecho propio*, el acceso y control de los recursos básicos para el bienestar.

La entrada de las mujeres al mercado de trabajo no altera de manera esencial la división sexual del trabajo; simplemente, sitúa a la mujer en dos esferas de actividad, regidas ambas por el mismo sistema de jerarquización, y da origen a la llamada “doble jornada”. La necesidad de las mujeres de conciliar sus roles reproductivos y productivos, aunada a la subvaloración social del trabajo femenino, da origen a diferencias profundas en los patrones de trabajo de cada sexo. El patrón de trabajo de las mujeres tiene las siguientes características:

- mayor carga/tiempo de trabajo si se contabiliza tanto el trabajo productivo como el reproductivo;
 - menor participación en la fuerza de trabajo remunerada: aunque la participación laboral femenina ha ido aumentando rápidamente, alrededor del 50% de las mujeres de la Región se encuentra todavía fuera del mercado laboral remunerado;
 - mayor desempleo femenino que masculino en casi todos los países de la Región;
 - concentración en ocupaciones de baja remuneración y remuneración menor por igual trabajo. En los países de la Región para los cuales existe información, el ingreso promedio de las mujeres varía entre 55% y 83% con respecto al ingreso promedio de los hombres, cifra que no es explicable por niveles diferenciales de educación (4);
 - mayor representación en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, tales como empleos de tiempo parcial y trabajo en el sector informal;
 - discontinuidad en la historia de trabajo —ocasionada por la gestación y crianza de los hijos— que limita el acceso a beneficios de seguridad de la salud en el largo plazo.
- ➔ La **educación formal** es una condición necesaria, pero no suficiente, para asegurar niveles comparables de acceso al trabajo, ingreso y protección prestacional entre mujeres y hombres. Es, sí, un ingrediente básico de “empoderamiento”, que marca profundos diferenciales en los comportamientos de salud de las mujeres, con particular referencia a la salud reproductiva.

En cuanto a las diferencias por sexo en el nivel educativo, valga destacar que:

- la brecha de género en la educación básica, primaria y secundaria, ha ido

cerrándose en la Región al punto de que, con contadas excepciones, las mujeres de cohortes jóvenes poseen mayor o igual nivel de instrucción que los hombres;

- las diferencias por sexo desfavorables a las mujeres comienzan a hacerse visibles, cuantitativamente, en la matrícula en los niveles de educación superior y, cualitativamente, en el tipo de disciplinas que concentran a la población femenina. Tal tipo de disciplinas tiende a ser percibido como una extensión del trabajo reproductivo en la esfera pública, y a gozar de menor reconocimiento social y valoración económica;
 - la diferencia por sexo en años de educación no guarda correspondencia con las diferencias por sexo en el ingreso por remuneración. En algunos países de la Región la brecha de género en materia de ingresos aumenta a medida que aumenta el nivel de instrucción.
- ➔ La desventaja de las mujeres en la **participación política** se asocia también con el patrón descrito de división y jerarquización del trabajo según género. “*En el ejercicio real de poder o de autoridad para la toma de decisiones, las mujeres son una clara minoría a través del mundo*” (5; p. 86). Las mujeres ocupan menos del 10% de los cargos altos de decisión política (parlamentos, ministerios, cortes supremas de justicia) y permanecen notablemente menos representadas en todas las estructuras del poder nacional, local y sectorial que definen prioridades y asignan recursos. El sistema de salud no es una excepción en este respecto; por el contrario, las mujeres participan activamente en la mayoría de los programas de desarrollo sanitario durante su fase de ejecución, pero no aparecen incluidas en las etapas de formulación, diseño y asignación de recursos para tales programas.

2.2. Equidad de género en la situación de salud

A través del mundo, las mujeres tienden a sobrevivir a los hombres y a exhibir una mortalidad menor que la masculina a cualquier edad. Esto no significa necesariamente que las mujeres disfruten de mejor salud. La mortalidad constituye solamente un reflejo del deterioro extremo que puede sufrir la salud y no da cuenta de las profundas variaciones que se registran en el estado de bienestar de quienes sobreviven.

La equidad de género en la situación de salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles.

La operacionalización de la salud como un “*estado completo de bienestar físico, psicológico y social*” sigue constituyendo un reto metodológico con escasas respuestas satisfactorias. Una de las razones para ello es el hecho de que la información disponible —particularmente en los países en desarrollo— proviene de indicadores esencialmente negativos como son los de enfermedad y discapacidad (física y mental), muerte y conductas de riesgo. Algunas excepciones a esta tendencia apuntan a la operacionalización de estilos *individuales* de vida saludable, dentro de los cuales se incluyen la nutrición adecuada, hábitos de actividad física y regulación autónoma de la propia fecundidad. En el nivel colectivo se destacan la formulación e implementación de políticas públicas saludables en materia de convivencia pacífica, seguridad alimentaria, seguridad ocupacional, ambiente saludable, satisfacción de las necesidades básicas (incluidos los servicios de salud) y reducción de inequidades.

Por su importancia central dentro del contexto de género así como por la disponibilidad de información al respecto, es valioso destacar la dimensión de la salud reproductiva, vista desde la perspectiva de los derechos. La salud reproductiva se ha definido como:

un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (6, Cap.7, párrafo 7.2).

Dentro de la temática general de salud y equidad de género es necesario enfatizar los siguientes elementos:

- ➔ ***La mayor supervivencia de las mujeres no es ni ha sido siempre la norma: las condiciones hostiles del medio social pueden disminuir, e incluso, anular la ventaja de supervivencia femenina.*** La menor mortalidad de las mujeres no es una constante en el tiempo, y tampoco lo es para todos los países, grupos de edad y estratos socioeconómicos.
 - La mayor esperanza de vida de las mujeres, característica hoy de los países industrializados, no era una realidad para tales países a principios del siglo XX, ni lo es actualmente en algunos países de África y el Sudeste Asiático (7). Esta mayor mortalidad femenina se ha asociado no solo con altas tasas de mortalidad materna durante las edades reproductivas, sino también con patrones de profunda discriminación en contra de las mujeres.
 - Además del grupo de edad de **15-49 años**, un grupo etario donde, con alarmante frecuencia, se ha detectado mayor mortalidad femenina es el de **1-4**

años (8). Dada la reconocida ventaja biológica femenina de supervivencia al comienzo de la vida —incluso en útero—, una mayor mortalidad en las niñas que en los niños constituye una importante señal de alarma en torno a la posible existencia de discriminación en contra de las niñas, particularmente, dentro del hogar.

- En América Latina y el Caribe el pronunciado diferencial de mortalidad por sexo en detrimento de los varones observado durante la década de 1990 en los estratos “no pobres” se reduce, e incluso llega a desaparecer en los estratos “pobres” de algunos países. Tal fenómeno se deriva del hecho de que el aumento proporcional de la mortalidad asociado con condiciones de pobreza fue mayor para las mujeres que para los hombres, ilustrando con ello el perjuicio desproporcionado que ejerce la pobreza sobre la salud de las mujeres (1; pp. 457-458).

➔ ***La ventaja de supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud o calidad de vida.*** La evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, la cual se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo (9).

➔ ***Existen diferencias importantes por sexo en la naturaleza, prevalencia, riesgos y consecuencias de los problemas de salud y, por ende, en su evitabilidad.*** Desde la perspectiva de la equidad, es necesario enfatizar las diferencias por sexo en la mortalidad y la morbilidad que son prevenibles por intervenciones sectoriales o multisectoriales. A continuación se señalan algunos ejemplos:

- **Condiciones que afectan exclusivamente a las mujeres (uno de los sexos) y que son altamente prevenibles por el sector salud**
 - La *mortalidad materna*, por su indiscutible evitabilidad e injusticia, constituye un trazador crítico de la discriminación y la baja condición social en que se hallan las mujeres.
 - La mortalidad por cáncer *cervicouterino* es claramente evitable en virtud de la disponibilidad de tecnologías sencillas y económicas para su detección y tratamiento temprano.
- **Condiciones que afectan diferencialmente a los sexos y que son evitables por un conjunto de medidas intersectoriales**
 - La *violencia* marca los mayores diferenciales por sexo en la mortalidad en detrimento principal de los hombres. Tal diferencial por sexo en las muer-

tes por accidentes y homicidios se asocia estrechamente con la división de roles y expectativas culturales entre mujeres y hombres en las que se relaciona la “hombría” con ciertos comportamientos de riesgo, protección y dominación.

- La violencia en contra de las mujeres está ligada también a comportamientos de dominación tolerados y estimulados mayormente entre los hombres y es la manifestación más cruda de la desigualdad de poder entre los sexos.
- Otros importantes diferenciales por sexo en la mortalidad y la enfermedad asociados con conductas de riesgo más prevalentes entre los hombres son los relativos al cáncer de pulmón, cirrosis del hígado y SIDA.

Estos ejemplos sirven para destacar que, aun con manifestaciones diferentes según el sexo, la rigidez en la separación de los roles, las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, y las exigencias sociales asociadas con el ejercicio del poder —ínter e intragénero—, ejercen efectos claramente negativos sobre la integridad física, psicológica y social no solo de las mujeres sino también, de los hombres.

2.3. Equidad de género en el acceso a la atención de la salud

La tendencia de las mujeres a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres no puede interpretarse automáticamente como una expresión de ventaja social por parte de aquellas.

La equidad de género en el acceso a la atención de la salud no significa que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios. Significa, por el contrario, que los recursos se asignen y los servicios se reciban *diferencialmente de acuerdo con las necesidades* particulares de cada sexo, etapa de la vida, y contexto cultural-socio-económico, e independientemente de la capacidad de pago de las personas.

La noción de *necesidad* en la base del concepto de equidad distributiva apunta hacia la asignación diferencial de recursos de acuerdo con los requerimientos particulares de grupos e individuos. Su estimación, por consiguiente, resulta esencial como denominador para el cálculo de utilización de servicios. Sobre este particular cabe enfatizar que:

- ➔ **Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud** que los hombres derivada particular pero no exclusivamente, de su rol biológico en la reproducción;
- ➔ **El tamaño y la dirección de la diferencia por sexo en el consumo de servicios de salud** depende entre otras variables, de la edad, el tipo de servicio, la clase de afiliación a planes de aseguramiento, y el estrato socioeconómico (10);
- ➔ **La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud.** Como se acaba de mencionar, al ajustar por necesidad, la brecha de género en el consumo de servicios de salud llega a desaparecer e incluso a revertirse en los sectores de bajos ingresos de algunos países (1; pp. 459);
- ➔ En términos de **cobertura de planes de aseguramiento públicos o privados** es esencial destacar que, mientras la seguridad social y los planes de aseguramiento dependan del empleo y por la forma como se dividen por sexo los bienes materiales y no materiales en la sociedad, una proporción mayoritaria de mujeres no va a acceder por derecho ciudadano a la atención de su salud. Cabe añadir que el acceso indirecto como dependiente (y no como titular o contribuyente) pone a las mujeres —y a sus hijos— en riesgo inminente de desprotección por viudez, separación conyugal, cambios de situación de empleo del cónyuge o cambios en las regulaciones con respecto a los dependientes.

2.4. Equidad de género en el financiamiento de la atención

El principio de equidad por el cual los aportes financieros corresponderían con la capacidad económica de los y las contribuyentes es vulnerado de manera general para las mujeres, particularmente en los sistemas de financiamiento no solidario de la atención. Las mujeres tienden a pagar más que los hombres para proteger su salud, no solo en términos absolutos —dada su mayor necesidad de servicios—, sino también, en términos proporcionales, en virtud de su menor capacidad económica.

- **Mayor pago absoluto:** En Estados Unidos las mujeres en edad reproductiva pagan 68% más que los hombres en gastos de bolsillo para la atención de la salud (11). En Chile, la prima de aseguramiento privado durante las edades reproductivas es 2,5 veces más alta para las mujeres que para los hombres. En cuatro países de América Latina y el Caribe con información de encuestas de hogares, el gasto de bolsillo en salud es 16% - 40% más alto para las mujeres que para los hombres;

- **Mayor pago relativo:** Las mujeres, como grupo, tienen menor capacidad de pago que los hombres. Por su predominio entre los trabajadores sin remuneración y su inserción desventajosa en el mercado de trabajo remunerado, las mujeres tienen menor acceso a los recursos para pagar directamente por servicios o acceder a planes de aseguramiento.

La equidad de género en el financiamiento de la atención de la salud exige que mujeres y hombres aporten según su capacidad económica, y no según los riesgos o necesidades propios de cada sexo y etapa vital.

Un requisito central para la equidad de género en el financiamiento de la atención es que *el costo de la reproducción se distribuya solidariamente en la sociedad en lugar de ser asumido predominantemente por las mujeres en edad reproductiva.*

2.5. Equidad de género en la gestión de la salud

Las mujeres representan más del 80% de la fuerza laboral en el campo de la salud. Y tal vez lo más importante y menos valorado es que las mujeres son las **principales gestoras y proveedoras de servicios de atención** dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% de la detección y atención temprana de la enfermedad ocurre fuera de los servicios y es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Esto sin contar el papel desempeñado por las mujeres en las campañas de vacunación y en la atención de los ancianos, los niños, los discapacitados, los enfermos y los sanos.

Pese a esta contribución protagónica al desarrollo de la salud, las mujeres permanecen en una **posición de desventaja dentro del sistema formal e informal de salud,**

- predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal, aun controlando por tipo de profesión;
- permanecen menos representadas en las estructuras de poder local, nacional y sectorial que definen prioridades y asignan recursos para la salud; y
- desempeñan sin remuneración la mayor parte del trabajo informal de promoción y atención de la salud-enfermedad en la familia y la comunidad.

La falta de valoración económica del aporte y el tiempo de las mujeres lleva a que formulaciones de política aparentemente neutras, como la "reducción de costos", la "reducción del aparato de Estado", y la "descentralización", escondan

importantes sesgos de género, en la medida que impliquen transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no remunerado de las mujeres. Así, la premisa que sustenta algunas medidas de ajuste y de reforma es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios; — por ejemplo, reduciendo las estadías hospitalarias, el cuidado institucional de ancianos, la atención de enfermos mentales— bajo el supuesto de que dichos servicios pueden ser provistos por las familias. Ausente de estas políticas están las consideraciones relativas al impacto que las expectativas de disponibilidad, obligación y gratuidad del tiempo de las mujeres ejercen sobre su situación de empleo y remuneración y, sobre su desgaste físico y emocional. También está ausente la consideración de estructuras de apoyo para la provisión de atención en el hogar. Y más ausente aún, una seria consideración de la eficiencia y la sostenibilidad en el largo plazo de este tipo de arreglo.

La equidad de género en la gestión de la salud va más allá de garantizar igual salario por trabajo de igual valor en el sector formal de la salud. Exige, a partir de la valoración del cuidado no remunerado provisto por las mujeres en el hogar y la comunidad, una distribución justa del costo real de la provisión de atención, no solo entre hombres y mujeres sino, también, entre la familia, la comunidad, el estado, y el mercado (12).

Requiere, además, una participación igualitaria de mujeres y hombres — particularmente de los sectores de menores recursos— en la toma de decisiones sobre la definición de prioridades y la asignación de recursos —públicos y privados— necesarios para asegurar la salud.

En resumen, el énfasis puesto en las mujeres dentro del contexto de equidad de género en la salud responde a que ellas:

- por su función reproductiva, tienen **mayor necesidad de servicios** de salud que los hombres;
- por su posición desventajosa en el trabajo, tienen **menor acceso y menor control sobre los recursos** que determinan el ejercicio del derecho a la salud;
- por su mayor necesidad de servicios en salud reproductiva y su menor capacidad económica, **pagan absoluta y proporcionalmente más** que los hombres por la atención de su salud;

- por pautas culturales en la división y valoración del trabajo, gozan de **menor remuneración, prestigio y autonomía** en el sistema formal de salud, **asumen sin remuneración el cuidado** de la salud en el hogar y tienen **menos voz en las decisiones** sobre la asignación de recursos;
- por su rol de cuidadoras informales de la salud, resultan más afectadas que los hombres por el aumento o reducción de los servicios públicos.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Dado que no todos los indicadores presentados han sido validados, aceptados internacionalmente y usados rutinariamente, ciertas modificaciones y ajustes serán necesarios. Los indicadores deberán ser adaptados a la situación de salud de cada país y la disponibilidad de datos.

Sin subestimar la importancia de los indicadores cualitativos adaptados a la información existente en cada país, se enfatiza en medidas cuantitativas de los diferenciales en salud entre mujeres y hombres y otros subgrupos. Las referencias a indicadores cualitativos en este documento se limitan a determinantes políticos y legales. Se subraya, sí, que un análisis de género deberá incluir medidas cuantitativas e información cualitativa.

Criterios de selección de los indicadores

Considerando la relevancia conceptual de las dimensiones de inequidad que se intenta operacionalizar y los compromisos acordados en las conferencias internacionales, los indicadores han sido seleccionados tomando en consideración los siguientes criterios (13):

- **relevancia para las políticas:** que la información sea útil para guiar intervenciones en el corto, en el mediano y en el largo plazo, orientadas a una mayor equidad de género;
- **confiabilidad:** que los datos sean fidedignos; es decir, que cumplan con un mínimo de calidad para ser usados de manera confiable. Para los indicado-

res que miden diferenciales, la ausencia de sesgo puede ser más importante que la precisión;

- **sencillez:** que las técnicas requeridas tanto para recolectar como para analizar los datos sean sencillas, de tal manera que la recolección, el procesamiento y el análisis puedan estar a cargo del personal local encargado de estas funciones;
- **accesibilidad:** que los datos requeridos estén disponibles o sean relativamente fáciles de recolectar mediante métodos que han sido validados;
- **sostenibilidad:** que sea posible de elaborar los indicadores de manera rutinaria en el tiempo;
- **oportunidad:** que la información, presentada oportunamente, sirva para tomar decisiones informadas, con datos actualizados; la información puede dejar de ser útil si se presenta en un tiempo demasiado largo.

Cabe señalar que no todos los países de la Región disponen de los datos necesarios para la construcción de varios indicadores; sin embargo, si se deja establecida la necesidad de contar con esos indicadores para cuantificar las diferencias entre las mujeres y los hombres podrá contribuirse a que se inicien indagaciones específicas en los temas respectivos.

En general, los datos de morbilidad son escasos y no son de buena calidad. Por ello es preciso que al elaborar los indicadores y medirse las desigualdades, se valoren la calidad y disponibilidad de los datos frente a la utilidad de la información. Con respecto a los datos de mortalidad, para el año 2000 la mayoría de los países de la Región presentan un subregistro que varía entre 0 para ciertos países con mejores sistemas de registros de hechos vitales, hasta 94,5% en Haití; asimismo, el porcentaje de muertes por causas mal definidas también varió entre 0,8% en Cuba y 48,5% en Haití (14). Sin embargo, cuando se trata de la medición de los diferenciales de tasas de mortalidad entre mujeres y hombres, los problemas de la calidad de los datos por subregistro no impiden su cálculo, ya que este afecta los datos de los dos grupos de la población.

Como principales fuentes de datos se sugiere la utilización de estadísticas vitales, registros administrativos de salud, los censos, encuestas demográficas y de salud, encuestas de empleo, encuestas de ingresos y gastos, otras encuestas sobre las condiciones de vida que incluyan módulos de salud y estadísticas oficiales de la policía. En cada país, se identificarán fuentes específicas.

Diferenciales por sexo

Los indicadores presentados están orientados a resaltar y medir las diferencias entre mujeres y hombres en aspectos relacionados con la salud. Estas diferencias permitirán identificar desigualdades, y dentro de estas las calificables como evitables e injustas. Es fundamental señalar que no todas las desigualdades son inequidades, puesto que la equidad es un concepto ético que se refiere a la justicia o injusticia de tales diferencias.

En respuesta a esta noción ética en la selección de indicadores de salud, se ha asignado un énfasis especial a aquellas condiciones, situaciones o problemas de salud que tienen una alta posibilidad de ser evitadas dentro del marco de la tecnología disponible de prevención, detección y tratamiento. De allí, se han incluido indicadores que muestran situaciones de salud que (15):

- **son específicas a uno de los sexos:** por ejemplo, el cáncer cervicouterino, la mortalidad materna y el aborto, para las mujeres; el cáncer de próstata, para los hombres;
- **son más prevalentes en uno de los sexos:** la anemia por deficiencia de hierro afecta principalmente a las mujeres; los hombres enfrentan una mayor mortalidad por lesiones y violencia;
- **afectan diferencialmente a cada sexo:** la malaria en una mujer embarazada es una causa importante de aborto espontáneo o mortalidad fetal;
- **tienen factores de riesgo diferentes para cada sexo:** los hombres tienen mayores problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y con el desempeño de ocupaciones peligrosas; las mujeres tienen mayor riesgo de ser víctimas del abuso sexual y la violencia intrafamiliar;
- **reciben diferentes respuestas del sector salud o la sociedad:** la planificación familiar se ha focalizado en las mujeres; la estigmatización por VIH-SIDA es mayor para las mujeres; los problemas cardiovasculares son vistos como propios de los hombres.

Se ha puesto especial interés en resaltar la medición de las desigualdades no solo entre hombres y mujeres, sino también entre los diferentes subgrupos de mujeres y hombres, categorizados por edad, nivel socioeconómico, pertenencia étnica, zona de residencia, condición de actividad, pertenencia a grupos específicos (migrantes, desplazados, refugiados y discapacitados). Muchas de las desagregaciones sugeridas para medir las desigualdades en los subgrupos poblacionales, necesarias desde una perspectiva de equidad, en la actualidad aún no son factibles

de obtener, de allí la importancia de promover el registro de estas variables en las fuentes de datos.

Medición de las brechas

Con el fin de facilitar la medición de las diferencias entre mujeres y hombres se sugieren indicadores de disparidad tales como la diferencia y la razón (16).

La diferencia y la razón proveen diferente información:

- **la diferencia** evalúa la magnitud de la brecha entre los grupos de población;
- **la razón** evalúa la diferencia relativa entre los grupos de población.

En el caso de la mortalidad, por ejemplo, las diferencias son útiles para determinar la contribución de varias causas de mortalidad a la diferencia total en la mortalidad por sexo y para comparar el número actual de defunciones que ocurren entre las mujeres y entre los hombres.

Las razones se utilizan cuando se trata de evaluar cambios en la mortalidad por sexo a lo largo del tiempo, así como los cambios en el riesgo de morir. Las razones también pueden ser utilizadas cuando se comparan tasas de mortalidad por causas específicas con el objetivo de generar hipótesis acerca de la enfermedad, pues la razón de tasas por causa específica de mortalidad es independiente de la cantidad de muertes ocurridas por cada causa, como se ilustra en la siguiente tabla (16):

Comparación de las razones y las diferencias entre las tasas de mortalidad por sexo, por causas con alta y baja frecuencia de ocurrencia

Causas de mortalidad	Tasa de mortalidad/100.000		Diferencia (H-M)	Razón (H/M)
	Hombres	Mujeres		
Causa A	20	10	10	2
Causa B	10	5	5	2
Causa C	5	2,5	2,5	2

El tamaño de las diferencias entre las tasas por causa específica, según el sexo, depende de la frecuencia de las muertes por esas causas específicas en la población. En cambio, la razón de tasas solo depende de la magnitud de una tasa respecto de la otra.

Las comparaciones de las diferencias y de las razones permiten una evaluación más completa de los diferenciales en mortalidad entre mujeres y hombres.

Dado que la estructura de edad de la población tiene un impacto importante en el riesgo de morir, cabe recordar que para realizar comparaciones entre las tasas de mortalidad se precisa que estas tasas sean ajustadas por edad, usando una misma población de referencia.

La diferencia entre las tasas así como la razón de las tasas pueden ser utilizadas para evaluar las desigualdades sociales, comparando las tasas correspondientes a diferentes niveles sociales. La diferencia de las tasas describe el tamaño de la brecha de un grupo con respecto a otro; por ejemplo en Perú, entre 1995 y 2000, la diferencia en la tasa de mortalidad perinatal entre las madres sin educación y aquellas con educación superior fue de 13 por 1.000 embarazos de 7 meses o más (17). Una razón de las tasas examina la magnitud relativa de dos tasas, y es expresada como una proporción; por ejemplo, la mortalidad materna en Honduras es 3,09 veces la tasa de Costa Rica, o la tasa de mortalidad materna de Costa Rica es una tercera parte (0,32) de la registrada en Honduras (14).

Asimismo, para los indicadores expresados en números absolutos, como por ejemplo la esperanza de vida al nacer, se pueden medir las desigualdades por diferencia o razón entre los valores de un grupo con respecto a otro grupo. En cualquier caso, es importante que se observe la significancia estadística, ya sea por el t-test para los números absolutos o el X² para las razones (13).

Cuando las poblaciones o subgrupos poblacionales son pequeños o cuando la frecuencia de ocurrencia es relativamente baja, se sugiere la agregación de datos de varios años.

La medición de las diferencias entre grupos de población considerando el sexo y otras variables como edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, nivel de educación, condición de actividad, pertenencia étnica, pertenencia a grupos específicos (migrantes, desplazados, refugiados, y discapacitados), permitiría realizar un análisis de la equidad de género en salud.

Análisis basado en género

El análisis basado en género (ABG) es una herramienta analítica que utiliza el sexo y el género como un principio de organización que ayuda a clarificar las diferencias entre mujeres y hombres, la naturaleza de sus relaciones sociales y sus diferencias en el ámbito social, en las expectativas de vida y en las circunstancias eco-

nómicas. Un ABG identifica cómo estas condiciones afectan la salud de mujeres y hombres y, su acceso e interacción con el sistema de salud (18).

El ABG proporciona un marco de referencia que, reconociendo que mujeres y hombres no pueden ser tratados como un grupo homogéneo, es muy útil para analizar y formular políticas, programas y proyectos, así como para orientar la recolección de datos. Como se mencionó anteriormente, el ABG deberá abordar la diversidad, considerando además del sexo, factores como la edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, etnicidad y pertenencia a grupos específicos de la población, entre otros.

La medición de las desigualdades en los temas y poblaciones propuestos en el presente documento facilitará realizar el ABG, con lo que se estaría brindando un instrumento clave para la toma de decisiones informadas, contribuyendo así a la igualdad de género.

PROPUESTA DE INDICADORES

I. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

El avance en el estado de salud de la población de las Américas ha sido importante en las últimas décadas; no obstante, las inequidades en los determinantes socioeconómicos de la salud que aún existen, limitan disfrutar de los beneficios de la salud por parte de ciertos grupos de la población que históricamente han permanecido excluidos.

La importancia que reviste considerar la estructura de la población y de los hogares para el logro y mantenimiento de la salud radica en que el envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico en la Región y la implementación de ciertas políticas sanitarias están llevando a una demanda cada vez mayor de servicios de salud en los hogares y en la comunidad. Esta producción de servicios, generalmente, es vista como una extensión del trabajo doméstico no remunerado que recae principalmente sobre las mujeres.

En los últimos años se han producido importantes cambios sociales, tales como el incremento del nivel educativo de las mujeres, llegándose en algunos casos a tasas de matriculación iguales e inclusive mayores que las de los hombres en los niveles de educación básica y media; la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral, que ha dado lugar a un mayor acceso y mayor control sobre los recursos y a un cambio en las relaciones de poder entre los sexos; la construcción de un marco legal para promover la equidad de género y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Pese a estos cambios positivos, se mantiene la sobrecarga de trabajo para las mujeres ya que la división sexual del trabajo descarga sobre sus hombros casi la

totalidad del trabajo reproductivo que, en la mayoría de los casos, tiene que conciliarse con el rol productivo en la esfera pública. La desigualdad persistente en la distribución del poder y las responsabilidades, así como en el acceso y en el control de los recursos materiales y no materiales entre mujeres y hombres, ubica a las mujeres en una situación de subordinación y de una relativa mayor exclusión, perpetuándose las limitaciones para mejorar sus condiciones de vida y desarrollar sus capacidades de negociación y toma de decisiones en aspectos relacionados con su bienestar.

En el ámbito del financiamiento de los servicios, varios estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial han documentado la importancia de la inversión en la salud, especialmente de las mujeres, por los altos retornos y por la contribución a la reducción de la pobreza, constituyendo una importante aporte al desarrollo económico y social (19).

De manera central, la equidad de género en el financiamiento significa que el costo de la reproducción no recaiga desproporcionadamente sobre las mujeres, sino que se distribuya solidariamente en la sociedad. Generalmente los sistemas de salud públicos y privados no son solidarios y las mujeres tienen que enfrentar mayores aportes financieros por servicios de salud. Asimismo, si la medicina prepagada se basa en los riesgos, debido a los mayores costos que implican estas atenciones, se debe evitar que las mujeres, las personas adultas mayores y las que sufren de una enfermedad crónica, sean las más perjudicadas.

1. Dimensión demográfica

1.1 Población

Distribución de la población por sexo y edad

Definición

Distribución absoluta: Número de mujeres y de hombres en cada grupo quinquenal de edad, en determinado año y territorio.

Distribución porcentual: Cociente entre el número de mujeres de un grupo específico de edad y la población total de mujeres, para un año y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\text{Porcentaje de mujeres en un grupo de edad} = \frac{\text{Número de mujeres en ese grupo de edad}}{\text{Número total de mujeres}} * 100$$

$$\text{Porcentaje de hombres en un grupo de edad} = \frac{\text{Número de hombres en ese grupo de edad}}{\text{Número total de hombres}} * 100$$

(Igual para cada grupo de edad de mujeres y hombres).

Relevancia

Las necesidades y oportunidades de las mujeres y los hombres son diferentes en cada una de las etapas de su ciclo de vida, así como son diferentes las necesidades de las mujeres con respecto a las de los hombres. En materia de políticas públicas es preciso que se tome en cuenta la estructura de la población, considerando las especificidades y necesidades de cada grupo de la población. La estructura poblacional, junto con la información epidemiológica de cada uno de estos grupos, darán las pautas sobre la demanda de servicios de salud preventiva, de tratamiento y rehabilitación, y de promoción, tanto dentro del sector formal como en los hogares y la comunidad.

Con el aumento de la esperanza de vida al nacer y el cambio epidemiológico en la Región, también está aumentando la incidencia de enfermedades que requieren atención a largo plazo. Las personas adultas mayores sufren enfermedades crónicas que incrementan la demanda de servicios de atención de salud en los hogares y la comunidad. Estos servicios son prestados, principalmente, por las mujeres, como una extensión de su trabajo doméstico no remunerado.

Además de ofrecer información relevante para la toma de decisiones de políticas de salud, la estructura demográfica permite la construcción de indicadores específicos para determinados grupos de edad.

Datos requeridos

Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas especializadas en aquellos países que carecen de censo y de proyecciones de población
- Proyecciones de población

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados²

Comentario

Tradicionalmente se han utilizado grupos que van de los cinco años de edad a los 60-64 años; el grupo de mayor edad ha sido el de 65 años y más. En vista del envejecimiento de la población de la Región, cada vez es más importante que se elaboren tabulaciones con una apertura mayor que esta, y que el último grupo de edad sea el de 80 años y más, o incluso el de 85 y más.

1.2 Hogares

Porcentaje de hogares con jefatura femenina

Definición

Cociente entre el número de hogares con jefatura femenina³ y el total de hogares, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\% \text{ de hogares con jefatura femenina} = \frac{\text{Número de hogares con jefatura femenina}}{\text{Número total de hogares}} * 100$$

Relevancia

La proporción creciente de hogares con jefatura femenina significa que las mujeres, además de las responsabilidades en el ámbito reproductivo, están asumiendo responsabilidades en el ámbito productivo, generándose dificultades para balancear tales roles, así como una sobrecarga de trabajo con impactos en el bienestar físico y emocional de esas mujeres.

De acuerdo a la información disponible, se conoce que, para un grupo de países de la Región, el porcentaje de hogares urbanos dirigidos por mujeres varía desde 21 % en Bolivia hasta 35 % en Nicaragua (4).

2 No todos los países de las Américas registran estas variables en sus censos de población, ni cuentan con registros de población que permitan identificar fenómenos como la migración.

3 Se considera como jefe de hogar a la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar.

Además del porcentaje del total de hogares con jefatura femenina, es importante conocer el tipo de hogares, dado que estos son sustancialmente diferentes. Las categorías de hogares a considerar incluyen: hogares unipersonales, nucleares biparentales, nucleares monoparentales, nucleares sin hijos, y extendidos y compuestos. Por ejemplo, entre los países de América Latina y el Caribe para los cuales se dispone de información, en el grupo de hogares nucleares monoparentales urbanos, más del 83% están dirigidos por mujeres (4), lo que refleja que, en casos de disolución de la pareja, la carga del cuidado de los hijos tiende a recaer desproporcionadamente sobre las mujeres.

Los diferentes numeradores y denominadores de este indicador destacan que, además de los hogares nucleares, existen otros tipos de hogares con sus propias especificidades y dinámicas, las cuales deben ser consideradas en materia de políticas. Generalmente se ha considerado que los hogares son una unidad homogénea de planificación y análisis pese a la evidencia existente de los diferentes tipos de hogares y de las desigualdades internas en la distribución de los recursos y el poder. Esta distribución desigual de recursos tanto materiales como no materiales entre los diferentes miembros de los hogares puede situar a las mujeres y las niñas en una situación de desventaja, especialmente por su menor acceso a la educación, alimentación, posesión de bienes inmuebles, seguridad social, toma de decisiones y crédito, entre otros recursos.

Datos requeridos

Número total de hogares. Número de hogares unipersonales, biparentales, nucleares monoparentales, nucleares sin hijos, y extendidos y compuestos. Sexo de la persona reconocida como jefa del hogar.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de hogares

El indicador para varios países de la Región, por zona urbana y rural, está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

La definición para obtener el porcentaje de hogares con jefatura femenina en cada una de las categorías de hogares sería: cociente entre el número de hogares dirigido por mujeres dentro de cada una de las categorías (unipersonal, nuclear biparental, nuclear monoparental, nuclear sin hijos, y extendidos y compuestos) y el total de hogares de la correspondiente categoría, expresado por 100.

Ejemplo:

$$\% \text{ hogares unipersonales con jefatura femenina} = \frac{\text{Número de hogares unipersonales con jefatura femenina}}{\text{Número total de hogares unipersonales}} * 100$$

Porcentaje de hogares con presencia de menores de 5 años

Definición

Cociente entre el número de hogares con presencia de menores de 5 años y el total de hogares, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\% \text{ hogares con menores de 5 años} = \frac{\text{Número de hogares con presencia de menores de 5 años}}{\text{Número total de hogares}} * 100$$

Relevancia

Por la división sexual del trabajo, generalmente las mujeres asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos, especialmente cuando estos son menores y aún no acuden a instituciones de educación. El tiempo que las mujeres dedican a la producción de servicios de cuidado no remunerado en el ámbito reproductivo limita su participación en actividades de carácter educativo, laboral, político y recreativo, reduciendo las posibilidades de su propio desarrollo. Esta situación se ve agravada particularmente cuando se trata de hogares con jefatura femenina, y especialmente en el caso de los hogares pobres.

La disponibilidad limitada de tiempo que las mujeres jefas de hogar enfrentan se incrementa por la falta de facilidades de servicios para el cuidado de menores. También el bajo nivel de corresponsabilidad de los hombres en el cuidado de los hijos reduce el tiempo que las mujeres pueden dedicar a otras actividades que beneficien su realización personal. La búsqueda de la equidad de género y la igualdad de oportunidades de mujeres y hombres deberá considerar este aspecto de la distribución del tiempo en el cuidado de los niños menores de 5 años.

Datos requeridos

Número de hogares con presencia de menores de 5 años. Número total de hogares.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de hogares

Desagregación sugerida

- Sexo del jefe de hogar
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Hogares pobres y no pobres

Porcentaje de hogares con presencia de mayores de 64 años o mayores de 79 años

Definición

Cociente entre el número de hogares con presencia de personas mayores de 64 años o mayores de 79 años y el total de hogares, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% hogares con presencia de mayores de 64 años = $\frac{\text{Número de hogares con personas mayores de 64 años} \times 100}{\text{Número total de hogares}}$

% hogares con mayores de 79 años = $\frac{\text{Número de hogares con personas mayores de 79 años} \times 100}{\text{Número total de hogares}}$

Relevancia

Por la división sexual del trabajo, históricamente las mujeres se han encargado en sus hogares y en la comunidad del cuidado de personas enfermas, discapacitadas y aquellas que no pueden valerse por sí mismas, como una extensión de su trabajo doméstico no remunerado. En los últimos años, uno de los factores que ha incidido para incrementar esta carga de trabajo es el envejecimiento de la población, cuyo cuidado limita aún más las posibilidades de las personas cuidadoras

para participar en actividades de carácter educativo, laboral, político y recreativo, especialmente en hogares con jefatura femenina, y más aún en los hogares pobres donde no existe la posibilidad de pagar por servicios de cuidado.

Con el aumento de la esperanza de vida al nacer, también ha aumentado la incidencia de enfermedades que requieren atención a largo plazo, como son Alzheimer, artritis, cáncer, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares, osteoporosis y tuberculosis, entre otras, cuya atención usualmente depende del trabajo no remunerado de las mujeres. Cabe señalar que las personas que prestan esa atención en los hogares enfrentan tareas cada vez más complejas, e inclusive procedimientos médicos para los cuales no están necesariamente adiestradas.

Las políticas públicas sanitarias no pueden ignorar el crecimiento de esta demanda de cuidado, como tampoco el hecho de que la oferta de cuidado no remunerado se va limitando cada vez más por la incorporación también creciente de las mujeres al mercado laboral.

Datos requeridos

Número de hogares con presencia de personas mayores de 64 años o mayores de 79 años. Número total de hogares.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de hogares

Desagregación sugerida

- Sexo del jefe de hogar
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Hogares pobres y no pobres

Comentario

La edad de corte, mayor de 64 años o mayor de 79 años, dependería de la esperanza de vida al nacer de los países. Para los países con mayor esperanza de vida se puede utilizar el último valor.

2. Dimensión socioeconómica

2.1 Ingresos

Porcentaje de hogares con jefatura femenina en cada estrato de pobreza

Definición

Cociente entre el número de hogares dirigidos por mujeres en cada estrato de pobreza y el total de hogares del correspondiente estrato, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\% \text{ hogares pobres dirigidos por mujeres} = \frac{\text{Número de hogares pobres dirigidos por mujeres}}{\text{Número total de hogares pobres}} * 100$$

$$\% \text{ hogares indigentes dirigidos por mujeres} = \frac{\text{Número de hogares indigentes dirigidos por mujeres}}{\text{Número total de hogares indigentes}} * 100$$

Relevancia

En más de la mitad de los países para los cuales se cuenta con información, los hogares encabezados por mujeres son más frecuentes entre los estratos pobres, lo que indica que la pobreza afecta desproporcionadamente a las mujeres y sus dependientes. Las políticas públicas deben considerar los principales obstáculos que limitan las opciones de las mujeres para salir de la pobreza, especialmente los relacionados con el acceso y control sobre los recursos materiales y no materiales, destacando entre estos los relacionados con el cuidado de las personas dependientes —niños y adultos mayores—.

En Costa Rica, de acuerdo a los datos presentados por CEPAL, 28% del total de hogares de la zona urbana están dirigidos por mujeres, mientras que, entre los hogares pobres de esa misma zona, 45% están dirigidos por mujeres (4).

Datos requeridos

Número de hogares. Sexo del jefe del hogar. Nivel de pobreza de los hogares.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares.

El indicador para un grupo de países de la Región se puede encontrar en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

Magnitud de la pobreza con y sin el aporte de ingresos de las mujeres cónyuges

Definición

Cociente entre el número de hogares biparentales que quedan por debajo de la línea de pobreza sin considerar el aporte económico de las cónyuges y el total de hogares biparentales, **menos** el cociente entre el número de hogares biparentales que se mantienen bajo la línea de pobreza incluyendo el aporte económico de las cónyuges y el total de hogares biparentales, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\text{Magnitud de la pobreza con y sin el aporte de ingresos de las cónyuges} = \frac{(H1-H2)}{HB} * 100$$

H1 = Número de hogares biparentales pobres sin incluir el aporte económico de las cónyuges

H2 = Número de hogares biparentales pobres incluyendo el aporte económico de las cónyuges

HB = Número total de hogares biparentales

Relevancia

Existe evidencia del mejoramiento del nivel de bienestar en el interior de los hogares cuando se cuenta con la contribución económica de las mujeres. En los hogares biparentales, el aporte económico de las mujeres constituye una estrategia para romper con el círculo de la pobreza, pese a las limitaciones que estas mujeres tienen que enfrentar, especialmente porque el trabajo reproductivo continúa en mayor proporción bajo su responsabilidad, y por la falta de acceso y control de los recursos que le ayudarían a lograr un mejor desempeño en el ámbito productivo.

Este indicador es una aproximación metodológica a la medición de la contribución económica de las mujeres para la superación de la línea de la pobreza de los hogares biparentales mediante su participación en el mercado laboral. De acuerdo a datos disponibles, en la zona urbana de El Salvador, el aporte económico de las cónyuges permite que 12% de los hogares biparentales superen la línea de la pobreza, ya que 45% de los hogares biparentales sin aporte de las mujeres cónyuges serían pobres, en comparación con 33% de los hogares biparentales con aporte de las mujeres cónyuges (4).

Datos requeridos

Hogares biparentales. Sexo del jefe del hogar. Ingresos del hogar y los de las cónyuges. Líneas de pobreza.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares

El indicador para un grupo de países de la Región está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

Razón del ingreso medio laboral de las mujeres con respecto al de los hombres

Definición

Cociente entre el ingreso medio laboral de las mujeres ocupadas y el ingreso medio laboral de los hombres ocupados, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\text{Razón de ingreso laboral} = \frac{\text{Ingreso laboral mensual medio de las mujeres ocupadas}}{\text{Ingreso laboral mensual medio de los hombres ocupados}} * 100$$

Relevancia

En promedio, las mujeres generalmente perciben menores ingresos que los hombres. El diferencial en los ingresos laborales no solo se debe a las diferencias de educación, ya que también interactúan otros factores como las relaciones de género y la ubicación en el mercado laboral, que explican la brecha salarial. En varios países de la Región, la razón del ingreso medio laboral de las mujeres con respecto al de los hombres es mayor en los grupos con niveles más altos de instrucción.

De acuerdo a CEPAL (4), a nivel nacional, las mujeres tienen un ingreso promedio menor que el estimado para los hombres. En muy pocos casos, en ciertas ramas de actividad, categorías o grupos de ocupación, las mujeres tienen un ingreso mayor que los hombres. En general, las mujeres se ubican en mayor proporción en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, y por lo tanto perciben menores ingresos.

La baja valoración del trabajo realizado por las mujeres en el mercado laboral también responde a que tradicionalmente se ha asumido que los ingresos de las mujeres son complementarios al ingreso de los hombres; sin embargo, se debe notar que cada vez existe un mayor número de hogares dirigidos por mujeres, o que las mujeres son las principales sustentadoras económicas en los hogares. Es importante considerar que los bajos ingresos de las mujeres tienen una consecuencia negativa en el acceso a los servicios de salud y en la cotización para la seguridad social y la pensión de jubilación, perpetuando así las escasas posibilidades de las mujeres para mejorar su nivel de vida y el de sus familias.

Datos requeridos

Ingreso laboral mensual medio de los hombres. Ingreso laboral mensual medio de las mujeres.

Fuentes de datos

- Encuestas de empleo, ingresos y gastos
- Encuestas de condiciones de vida que incluyen un módulo de ingresos

El indicador para varios países de la Región está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos de ocupación: directivos, profesionales y técnicos, administrativos, trabajadores manuales

2.2 Educación**Tasa de analfabetismo, por sexo***Definición*

Cociente entre el número de mujeres de 15 y más años de edad que son analfabetas⁴ y el total de mujeres de 15 años y más, en un territorio determinado y un punto de tiempo específico (usualmente a mediados del año), expresado por 100. Igual para los hombres.

Tasa de analfabetismo de las mujeres = $\frac{\text{Número de mujeres de 15 y más años analfabetas}}{\text{Número total de mujeres de 15 años y más}} * 100$

Tasa de analfabetismo de los hombres = $\frac{\text{Número de hombres de 15 y más años analfabetos}}{\text{Número total de hombres de 15 años y más}} * 100$

Relevancia

La educación constituye un importante insumo que la sociedad facilita o restringe a las mujeres para el logro de su autonomía y de su participación en el desarrollo económico y social en igualdad de oportunidades que los hombres. A través de múltiples estudios se ha comprobado la relación directa que existe entre el nivel de educación de las mujeres y varios aspectos relacionados con el ejercicio de sus derechos, incluidos los derechos reproductivos.

Las diferencias entre las tasas de analfabetismo de mujeres y hombres se han ido reduciendo en las últimas décadas, llegando a igualarse en algunos países de

⁴ La población analfabeta está definida como aquella que no es capaz de leer y escribir un relato simple y breve sobre su vida cotidiana (4).

la Región, e incluso, en algunos países la tasa de los hombres es más alta; sin embargo, otros países aún mantienen brechas importantes por sexo. En Guatemala, en el 2002, la tasa de analfabetismo de las mujeres era del 36% y la de los hombres, del 21% (14). Asimismo existe evidencia de las disparidades por sexo entre los grupos de menor nivel socioeconómico, residencia rural, e indígenas con respecto a aquellos de mayor privilegio social. En Ecuador, en 1998, la tasa de analfabetismo de las mujeres era del 12% y la de los hombres del 8%; pero al observar la zona de residencia, se registró una mayor brecha en las zonas rurales, donde se registraron tasas de analfabetismo del 21% entre las mujeres y del 15% entre los hombres (20).

Datos requeridos

Población de 15 años y más, por sexo. Población de 15 años y más analfabeta, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de Hogares

El indicador sobre población analfabeta, por sexo, está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4); y las tasas de alfabetización, por sexo, en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-24, 25-49, 50-64, 65 y más años
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Distribución porcentual de mujeres y hombres según el número de años de instrucción

Definición

Cociente entre el número de mujeres de 15 y más años de edad en cada uno de los tramos de años de instrucción (0-5, 6-9, 10-12, 13 y más), y el total de mujeres en el mismo grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

% mujeres de 15 y más años de edad con 0-5 años de instrucción =
 =
$$\frac{\text{Número de mujeres de 15 y más años que han recibido entre 0 y 5 años de instrucción}}{\text{Número total de mujeres de 15 y más años}} * 100$$

% hombres de 15 y más años de edad con 0-5 años de instrucción =
 =
$$\frac{\text{Número de hombres de 15 y más años que han recibido entre 0 y 5 años de instrucción}}{\text{Número total de hombres de 15 y más años}} * 100$$

(Igual para los demás tramos de años de instrucción)

Relevancia

La educación es un insumo básico que permite el desarrollo saludable de las mujeres, en cuanto facilita el logro de su autonomía y de su participación en el desarrollo económico y social en igualdad de oportunidades que los hombres.

Cabe resaltar que en varios estudios se ha comprobado la relación directa que existe entre el nivel de educación de las mujeres y varios aspectos relacionados con el ejercicio de sus derechos, incluidos los derechos reproductivos.

En 14 de los 17 países de los cuales CEPAL dispone de información, el porcentaje de mujeres que alcanzaron 13 y más años de estudio es mayor que el registrado para los hombres, sin embargo, en los niveles salariales no se refleja esta ventaja de la instrucción a favor de ellas (4).

Datos requeridos

Población de 15 y más años, por sexo. Población de 15 y más años según el número de años de instrucción, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de hogares

El indicador sobre la población por años de instrucción alcanzados está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-24, 25-59, 60 y más años
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

Este indicador puede complementarse con el promedio de años de estudio de las mujeres y de los hombres de 15 a 24 años y de 25 a 59 años de edad, que se encuentra disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Tasa de deserción escolar de mujeres adolescentes por razones de embarazo

Definición

Cociente entre el número de mujeres adolescentes que abandonan los estudios por causa de embarazo y el total de mujeres adolescentes que abandonan la educación formal, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

Tasa de deserción de mujeres adolescentes por embarazo =

= $\frac{\text{Número de mujeres adolescentes que abandonan los estudios por embarazo}}{\text{Número total de mujeres adolescentes que abandonan la educación formal}} * 100$

Relevancia

El derecho de las adolescentes embarazadas a continuar con sus estudios con frecuencia no se realiza; muchas de ellas se ven obligadas a abandonar los centros de

educación, ya sea porque no son aceptadas en los centros de enseñanza, o porque no existen condiciones que faciliten la continuación de sus estudios. La deserción escolar de las adolescentes por causa de un embarazo significa limitar su realización personal y las futuras oportunidades en el campo económico, social y político.

Con el objetivo de facilitar el ejercicio de los derechos fundamentales, las políticas públicas deben considerar la necesidad de que las adolescentes embarazadas y las que ya son madres tienen de continuar sus estudios tanto por su propio bienestar como el de su prole. Este grupo de adolescentes madres y embarazadas precisan desarrollar sus potencialidades y capacidades para insertarse en el mercado laboral en mejores condiciones, lograr su autonomía, y tener mayor capacidad de negociación y decisión sobre aspectos que les atañen directamente. De allí que las políticas deben impedir que este grupo de adolescentes quede excluido del derecho a la educación, y contribuir, en cambio, al empoderamiento de las niñas y las adolescentes, como un requisito para lograr un desarrollo sostenible.

Datos requeridos

Número de mujeres adolescentes que desertan de la educación formal. Número de mujeres adolescentes que desertan por razones de embarazo.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

Muy pocos países de la Región están registrando los datos necesarios para construir este indicador, por lo que se recomienda su recolección en futuras investigaciones.

2.3 Trabajo

Tasa refinada de participación de mujeres y de hombres en la actividad económica

Definición

Cociente entre el número de mujeres económicamente activas y el número total de mujeres en edad de trabajar, en una fecha y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres. Es importante tener en cuenta que hay diferencias entre los distintos países respecto a la edad mínima para trabajar: en algunos países es de 12 años, en otros, de 15 años y en otros, de 10 años.

Tasa de participación de las mujeres en la actividad económica = $\frac{\text{Número de mujeres económicamente activas}}{\text{Número de mujeres en edad de trabajar}} * 100$

Tasa de participación de los hombres en la actividad económica = $\frac{\text{Número de hombres económicamente activos}}{\text{Número de hombres en edad de trabajar}} * 100$

Relevancia

En las últimas décadas, la incorporación de las mujeres al mercado laboral ha crecido considerablemente, no obstante lo cual la tasa de participación laboral de las mujeres aún continúa siendo bastante menor que la de los hombres. La integración de las mujeres al mercado laboral les ofrece la posibilidad de autonomía y empoderamiento, pues mediante el trabajo remunerado, las mujeres ven aumentar sus posibilidades de acceso a los recursos monetarios y no monetarios que les permiten tener mayor capacidad de negociación y decisión sobre los asuntos que les conciernen.

A nivel agregado se ha demostrado el aporte económico significativo de las mujeres al desarrollo. A pesar de ello, las mujeres aún enfrentan obstáculos para incorporarse al mercado laboral en igualdad de oportunidades que los hombres. Estas limitaciones están condicionadas, por un lado, por las actividades reproductivas que principalmente están bajo la responsabilidad de las mujeres, y por otro lado, por las preferencias de ciertos sectores de la economía por el trabajo masculino.

Entre los países para los cuales se dispone de información para 1999, Colombia y Paraguay muestran las tasas más altas de participación laboral de las mujeres en las zonas urbanas, donde llegan al 55%; en las zonas rurales, el país con mayor participación laboral femenina es Bolivia, con el 77% (4).

Cabe destacar el riesgo del subregistro de la participación laboral de las mujeres en los censos agropecuarios, ya que cuando su producción está orientada al autoconsumo y a la crianza de animales menores, muchas veces esa participación no se considera en las investigaciones agropecuarias.

Datos requeridos

Población económicamente activa, por sexo. Población en edad de trabajar, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de empleo

El indicador para varios países de la Región se puede encontrar en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

Se sugiere utilizar la definición de población económicamente activa y población en edad de trabajar recomendada por la OIT con el fin de lograr comparabilidad en la Región.

Tasa de participación de mujeres y de hombres de 15 a 59 años de edad en la actividad económica, por condición de pobreza, según la presencia de menores de 15 años en el hogar

Definición

Cociente entre el número de mujeres ocupadas pobres de 15 a 59 años de edad con niños de 0 a 14 años de edad en el hogar y el total de mujeres ocupadas de 15 a 59 años de edad, en un período y territorio determinados. Igual para el caso de los hombres

Tasa de participación en la actividad económica de mujeres pobres de 15-59 años de edad con menores de 15 años en el hogar =

$$= \frac{\text{Número de mujeres ocupadas pobres de 15 a 59 años con menores de 15 años edad en el hogar}}{\text{Número de mujeres ocupadas pobres de 15 a 59 años de edad}} * 100$$

Tasa de participación en la actividad económica de hombres pobres de 15-59 años de edad con menores de 15 años en el hogar =

$$= \frac{\text{Número de hombres ocupados pobres de 15 a 59 años con menores de 15 años edad en el hogar}}{\text{Número de hombres ocupados pobres de 15 a 59 años de edad}} * 100$$

(Igual para el grupo de los que no son pobres)

Relevancia

En las últimas décadas, la incorporación de las mujeres al mercado laboral ha crecido significativamente. La participación de las mujeres en la actividad económica implica la posibilidad de autonomía y empoderamiento, pues a través del trabajo remunerado, las mujeres tienen acceso a recursos monetarios y no monetarios que les permiten tener mayor capacidad de negociación y decisión sobre aspectos que conciernen a sus vidas. Principalmente entre las mujeres de los grupos pobres de la población, la generación de ingresos permite mejorar las condiciones de vida de ellas y de sus familias. De allí que, a pesar de la presencia de menores en los hogares, las mujeres se incorporan a la actividad económica, sin que ello signifique necesariamente una reducción de la jornada de trabajo reproductivo.

En algunos de los países para los cuales CEPAL dispone de información se observa que las tasas de participación de las mujeres pobres en las actividades económicas, indistintamente del número de niños menores de 15 años en el hogar, se mantienen estables; en otros países, las tasas aumentan conforme sube el número de menores (4). De allí que, para aliviar la sobrecarga de trabajo de las mujeres,

las personas que toman las decisiones en las políticas públicas, deben considerar iniciativas que aminoren la carga del trabajo reproductivo.

Datos requeridos

Población pobre y no pobre de 15 a 59 años de edad, ocupados, por sexo.
Población pobre y no pobre de 15 a 59 años, ocupados, con menores de 15 años en sus hogares, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de empleo

El indicador para varios países de la Región, según el número de menores en el hogar, se puede encontrar en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Tasa de desempleo abierto, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres en desempleo abierto y el total de mujeres económicamente activas, en un período y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

Tasa de desempleo abierto para mujeres = $\frac{\text{Número de mujeres en situación de desempleo abierto}}{\text{Número total de mujeres económicamente activas}} * 100$

Tasa de desempleo abierto para hombres = $\frac{\text{Número de hombres en situación desempleo abierto}}{\text{Número total de hombres económicamente activos}} * 100$

Relevancia

Las mayores tasas de desempleo abierto de las mujeres con respecto a las de los hombres muestran que el acceso de estas al mercado laboral se da en condiciones de desventaja, limitándose así su capacidad de acceso de las mujeres a los recursos monetarios y no monetarios que les facilitan el logro de su autonomía y el desarrollo de sus capacidades para la toma de decisiones.

La crisis económica que ha atravesado la mayoría de los países de la Región ha provocado un crecimiento en el desempleo abierto, el cual ha afectado en mayor proporción a las mujeres. De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Organización Internacional del Trabajo, el desempleo total en América Latina y el Caribe en el año 2003 alcanzó el 8,0%, afectando mucho más a las mujeres, cuya tasa fue de 10,1%, en comparación con 6,7% para los hombres; asimismo, el desempleo juvenil (menores de 25 años) también afectó en mayor proporción a las mujeres, con una tasa de 15,9%, en comparación con 13,0% para los hombres (21).

De acuerdo a los datos presentados por CEPAL para 1999 respecto a la zona urbana, de los 17 países para los cuales existe información, cuatro presentaron una mayor tasa de desempleo para los hombres que para las mujeres. En los demás países la diferencia entre las tasas de desempleo abierto de mujeres y hombres puede ser alta, como el caso de Ecuador, que alcanzó 9, (20% para mujeres y 11% para hombres), o nula como en el caso de Nicaragua y Paraguay (4).

Datos requeridos

Población económicamente activa (PEA) en situación de desempleo abierto, por sexo. PEA, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos
- Encuestas de empleo

El indicador para varios países de la Región se puede encontrar en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada según categorías de ocupación, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que se encuentran ocupadas en cada una de las categorías de ocupación (empleadoras, asalariadas por cuenta propia, trabajadora familiar no remunerada, servicio doméstico) y la PEA femenina ocupada, en un período y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\% \text{ mujeres ocupadas como empleadoras} = \frac{\text{Número de mujeres ocupadas como empleadoras}}{\text{Total de mujeres económicamente activas ocupadas}} * 100$$

$$\% \text{ hombres ocupados como empleadores} = \frac{\text{Número de hombres ocupados como empleadores}}{\text{Total de hombres económicamente activos ocupados}} * 100$$

(Igual para las otras categorías ocupacionales)

Relevancia

El empleo remunerado, para las mujeres, expresa una medida de la capacidad para lograr recursos económicos que permiten su autonomía y su poder de negociación y decisión. Existen evidencias que, a pesar de los avances de la integración de las mujeres en el mercado laboral, y su preparación cada vez mayor, las mujeres aún se concentran en tipos de actividades de menor productividad, y por lo tanto de menores ingresos.

En la Región, entre los asalariados se concentra la mayoría de las mujeres y los hombres ocupados; le sigue el trabajo por cuenta propia. Entre las categorías de trabajador familiar no remunerado y de servicio doméstico, si bien el porcentaje de población ocupada es menor que las anteriormente citadas, las diferencias entre las mujeres y los hombres son sustanciales, especialmente en el trabajo doméstico. El trabajo doméstico, caracterizado por niveles bajos de calificación, menores

ingresos, inestabilidad y malas condiciones de trabajo, concentra a gran número de mujeres, manteniéndolas al margen de los sistemas de protección de los trabajadores y los sistemas de protección social. Es decir, para muchas mujeres la incorporación al mercado laboral no les garantiza el acceso a planes de aseguramiento que incluyan el derecho a la atención de la salud en calidad de titulares o contribuyentes y menos aún a planes de jubilación.

Datos requeridos

PEA ocupada como empleadores, asalariados, cuenta propia, trabajador familiar no remunerado, servicio doméstico, por sexo. PEA ocupada, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de empleo

El indicador para varios países de la Región se puede encontrar en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que se encuentran ocupadas en cada uno de los sectores de baja productividad (microempresas, trabajadoras independien-

tes no calificadas, empleo doméstico) y la PEA femenina ocupada, en un período y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\% \text{ mujeres ocupadas en microempresas} = \frac{\text{Número de mujeres ocupadas en microempresas}}{\text{Total de mujeres económicamente activas ocupadas}} * 100$$

$$\% \text{ hombres ocupados en microempresas} = \frac{\text{Número de hombres ocupados en microempresas}}{\text{Total de hombres económicamente activos ocupados}} * 100$$

(Igual para los trabajadores independientes no calificados y el empleo doméstico)

Relevancia

El empleo remunerado para las mujeres expresa una medida de la capacidad para acceder a recursos económicos que permiten su autonomía y su poder de negociación y decisión. En la Región existen evidencias que, a pesar de los avances en los niveles de instrucción y preparación de las mujeres, su incorporación al mercado laboral aún se realiza en condiciones de desventaja con respecto a los hombres. Un porcentaje significativo de mujeres se concentra en los sectores de baja productividad, disminuyendo las posibilidades de mejores beneficios salariales y prestaciones sociales que ayudan a un mejor desarrollo saludable.

En 16 de los 17 países de la Región para los cuales CEPAL tiene información, las mujeres participan en mayor porcentaje que los hombres en sectores de baja productividad. Las mayores diferencias entre mujeres y hombres se observan en el empleo doméstico; el porcentaje de hombres ocupados que trabaja en este sector no llega ni al 1,5% en ningún país, mientras que para las mujeres ocupadas, en 1999 este porcentaje sobrepasa el 20% en Brasil y Paraguay (4). Es decir, un gran número de mujeres están ubicadas en sectores caracterizados por niveles bajos de productividad y calificación, lo que implica menores ingresos, inestabilidad y malas condiciones de trabajo, manteniéndolas al margen de los beneficios de los sistemas de protección de los trabajadores y de los sistemas de protección social.

Datos requeridos

PEA ocupada en microempresas, trabajo independiente no calificado, empleo doméstico, por sexo. PEA ocupada, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de empleo

El indicador está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Horas semanales trabajadas por las mujeres y los hombres ocupados, según categoría de ocupación

Definición

Cociente entre el número total de horas semanales de trabajo de las mujeres en cada una de las categorías de ocupación (empleadoras, asalariadas, por cuenta propia, trabajadora familiar no remunerada, servicio doméstico) y el número de mujeres ocupadas en la respectiva categoría de ocupación. Igual para el caso de los hombres.

Horas semanales promedio de trabajo de las mujeres como empleadoras =
 =
$$\frac{\text{Número total de horas semanales de trabajo de las mujeres en calidad de empleadoras}}{\text{Total de mujeres ocupadas en calidad de empleadoras}}$$

Horas semanales promedio de trabajo de los hombres como empleadores =
 =
$$\frac{\text{Número total de horas semanales de trabajo de los hombres en calidad de empleadores}}{\text{Total de hombres ocupados en calidad de empleadores}}$$

 (Igual para las otras categorías de ocupación)

Relevancia

La necesidad de conciliar el rol laboral remunerado con el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos es la causa de la mayor tendencia de las mujeres a optar por menos horas de trabajo remunerado, lo cual conlleva un menor nivel de remuneración, estabilidad laboral, oportunidades de promoción y acceso a prestaciones sociales y de salud.

En la zona urbana, el número de horas promedio trabajadas por las mujeres en las diferentes categorías de ocupación es generalmente menor que el número de horas semanales promedio trabajadas por los hombres, excepto en la categoría de trabajador familiar no remunerado, donde las mujeres, en casi todos los países para los cuales se dispone de información, trabajan un mayor número de horas (4).

A través de varios estudios se ha evidenciado que la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no implica necesariamente una redistribución del trabajo reproductivo entre las mujeres y los hombres, generándose una sobrecarga de trabajo que estaría afectando la salud física y emocional de las mujeres.

Datos requeridos

Número de horas semanales de trabajo por los hombres y por las mujeres según categorías de ocupación, por sexo. PEA ocupada según las categorías de ocupación, por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas de empleo

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbano y rural
- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Presencia de hijos menores de 5 años en el hogar

Porcentaje de mujeres en puestos de decisión dentro de los Poderes del Estado

Definición

Cociente entre el número de mujeres que han sido electas o nombradas para puestos de diputadas, juezas, ministras, principales autoridades regionales o loca-

les, y el total de personas electas o nombradas para los respectivos cargos, hasta cierta fecha y en un territorio determinado, expresado por 100.

$$\% \text{ mujeres en el Parlamento} = \frac{\text{Número de diputadas electas}}{\text{Número total de diputados y diputadas electos}} * 100$$

$$\% \text{ mujeres Juezas} = \frac{\text{Número de juezas nombradas}}{\text{Número total de jueces y juezas nombrados}} * 100$$

(Igual para el caso de ministros/as, alcaldes/as, prefectos/as y gobernadores/as)

Relevancia

Las mujeres, generalmente, han permanecido subrepresentadas en instancias de poder donde se definen las prioridades, se formulan las políticas y se asignan recursos. De allí que las necesidades específicas de las mujeres no han sido consideradas en las diferentes iniciativas e intervenciones estatales.

Los Estados Parte se han comprometido a través de varios instrumentos internacionales a promover la participación de las mujeres en puestos de decisión, ya sean de elección popular o nombramiento, con el objeto de promover un desarrollo equitativo. A través de la participación de las mujeres en puestos de decisión, se esperaría que la agenda de las mujeres esté presente y que las necesidades específicas de las mujeres en cada una de las etapas de su ciclo de vida se tomen en cuenta en la formulación de las políticas, programas y proyectos, y en la asignación de recursos para su ejecución.

Para el cumplimiento de este compromiso, en la Región se vienen implementando medidas de acción positiva tal como la ley de cuotas de participación política que fomenta la participación política de las mujeres. Entre los países para los cuales se cuenta con información, cabe señalar que para el 2002, el porcentaje de mujeres en el Parlamento alcanzó el 35% en Costa Rica (4).

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres electos y/o nombrados para diputados, jueces, ministros, alcaldes, prefectos, gobernadores.

Fuentes de datos

- Registros de elecciones
- Registros de nombramientos

Comentarios:

Al obtener este indicador para varios períodos, podrá observarse la tendencia sobre el progreso en el nivel de participación de las mujeres en estructuras de decisión. Asimismo, los valores obtenidos para este indicador podrían compararse con los de algunos países más desarrollados.

Distribución del tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) entre mujeres y hombres

Definición

Tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) que realizan las mujeres con respecto al tiempo diario de trabajo total (en minutos) que realizan hombres y mujeres, en un período y territorio determinados, por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\% \text{ tiempo trabajo de mujeres} = \frac{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan las mujeres}}{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

$$\% \text{ tiempo trabajo de hombres} = \frac{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan los hombres}}{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

Relevancia

En general, las mujeres dedican mayor tiempo al trabajo total, considerando tanto el mercantil como el trabajo no remunerado. Sin embargo, el número de minutos de trabajo relacionado con el mercado laboral, de acuerdo a la evidencia empírica, usualmente es menor para las mujeres, pues la carga de trabajo reproductivo que, por la división sexual del trabajo, recae sobre las mujeres, tiende a restringir la disponibilidad de tiempo que podrían dedicar al trabajo mercantil; de allí que ellas enfrenten limitaciones en la posibilidad de generar mayores ingresos monetarios y de tener acceso a recursos no monetarios.

El trabajo doméstico no remunerado, principalmente realizado por las mujeres, es considerado como un trabajo natural de ellas y, justamente por carecer de valoración económica, se ha mantenido en una situación de invisibilidad en el contexto de las acciones referidas a la salud ocupacional y la elaboración del sistema de cuentas nacionales.

Para el caso de Colombia, en 1983, de acuerdo al Informe de Desarrollo

Humano del 2002, las mujeres trabajaban 399 minutos al día, frente a 356 que trabajaban los hombres, es decir ellas trabajaban un 12% más que ellos (22).

Datos requeridos

Tiempo de trabajo diario mercantil y de trabajo diario doméstico no remunerado (en minutos), por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas del uso del tiempo
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo sobre el uso del tiempo

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 20, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Comentarios:

Con la disponibilidad de los datos sobre el tiempo diario en minutos que mujeres y hombres dedican al trabajo mercantil y al trabajo doméstico no remunerado, se pueden construir los siguientes indicadores complementarios:

- Tiempo diario (en minutos) de trabajo mercantil que realizan las mujeres con respecto al tiempo diario (en minutos) de trabajo mercantil realizado por hombres y mujeres, por 100. Igual para los hombres.

$$\frac{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo mercantil que realizan las mujeres}}{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo mercantil que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

- Tiempo diario (en minutos) de trabajo doméstico no remunerado que realizan las mujeres con respecto al tiempo diario (en minutos) de trabajo doméstico no remunerado realizado por hombres y mujeres, por 100. Igual para el caso de los hombres.

$\frac{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo doméstico que realizan las mujeres}}{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo doméstico que realizan hombres y mujeres}} * 100$

En Colombia, en 1983 las mujeres dedicaron 24% de su tiempo a actividades mercantiles, mientras que los hombres dedicaron 77% de su tiempo a estas actividades; las mujeres destinaron 76% de su tiempo a actividades no mercantiles, mientras los hombres destinaron 23% de su tiempo (22).

En la Región muy pocas encuestas miden el uso del tiempo y aún no se ha establecido una habitualidad al respecto, por lo que será factible tener este indicador para pocos países. Sin embargo, es preciso mantener como un indicador propuesto de gran importancia para el análisis de la equidad de género en salud.

Porcentaje de mujeres y de hombres con acceso a planes de jubilación

Definición

Cociente entre el número de mujeres que tienen acceso a planes de jubilación (por derecho propio o como dependientes) y el total de la población económicamente activa (PEA) femenina, en un año y un territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

$\% \text{ mujeres con planes de jubilación} = \frac{\text{Número de mujeres con acceso a planes de jubilación}}{\text{Número total de mujeres económicamente activas}} * 100$

$\% \text{ hombres con planes de jubilación} = \frac{\text{Número de hombres con acceso a planes de jubilación}}{\text{Número total de hombres económicamente activos}} * 100$

Relevancia

La seguridad social generalmente incluye planes de jubilación. Se conoce que quienes acceden a la seguridad social son, en su mayoría, las personas que trabajan en el sector formal de la economía. Las mujeres, al estar principalmente ubicadas en el sector de baja productividad, caracterizado por la falta de acceso a la seguridad social, estarían excluidas, en gran número, de los planes de jubilación como titulares o contribuyentes. Esta situación, sumada a la mayor esperanza de vida de las mujeres, implica que, en la edad correspondiente a la adultez mayor, ellas enfrentan grandes limitaciones para obtener recursos que les permitan acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, las mujeres, en un número reducido, estarían accediendo a los planes de jubilación como dependientes de los cónyuges, con pensiones por jubilación muy bajas, profundizando así el riesgo que tienen de no acceder a los servicios de salud y ubicarse en el grupo de la población que vive bajo la línea de pobreza.

Datos requeridos

Número de personas con acceso a planes de jubilación, por sexo. PEA, por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares
- Estadísticas de seguridad social

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Categorías de ocupación: empleadores, asalariados, cuenta propia, trabajador familiar no remunerado, servicio doméstico

3. Condiciones ambientales

Porcentaje de hogares con acceso a agua potable dentro de la vivienda

Definición

Cociente entre el número de hogares que tienen acceso a agua potable (o agua apta para el consumo humano) dentro de la vivienda y el total de hogares en un período y territorio determinado, expresado por 100.

% hogares con agua potable= $\frac{\text{Número de hogares con acceso a agua potable dentro de la vivienda} * 100}{\text{Número total de hogares}}$

Relevancia

En algunos sitios donde el agua para el consumo humano se encuentra en lugares distantes de los hogares, las mujeres son las principales responsables de recolectar la cantidad necesaria para el uso diario del hogar.

Para las mujeres, principales responsables de la salud de los miembros de sus hogares y de las tareas domésticas, el acceso a agua potable en las viviendas representa uno de los elementos básicos que permite mejorar la condición de la salud de las personas y mejorar el control de ciertas enfermedades como el cólera. Asimismo, el acceso a agua apta para el consumo humano dentro de los hogares representa para las mujeres una disminución del tiempo ocupado para la recolección del agua, lo que puede significar una disminución de la carga de trabajo doméstico.

En la Región existen diferencias en el acceso al agua potable entre los países más desarrollados y los menos desarrollados, así como entre las regiones del interior de los países menos desarrollados. En 1998, mientras en Canadá y Estados Unidos prácticamente toda la población estaba servida con agua apta para el consumo humano, Paraguay alcanzó a cubrir a 44% de la población, Haití a 46%. La población más afectada por la falta de acceso a agua apta para el consumo humano fue la que se encuentra en la zona rural, llegando a diferencias como en Paraguay donde 13% de la población rural tenía acceso a agua, frente a 70% de la población urbana (23).

Datos requeridos

Número de hogares. Número de hogares que tienen acceso a agua potable o apta para el consumo humano dentro de sus viviendas.

Fuentes de datos

- Censos de vivienda
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo de características de los hogares

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

Comentario

En el ámbito de las condiciones ambientales, se podría complementar con un indicador sobre el porcentaje de hogares con acceso a saneamiento básico y otro sobre los diferentes tipos de combustible utilizados para cocinar, dado que ciertos combustibles afectan la salud de las mujeres, principales responsables de las tareas domésticas.

4. Dimensión política y legal

Los indicadores referentes a la dimensión política y legal expresan la voluntad de las autoridades para lograr el cumplimiento de los compromisos de los Estados Partes para lograr la equidad de género. En general, estos indicadores tendrán una respuesta “SI” o “NO” y, de ser factible, una explicación sobre el indicador.

Un primer paso para institucionalizar la equidad de género es contar con la voluntad política de las respectivas autoridades y la correspondiente normativa para su ejecución. A ello se debe sumar la existencia de reglamentos que faciliten las intervenciones y la asignación sistemática de recursos para la implementación de los programas y proyectos orientados a lograr la igualdad de oportunidades y/o equidad de género. En los países, estos indicadores pueden ser adaptados a sus realidades específicas y disponibilidad de información.

4.1 Igualdad de género

Existencia de políticas nacionales que apoyan la igualdad de oportunidades y/o la equidad de género

Relevancia

La voluntad de los Estados con el cumplimiento de los compromisos relacionados con la equidad de género, así como la prioridad que se da a este asunto, pueden ser analizadas a través de la existencia de políticas nacionales orientadas a este fin y la respectiva asignación de recursos de manera sistemática.

Existencia de organismos oficiales encargados de las políticas nacionales de equidad de género

Relevancia

La existencia de organismos gubernamentales encargados del seguimiento de la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sectoriales garantizará el avance hacia la igualdad de género, para el cumplimiento de los compromisos establecidos en varios instrumentos internacionales y nacionales para alcanzar la equidad de género.

Existencia de leyes de cuotas para promover la participación política de las mujeres**Relevancia**

Históricamente las mujeres han permanecido excluidas de las instancias donde se toman las decisiones y se asignan los recursos. Para promover una mayor participación política de las mujeres, se ha identificado la necesidad de contar con políticas de acción positiva. Entre estas medidas, se cuenta con las leyes de cuotas, cuya aplicación ha resultado en una mayor representatividad de las mujeres en los parlamentos en varios países de la Región.

Existencia de leyes respecto al derecho a licencias maternales**Relevancia**

En caso de tener una respuesta positiva, es importante conocer cuántas semanas de licencia se concede, quiénes tienen derecho y quiénes quedan excluidas de este derecho, quién paga la licencia (empleador, seguridad social, sin pago con anuencia del empleador) y cuál es el monto asignado.

Existencia de leyes laborales que incluyen el cuidado de los niños y niñas**Relevancia**

El cuidado de los niños y niñas, principalmente realizado por sus madres, muchas veces constituye un obstáculo para la incorporación de ellas al mercado laboral, o una situación que obliga a interrumpir sus actividades remuneradas. El apoyo con el cuidado de los niños y niñas, por ejemplo a través de guarderías, con-

templado en la legislación, promueve el acceso de las mujeres a recursos económicos, favoreciendo su empoderamiento. En caso de existir esta legislación, se podría completar la información señalando las fuentes de financiamiento para su funcionamiento y niveles de cobertura.

Existencia de normativa respecto a licencias para el padre por el cuidado de los hijos en el primer año de vida

Relevancia

Con el fin de promover la participación de los hombres en el cuidado de los hijos, así como una mejor distribución de las responsabilidades de cuidado entre las madres y los padres, la existencia de normativa es crucial para fomentar este cambio de comportamiento social.

Existencia de normativa que garantice la jubilación y pensión para las mujeres adultas mayores que no participaron en el mercado laboral

Relevancia

El trabajo doméstico no remunerado, principalmente realizado por las mujeres, no es considerado trabajo productivo, y por lo tanto no es reconocido como tal, lo cual excluye a quienes realizan este trabajo de planes de jubilación. Una normativa que garantice una pensión para aquellas mujeres que no participaron en el mercado laboral facilitan su acceso a recursos de salud.

Existencia de legislación que promueve la igualdad de género en los adolescentes

Relevancia

Los adolescentes constituyen uno de los grupos de la población que han permanecido excluidos. Actualmente, en los países existen iniciativas orientadas a promover su participación y su empoderamiento. No obstante, es necesario que estas iniciativas se desarrollen con perspectiva de equidad de género.

Existencia de normativa para los medios de comunicación orientada a evitar la discriminación por sexo y promover la igualdad de género*Relevancia*

La discriminación por sexo en los medios de comunicación ha sido una constante en los países de la Región. Afortunadamente, cada vez existe mayor conciencia de que los medios de comunicación pueden convertirse en un instrumento para promover la igualdad de género. Esta tendencia puede verse reforzada con la existencia de normativa al respecto.

Existencia de legislación que prohíbe los estereotipos de género en los textos escolares*Relevancia*

La igualdad de género debe ser promovida en todos los ámbitos de socialización. El sector educación, desde el nivel escolar, cumple un rol fundamental en el logro de la igualdad de género. Una legislación que prohíba estereotipos de género en los textos escolares estaría contribuyendo a la igualdad de género.

Existencia de leyes para atención, prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres, con asignación de recursos en el presupuesto público*Relevancia*

El reconocimiento de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres como violación de los Derechos Humanos, así como la prioridad que se da a este problema, se verán plasmados en la existencia de leyes que contemplen la prevención, atención y erradicación de la violencia intrafamiliar y abuso sexual, con asignación de recursos en el presupuesto público.

Existencia de iniciativas para facilitar la producción no remunerada de servicios de cuidado de salud en los hogares*Relevancia*

La producción no remunerada de servicios de salud en los hogares, cada vez mayor principalmente por el envejecimiento de la población, por los cambios epidemiológicos y por las políticas que han transferido el cuidado de la enfermedad del sector formal a los hogares y comunidades, es un aspecto que debería estar contemplado en las políticas del sector. Este indicador se puede complementar con información sobre el tipo de apoyo que se brinda y quiénes se benefician con él.

4.2 Salud sexual y reproductiva**Existencia de leyes sobre derechos sexuales y reproductivos***Relevancia*

Los Estados Parte se han comprometido, en varios instrumentos internacionales, a promover y facilitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, dimensión fundamental para lograr y mantener una buena salud. La voluntad para el cumplimiento de este compromiso se verá plasmado en la legislación nacional, así como en su reglamentación.

Existencia de normativa que permite la esterilización voluntaria*Relevancia*

La toma de decisiones de las mujeres sobre sus propios cuerpos es uno de los derechos fundamentales que debe ser promovido por los diferentes sectores en la sociedad. La esterilización, como un método de planificación familiar, es concebido como un derecho de las mujeres, cuya decisión debe ser tomada por ellas.

Existencia de normativa que permite la planificación familiar a solicitud de las mujeres*Relevancia*

Al igual que el caso anterior, la legislación nacional debería contemplar el acceso de las mujeres a métodos de planificación familiar, sin requerir el consentimiento ni autorización de otras personas. Una normativa en este sentido estaría promoviendo el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres y, por lo tanto, contribuyendo a su mejor salud.

Existencia de normativa para la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación, o incesto*Relevancia*

Algunos países de la Región incluyen en su normativa la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación, o incesto. De contar con esta normativa, es importante señalar específicamente en qué casos y circunstancias es permitido la interrupción voluntaria del embarazo.

Existencia de anticonceptivos de emergencia a disposición del público*Relevancia*

Este es un indicador importante para conocer el acceso de las mujeres a esta opción anticonceptiva que les permite evitar un embarazo no deseado, aspecto fundamental en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Existencia de legislación sobre paternidad responsable*Relevancia*

La participación de mujeres y hombres, tanto en la esfera productiva, como en la reproductiva, puede ser promovida con la existencia de una ley que favorezca que los hombres se involucren en el cuidado de los hijos e hijas.

Existencia de políticas de incorporación de la educación sexual en la enseñanza media

Relevancia

El acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Un mecanismo para difundir la información y promover el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva es incorporar esta temática en la enseñanza media, con lo cual se estaría apoyando el desarrollo de las capacidades de negociación y toma de decisiones de los y las adolescentes, en lo concerniente a su salud sexual y reproductiva.

Existencia de políticas de población que consideran la planificación familiar como un derecho

Relevancia

La planificación familiar debe ser considerada como un derecho de mujeres y hombres a decidir sobre su vida reproductiva. La disponibilidad de anticonceptivos ofrece a las personas y a las parejas la posibilidad de ejercer su derecho a determinar libremente el número y el espaciamiento entre sus hijos, así como disfrutar de una vida sexual sin temor a un embarazo no deseado. Conocer si la planificación familiar hace parte de las políticas de población muestra la prioridad de los Estados a facilitar el ejercicio de los derechos reproductivos.

5. Dimensión del financiamiento de la atención

Gasto público en programas específicos de salud

Definición

Cociente entre la magnitud del gasto público en programas de atención de necesidades específicas de las mujeres y el gasto público total en salud, en un período (usualmente, un año) y territorio determinados, expresado por 100.

Estos programas pueden ser: servicio maternoinfantil, detección y tratamiento de cáncer del cuello uterino, prevención y atención de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, y salud reproductiva.

Gasto público en servicio maternoinfantil = $\frac{\text{Total del gasto público en atención maternoinfantil}}{\text{Total del gasto público en el sector salud}} * 100$

(Igual para los otros programas)

Relevancia

El mayor énfasis en la atención de las necesidades específicas de las mujeres responde a la mayor necesidad de servicios de salud que ellas tienen; al menor acceso y control sobre los recursos por parte de las mujeres; al mayor pago de ellas, en términos absolutos y relativos, por servicios de salud; a la menor remuneración, prestigio y autonomía en el sistema formal de salud; y al mayor impacto sobre las mujeres por el aumento o la reducción de servicios públicos.

A partir del análisis de situación de la salud de los diferentes grupos de población, es posible identificar las necesidades específicas que tienen las mujeres en los diferentes subgrupos poblacionales durante las diversas etapas del ciclo de vida, y por lo tanto, los servicios requeridos para prestar atención en los ámbitos de prevención, atención y promoción de su salud.

Frente a la falta de información sobre los montos requeridos para atender las necesidades específicas de salud de las mujeres, es posible darse una idea del nivel de cumplimiento con los compromisos adquiridos por las autoridades en cuanto a la salud de las mujeres, observando los valores que los gobiernos de turno asignan a la ejecución de iniciativas de atención de necesidades específicas de las mujeres.

Es de esperarse que los montos asignados en los presupuestos de los respectivos Estados tengan correspondencia con las prioridades asignadas a las necesidades de las mujeres.

Datos requeridos

Gasto público del sector salud en programas específicos que atienden necesidades particulares de las mujeres. Gasto total público en el sector salud.

Fuentes de datos

- Presupuesto del Sector de la Salud, clasificado por programa de salud.

Comentario

No es frecuente que los presupuestos de salud de los países se presenten sub-

divididos según programas específicos; sin embargo, se recomienda este indicador para conocer la asignación presupuestaria a programas específicos de salud.

Gasto en atención primaria

Definición

Cociente entre el total del gasto público en programas de atención primaria y el gasto público total en el sector de la salud, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\text{Gasto público en atención primaria} = \frac{\text{Total del gasto público en atención primaria}}{\text{Total del gasto público en el sector salud}} * 100$$

Relevancia

La atención primaria de salud (APS) guarda estrecha relación con las necesidades y problemas de las mujeres, específicamente en los ámbitos de la salud materno-infantil, planificación familiar, nutrición, educación sanitaria, abastecimiento de agua en cantidad y calidad adecuadas, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y participación comunitaria.

De la experiencia de aplicación de la estrategia de APS en algunos países de la Región, se conoce que es posible lograr un mayor acceso equitativo a los servicios de salud si, además de la voluntad política, entre otros compromisos de los Estados, se cuenta con: la asignación de recursos financieros adecuados y de incentivos que sean sostenibles y coherentes con los objetivos; los mecanismos orientados a la mejora cuantitativa y cualitativa del gasto en salud y a la provisión de servicios de salud a las poblaciones que han permanecido excluidas; y la aplicación de planes de aseguramiento de salud, ya sea para la población en general o para subgrupos específicos (24).

De allí que una reducción en el gasto público en la APS tendría efectos negativos en la salud de las mujeres, principales usuarias de APS como un servicio en beneficio de ellas mismas o como proveedoras de la salud en sus hogares y comunidad.

Datos requeridos

Gasto público en salud. Gasto público del sector de la salud en APS.

Fuentes de datos

- Presupuesto del Ministerio de Salud

Comentario

Como complemento, se podría calcular el gasto per cápita en APS.

II. SITUACIÓN DE LA SALUD

La equidad de género en la situación de la salud no significa tasas iguales de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres. En todos los países de la Región, las mujeres viven más que los hombres, sin que ello signifique que disfruten de una mejor salud que los hombres en las diferentes etapas de su ciclo de vida. Dadas las mismas condiciones ambientales y el mismo nivel de asistencia, la mayor esperanza de vida de las mujeres se debe a factores propios de su sexo que las hace más resistentes a los riesgos para la salud.

Por los roles asignados socialmente a los hombres y las mujeres, los factores de riesgo juegan un papel importante en la mortalidad evitable; por ejemplo, para los hombres, en edades adultas jóvenes, es más importante la mortalidad por causas externas que para las mujeres. Asimismo, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio figuran entre las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva en los países de menor desarrollo.

Por la magnitud de la mortalidad por neoplasias malignas que son evitables por una detección y atención oportunas, en este documento se han resaltado algunos tipos de cáncer; la mortalidad por aquellos que no se incluyen en esta propuesta puede ser obtenida en las bases de datos de la International Agency for Research on Cancer (IARC), de acuerdo a las especificidades de cada país.

Con respecto a la morbilidad evitable, pese a la limitada información, se sabe que varios elementos se conjugan para afectar la salud mental, especialmente de las mujeres, quienes tienen una sobrecarga de trabajo y menos oportunidades de acceso y control de los recursos por los roles socialmente asignados a las mujeres y los hombres. Las mujeres también son las más afectadas por la violencia intrafamiliar. En los diferentes países donde existe información recogida a través de los registros administrativos, se podrían considerar otras causas de morbilidad.

Como factor de riesgo, la prevalencia cada vez mayor de tabaquismo entre las mujeres ha aumentado su morbilidad y mortalidad por causas relacionadas por el consumo del tabaco, como es el caso de las neoplasias malignas de pulmón.

El derecho a la salud reproductiva es un aspecto crucial de la salud en general que, además de tratarse de un tema fundamental de la salud de las adolescentes y mujeres en edad fértil, también afecta la salud de hombres y mujeres más allá de las edades reproductivas y tiene efectos intergeneracionales.

Algunos de los indicadores presentados podrían reflejar más de una dimensión de la salud, por lo cual estarán incluidos en varias secciones.

1. Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer, por sexo

Definición

Número promedio de años que se calcula que viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo prevalentes al momento de su nacimiento, en un lugar determinado.

Relevancia

Este indicador expresa la combinación de factores que afectan el riesgo de muerte. En todos los países de la Región, la esperanza de vida para las mujeres es mayor que la esperanza de vida para los hombres. Este diferencial parecería que se debe a componentes biológicos y factores ambientales y sociales, relacionados con los estilos de vida, tales como el tabaquismo, consumo de alcohol, accidentes de tránsito y en los lugares de trabajo, y violencia. Estos, para los hombres constituyen factores de riesgo y para las mujeres son factores protectores, aunque son situaciones que van cambiando.

La mayor longevidad de las mujeres no significa necesariamente mejores niveles de salud, pues ellas están más expuestas a afecciones crónicas y discapacidades. En casos en que la esperanza de vida para las mujeres no excede la esperanza de vida de los hombres, puede suponerse que las ventajas de supervivencia de las mujeres han desaparecido por existir serios riesgos de mortalidad en su entorno.

Datos requeridos

Número de muertes por edad y sexo. Población por edad y sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Sistemas de registros vitales.

La esperanza de vida, por sexo, para los países de la Región, están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Comentario

La División de Población de las Naciones Unidas regularmente compila las esperanzas de vida al nacer para hombres y mujeres. Los procedimientos, ajustes y supuestos incorporados en su estimación, varían con respecto a otras instituciones; por ello, es aconsejable utilizar la estimación de una misma fuente cuando se realice el monitoreo en el tiempo.

2. Mortalidad evitable**2.1 Mortalidad evitable por inmunización**

Mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad por causas de mortalidad evitables por inmunización, por sexo

Definición

Cociente entre el número de muertes de niñas de 1 a 4 años de edad, por sarampión, difteria, tos ferina, tétanos y poliomielitis, en un período dado y el total de

niñas en esas edades a mediados del período, para un territorio determinado, expresado por 1.000. Igual para el caso de los niños.

Mortalidad en niñas de 1 a 4 años de edad por sarampión =

$$= \frac{\text{Número de muertes en niñas de 1-4 años por sarampión}}{\text{Número total de niñas de 1-4 años de edad a mediados de año}} * 1.000$$

Mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad por sarampión =

$$= \frac{\text{Número de muertes en niños de 1-4 años por sarampión}}{\text{Número total de niños de 1-4 años de edad a mediados de año}} * 1.000$$

(Igual para difteria, tos ferina, tétanos y poliomielitis).

La causa de muerte por sarampión corresponde al código B05, por difteria al código A36, por tos ferina al código A37, por tétanos al código A35 y por poliomielitis al código A80 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)-10 (25)

Relevancia

Luego del primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil y el entorno, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad (infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas), y la prevención de accidentes en el hogar.

Por razones de origen genético, se espera que la mortalidad entre los niños sea mayor que entre las niñas, como en efecto ocurre en todos los países desarrollados y en la gran mayoría de los países de menor desarrollo. Una detección de mayor mortalidad para las niñas podría considerarse como una importante señal de la existencia de un problema social, como es la discriminación contra ellas.

Datos requeridos

Número de niños y niñas que mueren entre los 12 y 59 meses de edad, en un año dado; población de 1 a 4 años a mediados de año.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana, rural
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Comentario

La tasa de mortalidad en la niñez es regularmente estimada por las oficinas de estadísticas de todos los países de la Región, por las Naciones Unidas y por OPS.

2.2 Mortalidad evitable por detección y tratamiento oportunos**Razón de mortalidad materna***Definición*

Número de defunciones de mujeres, en un año y territorio determinados, mientras están embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debidas a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, su interrupción o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, con respecto al número de nacidos vivos, expresado por 100.000 nacidos vivos, en un determinado territorio y año (14). La CIE-10 también incluye otros dos tipos de defunciones maternas: las *defunciones maternas tardías*, aquellas acaecidas después de los 42 días y antes de los 365 días posteriores al parto o al aborto; y las *defunciones relacionadas con el embarazo*, aquellas acaecidas durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto, independientemente de la causa.

Razón de mortalidad materna = $\frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número total de nacidos vivos}} * 100.000$

Las causas de mortalidad relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, corresponden a los códigos O00-O99, A34 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Éste es un indicador significativo de los riesgos de salud reproductiva de las mujeres. La disparidad que muestra este indicador entre los países con diferentes

niveles de desarrollo significa que la mayoría de estas muertes podría ser evitada si se toman medidas preventivas y de cuidado de manera oportuna.

El hecho que en la Región la mortalidad por factores relacionados con complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, continúe figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva constituye una evidencia indiscutible de inequidad, si se considera que dichas muertes son esencialmente prevenibles ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para evitarlas. La posibilidad del acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad que detecten el riesgo en forma temprana, podría reducir sustancialmente el número de defunciones maternas mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para evitar los embarazos no deseados.

La dificultad para lograr una determinación del número real de mujeres que mueren en el proceso de embarazo, parto y lactancia es un reflejo de la baja prioridad relativa que continúa otorgándose a este tema. En América Latina y el Caribe se han detectado subregistros importantes, pese a lo cual las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años en varios países de la Región. A pesar de este subregistro, la mortalidad materna es un indicador de desarrollo humano que muestra diferencias significativas entre los países desarrollados y los de menor desarrollo. Como causa de defunción el aborto adolece de un subregistro aún mayor que el de las demás causas maternas, debido al carácter ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas.

Datos requeridos

Número de muertes maternas, de muertes maternas tardías y de muertes relacionadas con el embarazo en un período de tiempo específico (usualmente un año). Número de nacidos vivos en ese mismo período.

Fuentes de datos

- Registros vitales. Estos pueden complementarse con autopsias verbales o auditorías de mortalidad materna.

Las razones de mortalidad materna reportadas por los países de la Región están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia; urbana y rural
- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49 años
- Pertenencia étnica
- Causas específicas de mortalidad materna: hemorragia, toxemia, aborto, infecciones, complicaciones por la lactancia y el puerperio y causas maternas indirectas

Comentarios:

Por la alta incidencia de abortos sin garantías de seguridad en edades cada vez más tempranas, se sugiere construir un indicador complementario sobre tasa de mortalidad por aborto sin garantía de seguridad en el tramo de 10 a 49 años de edad.

La metodología para estimar la razón de mortalidad materna reportada por la autoridad sanitaria nacional puede variar de país a país, y de período a período, por lo que no se presta a comparaciones internacionales. Para países con un número anual estimado de nacidos vivos inferior a 10.000 no se recomienda el cálculo de la razón de mortalidad materna (14).

Mortalidad por neoplasias malignas del útero

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a neoplasias malignas del útero (cuello y cuerpo), en mujeres de un determinado grupo de edad, con respecto al total de mujeres en ese grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por neoplasias malignas del útero =

$$= \frac{\text{Número de defunciones por neoplasias malignas del útero en un grupo de edad}}{\text{Número total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

Las causas de muerte de esta categoría corresponden a los códigos C53-C55 de la CIE-10 (25).

Relevancia

En América Latina y el Caribe, el cáncer de útero representa un problema de salud pública aun más extendido que el del cáncer de mama. Esta realidad persiste, pese a que desde hace más de 50 años existe una tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases tempranas, con una alta probabilidad de curación: la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou.

La trascendencia de este problema, en términos de salud pública, estriba no solo en la alta frecuencia de este cáncer, sino también en el hecho de que la población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos.

Entre el grupo de países de la Región con información disponible, las tasas más bajas de mortalidad estimada por neoplasias malignas del útero corresponden a Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico, y las más altas a Paraguay, Perú y El Salvador (14). En Canadá y Estados Unidos, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino han disminuido sustancialmente desde la década de 1960, debido principalmente a programas de detección y acceso a servicios de manera oportuna.

Datos requeridos

Muertes por neoplasias malignas del útero, por grupo de edad. Población femenina por grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas⁵ de mortalidad por neoplasias malignas del útero para un gran número de países de la Región están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 20-29, 30-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más

⁵ Las tasas estimadas de mortalidad se obtienen a partir de las tasas registradas de mortalidad, específicas por edad, aplicando un algoritmo de corrección del subregistro de defunciones y un algoritmo de redistribución de las defunciones por causas mal definidas. El método de estimación empleado fue publicado en Estadísticas de la Salud de las Américas (26).

- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Número de defunciones registradas de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por EDA

Definición

Número de muertes de niñas de 1 a 4 años de edad por enfermedad diarreica aguda (EDA), para un año y territorio determinados. Igual para el caso de los niños.

Las causas de mortalidad por EDA corresponden a los códigos A00-A09 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil y el medio ambiente, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad (las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas), y la prevención de accidentes en el hogar.

El número de muertes en las edades de 1 a 4 años generalmente es mayor para los varones. Un número mayor para las niñas podría ser un signo alarmante de discriminación contra ellas (excepto, posiblemente, cuando el número de muertes es muy pequeño). Las diferencias según sexo en el tratamiento pueden estar influenciadas por factores como la percepción de la causa de enfermedad y su gravedad, las ideas sobre la salud inherente a niños y niñas, y la discriminación basada en género (27).

Según las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en algunos países de la Región, el porcentaje de niñas que acudieron a los servicios de salud en búsqueda de atención debido a diarreas, en las dos semanas anteriores a la encuesta, fue menor que el de los varones en seis de los ocho países. Es posible que exista un tratamiento diferenciado según el sexo de los hijos en la búsqueda de atención médica en presencia de diarreas.

Datos requeridos

Número de muertes de niños y niñas de 1 a 4 años de edad por EDA.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Edad de la madre: menos de 20, 21-40, 40 y más años
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Comentario

La mortalidad por EDA, además de medidas de saneamiento ambiental, está relacionada con otros factores que dependen de las condiciones de vida de los hogares.

Número de defunciones registradas de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por IRA

Definición

Número de muertes de niñas entre 1 y 4 años de edad por infecciones respiratorias agudas (IRA), para un año y territorio determinados. Igual para el caso de los niños.

Las causas de mortalidad por IRA corresponden a los códigos J00-J22 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Luego del primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil y del entorno, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de

edad (infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas), y la prevención de accidentes en el hogar.

El número de muertes en niñas y niños de 1 a 4 años de edad, generalmente es mayor para los varones. Un número de muertes mayor para las niñas sería visto con alarma, como un posible signo de un significativo problema social, como puede ser de discriminación contra ellas. Las diferencias según sexo en el tratamiento pueden estar influenciadas por factores como la percepción de la causa de enfermedad y su gravedad, las ideas sobre la salud inherente a niños y niñas, y la discriminación basada en género (27).

De acuerdo a la información de las Encuestas Demográficas y de Salud, disponible para cuatro países, en presencia de IRA, el porcentaje de niñas que fueron llevadas a servicios de salud durante las dos semanas anteriores a la encuesta fue menor que el porcentaje registrado para niños. Es decir, se observó un tratamiento diferenciado según sexo en este grupo de edad en la búsqueda de atención médica en presencia de IRA.

Datos requeridos

Número de muertes de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por causa de IRA.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Edad de la madre: menos de 20, 21-40, 40 y más años
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Comentario

Como se ha mencionado, no todas las variables socioeconómicas sugeridas se consignan en los registros de hechos vitales, por lo que se sugiere a los países que modernicen los registros de hechos vitales, incluyendo en ellos variables socioeconómicas y demográficas adicionales.

2.3 MORTALIDAD EVITABLE POR LA APLICACIÓN DE UN COMPLEJO DE MEDIDAS

Número de defunciones por SIDA, por sexo

Definición

Número total de muertes de mujeres por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en un período y territorio determinados. Número total de muertes de hombres por SIDA, en el mismo año y territorio.

La mortalidad por SIDA corresponde a los códigos B20-B24 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Por factores biológicos y fisiológicos, la transmisión del VIH de hombre a mujer es más efectiva que a la inversa. A ello debe sumarse el rol que las relaciones de género juegan en la determinación del riesgo y la vulnerabilidad en la transmisión del VIH.

Los comportamientos definidos como femeninos y masculinos afectan diferenciadamente a mujeres y hombres en cuanto al acceso a la información y servicios, a su comportamiento sexual y actitudes, y a cómo enfrentar la situación una vez que son portadores del VIH. Por otro lado, las limitaciones de acceso y control por parte de las mujeres a los recursos materiales y no materiales las coloca en una situación de desventaja para la negociación y toma de decisiones para proteger su salud reproductiva, disminuyendo la posibilidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgos.

En los países para los cuales existe información, la razón entre el número de muertes por SIDA de los hombres con respecto a las mujeres, va desde 10:1 en Costa Rica, es decir de cada 10 hombres que mueren de SIDA muere una mujer, hasta 1:1 en Haití, donde por cada hombre que muere por SIDA muere una mujer (14).

Datos requeridos

Número de muertes por causa de SIDA, por sexo.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales

El número de defunciones desagregado por sexo para los países de la Región, está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 12, 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Comentarios:

En muchos países el diagnóstico de SIDA está asociado a un estigma, lo cual da origen a una certificación médica imprecisa de la causa de muerte y a un elevado subregistro de estas defunciones. Por esto, se podría intentar complementar los datos del registro de defunciones con los de registros de casos de SIDA. Esta tarea, que no siempre es factible, exige una verificación de la certificación médica de causa de muerte para las defunciones de personas incluidas en el registro de SIDA.

No todas las variables socioeconómicas arriba sugeridas se consignan en los registros de hechos vitales. Se recomienda la revisión de los registros de hechos vitales para incluir en ellos variables socioeconómicas y demográficas adicionales.

Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a deficiencias nutricionales y anemias en mujeres, por grupo de edad, y el total de mujeres en ese grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por deficiencias nutricionales en mujeres =
= $\frac{\text{Número de defunciones debidas a deficiencias nutricionales en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Número total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por deficiencias nutricionales en hombres =
= $\frac{\text{Número de defunciones debidas a deficiencias nutricionales en hombres de un grupo de edad}}{\text{Número total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$
(Igual para el caso de las anemias).

Las causas de mortalidad por anemias corresponden a los códigos D50-D53, D62, D64.9, y por desnutrición a los códigos E40-E46 de la CIE-10 (25).

Relevancia

La malnutrición es quizás el problema de salud más importante que afecta a las mujeres, principalmente en los países en desarrollo, debido a dos inequidades: por un lado la pobreza y, por otro, la condición de ser mujer. El origen de las deficiencias en la ingesta se encuentra tanto en factores relacionados con la escasez de recursos familiares para satisfacer necesidades básicas, como también en ciertas prácticas culturales sobre el consumo y la distribución intrafamiliar de los recursos alimentarios. Estas prácticas se traducen en un tratamiento preferencial hacia los hombres en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los derivados de proteína animal, debido a la asignación de mayor valor al rol del varón y a su aporte a la economía del hogar.

La malnutrición tiene efectos acumulativos durante las diferentes etapas del ciclo de vida y puede tener efectos en la salud de las próximas generaciones. Entre la primera menstruación y la menopausia, las mujeres necesitan absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, y más aún cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos DIU. Durante el embarazo, la deficiencia de micronutrientes, entre ellos hierro pone en peligro la salud y la vida de la madre, y aumenta el riesgo de mortalidad perinatal y de problemas físicos y mentales en la prole.

De allí que la anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de las mujeres, particularmente de las embarazadas. Más de la cuarta parte de las mujeres de la Región padecen anemia ferropénica, no obstante, sólo en los servicios prenatales, cuya cobertura es muy limitada, se presta atención a este problema, cuando la corrección de la carencia de hierro debe comenzar en la niñez. Para América Latina, se estima que 34% de mujeres sufren de anemia (19).

Es importante subrayar que, aunque en la Región la desnutrición pocas veces es mortal en sí, en la práctica erosiona considerablemente la calidad de la vida al

generar una propensión a la fatiga crónica, reducir la productividad e incrementar la vulnerabilidad a las infecciones y a la mortalidad durante el parto.

Datos requeridos

Número de muertes por deficiencias nutricionales y anemias de hombres y mujeres, por grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 12, 12-19, 20-34, 35-49, 50 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Mortalidad por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a lesiones e intoxicaciones de origen no intencional en mujeres y el total de las mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional en mujeres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} \times 100.000$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional en hombres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} \times 100.000$

Las causas de mortalidad por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional corresponden a los códigos V01-V99, W00-W99, X00-X59 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Las causas para una mayor propensión del sexo masculino hacia conductas de riesgo, son reforzadas y perpetuadas por definiciones culturales opuestas de masculinidad y feminidad que actúan como factores destructivos para los hombres y protectores para las mujeres. Las diferencias en la socialización para asumir y desarrollar ciertas formas de comportamientos considerados más apropiados para cada sexo, se traducen en diferenciales en los riesgos de salud entre mujeres y hombres. Así, los hombres están más expuestos a accidentes que las mujeres y las diferencias en las tasas de mortalidad de hombres y mujeres se amplían aún más en las edades adultas jóvenes. Otros factores relacionados con la mayor accidentalidad masculina emanan de la mayor proporción de hombres que de mujeres que trabaja en ramas de la producción y puestos de trabajo de mayor riesgo.

En todos los países de la Región para los cuales se dispone de información sobre mortalidad por causas externas (incluye las lesiones de origen no intencional y las autoinfligidas intencionalmente), la tasa estimada de mortalidad por causas externas es mayor para los hombres; en 1997, en Colombia, la tasa estimada de mortalidad en los hombres alcanzó 232,6 por 100.000, mientras que la de las mujeres fue de 39,7 (14).

Datos requeridos

Número de muertes por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional por sexo. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones de mujeres debidas a lesiones autoinfligidas intencionalmente y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad de mujeres, específica por edad, por lesiones autoinfligidas intencionalmente =
 = $\frac{\text{Número de defunciones de mujeres de un grupo de edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad de hombres, específica por edad, por lesiones autoinfligidas intencionalmente =
 = $\frac{\text{Número de defunciones de hombres de un grupo de edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Las causas de mortalidad por suicidios y lesiones autoinfligidas corresponden a los códigos X60-X84, Y87.0 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Las diferencias en la socialización para asumir y desarrollar ciertas formas de comportamiento considerados más apropiados para cada sexo, se traducen en diferencias en los riesgos de la salud entre las mujeres y los hombres. Una mayor propensión del sexo masculino hacia conductas agresivas, temerarias, independientes, violentas y de riesgo, que pueden tener un componente biológico (tema sobre el cual no existe acuerdo), es reforzada y perpetuada por definiciones culturales opuestas de masculinidad y feminidad que actúan como factores destructivos para los hombres y protectores para las mujeres.

Aunque la tendencia apunta a la mayor mortalidad masculina por suicidio, en algunos casos se observa una mayor mortalidad femenina, como por ejemplo, entre los adolescentes en Colombia y en Brasil. En general, la frecuencia de los intentos de suicidio es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Entre 1984 y 1994, en la Región de las Américas se observó un ligero incremento en las tasas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas de los hombres, al pasar de 13,5 a 13,8, y una disminución entre las mujeres, al pasar de 3,9 a 3,3, llamando la atención el incremento de suicidios entre las mujeres en México, que pasa de 0,4 a 1,1 en el período señalado (28). La magnitud de las tasas estimadas

de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas de Cuba, Canadá y Uruguay llaman la atención. Para 1997, en Cuba se estimaron tasas de 25,3 para los hombres y de 12,1 para las mujeres; en Canadá 20,7 y 5,4 para hombres y mujeres respectivamente; y en Uruguay 21,3 para los hombres y 5,4 para las mujeres (14).

Datos requeridos

Número de muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas, por sexo, para los países de la Región, están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica
- Condición de actividad

Mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad de mujeres, específica por edad, por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona =
 = $\frac{\text{Número de defunciones de mujeres de un grupo de edad debidas a homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad de hombres, específica por edad, por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona =
 = $\frac{\text{Número de defunciones de hombres de un grupo de edad debidas a homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Las causas de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona corresponden a los códigos X85-Y09, Y35, Y36 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Las diferencias en la socialización para asumir y desarrollar ciertas formas de comportamiento considerados más apropiados para cada sexo, como es el caso de la resolución de conflictos por medidas violentas para los hombres, se traducen en diferenciales entre mujeres y hombres en los riesgos de salud. De allí que, la mayor propensión del sexo masculino hacia conductas violentas y de riesgo, se traduce en mayores tasas de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, con respecto a las mujeres.

De acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial (29), en 1990, en América Latina y el Caribe, el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad por homicidio y violencia alcanzaron la cifra de 320.000 para las mujeres y de 3.080.000 para los hombres, es decir 9,6 veces más para estos.

Para los países de los cuales se tiene información disponible, en 1997 Colombia presentó una tasa estimada de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona de 142,9 por 100.000 hombres y de 12,6 por 100.000 mujeres; El Salvador, 87,5 y 9,1 para hombres y mujeres respectivamente (14).

Datos requeridos

Número de muertes por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona para varios países de la Región, por sexo, están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 12, 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

2.4 Otras causas de mortalidad evitable (en menor grado que las anteriores)

Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en las mujeres =

$$= \frac{\text{Número de defunciones por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en los hombres =

$$= \frac{\text{Número de defunciones por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

Las causas de mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios corresponden a los códigos C33-C34 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Este tipo de cáncer tiende a registrar una mortalidad más alta entre los hombres. La relación documentada entre el consumo de tabaco y este tipo de cáncer subraya la presencia de factores culturales ligados al género que apoyan el tabaquismo entre los hombres, a la vez que lo desaniman entre las mujeres. Desafortunadamente, estos factores protectores de la salud de las mujeres están perdiendo su poder ante los cambios en los roles y expectativas ligados al concepto de feminidad. En los últimos treinta años, el consumo de cigarrillos de los hombres se ha estabilizado en los países industrializados, mientras que en los países en desarrollo ha aumentado en ambos sexos, particularmente entre las mujeres jóvenes.

Para 1997, último año para el cual se tienen información disponible, Estados Unidos y Canadá presentan tasas altas de mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios, tanto para los hombres como para las mujeres. Actualmente, en Canadá y Estados Unidos las tasas estimadas de mortalidad femenina por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios son más altas que las tasas estimadas por mortalidad por neoplasias malignas de cáncer de mama (14).

Datos requeridos

Número de muertes por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas⁸ de mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios, por sexo, para los países de la Región están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años

8 Idem

- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en las mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en las mujeres =

$$= \frac{\text{Número de defunciones por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en los hombres =

$$= \frac{\text{Número de defunciones por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

Las causas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado corresponden a los códigos K70, K73, 74, K76 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Las diferencias entre mujeres y hombres en los patrones de organización de la vida dan origen al desarrollo de ciertas formas de comportamiento consideradas más apropiadas para cada sexo, y se traducen en diferencias en los riesgos para la salud entre mujeres y hombres.

La relación entre el consumo de alcohol y la mortalidad por cirrosis subraya la presencia de factores culturales ligados al género que apoyan el consumo de alcohol entre los hombres, a la vez que lo desaniman entre las mujeres. Desafortunadamente, estos factores protectores de la salud de las mujeres están perdiendo su poder ante los cambios en los roles y expectativas ligados al concepto de feminidad; en este contexto, el consumo de alcohol entre las mujeres es cada vez mayor, aunque aún signifique mayor estigmatización.

De acuerdo a los datos disponibles en la Página Web de OPS (14), para el año 1997, México y Chile presentaron las mayores tasas estimadas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado tanto para hombres como para mujeres.

Datos requeridos

Número de muertes por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas⁹ de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado para la mayoría de los países de la Región, por sexo, están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Mortalidad por cáncer de mama de la mujer

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a cáncer de mama en las mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000.

9 Idem

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por cáncer de mama =
= $\frac{\text{Número de defunciones debidas a cáncer de mama en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

La mortalidad por neoplasias malignas de mama corresponde al código C-50 de la CIE-10 (25).

Relevancia

El cáncer de mama cada vez afecta a más mujeres en la Región. Las tasas de mortalidad, si bien son más altas entre las mujeres de los países más desarrollados, están creciendo rápidamente entre los países de relativo desarrollo dentro de la Región.

Además del componente hereditario, están asociados al cáncer de mama, una temprana menarquia, una menopausia tardía y el nacimiento del primer hijo después de los 30 años de edad. También existe literatura que asocia el cáncer de mama a la presencia de factores de estrés, como malas relaciones conyugales, abandono del cónyuge, muerte de un hijo; asimismo, el cáncer de mama puede tener relación con los problemas de contaminación ambiental, el hábito de fumar, tipos de alimentación, y uso de hormonoterapia de reemplazo en el climaterio.

Entre las tasas estimadas de mortalidad por neoplasias malignas de mama en las mujeres, disponibles para casi todos los países de la Región, las más altas correspondieron a Uruguay (38,8), Canadá (33) y Estados Unidos (30,5), y las más bajas a El Salvador (4) y Nicaragua (5,8) (14).

Datos requeridos

Número de muertes de mujeres por cáncer de mama, por grupo de edad. Población femenina en los diferentes grupos de edades.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas¹⁰ de mortalidad de las mujeres por cáncer de mama, para los países de la Región están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

¹⁰ Idem

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Mortalidad por cáncer de próstata*Definición*

Cociente entre el número de defunciones debidas a cáncer de próstata y el total de hombres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por cáncer de próstata =

$$= \frac{\text{Número de defunciones debidas a cáncer de próstata en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

La mortalidad por tumor maligno de próstata corresponde al código C61 de la CIE-10 (25).

Relevancia

El cáncer de próstata puede ser detectado y tratado oportunamente. Sin embargo, por la socialización de género, los hombres enfrentan barreras que limitan sus visitas a los servicios de salud, evitando así un control de la próstata, y perdiendo, por lo tanto, la oportunidad de ser tratados a tiempo.

Las tasas de mortalidad por cáncer de próstata presentan variaciones en los diferentes grupos de edad, mostrando una tendencia creciente conforme avanza la edad.

En un grupo seleccionado de países de la Región, la tasa de mortalidad por cáncer de próstata para el año 1994, presentó pocos casos antes de los 44 años, pero en el grupo de edad de 75 y más años la tasa llegó a 310,3 para México y 570,4 para Cuba por cada 100.000 hombres (28).

Datos requeridos

Número de muertes por cáncer de próstata. Población masculina en los diferentes grupos de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica

Mortalidad por enfermedades hipertensivas, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a enfermedades hipertensivas en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades hipertensivas en mujeres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones por enfermedades hipertensivas en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades hipertensivas en hombres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones por enfermedades hipertensivas en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

La mortalidad por enfermedades hipertensivas corresponde a los códigos I10-I15 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Entre las mujeres, la hipertensión tiene mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos y de menor educación. Los alimentos condimentados con demasiado cloruro de sodio, así como el climaterio, son razones concretas para la aparición de los síntomas de hipertensión.

De acuerdo al análisis realizado por la OPS con los datos quinquenales del período 1960-1994, disponibles para 13 países de la Región, las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP) por enfermedad hipertensiva se incrementó únicamente en Nicaragua. En Colombia, El Salvador, México y Venezuela las tasas de APVP permanecieron estables; y en los otros países analizados: Estados Unidos, Canadá, Chile, Argentina, Trinidad y Tobago, Barbados, Costa Rica, y Cuba, las tasas disminuyeron. En Barbados, Colombia, México y Nicaragua, las tasas de APVP para las mujeres fueron consistentemente más altas que para los hombres en todo el período estudiado. Para el quinquenio 1990-1994, Estados Unidos y Canadá fueron los países con tasas de APVP más altas; en Canadá, por cada año de vida potencial perdido por las mujeres, los hombres perdieron dos (28, p. 174).

Datos requeridos

Número de muertes por hipertensión en hombres y mujeres por grupo de edad.
Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Mortalidad por diabetes mellitus, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a diabetes mellitus en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por diabetes mellitus en las mujeres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones debidas a diabetes mellitus en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por diabetes mellitus en los hombres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones debidas a diabetes mellitus en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Las causas de mortalidad por diabetes mellitus corresponden a los códigos E10-E14 de la CIE-10.

Relevancia

La diabetes mellitus es una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública en la Región. El incremento de sobrepeso, así como los estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, contribuyen al riesgo de desarrollar la diabetes mellitus; por otro lado, la diabetes constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, ocasionar ceguera y causar daños en los riñones y la pérdida de las extremidades inferiores. Muchos casos de diabetes pueden prevenirse con una dieta saludable y ejercicio físico, y las complicaciones pueden reducirse manteniendo un peso saludable, ingiriendo una dieta baja en grasa y alta en fibra, dejando de fumar, haciendo ejercicio regularmente y manteniendo controlada la presión sanguínea alta.

De los 40 países para los cuales se cuenta con información (último año disponible: 1992, 1997), 34 de ellos presentan mayores tasas de mortalidad estimada de diabetes para las mujeres que para los hombres (14). En los años 90, en América del Norte, la relación entre la tasa de mortalidad por diabetes de las mujeres y la de los hombres fue de 1,33:1, y en América Latina de 1,2:1 (razones no ajustadas por edad) (28, p.184). Entre 1980 y 1994, el Caribe Inglés experimentó un incremento de 147% en el número de defunciones debidas a diabetes mellitus, constituyendo la tercera causa de años potenciales de vida perdidos entre las mujeres y la décima entre los hombres (28).

El sector salud debe, por lo tanto, poner especial atención para prevenir la diabetes y mejorar la efectividad del cuidado de las personas afectadas, especialmente si se considera que, de acuerdo a las proyecciones presentadas por la OPS, para el año 2010 se prevé un incremento de los casos de diabetes con respecto a lo estimado en 1994, que ascenderá al 74% en las Islas del Caribe, 40% en América del Sur y al 25% en Canadá y Estados Unidos (28, p. 184).

Datos requeridos

Número de muertes por diabetes mellitus, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas¹¹ de mortalidad por diabetes mellitus, por sexo, para los países de la Región, están disponibles en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 25-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica
- Condición de actividad

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a enfermedades cerebrovas-

¹¹ Idem

culares en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades cerebrovasculares en las mujeres =
= $\frac{\text{Número de defunciones debidas a enfermedades cerebrovasculares en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades cerebrovasculares en los hombres =
= $\frac{\text{Número de defunciones debidas a enfermedades cerebrovasculares en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Estas causas de mortalidad corresponden a los códigos I60-I69 de la CIE-10.

Relevancia

Entre los factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular vinculados en particular al sexo femenino figuran la hipertensión y la obesidad, factores agravados por cambios hormonales posmenopaúsicos y el consumo de anticonceptivos orales durante la edad reproductiva.

Aunque la incidencia de los trastornos cerebrovasculares se eleva considerablemente después de los 45 años de edad, entre las mujeres estas enfermedades comienzan a figurar desde los 25 años de edad entre las cinco principales causas de defunción. A partir de datos de los últimos años disponibles en la OPS, 30 de los 40 países para los cuales se cuenta con información presentan una tasa estimada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares más alta para las mujeres; para Estados Unidos, en 1997, la tasa estimada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares alcanzó a 70,8 para las mujeres y 46,7 para los hombres, es decir, una razón mujeres:hombres de 1,5:1 (14)

Datos requeridos

Número de muertes por enfermedades cerebrovasculares, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas¹² de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, por

12 Idem

sexo, para los países de la Región, se pueden encontrar en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, por sexo

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en las mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y un territorio determinados, expresado por 100.000. Igual para los hombres.

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades isquémicas del corazón en las mujeres =
 = $\frac{\text{Número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades isquémicas del corazón en los hombres de un grupo de edad =
 = $\frac{\text{Número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Las causas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón corresponden a los códigos I20-I25 de la CIE-10.

Relevancia

En edades jóvenes, las afecciones del corazón son más comunes entre los hombres, pero luego de la edad reproductiva se reducen las diferencias entre mujeres

y hombres y se convierten en una causa de mortalidad que amerita una llamada de atención para las mujeres.

En todas las subregiones de las Américas, excepto América del Norte y el Cono Sur, la mortalidad y los años potenciales de vida perdidos (APVP) por enfermedades isquémicas del corazón aumentaron entre 1980 y 1994. A pesar de la disminución en América del Norte, luego de las neoplasias malignas, las enfermedades isquémicas del corazón siguen siendo la segunda causa de APVP en hombres y en mujeres (28).

Datos requeridos

Número de muertes por enfermedades isquémicas del corazón, por sexo y grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población

Las tasas estimadas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, por sexo, se pueden encontrar en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica
- Condición de actividad

3. MORBILIDAD Y LESIONES EVITABLES

3.1 NUTRICIÓN

Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva

Definición

Cociente entre el número de casos existentes de mujeres entre 15 y 49 años de edad con niveles de hemoglobina por debajo de 12 gramos/100 ml de sangre en las no embarazadas por debajo de 11 gramos/100 ml de sangre en las embarazadas, y el número total de mujeres de 15 a 49 años, expresado por 100.

También se podría clasificar en: anemia grave: < 7,0g/100 ml; anemia moderada: 7,0-9,9g/100 ml; anemia leve: 10,0-11,0g/100 ml.

Prevalencia de anemia en las mujeres en edad fértil (MEF) = $\frac{\text{Número de MEF con anemia} * 100}{\text{Total de MEF}}$

Relevancia

La deficiencia de hierro en la mayoría de los casos de anemia, es la forma más común conocida de deficiencia nutricional. Su prevalencia es más alta entre los niños y las niñas, y entre las mujeres en edad fértil, especialmente entre las embarazadas. Las mujeres desarrollan anemia macrocítica por deficiencias gástricas, estrés grave y carencia de vitaminas del complejo B. La anemia falciforme puede verse aumentada por la incidencia derivada de carencias nutricionales varias.

Con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan y se intensifican durante el embarazo y la lactancia. Entre el inicio de la menstruación y la menopausia, las mujeres necesitan absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, y más aún cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos. Con mucha frecuencia en algunos grupos de mujeres, la satisfacción de estos requerimientos se ve limitada por patrones culturales que perpetúan o agravan el déficit existente. Por ejemplo, en los sectores pobres, el déficit nutricional de las mujeres debido a la escasez de recursos se agrava por los patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal de hierro.

La anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de las mujeres, particularmente de las embarazadas. Más de la cuarta parte de las mujeres de la Región padecen anemia ferropénica; no obstante, solo en los servicios prenatales, cuya cobertura es muy limitada, se presta atención a este problema, cuando la corrección de la carencia de

hierro y la educación sobre valores nutricionales de los alimentos debería iniciarse en la niñez.

Datos requeridos

Número de mujeres con deficiencia de hierro, por grupo de edad. Población femenina por grupo de edad.

Fuentes de datos

- Encuestas de epidemiología y salud familiar
- Encuestas nutricionales
- Sistemas de vigilancia nutricional

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49 años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

Hoy día se cuenta con instrumentos clínicos para medir con precisión y a bajo costo la concentración de hemoglobina y hematocritos, y determinar la forma de los eritrocitos, utilizando sangre venosa o capilar. Aun así, en muchos países esta información no se registra; sin embargo, dada la utilidad del indicador, es importante recoger los datos necesarios para calcularlo periódicamente.

Prevalencia de malnutrición (medida por el índice de masa corporal) en las mujeres que han tenido uno o más hijos en el período comprendido entre los últimos 2 meses y los últimos 5 años

Definición

Cociente entre el número de mujeres no embarazadas con niños menores de 5 años y mayores de 2 meses, con índice de masa corporal (IMC) menor de 18,5 o mayor de 25, y el total de mujeres que tuvieron hijos entre los últimos 5 años y los últimos 2 meses, expresado por 100.

$$\text{Prevalencia de malnutrición en mujeres no embarazadas con hijos entre 2 meses y 5 años de edad} = \frac{\text{Número de mujeres no embarazadas con hijos entre 2 meses y 5 años de edad, con IMC} < 18,5 \text{ o } > 25 * 100}{\text{Total de mujeres con hijos entre 2 meses y 5 años de edad}}$$

El IMC es la medida antropométrica definida como el cociente del peso (en kilogramos) y la estatura² (en metros).

Relevancia

Aunque está en discusión la utilización del IMC como un indicador de riesgo reproductivo, se ha encontrado una asociación entre el IMC y el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal.

El estado nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo constituye uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna, así como de las posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto y problemas con la salud y la vida del niño.

La necesidad de que las mujeres tengan una mejor nutrición, especialmente antes y durante el embarazo y la lactancia debe estar presente en las iniciativas que dan respuesta al problema de la malnutrición materna. Entre las mujeres embarazadas, principalmente afectadas por la anemia, se incrementa el riesgo de partos prematuros, nacimientos de niños con bajo peso, morbilidad y mortalidad materna y problemas físicos y mentales en la prole.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en Colombia en el año 2000 se encontró que a mayor edad, mayor es el IMC de las madres. Por nivel educativo, la diferencia fue notable: entre las madres con IMC menor de 18,5, las cifras para aquellas sin educación formal fueron el doble de las de las madres universitarias. Entre las mujeres jóvenes menores de 20 años se encontró el mayor porcentaje de mujeres con IMC por debajo de 18,5 (30).

Datos requeridos

Número de mujeres con hijos entre 2 meses y 5 años de edad. Edad, peso y estatura de cada una de ellas.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 20, 20-34, 35-49 años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Prevalencia de obesidad, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres mayores de 14 años afectadas por la obesidad (medida en base al índice de masa corporal, IMC), por grupo de edad, y el total de mujeres mayores de 14 años en la población, para un territorio y un período determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

Prevalencia de obesidad en mujeres mayores de 14 años = $\frac{\text{Número de mujeres } >14 \text{ años con IMC } \geq 30}{\text{Total de mujeres } > 14 \text{ años}} * 100$

Prevalencia de obesidad en hombres mayores de 14 años = $\frac{\text{Número de hombres } >14 \text{ años con IMC } \geq 30}{\text{Total de hombres } > 14 \text{ años}} * 100$

El IMC es la medida antropométrica definida como el cociente del peso (en kilogramos) y la estatura² (en metros). Para la OMS, un IMC ≥ 30 es un indicativo de obesidad (mayor o igual a 25 sería sobrepeso).

Relevancia

Muchos países están experimentando un marcado incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, a tal punto que esta afección constituye una epidemia en

la Región. El sobrepeso, especialmente la obesidad, en personas adultas, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad asociadas con hipertensión, afecciones del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, afecciones respiratorias, afecciones de la vesícula, algunos tipos de cáncer, gota, artritis y otras enfermedades crónicas.

Existe evidencia de que la obesidad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y que la mayor incidencia se da entre los grupos de menores ingresos. En situaciones de penuria económica, las mujeres recurren a una ingesta mayor de hidratos de carbono de diferente origen según la costumbre y uso regional.

En Uruguay, la prevalencia de obesidad entre las mujeres de bajos niveles socioeconómicos fue superior al estimado para el grupo de mayor nivel (28). En Estados Unidos, entre 1997 y 2000, la prevalencia de obesidad en la población adulta subió un 12%, al pasar del 19,4% al 21,8%; para el 2000, una de cada cuatro mujeres, así como uno de cada cuatro hombres, entre 40 y 59 años de edad, declararon estar afectados por la obesidad, siendo mayormente afectada la población negra no hispánica, de la cual 35,8% se declaró obesa (31).

Además de los problemas de salud, la imagen física afecta más a las mujeres ya que ellas tienen que enfrentar mayores limitaciones en las oportunidades, especialmente en el mercado laboral, donde con frecuencia los empleadores exigen determinados estereotipos de belleza.

Datos requeridos

El peso y la estatura de las personas mayores de 15 años. Población de 15 años y más por sexo y edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de vigilancia nutricional

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 20, 20-34, 35-49 años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más

- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

Se excluyen las mujeres embarazadas y las que han tenido un parto en los últimos tres meses antes.

3.2 Violencia intrafamiliar y abuso sexual

Prevalencia de violencia intrafamiliar, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que sufren de violencia intrafamiliar (física, psicológica, sexual y patrimonial), y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, en un año y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

Prevalencia de violencia intrafamiliar en mujeres de un grupo de edad =
 = $\frac{\text{Número de mujeres de un grupo de edad que sufren de violencia intrafamiliar}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100$

Prevalencia de violencia intrafamiliar en hombres de un grupo de edad =
 = $\frac{\text{Número de hombres de un grupo de edad que sufren de violencia intrafamiliar}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100$

Relevancia

La violencia constituye una violación de los derechos humanos. La violencia intrafamiliar afecta principalmente a las mujeres, los niños y las niñas. El reconocimiento de la violencia contra las mujeres como problema de salud pública es el resultado de una progresiva comprensión de los daños que la violencia doméstica y la violación ocasionan a la salud de las mujeres. La violencia física y emocional tiene múltiples efectos sobre la salud, que van desde la pérdida de vidas hasta las lesiones y discapacidades que dejan heridas físicas y psicológicas, algunas de ellas permanentes. Entre las patologías y los comportamientos originados en la violencia intrafamiliar están el suicidio, homicidio, ETS, aborto espontáneo, dolores pélvicos

crónicos, dolores de cabeza, problemas ginecológicos, abuso de sustancias nocivas, conductas autodestructivas, síndrome de colon irritable, discapacidad parcial o permanente, estrés postraumático, depresión, ansiedad, disfunción sexual, desórdenes de tipo alimentario, personalidad múltiple, trastornos obsesivos y compulsivos.

La evidencia ha demostrado que los niños y las niñas que son testigos o víctimas de la violencia en los hogares tienen mala salud y problemas de comportamiento. Y, si han sido objeto de abuso sexual, los niños y niñas quedan traumatizados y tienen problemas para establecer relaciones y para confiar en otros, aspectos indispensables para un desarrollo saludable.

Pocos países han realizado encuestas de violencia intrafamiliar que permitan conocer la prevalencia de esta. No obstante, a través de estudios locales se estimó que, en América Latina, entre 25% y 50% de las mujeres encuestadas declararon haber sido alguna vez objeto de abuso físico por parte de la pareja actual o anterior. Estas investigaciones han permitido reunir mayores conocimientos sobre las características de la violencia. Se sabe que el maltrato contra las mujeres proviene de sus compañeros en 70% a 90% de los casos; el grupo de edad con mayores probabilidades de sufrir violencia doméstica es el de 20 años a 39 años; el grupo más vulnerable al abuso sexual se sitúa entre los 11 años y 16 años; de las mujeres víctimas de homicidio, 45% a 60% fueron asesinadas en el entorno familiar, la mayoría de ellas por sus cónyuges; y en un alto porcentaje, los agresores y las víctimas proceden de familias en las cuales hubo violencia doméstica.

De las Encuestas Demográficas y de Salud en Colombia y en Perú 41% de las mujeres en edad fértil han sido víctimas alguna vez de la violencia física infligida por el esposo o compañero. En Nicaragua el porcentaje alcanzó el 29% y en Haití, el 27% (32).

Aunque el maltrato aparece como un factor importante en la determinación de enfermedades y lesiones entre las mujeres, los niños y las niñas, los profesionales médicos aún suelen ignorarlo. En estudios realizados en Estados Unidos se demostró, por ejemplo, que entre 17% y 25% del total de los casos atendidos en unidades de urgencia fueron mujeres maltratadas. Sin embargo, quienes prestan estos servicios identificaron menos de 5% de las lesiones o enfermedades como derivadas del abuso (33).

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres que alguna vez han sufrido actos de violencia intrafamiliar física, psicológica y sexual, por grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Encuestas de violencia intrafamiliar
- Encuestas de violencia basada en género
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo sobre la violencia intrafamiliar

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupo de edad de la persona agredida: menores de 11, 11-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-65, 65 y más años
- Años de instrucción de la persona agredida: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Tipo de violencia (física, psicológica, sexual y patrimonial)
- Condición de pobreza de los hogares (pobres y no pobres)
- Relación con el agresor/a
- Lugar donde ocurrió la agresión
- Nivel de gravedad de la violencia (medido por la gravedad de las lesiones)
- Condición de actividad de la persona agredida y del agresor (trabajo remunerado o trabajo doméstico no remunerado)
- Situación de embarazo (mujeres embarazadas y no embarazadas que sufren actos de violencia)
- Instancia a la que recurren como primera opción para buscar ayuda

Comentario

Debido a que la violencia intrafamiliar afecta principalmente a las mujeres, las encuestas y los módulos de violencia incluidos en las encuestas han enfatizado a este grupo de la población.

Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que buscaron atención por motivos de violencia intrafamiliar (física, psicológica, sexual y patrimonial) en el último año y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, expresado por 1.000. Igual para el caso de los hombres.

Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar en mujeres de un grupo de edad =
 = $\frac{\text{Número de mujeres que buscaron atención por violencia intrafamiliar, de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 1.000$

Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar en hombres =
 = $\frac{\text{Número de hombres que buscaron atención por violencia intrafamiliar, de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 1.000$

Relevancia

Las diferentes intervenciones ejecutadas en la Región sobre el tema de la violencia intrafamiliar han contribuido a que este problema se ventile en el ámbito público y a que las mujeres –quienes son las más afectadas– así como los hombres, acudan a instancias creadas para atender estos casos. Entre las intervenciones se pueden citar la promulgación y aplicación de las leyes para prevenir y atender la violencia intrafamiliar, la creación de modelos de atención que incorporan la participación comunitaria para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar, la creación y/o adaptación de instancias estatales de atención y sanción de casos de violencia intrafamiliar, la capacitación a las personas de los sectores de la salud, educación, policial y judicial. Todo este cúmulo de intervenciones promovida, la mayoría de las veces, desde las ONG de mujeres, han incidido para que las mujeres acudan cada vez más a centros de atención para denunciar casos de violencia y solicitar apoyo psicológico y legal.

En Guayaquil, la ciudad más grande de Ecuador, el número de denuncias de violencia intrafamiliar registrado en 1994 ascendió a 6.000, y en 1997 llegó a 16.400 (20). En el sector de la salud también se han incorporado protocolos para identificar casos de violencia intrafamiliar y brindar el apoyo pertinente.

El número de casos de violencia intrafamiliar denunciados, o identificados y atendidos en el ámbito de la salud, no es una medida de la prevalencia o incidencia de este tipo de violencia, pero lo es, por un lado, del nivel de apertura y dispo-

nibilidad y accesibilidad que tienen las mujeres y los hombres para presentar las denuncias; y, por otro lado de la demanda efectiva de servicios de atención de la violencia intrafamiliar. La información que se está recolectando sobre violencia intrafamiliar es crucial para la formulación de políticas orientadas a la prevención y atención de la violencia.

Datos requeridos

Número de mujeres y de hombres que han denunciado y solicitado atención por violencia intrafamiliar en las diferentes instancias gubernamentales (judicial, policial, sanitaria) y en las ONG, por grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Registros de denuncias reportadas en la policía, comisarías de familia, comisarías de la mujer, u otras instancias
- Registros epidemiológicos del sector salud
- Fichas de registro de las ONG especializadas

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupo de edad: menores de 15, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de pobreza de los hogares (pobres y no pobres)
- Relación con el agresor/a
- Lugar donde ocurrió la agresión
- Nivel de gravedad de la violencia
- Condición de actividad (trabajo remunerado o trabajo doméstico no remunerado) de la persona agredida

- Situación de embarazo (mujeres embarazadas o no embarazadas que sufren actos de violencia)
- Tipo de atención demandada: judicial, sanitaria, policial

Comentario

Si fuera posible contar con la información, estos datos se podrían complementar con otros indicadores que midan la demanda de llamadas de emergencia y consejería telefónica para la atención de los actos de violencia contra las mujeres en los países donde existen tales medidas de apoyo.

Incidencia de abuso sexual, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que denunciaron abuso sexual durante el último año, y el total de la población, por grupo de edad, expresado por 100.000. Igual para los hombres.

Incidencia de abuso sexual en mujeres de un grupo específico de edad =
 = $\frac{\text{Número de casos nuevos de abuso sexual en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Incidencia de abuso sexual en hombres de un grupo específico de edad =
 = $\frac{\text{Número de casos nuevos de abuso sexual en hombres de un grupo de edad}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Relevancia

Este indicador se refiere solamente al abuso sexual, dejando de lado otros tipos de violencia basada en género, que generalmente no está reportada ni registrada.

Las mujeres, los niños y las niñas son las principales víctimas de abuso sexual. En el caso de los niños y las niñas, generalmente el abuso sexual es perpetrado por personas adultas que se aprovechan de su condición y en muchos casos son familiares o amigos cercanos de la familia.

Para los menores, las formas más comunes de abuso sexual son el incesto, violación, vejación, y explotación sexual, con consecuencias físicas y psicológicas o de comportamiento que afectan su desarrollo saludable. Para las mujeres, las for-

mas de abuso sexual son la violación, intento de violación, vejación e incesto, acoso sexual, y trata de mujeres.

La compilación y monitoreo de este indicador puede proveer una base para la discusión de políticas, a pesar de reconocerse que existe un alto subregistro de la incidencia por los casos no denunciados.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres que reportan ser víctimas de abuso sexual, por grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Registros de denuncias reportadas en la policía, comisarías de familia, comisarías de la mujer, u otras instancias similares
- Registros epidemiológicos del sector salud
- Fichas de registro de las ONG especializadas

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 11, 11-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-64, 65 y más años
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Relación con el agresor

3.3 Salud mental

Prevalencia de depresión, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que han tenido episodios de depresión en

un territorio y en un período de tiempo determinados, y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\begin{aligned} &\text{Prevalencia de depresión en mujeres de un grupo de edad} = \\ &= \frac{\text{Número de mujeres de un grupo de edad con episodios de depresión}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &\text{Prevalencia de depresión en hombres de un grupo de edad} = \\ &= \frac{\text{Número de hombres de un grupo de edad con episodios de depresión}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100 \end{aligned}$$

Relevancia

La más común de las afecciones mentales es la depresión, que puede ser desde leve hasta muy grave y reviste particular importancia en la salud mental de las mujeres, en quienes es mayor su prevalencia. Según el Global Burden of Disease 2000 (GBD), se ha estimado que la prevalencia puntual de depresión unipolar entre las mujeres alcanza el 3,2% y entre los hombres, el 1,9%.

De acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial, para 1990, en América Latina y el Caribe, el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad debido a desórdenes depresivos, ascendió 1.180.000 entre las mujeres y a 570.000 entre los hombres; es decir dos veces más para las primeras (29).

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la prevalencia de depresión entre las personas entrevistadas fluctuó entre 4% en Georgetown, Barbados y 18% en Montevideo, Uruguay (34).

Como resultado de las investigaciones realizadas se ha llegado a plantear la asociación de la depresión con la infertilidad, situación marital conflictiva, jefatura del hogar sin cónyuge, violencia física y abuso sexual, pobreza, y entre las adultas mayores, soledad por abandono familiar, pérdida del rol y síndrome del “nido vacío” (19).

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres que han tenido episodios de depresión, por grupo de edad. Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Encuestas

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupo de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Número y edad de los hijos
- Condición de actividad
- Participación en grupos sociales

Otro indicador sobre la salud mental es:

Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo

el cual está incluido en la sección correspondiente a mortalidad evitable por la aplicación de un complejo de medidas.

4. Comportamientos de riesgo

Prevalencia de tabaquismo, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres de 12 años y más, fumadoras actuales (que han fumado por lo menos un cigarrillo o un producto del tabaco similar en los 30 días anteriores a la encuesta), y el total de mujeres de 12 años y más en la población, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

Prevalencia del tabaquismo en las mujeres = $\frac{\text{Número de mujeres de 12 años y más, fumadoras actuales}}{\text{Total de mujeres de 12 años y más}} * 100$

Prevalencia del tabaquismo en los hombres = $\frac{\text{Número de hombres de 12 años y más, fumadores actuales}}{\text{Total de hombres de 12 años y más}} * 100$

Relevancia

Aunque el abuso del tabaco es todavía más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, en general el ritmo de aumento del consumo de tabaco es más acelerado entre las mujeres. Las condiciones sociales que refuerzan y fomentan la adicción al cigarrillo entre las mujeres están ligadas a la participación de la mujer en la esfera pública, donde uno de los códigos y símbolos del mundo masculino que pueden ser adoptados por las mujeres es el cigarrillo. También el acceso de las mujeres a los recursos económicos ha fomentado el consumo de tabaco de estas. Esta tendencia ha determinado que en edades jóvenes la brecha de consumo de cigarrillos entre hombres y mujeres sea cada vez más estrecha y en algunos países incluso se haya cerrado, con el agravante que los hábitos desarrollados a estas edades generalmente permanecen a lo largo de toda la vida.

En Estados Unidos, para el año 2000, en el grupo de edad de 12 a 17 años, 14,1% de mujeres reportaron consumo de cigarrillos, mientras que la cifra para los hombres llegó al 12,8% (31). Según los datos disponibles en la OPS, para el último año disponible (1997-2002) la prevalencia del tabaquismo en las mujeres adolescentes (12-18 años) fue mayor que la de los hombres adolescentes en Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (14). Es importante señalar que en América Latina, la prevalencia del tabaquismo en las mujeres se incrementa conforme aumenta la escolaridad, al contrario de lo que sucede entre los hombres.

El hábito de fumar conlleva serios riesgos para la salud de hombres y mujeres; algunas de las consecuencias para la salud de las mujeres son las enfermedades isquémicas del corazón, arteriosclerosis, hipertensión grave, cáncer de pulmón, laringe, esófago, cavidad oral y otros, enfermedades crónicas del pulmón, bronquitis crónica y enfisema.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres de 12 años y más que fuman regularmente. Total de mujeres y hombres de 12 años y más.

Fuentes de datos

- Encuestas sobre hábitos y comportamientos saludables
- Encuestas de prevalencia de consumo de drogas y psicotrópicos

La prevalencia de tabaquismo en la población de 12 a 18 años, por sexo, para varios países de la Región, está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Situación de embarazo para las mujeres

Prevalencia del consumo de alcohol, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres de 12 años y más que consumieron alcohol en las siguientes categorías: i) por lo menos una bebida en el mes (y año) pasado; ii) cuatro o más bebidas en la misma ocasión por lo menos una vez en el pasado mes (y año); iii) cuatro o más bebidas en una misma ocasión en por lo menos cinco diferentes días del mes (y año) pasado, y el total de mujeres de 12 años y más en la población, expresado por 100. Para el caso de los hombres, para los literales ii) e iii), en lugar de cuatro o más bebidas, considerar cinco o más bebidas.

Prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres =

$$= \frac{\text{Número de mujeres de 12 años y más, que consumieron por lo menos una bebida en el mes (y año) pasado}}{\text{Total de mujeres de 12 años y más}} * 100$$

Prevalencia del consumo de alcohol en los hombres =

$$= \frac{\text{Número de hombres de 12 años y más, que consumieron por lo menos una bebida en el mes (y año) pasado}}{\text{Total de hombres de 12 años y más}} * 100$$

(Igual para las otras categorías de consumo de alcohol)

Relevancia

El abuso de alcohol ha sido considerado un problema de los hombres. Sin embargo, desde que el consumo de alcohol entre las mujeres es cada vez más aceptable, este se ha incrementado y la diferencia con respecto a los hombres va disminuyendo.

En general, los hombres tienen mayor probabilidad de volverse dependientes del alcohol que las mujeres, de ser afectados por enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, y de morir por tales enfermedades, mientras que las mujeres son más propensas a afecciones agudas y crónicas relacionadas con la vulnerabilidad a daños del sistema reproductivo y disfunción sexual. Los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo también se han relacionado con un alto riesgo de aborto, nacimientos prematuros, y síndrome fetal de alcohol (35). El consumo de alcohol también está asociado con problemas cardiovasculares, accidentes, homicidios y suicidio, y con otros problemas como la violencia basada en el género y el abuso de menores.

A niveles comparables de consumo de alcohol las mujeres corren mayor riesgo que los hombres puesto que fijan mayor cantidad de alcohol en la sangre, cuyos efectos agudos de mayor intoxicación en ellas pueden explicarse por los diferentes contenidos de agua en el cuerpo del hombre y la mujer, y el peso corporal y el contenido de grasa.

Según un estudio del Banco Mundial, en América Latina y el Caribe, en 1990, los años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad debido a la dependencia del alcohol, llegó a 1.410.000 para los hombres y a 200.000 para las mujeres, es decir, siete veces más en los hombres (29). En Estados Unidos, en el 2000, 13,5% de las mujeres y 28,3% de los hombres de 12 años y más reportaron haber ingerido cinco o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión en el mes anterior a la entrevista (31).

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres de 12 años y más en cada categoría de consumo de alcohol. Total de personas de 12 años y más, por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas de prevalencia del consumo de drogas y psicotrópicos

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Comentarios:

Para la estimación de este indicador se puede definir el número de bebidas para mujeres y hombres de acuerdo al grado de alcohol puro en las bebidas. Por los efectos y riesgos diferentes por consumo de alcohol para las mujeres y los hombres, es conveniente el punto de corte entre 4 bebidas para las mujeres y 5 para los hombres.

Se puede construir un indicador complementario sobre el porcentaje de mujeres y hombres abstemios durante toda la vida, con el cual se podría hacer una comparación con quienes han dejado de beber por alguna razón.

Prevalencia del consumo de drogas ilícitas, por sexo*Definición*

Cociente entre el número de mujeres de 12 años y más que consumieron una o más de las siguientes drogas: marihuana, hashish, cocaína, alucinógenos, inhalantes, en el último año en un territorio determinado, y el total de mujeres de 12 años y más en la población, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

Prevalencia del consumo de marihuana en las mujeres =

$$= \frac{\text{Número de mujeres de 12 años y más, que consumieron marihuana en el último año}}{\text{Total de mujeres de 12 años y más}} * 100$$

Prevalencia del consumo de marihuana en los hombres =

$$= \frac{\text{Número de hombres de 12 años y más, que consumieron marihuana en el último año}}{\text{Total de hombres de 12 años y más}} * 100$$

(Igual para las otras drogas)

Relevancia

Generalmente los hombres están significativamente más relacionados con el uso de drogas que las mujeres. No obstante, estas a menudo se ven afectadas por el consumo de drogas como compañeras, madres, y parientes de personas consumidoras de estas sustancias.

La iniciación del consumo de drogas está ocurriendo a una temprana edad y con mayor frecuencia. Aunque el abuso de drogas es todavía predominante entre los varones, su ritmo de aumento es más acelerado entre las mujeres, tanto en los países de mayor desarrollo como en los de menor desarrollo. En Estados Unidos, para el año 2000, 18,9% de mujeres entre los 12 y 17 años, y 23,9% de ellas entre los 18 y 25 años, reportaron haber consumido alguna droga ilícita en el año anterior a la encuesta (31).

Por las diferencias fisiológicas con los hombres, las mujeres tienden a tener menos tolerancia a las drogas ilícitas. En las mujeres embarazadas, el consumo de drogas tiene efectos sobre el feto (35); asimismo, es conocido que el alcohol potencia los efectos de la marihuana, y que por el consumo de drogas inyectables existe una mayor exposición a la transmisión del VIH.

En materia de políticas, es preciso que se considere la necesidad de una mayor diseminación de información sobre las consecuencias individuales y sociales del abuso de drogas. Asimismo, en los servicios de rehabilitación por uso de drogas ilícitas es preciso que se tomen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres de 12 años y más que han usado drogas ilícitas en el último año. Población de 12 años y más, por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas sobre hábitos de consumo de sustancias psicoactivas

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más

- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

5. Salud sexual y reproductiva

Porcentaje de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos

Definición

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) en unión que usan anticonceptivos modernos y el número total de MEF en unión, por grupo de edad, para un territorio determinado, expresado por 100. Igual para MEF pertenecientes a distintos subgrupos de edad dentro del grupo de 15 a 49 años.

$$\% \text{ Mujeres de 15 a 49 años de edad (MEF) en unión que usa anticonceptivos modernos} = \frac{\text{Número de MEF en unión que usa anticonceptivos modernos}}{\text{Total de MEF en unión}} * 100$$

Los siguientes métodos anticonceptivos se consideran modernos: la píldora, DIU, inyección, espuma/jalea/óvulos, condón, esterilización femenina, esterilización masculina, Norplant, anticoncepción de emergencia, amenorrea por lactancia (30).

Relevancia

La capacidad de planear el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos constituye un derecho fundamental de los individuos y las parejas que se ha plasmado en algunos instrumentos internacionales. El acceso a información y la disponibilidad de un rango de métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar de alta calidad son aspectos cruciales para facilitar a las mujeres y los hombres el ejercicio del derecho a planificar los nacimientos.

El uso de métodos anticonceptivos es un componente fundamental para asegurar el cuidado de la salud reproductiva. Existe una variedad en las preferencias y evaluación de los riesgos y beneficios de cada método de anticoncepción. Este indicador mide la cobertura de uso de métodos de contracepción y la distribución de los métodos utilizados, por lo que, una fuerte concentración de usuarias en uno o

dos métodos podría ser una señal de limitación en la oferta o en el acceso.

Desde una perspectiva de género, es importante la oferta de métodos que provean la posibilidad de que hombres y mujeres compartan la responsabilidad de la planificación familiar, por lo que sería útil calcular el uso de anticonceptivos por grupos de métodos orientados hacia las mujeres y métodos controlados por hombres. Los orientados a las mujeres son: las píldoras, DIU, inyectables, métodos vaginales, esterilización femenina, condón femenino; los métodos que involucran la cooperación de los hombres son la esterilización masculina y el condón masculino.

En América Latina y el Caribe, solamente 22% de parejas utilizan métodos que requieren la participación de los hombres (36). La mayoría de métodos modernos dejan bajo la responsabilidad de las mujeres la evasión de embarazos no deseados y de alto riesgo.

Datos requeridos

Número de mujeres en unión entre los 15 y 49 años que usan anticonceptivos modernos. Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud
- Registros de los programas de planificación familiar
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo de salud reproductiva

La prevalencia del uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil, para varios países de la Región, está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Tipos de métodos anticonceptivos

Comentario

Este indicador también responde a la dimensión del acceso y utilización de servicios de salud, parte III de la lista de indicadores de este documento.

Tasa global de fecundidad

Definición

Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad, prevalentes en un determinado país o zona geográfica.

La tasa global de fecundidad se calcula directamente como la suma de las tasas de fecundidad específicas por edad, referidas a las mujeres entre los 15 y 49 años de edad; o, sumando las tasas específicas de fecundidad correspondientes a grupos etáreos de cinco años de intervalo, y multiplicando por 5 (14).

Relevancia

La fecundidad excesiva tiene efectos negativos en el estado de salud de las mujeres y de sus hijos. Por lo tanto, las estrategias para lograr regular la fecundidad constituyen una medida de atención preventiva de gran importancia para la disminución de la mortalidad materna y la infantil.

La fecundidad ha mostrado una tendencia a la reducción en los países de la Región. Sin embargo, se han identificado diferenciales en las tasas específicas de fecundidad tomando en consideración algunas características como zonas de residencia urbanas y rurales y los diferentes niveles y tipos de instrucción. Estas diferencias reflejan el conocimiento, las preferencias, así como el acceso y uso diferencial de servicios de planificación familiar.

La evidencia empírica muestra que la fecundidad tiene una relación inversa al nivel de instrucción de las mujeres: a mayor nivel de instrucción, menor fecundidad; en Perú, para el año 2000, con una tasa de fecundidad total de 2,9, se estimó

5,1 para el grupo de mujeres sin educación y 1,8 para el grupo de mujeres que tenían educación superior; en Colombia, para el año 2000, igualmente se observó una diferencia de 2,5 hijos entre las mujeres sin educación y aquellas con estudios universitarios, con 4 hijos para las primeras y 1,5 hijos para las segundas (30, 37).

Asimismo, se tiene evidencia de que el acceso a métodos de anticoncepción constituye un factor importante que explica el descenso de la fecundidad, por lo que la tasa de fecundidad es una señal de la medida en que se están satisfaciendo las necesidades de salud reproductiva de las mujeres.

Datos requeridos

Tasas de fecundidad específicas para grupos de 5 años, entre los 15 y 49 años.

Fuentes de datos

- Estadísticas vitales
- Censos de población

La tasa global de fecundidad para los países de la Región está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentarios:

La tasa global de fecundidad es una medida anticipada del nivel de fecundidad total de las mujeres, es decir, se trata de una medida hipotética; por lo tanto, es posible que existan diferencias entre el tamaño eventual de las familias de esas mujeres y las tasas específicas de fecundidad.

Tasa de fecundidad adolescente

Definición

Cociente entre el número anual de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años de edad y la población de mujeres de esa misma edad, en el mismo año, para un determinado territorio, expresado por 1.000.

Tasa de fecundidad adolescente =

$$= \frac{\text{Número anual de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años de edad}}{\text{Total de mujeres de 15 a 19 años de edad}} * 1.000$$

Los datos de la población son valores estimados a mitad del año, obtenidos por interpolación lineal de las correspondientes proyecciones quinquenales de población de las Naciones Unidas, que usan la variante media de fecundidad (14).

Relevancia

La salud reproductiva de las adolescentes es un tema de vital importancia, especialmente por las consecuencias sociales, económicas y de salud que implica un embarazo no deseado o un aborto. A pesar de que las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en las últimas décadas, aún es un tema de alta preocupación

Un embarazo a muy temprana edad constituye uno de los principales riesgos de mortalidad materna y mortalidad infantil. Los embarazos adolescentes, frecuentemente son embarazos no deseados que se producen en parejas no establecidas y que generan complicaciones físicas, emocionales y sociales. Las madres adolescentes tienen que enfrentar obstáculos que les impiden continuar con sus estudios y su integración social, factores esenciales para promover su desarrollo saludable. Y, si optan por un aborto, en la mayoría de los casos éste se practica sin garantías de seguridad, poniendo en riesgo la salud o la vida de las mujeres.

Entre los factores asociados a la reducción de la fecundidad está el uso de anticonceptivos. Sin embargo, según las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas entre 1996 y 2001, en todos los países para los cuales se dispone de información, el grupo con mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar, es justamente el grupo de jóvenes entre 15 y 19 años. El porcentaje de mujeres adolescentes en unión que no quería tener hijos o deseaba espaciar, pero que no utilizaba ningún método anticonceptivo, varió entre 58% en Haití y 18% en Colombia (32).

Las tasas de fecundidad adolescente en los veinte países para los cuales CEPAL dispone de información varían en un rango que va de 138,1 para Nicaragua a 43,6 en Chile para el período 2000-2005 (4).

Datos requeridos

Número de nacimientos y edad de la madre. Población femenina entre 15 y 19 años.

Fuentes de datos

- Estadísticas vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Edad mediana de las madres al nacer el primer hijo

Definición

Mediana de la edad de las madres al nacer el primer hijo, en un período dado y territorio determinado.

Relevancia

Los embarazos en edades tempranas, así como en las tardías, constituyen factores de riesgo para la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

El embarazo durante la adolescencia, además de estar ligado a aspectos de los ámbitos médico y demográfico, trasciende a otros aspectos relacionados con la calidad de vida de madres e hijos. Las madres adolescentes enfrentan obstáculos para el desarrollo educativo y social, limitando sus opciones de integrarse en mejores condiciones en el ámbito económico, social y político. De allí que, un indicador clave sobre las oportunidades para el desarrollo del capital humano de las mujeres, es la edad de las madres al nacimiento de su primer hijo.

De la información disponible que proviene de las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en el año 2000, se ha estimado que la edad mediana de las mujeres de 25 a 49 años fue de 21,9 para Perú y Haití, y de 22,1 para Colombia. La educación ejerce un efecto decisivo en la determinación de esta edad. A mayores nive-

les de escolaridad, la edad de las madres al nacimiento de su primer hijo también es mayor. En Colombia, la diferencia de la edad mediana de las mujeres al nacer su primer hijo entre las mujeres sin educación y aquellas que tienen nivel secundario/superior fue de 3,1.

Datos requeridos

Edad de las madres al tener el primer hijo.

Fuentes de datos

- Censos
- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana, rural
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Porcentaje de nacimientos con alto riesgo reproductivo

Definición

Cociente entre el número de nacimientos de niños en cuyas madres que son muy jóvenes (menores de 18 años) o mayores (más de 34), han tenido más de tres hijos (orden de nacimiento mayor de 3) o los nacimientos de los hijos han sido muy seguidos (intervalo intergenésico menor de 24 meses) y el número total de nacimientos, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% nacimientos con alto riesgo reproductivo =

$$= \frac{\text{Nacimientos orden } >3, \text{ o intervalo intergenésico } <24 \text{ meses, o edad de la madre } <18 \text{ o } >34 \text{ años} * 100}{\text{Número total de nacimientos}}$$

Relevancia

El derecho a decidir el número de hijos, el espaciamiento entre sus nacimientos, y cuándo tenerlos, ha sido consagrado como un derecho básico de la pareja, particularmente de las mujeres sobre quienes recaen las consecuencias biológicas de embarazo, el parto y el amamantamiento, así como la responsabilidad del cuidado de los hijos.

En términos del impacto de la fecundidad en la salud de las mujeres, se ha demostrado que los embarazos muy numerosos, muy seguidos, o en las edades extremas del ciclo reproductivo constituyen riesgos evitables para la salud y la supervivencia tanto de la madre como del hijo. Estos riesgos, además, se ven multiplicados por las condiciones socioeconómicas adversas que restringen el acceso a una buena nutrición y un servicio obstétrico adecuado.

Estas categorías de riesgos, además de brindar la posibilidad de ser considerados por separado, permiten combinar dos o más de ellas. En Colombia, para el año 2000, según las Encuestas Demográficas y de Salud, considerando los nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, 42,4% de los nacimientos se clasificaron en alguna de las categorías de riesgo reproductivo; en Perú, para el año 2000, el porcentaje alcanzó el 48,3%. Considerando varias combinaciones de los factores de riesgo reproductivo, Colombia alcanzó el 10,7% y Perú el 16,4% (30, 37).

Con respecto a los embarazos en edades extremas, el riesgo de complicaciones obstétricas es más alto en las adolescentes, entre quienes la probabilidad de morir durante el embarazo y el parto supera entre cinco y siete veces la correspondiente a las mujeres de 20 a 24 años.

Datos requeridos

Número de nacimientos en un período de tiempo específico, categorizado por edad y paridad de la madre y el intervalo intergenésico.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más

- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica
- Condición de actividad

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo

Definición

Cociente entre el número de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo, en un período y territorio determinados, y el total de mujeres de ese mismo grupo de edad en el mismo período y territorio, expresado por 100.

% Mujeres de 15 a 19 años de edad que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo =

= $\frac{\text{Número de mujeres de 15 a 19 años embarazadas o que han tenido al menos un hijo en un período determinado} \times 100}{\text{Total de mujeres de 15 a 19 años a mediados del período}}$

Relevancia

La maternidad adolescente está asociada a posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto y, consecuentemente, contribuye a elevar la mortalidad materna, agravado porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria.

El embarazo en la adolescencia puede tener un efecto devastador; las jóvenes madres podrían perder su autonomía al buscar la ayuda de los padres o de otras personas y, por otro lado, muchas veces se ven obligadas a interrumpir sus estudios, limitando su desarrollo personal y social y, en el futuro, su progreso económico. Los riesgos particulares incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; además, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentar otras complicaciones como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico.

De acuerdo a las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en varios países de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron un hijo o estuvo embarazada antes de los 20 años, en relación con el total de mujeres adolescentes, presenta rangos que van desde el 27% en Nicaragua (2001), hasta el 13% en Perú (2000).

Datos requeridos

Número de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años embarazadas o que han tenido por lo menos un hijo en el período y territorio en estudio. Población femenina entre 15 y 19 años.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud
- Sistemas de registros vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo

Definición

Cociente entre el número de mujeres de 35 a 49 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo, en un período y territorio determinados, y el total de mujeres de ese mismo grupo de edad en el mismo período y territorio, expresado por 100.

$$\% \text{ Mujeres de 35 a 49 años, embarazadas o que ha tenido por lo menos un hijo} = \frac{\text{Número de mujeres de 35 a 49 años, embarazadas o que han tenido al menos un hijo en un período determinado} \times 100}{\text{Total de mujeres de 35 a 49 años a mediados del período}}$$

Relevancia

La maternidad tardía, al igual que la adolescente, tiene mayores posibilidades de desarrollar complicaciones durante el embarazo y el parto, con impactos sobre la salud y la vida de las madres; consecuentemente, esta sería una de las razones que contribuye a una mayor mortalidad materna.

Un embarazo en edades tardías constituye una de las categorías de riesgo reproductivo. Para el año 2000, según las Encuestas Demográficas y de Salud, el porcentaje de nacimientos de madres de 35 a 49 años representó 3,7% en Perú y 4,3% en Colombia (37, 30).

Datos requeridos

Número de mujeres entre 35 y 49 años que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo en el período y territorio en estudio. Población femenina entre 35 y 49 años de edad.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud
- Sistemas de registros vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Porcentaje de mujeres en unión que utilizan anticonceptivos por motivos de espaciamiento intergenésico

Definición

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) en unión que utilizan anticonceptivos con el fin de espaciar el nacimiento entre los hijos y el total de MEF en unión que utilizan anticonceptivos, para un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\% \text{ MEF en unión que utilizan anticonceptivos por espaciamiento intergenésico} = \frac{\text{Número de MEF que utilizan anticonceptivos por motivos de espaciamiento intergenésico}}{\text{Total de MEF en unión que utilizan anticonceptivos}} * 100$$

Relevancia

Un intervalo corto entre los nacimientos de los hijos es otro de los riesgos para la salud de las madres y de los niños y es la causa del síndrome de agotamiento materno. Es conocido el hecho de que el organismo necesita de dos a tres años para recuperarse completamente de un embarazo, amamantar al recién nacido y prepararse para el siguiente embarazo.

La planificación familiar, además del número de hijos y cuándo tenerlos, contribuye a que los individuos y parejas puedan elegir el espaciamiento entre sus hijos, mejorando la salud de las mujeres y de los niños. La disponibilidad de anticonceptivos ofrece a las personas y a las parejas la posibilidad de ejercer su derecho a determinar libremente el número, el momento y el espaciamiento entre sus hijos y de disfrutar de una vida sexual sin temor a un embarazo no deseado.

En los últimos 15 años, la frecuencia del uso de anticonceptivos ha aumentado notablemente en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños. Sin embargo, de acuerdo a los datos obtenidos por las Encuestas Demográficas y de Salud, se ha observado que existen diferencias entre la demanda de planificación por limitación del número de hijos versus la planificación con el fin de espaciamiento intergenésico, siendo mayor la utilización de métodos anticonceptivos para limitar el número de hijos.

Datos requeridos

Número de MEF en unión que utilizan anticonceptivos por motivos de espaciamiento intergenésico. Número de MEF en unión que utilizan anticonceptivos.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentarios:

Se podría construir el indicador sobre demanda total por espaciamiento, que sería el número o proporción de MEF en unión que desean postergar el nacimiento de su próximo hijo por un tiempo específico. Este indicador sería la suma del número de MEF en unión que desean demorar el próximo embarazo utilizando métodos anticonceptivos, más el número de MEF en unión que desean demorar el próximo embarazo y que no están utilizando métodos anticonceptivos, más el número de mujeres embarazadas o amenorreicas en unión cuyo embarazo ocurrió más temprano de lo deseado y que no estaban utilizando anticonceptivos, más el número de mujeres embarazadas o amenorreicas en unión cuyo embarazo ocurrió más temprano de lo deseado por fracaso del método de anticoncepción (38).

Porcentaje de mujeres que han tenido 4 o más partos

Definición

Cociente entre el número de mujeres que han tenido 4 ó más partos y el total de mujeres que al menos tuvieron un parto, para un grupo de edad, período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\% \text{ mujeres que han tenido 4 ó más partos} = \frac{\text{Número de mujeres que tuvieron 4 o más partos en un período determinado}}{\text{Total de mujeres que tuvieron al menos un parto durante el mismo período}} * 100$$

Relevancia

Uno de los factores de riesgo reproductivo es un número de partos mayor de 3. Este factor de riesgo puede presentar complicaciones durante el embarazo y el parto, poniendo en riesgo la salud o la vida de la madre y el niño.

Además de mostrar la proporción de mujeres que han enfrentado nacimientos de alto riesgo, éste es un indicador que evidencia la cobertura de programas de planificación familiar para limitar el número de hijos, facilitando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La disponibilidad de métodos anticonceptivos ayuda a las personas y a las parejas a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Aunque las mujeres han presentado una tendencia a disminuir el número de hijos, la tasa de fecundidad deseada es generalmente menor que la de fecundidad observada. Las diferencias mayores se encuentran en las zonas rurales y entre las mujeres de menor educación, con un número de nacimientos generalmente mayor de 3. Según la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en Colombia en el año 2000, la tasa total de fecundidad observada en la zona rural fue de 3,8, y en el

grupo de mujeres sin educación fue de 4, mientras que la tasa total de fecundidad deseada fue de 2,3 para el área rural y de 2 para aquellas sin educación. El porcentaje de nacimientos de orden mayor de 3 en Colombia fue de 3,9%, y en Perú de 15,1%.

Datos requeridos

Número y edad de las mujeres que han tenido por lo menos un parto; número de partos de cada mujer.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares
- Encuestas Demográficas y de Salud
- Sistemas de registros vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Incidencia registrada de VIH-SIDA, por sexo

Definición

Cociente entre el número de casos nuevos registrados de mujeres portadoras de VIH-SIDA durante un año específico y para un territorio determinado, y el total de mujeres en esa población, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Incidencia registrada de VIH-SIDA en las mujeres = $\frac{\text{Número de nuevos casos registrados de VIH-SIDA en mujeres}}{\text{Número total de mujeres}} * 100.000$

Incidencia registrada de VIH-SIDA en los hombres = $\frac{\text{Número de nuevos casos registrados de VIH-SIDA en hombres}}{\text{Número total de hombres}} * 100.000$

Relevancia

Aunque en general la mayoría de los casos de VIH-SIDA ocurre entre los hombres, su propagación está aumentando rápidamente entre las mujeres, llegándose a registrar proporciones más altas en las mujeres de los países del Caribe anglófono, el Caribe latino, y el Istmo Centroamericano y, dentro de este último, particularmente Honduras, y especialmente en el grupo de jóvenes de 15 a 24 años. En varios países de América Latina se ha observado una razón hombre:mujer decreciente respecto a los casos nuevos de VIH-SIDA(39).

La transmisión de la epidemia ha pasado de los grupos considerados con prácticas de alto riesgo (uso de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) a la población en general. Desde el punto de vista social, la desigual distribución del poder determinado por las relaciones de género, y mediado por raza, clase social, edad y ciertas prácticas culturales, impide que muchas mujeres se protejan, y más bien las pone en una situación de mayor vulnerabilidad a la transmisión sexual del VIH-SIDA. Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA responde en parte a características biológicas por la mayor exposición de la mucosa vaginal en el momento de las relaciones sexuales, especialmente en edades jóvenes, pero también se debe a las limitaciones en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, y a la falta de capacidad de negociación sobre las relaciones sexuales sin riesgo.

A esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA se debe añadir que ellas también son objeto de mayor discriminación y estigmatización que los hombres cuando son portadoras del virus y que podría verse acrecentada la probabilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar.

El VIH-SIDA también es un factor para desarrollar enfermedades y discapacidades a largo plazo, y para las mujeres, principales productoras de servicios de salud en los hogares y en la comunidad, representa una carga adicional de trabajo no remunerado, con consecuencias sobre su salud física y emocional.

Datos requeridos

Número de casos nuevos de SIDA, por sexo. Población por sexo.

Fuentes de datos

- Sistemas de vigilancia epidemiológica

El número anual de casos nuevos de SIDA para los países de la Región, por sexo, está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 15, 15-24, 25-34, 35-49, 50-64, 65 años y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Vías de transmisión
- Condición de actividad

Comentario

Se podría adicionar un indicador sobre la prevalencia de VIH-SIDA.

Incidencia notificada de enfermedades de transmisión sexual, por sexo

Definición

Cociente entre el número de casos nuevos notificados de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en mujeres y el total de mujeres en la población, durante un año específico y para un territorio determinado, expresado por 100.000. Igual para el caso de los hombres.

Usualmente se incluye gonorrea, sífilis, clamidiosis y tricomonas. Para las mujeres, también es importante incluir el virus del papiloma humano, causa importante de cáncer del cuello del útero.

Incidencia de ETS en las mujeres =

$$= \frac{\text{Número de casos nuevos notificados de ETS en mujeres}}{\text{Número total de mujeres}} * 100.000$$

Incidencia de ETS en los hombres =

$$= \frac{\text{Número de casos nuevos notificados de ETS en hombres}}{\text{Número total de hombres}} * 100.000$$

Relevancia

Aunque las ETS son bastante comunes entre las mujeres y los hombres, las primeras exhiben mayor vulnerabilidad por los factores biológicos asociados a una mayor exposición de mucosa vaginal durante las relaciones sexuales. Asimismo, las consecuencias para las mujeres son más graves que para los hombres, pues frecuentemente las mujeres infectadas no exhiben síntomas y, por lo tanto, no buscan tratamiento oportuno, pudiendo convertirse en víctimas de afecciones crónicas. Además, por los factores culturales que estigmatizan más a las mujeres afectadas por ETS, a estas les resulta más difícil superar los obstáculos para la obtención de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

En las mujeres, las ETS no tratadas producen inflamaciones pélvicas, dolor crónico, infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y aborto espontáneo; asimismo, son causa de mortalidad perinatal e infección congénita. Como resultado del dolor físico crónico, la debilidad, y la interferencia con una vida sexual normal, las ETS disminuyen la calidad de vida de las mujeres. Por otro lado, los niños nacidos de madres con ETS que sobreviven pueden desarrollar discapacidades permanentes o morir jóvenes.

Las mujeres se infectan no solo por contacto sexual, sino también por la inserción de ciertos elementos en la vagina con el objeto de prevenir un embarazo, de inducir un aborto, por aborto sin garantías de seguridad, o por el uso de implementos no higiénicos durante la menstruación.

En lo que atañe a la conducta sexual, es importante señalar que la vulnerabilidad de las mujeres a las ETS no estriba tanto en su propio comportamiento, sino en el de sus compañeros, para quienes, en muchas sociedades, la promiscuidad es aceptada. A ello se suma el desequilibrio de poder entre mujeres y hombres que limita la capacidad de aquellas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, que incluye la capacidad de decisión sobre cuándo, con quién y cómo tiene lugar un acto sexual.

De acuerdo a estimaciones del Banco Mundial, en América Latina y el Caribe, para 1990, el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad como resultado de ETS se eleva a 240.000 para los hombres, y a 2.160.000 para las mujeres; es decir, en promedio cada mujer pierde 9 años de vida saludable por cada año que pierde un hombre (29). Pese a la magnitud de tales cifras, estas infecciones tienden a recibir un mínimo de atención por parte de las

autoridades sanitarias, bajo los falsos supuestos de que no son fatales y que afectan a un reducido número de mujeres de conducta sexual promiscua.

Datos requeridos

Número de casos registrados de ETS, por sexo. Población por sexo

Fuentes de datos

- Sistemas de vigilancia epidemiológica

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 15, 15-24, 25-34, 35-49, 50-64, 65 años y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Comentario

Es importante reconocer que hay subnotificación de casos, lo cual lleva a subestimar la incidencia de las ETS, debido a que una gran proporción de personas afectadas no buscan tratamiento o se dirigen a proveedores que no notifican los casos.

Incidencia de neoplasias malignas de mama

Definición

Cociente entre el número de casos nuevos registrados de tumores malignos de mama en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000.

Tasa de incidencia de neoplasias malignas de mama en mujeres de un grupo de edad=
= $\frac{\text{Número de casos nuevos de tumores malignos de mama en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$

Relevancia

Las neoplasias malignas de mama se han convertido en una de las principales causas de defunción por cáncer entre las mujeres. Existe evidencia de los diferenciales de incidencia de neoplasias malignas de mama entre las mujeres que residen en países de mayor desarrollo y las que viven en países de menor desarrollo, siendo mucho mayor en los primeros. La incidencia del cáncer de mama, de carácter epidémico en los países de América del Norte, muestra una tendencia ascendente en los países con mayor desarrollo de América Latina y el Caribe.

Según los datos de la OPS, en el año 2000, Canadá y Estados Unidos presentaron las tasas de incidencia por cáncer de mama más altas entre los países con información disponible; Uruguay les sigue muy cerca. Las tasas más bajas corresponden a El Salvador, Haití, Nicaragua y México (14).

En el interior de cada país también existen diferencias importantes por nivel socioeconómico en la incidencia de cáncer de mama, llegando por ejemplo, de acuerdo a una investigación realizada en Argentina, a duplicar las tasas de las provincias más prósperas del centro y del este del país con respecto a las provincias del norte y del sur, que son de menor desarrollo (40).

Datos requeridos

Número de casos nuevos de neoplasias malignas de mama, por grupo de edad.
Población femenina por grupo de edad.

Fuentes de datos

- Registros poblacionales de cáncer

La tasa de incidencia de neoplasias malignas de cáncer de mama de la mujer, para los países de la Región, está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

- Grupo de edad: 35-49, 50-64, 65 años y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

No todos los países de las Américas tienen registros poblacionales de cáncer de amplia cobertura poblacional, por lo que se recomienda a los países el desarrollo de estos registros.

Incidencia de neoplasias malignas del cuello del útero

Definición

Cociente entre el número de casos nuevos registrados de tumores malignos del cuello de útero y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100.000.

Incidencia de neoplasias malignas del cuello del útero en mujeres de un grupo de edad =

$$= \frac{\text{Número de casos nuevos de tumores malignos del cuello del útero en mujeres de un grupo de edad}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100.000$$

Relevancia

El cáncer del cuello uterino es un problema de salud pública importante que persiste pese a que por más de 30 años se cuenta con la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou, tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases tempranas, que ofrece una alta probabilidad de curación. Además, para el tratamiento en esas fases tempranas preinvasivas se cuenta con tecnologías relativamente sencillas, generalmente disponibles en todos los países, mientras que la tecnología que se requiere para el tratamiento de las formas avanzadas de la enfermedad es de mayor complejidad y de alto costo.

La población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos, justamente por enfrentar mayores limitaciones para el acceso a los servicios de salud y la atención ginecológica para la detección temprana de cáncer cervicouterino. Para el año 2000 las tasas de incidencia más bajas fueron las de Canadá y Estados

Unidos, con 7,8 y 8,2 por 100.000 mujeres, respectivamente; y las más altas fueron las de Haití, con 93,9 y Nicaragua, con 61,1 (14). En el interior de los países también se reproduce esta relación inversa entre la frecuencia del cáncer de cuello uterino y el nivel socioeconómico. Según varios estudios, se ha demostrado que en Estados Unidos, las tasas de incidencia de cáncer invasivo son más altas entre las mujeres negras que entre las blancas.

Los factores de riesgo que comúnmente se vinculan al cáncer cervicouterino se relacionan con la promiscuidad sexual femenina y masculina, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el número elevado de partos y, todavía en controversia, el consumo de anticonceptivos orales.

Datos requeridos

Número de casos nuevos de neoplasias malignas del cuello del útero, por grupo de edad. Población femenina por grupo de edad.

Fuentes de datos

- Registros poblacionales de cáncer

Las tasa de incidencia de neoplasias malignas del cuello del útero para los países de la Región está disponible en la Página Web de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupo de edad: 30-49, 50-64, 65 años y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

No todos los países de las Américas tienen registros poblacionales de cáncer de amplia cobertura poblacional, por lo que se recomienda a los países el desarrollo de estos registros.

III. ATENCIÓN DE LA SALUD

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Las mujeres tienen mayores necesidades de atención de la salud, principalmente relacionadas con su salud reproductiva y con las afecciones crónicas, más prevalentes entre ellas que entre los hombres.

Los roles diferenciados de género se combinan con factores socioeconómicos para determinar la utilización de los servicios de salud. Por un lado, el acceso a los servicios de salud está influenciado por las relaciones de género, la disponibilidad de recursos económicos, el acceso a los seguros de salud, la zona de residencia, pertenencia étnica, la disponibilidad de los servicios, transporte asequible y facilidades de cuidado de los niños. Pero también la falta de sensibilidad cultural y el tratamiento deshumanizado por parte de un gran número de personas que prestan los servicios de salud, ha llevado a que muchas mujeres no estén dispuestas a utilizarlos.

A partir de algunos estudios realizados en la Región se ha demostrado que los grupos minoritarios y pobres son los más afectados por la falta de facilidades de tipo económico y cultural para el acceso y uso de los servicios de la salud. Esta situación rompe el principio de equidad en lo concerniente a la salud, que contempla la utilización de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades específicas de cada grupo poblacional y la contribución económica de acuerdo a la capacidad de pago.

En materia de políticas es importante tener presente las necesidades diferenciadas de las mujeres y los hombres en las distintas etapas de sus ciclos de vida, así como las barreras que se deben eliminar para propiciar la equidad en el acceso y utilización de los servicios, en el aporte financiero, y en la participación en la gestión de la salud.

1. Cobertura

1.1 Cobertura de planes de aseguramiento

Porcentaje de población adulta afiliada a planes de aseguramiento de salud, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que tienen acceso a un seguro de salud en calidad de contribuyentes o titulares y el total de mujeres, por grupo de edad, en un período y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

% Mujeres adultas, de un grupo de edad, con afiliación a un plan de aseguramiento de salud en calidad de contribuyentes =
 = $\frac{\text{Número de mujeres adultas, de un grupo de edad, con seguro de salud en calidad de contribuyentes}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}} * 100$

% Hombres adultos, de un grupo de edad, con afiliación a un plan de aseguramiento de salud en calidad de contribuyentes =
 = $\frac{\text{Número de hombres adultos, de un grupo de edad, con seguro de salud en calidad de contribuyentes}}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}} * 100$

(Igual para el caso de afiliación a un plan de aseguramiento de salud en calidad de beneficiarios o dependientes)

Relevancia

En muchos de los países, solamente una minoría de la población tiene acceso a la cobertura de salud a través de planes de aseguramiento, especialmente si estos están relacionados con el sector formal del mercado de trabajo. En este caso, las mujeres están menos cubiertas que los hombres por trabajar sobre todo en el sector informal del mercado laboral, predominantemente en el trabajo doméstico y como familiares no remunerados, donde el acceso a planes de aseguramiento es muy bajo. El acceso a un plan de aseguramiento con cobertura de salud podría garantizar la protección financiera contra el empobrecimiento por los gastos que podría causar la necesidad de atención de un evento que requiere servicios de salud.

El acceso a un plan de aseguramiento en calidad de dependiente significa que esta persona no tendría por sí misma derecho a acceder a los servicios de salud y, por lo tanto, estaría en una condición de mayor vulnerabilidad, sujeta a la estabi-

lidad del trabajo del contribuyente y de la relación de pareja. Muchas mujeres se encuentran en esta situación, agravada con el hecho que algunos planes de aseguramiento diferencian los servicios para contribuyentes y dependientes, siendo inferiores los beneficios para estos últimos.

Datos requeridos

Número de hombres y mujeres de 15 años y más con seguro de salud según su calidad de contribuyentes o dependientes. Población de 15 años y más, por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares
- Sistemas de aseguramiento

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Tipos de seguros: privado, público, fuerzas armadas, materno, y otros
- Condición de actividad

Comentarios:

Para la elaboración de este indicador se debe tener cuidado en identificar si el plan de aseguramiento se trata de un seguro general o de un seguro materno. En varios países se cuenta con el seguro materno, que solamente cubre la atención del embarazo, el parto, y en algunos casos la atención de los niños hasta ciertas edades.

Para un análisis de género, se podría incluir información adicional sobre la relación entre la cobertura y las primas basadas en la remuneración del empleado/a; el pago de primas más altas por parte de las mujeres por sus necesidades de salud

reproductiva; la cobertura de otros miembros de la familia, además de los/las cónyuges del contribuyente.

Cobertura de planificación familiar en los planes de aseguramiento

Definición

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) que acceden a planes de aseguramiento que incluyen planificación familiar, y el total de MEF aseguradas, por grupo de edad, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% mujeres en edad fértil, de un grupo de edad, con un plan de aseguramiento que incluye planificación familiar =

$$= \frac{\text{Número de MEF, de un grupo de edad, que acceden a planes de aseguramiento que incluyen planificación familiar}}{\text{Total de MEF, en ese grupo de edad, con acceso a planes de aseguramiento}} * 100$$

Relevancia

Las responsabilidades y los costos de la salud reproductiva, específicamente de la planificación familiar, generalmente recaen sobre las mujeres, sin considerar que este proceso de reproducción de la especie humana es social y por lo tanto debe ser compartido por los diferentes sectores de la sociedad.

Muchos planes de aseguramiento excluyen la planificación familiar como componente de la salud sexual y reproductiva, ya que su cobertura está focalizada en la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Además de la atención en el embarazo, el parto y el puerperio, los planes de seguro materno existentes en varios países de la Región, incluyen en algunos casos la atención de los niños hasta ciertas edades. Por ejemplo, en el Ecuador la atención se extiende hasta los 5 años, y además se incluyen programas de salud sexual y reproductiva, con inclusión de la detección oportuna del cáncer cervicouterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad.

Datos requeridos

Número de mujeres en edad fértil que acceden a seguros que incluyen planificación familiar. Número de mujeres en edad fértil que acceden a planes de aseguramiento.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares
- Sistemas de aseguramiento

Desagregación sugerida

- Nivel socioeconómico
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49 años
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Calidad de aseguramiento: titular/contribuyentes o dependiente/beneficiario

Comentario

Este indicador puede ser complementado con información sobre el tiempo que se requiere para tener acceso a ciertos servicios en los planes de aseguramiento. Por ejemplo, se conoce que en Brasil todos los planes de salud privado exigen un tiempo de dos años de adhesión para el uso del plan para el parto.

2. Utilización de los servicios

2.1 Promoción y prevención

Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que en el último embarazo fueron examinadas por personal de salud capacitado, al menos 4 veces, y el total de mujeres embarazadas, para un período y territorio determinados, expresado por 100.

% mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo =

= $\frac{\text{Número de mujeres que en el último embarazo recibieron 4 o más controles por personal de salud capacitado}}{\text{Total de mujeres embarazadas}} \cdot 100$

Relevancia

A partir de resultados de ciertos estudios realizados por la OMS, se recomienda realizar al menos 4 controles durante el embarazo por parte de personal de salud capacitado. Se ha llegado a establecer que, con 4 ó más controles durante el embarazo, se logran mejoras sustanciales en la identificación de complicaciones que permite evitar muchas muertes maternas.

El cuidado del embarazo mediante controles periódicos es uno de los determinantes asociados a un resultado saludable tanto de las madres como de los niños. El control durante el embarazo permite identificar signos que pueden estar presentes en el embarazo y que requieren cuidados especiales, así como obtener vacunas contra el tétanos y tratamientos contra la malaria y la anemia. También permite conocer y tratar los casos de alto riesgo que se pueden presentar durante el embarazo y el parto.

Este indicador muestra la utilización de servicios de salud para desarrollar una maternidad saludable que beneficia a las madres y a los hijos, previniendo muertes injustas, con lo que se estaría contribuyendo, además, al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la reducción de la mortalidad materna, que es un compromiso de los Estados miembros.

Datos requeridos

Número de mujeres que fueron examinadas al menos 4 veces por personal de salud capacitado durante el último embarazo. Total de mujeres embarazadas.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares con un módulo de salud reproductiva
- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Edad de la madre: menor de 20, 20-34, 35-49 años
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Comentario

Este indicador se podría complementar con otros sobre la edad del embarazo cuando las mujeres ingresan a programas de atención prenatal y el peso de las embarazadas. Asimismo, se podría construir indicadores que muestren el número promedio de controles prenatales, según el subsector de salud y según la edad de las mujeres, el número de consultas durante el puerperio y algunas características de la lactancia materna.

Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado

Definición

Cociente entre el número de mujeres atendidas en su último parto por personal de salud capacitado¹⁴ y el total de mujeres que tuvieron al menos un parto, por grupo de edad, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% mujeres de un grupo de edad que fueron atendidas en el último parto por personal de salud capacitado = $\frac{\text{Número de mujeres de un grupo de edad atendidas en el último parto por personal de salud capacitado}}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad que tuvieron al menos un parto}} \times 100$

Relevancia

Algunas complicaciones difícilmente prevenibles durante el embarazo pueden presentarse en el momento del parto, y la presencia de personal de salud capacitado es crucial para el manejo de estas complicaciones. El personal apropiadamente entrenado para atender estas emergencias puede salvar las vidas de madres y niños durante los partos, cuyas intervenciones pueden ser provistas en centros de salud o facilidades pequeñas si la mujer no puede llegar a los centros hospitalarios de servicios de salud.

En el interior de los países se observan marcadas diferencias en el acceso a la

¹⁴ Excluye a las parteras empíricas capacitadas

atención capacitada en el parto entre los grupos pertenecientes a los diferentes niveles socioeconómicos y por zona de residencia. En Ecuador, entre 1993 y 1998, en el último parto, 94% de mujeres urbanas que tuvieron al menos un parto fueron atendidas por un médico, obstetra o enfermera, mientras que en la zona rural el porcentaje alcanzó el 57% (20). Las políticas que promueven una mayor atención del parto por personal de salud capacitado deben tener en consideración no solo la disponibilidad de los servicios, sino también la accesibilidad territorial y cultural.

Datos requeridos

Número de mujeres cuyo último parto en un período determinado fue atendido por personal de salud capacitado, por grupo de edad. Número total de mujeres que tuvieron al menos un parto en ese mismo período, por grupo de edad.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares que incluyen un módulo de salud reproductiva
- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Edad de la madre: menor de 20, 20-34, 35-49 años
- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Comentarios:

Este indicador podría complementarse con otro sobre el porcentaje de partos institucionales. Asimismo, por separado se podría incluir el porcentaje de mujeres atendidas por parteras capacitadas.

Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido la vacuna contra el tétanos

Definición

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) que durante el último embarazo recibieron la vacuna contra el tétanos y el total de MEF que tuvieron un embarazo, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% MEF que en su último embarazo recibieron la vacuna contra el tétanos =

= $\frac{\text{Número MEF que en su último embarazo (durante un período de referencia) recibieron la vacuna contra el tétanos}}{\text{Total de MEF que tuvieron un embarazo durante el mismo período de referencia}} \times 100$

Relevancia

Un componente clave del cuidado prenatal es la inmunización contra el tétanos neonatal. Las dosis de toxoide tetánico sirven para proteger a los niños de esta afección que es una de las principales causas de mortalidad infantil, debido principalmente a condiciones no sanitarias durante el parto.

Dos dosis de esta vacuna ofrecen total protección. Sin embargo, si una mujer fue vacunada durante un embarazo previo, ella puede solamente necesitar un refuerzo para una protección total. Cinco dosis darían protección para toda la vida.

La vacuna antitetánica, como indicador de la calidad de la atención prenatal, sugiere que una proporción importante de las mujeres embarazadas que reciben alguna atención prenatal, en ocasiones hasta dos terceras partes, no han sido vacunadas.

Datos requeridos

Número de mujeres que recibieron por lo menos una dosis de vacuna antitetánica durante su último embarazo, acaecido durante un período de referencia. Total de mujeres embarazadas durante ese período de referencia.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentarios:

Este indicador debe interpretarse con cautela, pues en algunos países se aplica la vacuna solo en zonas de alto riesgo, por lo cual la cobertura respectiva podría parecer baja.

Podría incluirse, además, el porcentaje de mujeres que recibió por lo menos dos dosis de toxoide tetánico durante los últimos cinco años y el porcentaje que recibió cinco dosis a lo largo de la vida.

Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han sometido a la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años

Definición

Cociente entre el número de mujeres de 30 años y más que se han sometido a la prueba de Papanicolaou (Pap) de citología vaginal en los últimos 3 años y el total de mujeres de 30 años y más, para un territorio determinado, expresado por 100.

$$\begin{aligned} & \% \text{ mujeres de 30 años y más que se han sometido a la prueba de Papanicolau en los últimos 3 años} = \\ & = \frac{\text{Número de mujeres de 30 años y más que se han sometido a la prueba de Papanicolau en los últimos 3 años}}{\text{Número total de mujeres de 30 años y más}} * 100 \end{aligned}$$

Relevancia

El cáncer cervical es uno de los más comunes que afectan a las mujeres. Este cáncer que generalmente se desarrolla lentamente y es precedido por una condición tratable, puede ser detectado oportunamente a través de una citología vaginal, o examen Pap.

En países con programas efectivos de detección, la mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido entre 50% y 60%. Las principales barreras para la implementación de programas efectivos incluyen la ausencia de infraestructura para los exámenes Pap, ausencia de servicios de tratamiento para precánceres y

cánceres, y el costo de la implementación del programa. El tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas preinvasivas tiene la posibilidad de ser muy exitoso, y además es de bajo costo, mientras que el tratamiento requerido en las etapas avanzadas usualmente implica cirugía o radiación y resulta bastante más costoso. En general, en América Latina y el Caribe los programas para el control de este cáncer se caracterizan por una baja cobertura en cuanto a citologías, agravado por la ineficiencia para procesar las pruebas dentro de un plazo que permita el diagnóstico y tratamiento oportunos. Las mujeres de más altos niveles económicos y residentes de la zona urbana tienen mayor acceso a un Pap, profundizando las inequidades existentes por falta de atención a grupos específicos de mujeres.

Una de las principales causas del cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano que infecta las células del útero. Las mujeres son usualmente infectadas con este virus en la adolescencia y en las siguientes dos décadas, y el desarrollo de la enfermedad puede tomar hasta 20 años, por lo que el riesgo de desarrollar el cáncer cervicouterino es más alto entre las mujeres de 30 a 50 años de edad.

Datos requeridos

Número de mujeres de 30 años o más que se han sometido a una citología vaginal Pap en los últimos 3 años. Población femenina de 30 años o más.

Fuentes de datos

- Encuestas de salud
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo de salud reproductiva

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 30-49, 50-64, 65 años y más
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

El indicador debería ser adaptado de acuerdo a las guías nacionales para los exámenes de citología vaginal. Por ejemplo, algunos programas de detección del cáncer cervicouterino han optado por focalizar a mujeres entre 35 y 39 años de edad; otros programas están focalizando a todas las mujeres adultas por lo menos una vez en su vida; o también existen programas que están focalizando a las mujeres de más alto riesgo de cáncer del cuello uterino.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

Definición

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) en unión, embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo no fue deseado o que lo deseaban más tarde, más el número de MEF no embarazadas ni amenorreicas que no quieren tener hijos, o que los desean tener más tarde y que no usan métodos anticonceptivos, con respecto al total de MEF en unión, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% MEF con necesidad insatisfecha de planificación familiar =
 = $\frac{\text{Número de MEF en unión, a) cuyo último embarazo no fue deseado, b) que no desean tener más hijos, c) que desean tenerlo más tarde, pero no usan anticonceptivos}}{\text{Número total de MEF en unión}} * 100$

Relevancia

Este indicador provee información sobre la proporción de MEF con necesidad de planificación familiar expresada a través de sus deseos de limitar o espaciar futuros nacimientos pero que no utilizan métodos anticonceptivos. Esta información será muy útil para focalizar esfuerzos en programas que mejoren el acceso de las mujeres a la planificación familiar.

La disponibilidad de métodos de planificación familiar permite que a las personas y las parejas ejerzan su derecho a determinar libremente el número y el espaciamiento de sus hijos. Asimismo, la planificación familiar ofrece la posibilidad de disfrutar de las relaciones sexuales sin temor de un embarazo no deseado. De allí, se puede sostener que el uso de métodos anticonceptivos entraña importantes beneficios para la salud de las mujeres; un embarazo no deseado puede traer consecuencias graves, poniendo en riesgo su salud o su vida.

En materia de políticas, es importante que se consideren estrategias orientadas a mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar para ofrecer a las mujeres la opción de evitar embarazos no deseados, que podría terminar en abortos sin garantías de seguridad.

Datos requeridos

Número de MEF en unión, embarazadas, amenorreicas, no embarazadas, no amenorreicas que expresaron su deseo de quedar embarazadas más tarde, o que no quieren tener más hijos, y no utilizan métodos anticonceptivos. Número de MEF en unión.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo de salud reproductiva

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49 años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Comentarios:

Este indicador excluye a las mujeres embarazadas o amenorreicas que estaban utilizando métodos anticonceptivos, pues en este caso se trataría de una demanda de métodos más efectivos de planificación familiar.

2.2. Terapéutico

Porcentaje de mujeres y de hombres con problemas de enfermedad o lesión que utilizaron los servicios de salud

Definición

Cociente entre el número de mujeres que tuvieron algún tipo de enfermedad o sufrieron alguna lesión en el período de referencia de la encuesta y utilizaron los servicios de salud a causa de ese problema, y el total de mujeres en la población que declararon haber tenido algún tipo de enfermedad o haber sufrido una lesión, en un período de referencia y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

% mujeres con problemas de enfermedad o lesión y que utilizaron servicios de salud a causa de ese problema=

$$= \frac{\text{Número de mujeres que tuvieron algún problema de enfermedad o lesión y utilizaron los servicios de salud a causa de ese problema}}{\text{Número total de mujeres que tuvieron algún problema de enfermedad o lesión}} * 100$$

% hombres con problemas de enfermedad o lesión que utilizaron servicios de salud a causa de ese problema=

$$= \frac{\text{Número de hombres que tuvieron algún problema de enfermedad o lesión y utilizaron los servicios de salud a causa de ese problema}}{\text{Número total de hombres que tuvieron un problema de enfermedad o lesión}} * 100$$

Relevancia

Este indicador evalúa las diferencias entre las mujeres y los hombres respecto al uso de servicios curativos en circunstancias en que sufren una enfermedad o lesión. La decisión de estas personas, enfermas o lesionadas, de buscar servicios de salud es un tema complejo, pues podría depender de los recursos disponibles en el hogar, la disponibilidad y calidad de los servicios, su accesibilidad y la percepción de la seriedad de la enfermedad o lesión. En casos de situación de pobreza, donde hay una baja valoración de la salud de las mujeres, o donde las mujeres dan prioridad a la atención de los niños y otros miembros del hogar o para otras necesidades, ellas pueden estar menos propensas a buscar atención de salud que los hombres (41).

La distribución del poder dentro del hogar que determina la dinámica en la toma de decisiones en el hogar, y el acceso y control de los recursos financieros, también pueden determinar las preferencias respecto a cuáles miembros de los hogares acceden a los servicios de salud.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres que tuvieron algún problema de enfermedad o lesión durante el período de referencia y buscaron atención o tratamiento en los servicios de salud a causa de ese problema. Total de mujeres y hombres que declararon haber tenido algún problema de enfermedad o lesión durante el período de referencia.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares con enfoque sobre la morbilidad percibida

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 5, 5-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 años y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Condición de actividad

Comentario

También se podría construir este indicador según el tipo de enfermedad o lesión.

3. Calidad

Tiempo de espera para recibir atención de salud, por sexo

Definición

Cociente entre el tiempo total, medido en minutos, que las mujeres debieron esperar para ser atendidas en los servicios de salud y el número total de mujeres que acudieron a los servicios de salud, para un período y territorio determinados. Igual para el caso de los hombres.

Tiempo promedio (en minutos) que las mujeres esperaron para recibir atención de salud =
= $\frac{\text{Número de minutos que las mujeres tuvieron que esperar para recibir atención de salud}}{\text{Número total de mujeres que acudieron a los servicios de salud}}$

Tiempo promedio (en minutos) que los hombres esperaron para recibir atención de salud =
= $\frac{\text{Número de minutos que los hombres tuvieron que esperar para recibir atención de salud}}{\text{Número total de hombres que acudieron a los servicios de salud}}$

Relevancia

El tiempo de espera para recibir atención de salud es un indicador clave de la calidad de los servicios de salud. Varios estudios han demostrado que las largas horas que usuarios y usuarias deben invertir para tomar un turno, el tiempo que transcurre entre la fecha que solicitan el turno y la fecha asignada para la consulta, y/o el tiempo de espera para ser atendidos, constituyen problemas graves que, lejos de promover, desaniman a los usuarios y usuarias la búsqueda de atención formal de salud.

Particularmente para las mujeres, el tiempo que se requiere para acceder a los servicios de salud es un obstáculo debido principalmente a las diversas responsabilidades que deben cumplir en el ámbito reproductivo y productivo.

En la Región, los módulos de salud de las encuestas de hogares y las encuestas de salud, recogen datos que permiten la construcción de indicadores relacionados con el tiempo de espera para recibir servicios de salud. El tiempo de espera será diferente según el tipo de servicios y el sector que integra el sistema de salud, siendo más largo en el sector público, donde principalmente asisten los sectores menos privilegiados. A pesar de que el tiempo de espera de las mujeres podría no ser más largo que el de los de los hombres, las mujeres son las más afectadas, dado que ellas acceden en mayor proporción a los servicios de salud, especialmente por su rol reproductivo y, porque su jornada de trabajo, incluyendo el remunerado y el no remunerado, es más extensa.

Datos requeridos

Tiempo de espera de mujeres y hombres para ser atendidos en los servicios de salud. Total de mujeres y hombres que acudieron a los servicios de salud.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares que incluyen módulo de salud
- Encuestas de salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Sectores del sistema de salud

Comentario

Como indicadores complementarios al tiempo de espera para ser atendidos en los servicios de salud, se pueden construir indicadores que muestren el tiempo que las personas tienen que esperar para obtener un turno para ser atendidos, así como el tiempo que transcurre entre la fecha de solicitud del turno y la fecha asignada para la consulta (listas de espera).

Porcentaje de nacimientos por cesárea*Definición*

Cociente entre el número de nacimientos por cesárea y el número total de nacimientos, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

$$\% \text{ nacimientos por cesárea} = \frac{\text{Número de nacimientos por cesárea en un período de tiempo}}{\text{Número total de nacimientos en ese mismo período}} * 100$$

Relevancia

A partir de estudios realizado por la OMS, se ha llegado a establecer que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe ser mayor del 15%. Un mayor porcentaje significa que se estaría realizando una práctica inadecuada en la atención del parto.

Se tiene evidencia que uno de los factores que contribuyen a la mortalidad materna por complicaciones del puerperio es la práctica indiscriminada de la cesárea, pues el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en el parto por cesárea, en relación con el parto vaginal.

De las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en varios países de la Región durante la década de 1990 se conoce que el porcentaje de nacimientos por cesárea se concentraron en las madres con mayor nivel educativo; en los siete de los nueve países, este porcentaje excedió el valor máximo recomendable, llegando al 46% entre las mujeres de educación secundaria y superior en Brasil.

Datos requeridos

Número de nacimientos por cesárea y número de nacimientos vaginales en un período de tiempo y territorio determinados.

Fuentes de datos

- Encuestas de salud
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo sobre salud reproductiva
- Registros estadísticos de los establecimientos y servicios de salud

Desagregación sugerida

- Años de instrucción de la madre: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico
- Sector público o sector privado

Disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica por cada 100.000 mujeres

Definición

Número de establecimientos que ofrecen cuidados de emergencia obstétricos (CEO) expresado por 100.000 mujeres.

Disponibilidad de CEO = $\frac{\text{Número de establecimientos que ofrecen CEO}}{\text{Número total de mujeres}} * 100.000$

Relevancia

El acceso de mujeres a establecimientos de salud con CEO básicos y comprensivos garantizará una adecuada atención en caso de complicaciones durante el parto, reduciendo de esta manera el número de muertes maternas. Las políticas e intervenciones deben buscar un mejoramiento en la cobertura de CEO para todas las mujeres.

Para lograr la reducción de la mortalidad materna, será necesario que se asignen los recursos necesarios para el equipamiento adecuado de CEO, se capacite al personal de salud en atención básica de emergencia obstétrica, y se informe a las mujeres sobre la verdadera importancia de acudir a servicios de atención capacitada tomando en cuenta sus creencias y sus prácticas culturales.

Datos requeridos

Número de establecimientos que ofrecen CEO básicos y de especialidad.
Población femenina total.

Fuentes de datos

- Ministerios de Salud

Desagregación sugerida

- Zona geográfica: urbana y rural

Comentarios:

Se considerarán establecimientos que brindan CEO aquellos que ofrecen al menos cuatro de los siguientes CEO básicos: administración de antibióticos, drogas oxitóxicas, anticonvulsivas para casos de preeclampsia y eclampsia, extracción manual de la placenta, parto vaginal; y uno de los siguientes CEO de especialidad: cirugías y transfusiones.

Por las características de los países de la Región, la falta de transporte para las emergencias puede ser una causa de muerte para las mujeres pobres, por lo que se sugiere incluir también un indicador que muestre la existencia de medios de transporte que garanticen el traslado de las mujeres en el momento de las emergencias obstétricas; este podría ser el tiempo medio de traslado por emergencia obstétrica.

4. Gasto por servicios

Gasto de bolsillo en salud, por sexo

Definición

Monto en US\$ corrientes del gasto promedio del hogar en la salud de las mujeres, en un período y territorio determinados. Monto en US\$ corrientes de gasto promedio del hogar en la salud de los hombres, en un período y territorio determinados.

Relevancia

El financiamiento para la atención de la salud proviene de fondos del sector público y un porcentaje importante del gasto de bolsillo. Este último, al afectar

mayormente a las mujeres, se considera como una medida regresiva para el logro de la equidad en salud.

Desde la equidad de género, los aportes para el financiamiento del sistema de atención de la salud deberán corresponder a la capacidad económica de las personas y no a la necesidad o riesgo diferencial por sexo.

Este principio de equidad en la salud para las mujeres no se cumple pues se ha evidenciado que las mujeres pagan más en sistemas no solidarios y que tienen menor capacidad de pago que los hombres.

Por un lado, la menor capacidad de pago por parte de las mujeres, en su gran mayoría ubicadas en posiciones menos reconocidas y con menores remuneraciones en el mercado laboral, no guarda relación con el gasto de bolsillo generalmente mayor para ellas. Por otro lado, el costo de la mayor necesidad de atención de la salud de las mujeres debido a su función reproductiva, recae principalmente sobre ellas, contrariamente al principio de equidad que postula socializar este costo de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Para cuatro países de América Latina y el Caribe, en el año 1996 y 1997, el gasto de bolsillo en salud fue 16% a 40% más alto para las mujeres que para los hombres (32).

Datos requeridos

Gasto de los hogares en salud para hombres y para mujeres.

Fuentes de datos

- Encuestas de ingresos y gastos
- Encuestas de hogares, con módulos de salud que incluyen gasto

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 15, 15-49, 50-64, 65 años y más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Tipos de gasto: consulta, exámenes, medicamentos, otros

IV. GESTIÓN DE LA SALUD

En general, la participación de las mujeres en la atención de salud, en su sentido amplio, es mayor que la de los hombres, sin embargo, en los sistemas de atención sanitaria y médica su participación no es equitativa. La toma de decisiones, la investigación y la entrega de servicios está dominada por los hombres, mientras que las mujeres están mayormente concentradas entre el personal de enfermería y auxiliares, que son puestos de menor influencia en la toma de decisiones y retribución económica.

Dados los roles de género, tradicionalmente se ha descargado sobre las mujeres las responsabilidades de la producción de servicios de cuidado de la salud de los otros miembros del hogar y de la comunidad. Sin embargo, pese a la sostenida y crucial contribución de las mujeres al desarrollo de la salud este aporte continúa siendo invisible, desvalorizado y carente de apoyo, por considerarse una función intrínseca de la naturaleza femenina, un deber adscrito a su condición, y una extensión del trabajo doméstico no remunerado.

En el trabajo formal en el sector salud, las mujeres también aportan con trabajo no remunerado, pero reconocido en el sector. Tal es el caso de las promotoras de la salud, quienes forman brigadas y cumplen con voluntariado.

Para lograr equidad en la gestión de la salud se requiere una justa distribución del costo real de la provisión de atención, no solo entre las mujeres y los hombres, sino también entre la familia, la comunidad, el Estado y el mercado. También se requiere una participación igualitaria de hombres y mujeres, y particularmente de sectores de menores recursos en la toma de decisiones, en la definición de prioridades y en la asignación de recursos para la salud.

1. Participación en el trabajo

1.1 Formal

Participación femenina en la fuerza laboral del sector salud

Definición

Cociente entre el número de mujeres ocupadas en forma remunerada como médicas, odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, y personal de enfermería (auxiliares y técnicas) y el total de personas ocupadas en cada una de las profesiones correspondientes, expresado por 100.

$$\% \text{ Mujeres ocupadas como médicas} = \frac{\text{Número de mujeres ocupadas como médicas}}{\text{Número total de mujeres y hombres ocupados como médicos}} * 100$$

(Igual para las odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, personal de enfermería)

Relevancia

Por el proceso de socialización que condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y los hombres en la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género, las mujeres tienen una propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios. Por ello que es evidente la alta proporción de la fuerza laboral femenina dedicada al trabajo en el campo de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria.

Por las desigualdades de género, en el sector salud existen diferencias en términos de profesiones y especializaciones, y en los niveles de autonomía, decisión y remuneración entre mujeres y hombres. En este sector, las mujeres, tradicionalmente, han estado menos representadas en las ocupaciones relacionadas con mayor poder y capacidad de decisión, situación que las pone en desventaja en la definición de prioridades y asignación de recursos y en las decisiones respecto de la reducción de personal.

En la Región, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores de salud, pero están concentradas en los tramos de menor remuneración, capacidad de decisión y prestigio. En Argentina, en el año 1999, las profesionales de la salud, tanto en el sector público como en el privado, representaban el 27% del total de mujeres ocupadas en el sector y el restante porcentaje correspondía a técnicos, operativos y personal no calificado (42).

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres, en calidad de médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros y personal de enfermería, que trabajan en el sector de la salud.

Fuentes de datos

- Encuestas de empleo que registren la profesión y el sexo
- Registros administrativos de los servicios y establecimientos de salud
- Registros Nacionales de Profesionales

Desagregación sugerida

- Subsector de la salud: público, privado, seguro social

Porcentaje de mujeres matriculadas en las diferentes ramas de las ciencias médicas

Definición

Cociente entre el número de mujeres matriculadas en las escuelas de medicina, odontología, farmacia y enfermería, y los totales de las poblaciones matriculadas en las respectivas escuelas, para un territorio determinado, expresado por 100.

$$\begin{aligned} & \% \text{ Mujeres matriculadas en las escuelas de medicina} = \\ & = \frac{\text{Número de mujeres matriculadas en las escuelas de medicina}}{\text{Número total de mujeres y hombres matriculados en las escuelas de medicina}} * 100 \\ & \text{(Igual para odontología, farmacia, enfermería).} \end{aligned}$$

Relevancia

La selección de carreras universitarias relacionadas con la prestación de servicios ha sido una constante para las mujeres. Las estadísticas universitarias, de manera sistemática, han mostrado una mayor proporción de mujeres matriculadas en profesiones orientadas al cuidado de los demás. El campo de la salud no es ajeno a ello; una alta proporción de mujeres se matricula cada año en escuelas de salud, especialmente en aquellas que demandan menor tiempo para su culminación, como es la enfermería. No obstante, en medicina hay cada vez más mujeres matriculadas.

En Estados Unidos, en el período 1999-2000, 44% de las personas matriculadas en medicina eran mujeres, mientras que en el período 1980-1981 representaban el 26,5%. En enfermería, en el período 1999-2000, las mujeres representaban el 89,8%, mostrando una disminución de 4,5% con respecto al año 1980-1981. En salud pública y farmacia, las mujeres representaban el 67% y el 65% respectivamente, en el año 1999-2000 (31).

La limitada información existente en la mayoría de los países de la Región sobre la trayectoria de las personas matriculadas en las universidades y centros de enseñanza superior, no permite conocer qué porcentaje de las mujeres matriculadas lograron culminar sus estudios y qué porcentaje está realizando actividades remuneradas en el campo de su profesión.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres matriculados en las escuelas de medicina, odontología, farmacia, enfermería.

Fuentes de datos

- Estadísticas universitarias y de centros de enseñanza superior

Desagregación sugerida

- Universidades públicas y privadas

Porcentaje de mujeres graduadas en las diferentes ramas de las ciencias médicas

Definición

Cociente entre el número de mujeres graduadas como médicas, odontólogas, farmacéuticas y enfermeras, y los totales de las poblaciones graduadas en las correspondientes profesiones, expresado por 100.

% Mujeres graduadas de las escuelas de medicina =

$$\frac{\text{Número de mujeres graduadas en las escuelas de medicina}}{\text{Número total de mujeres y hombres graduados en las escuelas de medicina}} * 100$$

(Igual para odontología, farmacia y enfermería).

Relevancia

La propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios ha conducido a la alta proporción de la fuerza laboral femenina dedicada a actividades en el campo de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria. Existe evidencia de las diferencias en términos de profesiones y especializaciones, y en los niveles de autonomía, decisión y remuneración en la que se encuentran las mujeres en el ámbito formal del sector salud.

Es fundamental conocer la tendencia de la proporción de mujeres que se gradúan en las diferentes ramas de las ciencias médicas en las universidades, como un pronóstico de su participación en el sector formal de la salud; especialmente porque tradicionalmente las mujeres, han estado menos representadas en ocupaciones del sector salud relacionadas con mayor poder y capacidad de decisión, situándolas en desventaja en la definición de prioridades y asignación de recursos y en circunstancias de reducciones de personal. En la Región, las mujeres constituyen aproximadamente 80% del total de los trabajadores de la salud, pero están concentradas en los tramos de más baja remuneración, capacidad de decisión y prestigio.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres graduados como médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros y personal de enfermería.

Fuentes de datos

- Estadísticas universitarias y de centros de enseñanza superior

Desagregación sugerida

- Universidades públicas y privadas

<p>Participación laboral no remunerada de las mujeres en el sector formal de la salud</p>
--

Definición

Cociente entre el número de mujeres que, sin ser parte del personal del sector

salud y sin remuneración, realizan actividades de gestión de la salud reconocidas por el sector salud, y el número total de personas que realizan esas actividades sin remuneración, expresado por 100.

Participación laboral no remunerada de las mujeres en el sector formal de la salud =

$$\frac{\text{Número de mujeres que realizan actividades reconocidas por el sector salud sin remuneración}}{\text{Número total de mujeres y hombres que realizan actividades reconocidas por el sector salud sin remuneración}} * 100$$

Relevancia

La promoción de la salud, las brigadas y el voluntariado son considerados factores fundamentales dentro de la gestión de la salud. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el sistema oficial de salud se apoya en la labor de promotores de salud, en su mayoría mujeres, que prestan servicios en sus comunidades en forma voluntaria, sin percibir remuneración.

Las políticas sectoriales deberían ser formuladas considerando que el tiempo que las mujeres pueden dedicar a los trabajos de promoción de la salud, las brigadas y el voluntariado no es ilimitado. Por lo tanto, la continuación de políticas que descansan sobre el trabajo no remunerado de las mujeres no ofrece garantías de sostenibilidad en el largo plazo. Por otro lado, tales políticas deberían buscar incorporar a los hombres en la gestión de la salud, contribuyendo así a la equidad de género en materia de salud.

Datos requeridos

Registros de comités de salud local, estadísticas de voluntariado en el sector salud.

Fuentes de datos

- Ministerio de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más

1.2 Informal

Tiempo diario (en minutos) que mujeres y hombres dedican a la producción de servicios de salud en los hogares, sin remuneración

Definición

Número de minutos por día que las mujeres dedican al cuidado de personas enfermas, discapacitadas, personas que no pueden valerse por sí mismas, y acompañamiento a los servicios de salud a otros miembros del hogar, como parte de sus actividades domésticas no remuneradas. Igual para el caso de los hombres.

Relevancia

Las mujeres son las principales proveedoras de atención primaria, siendo ellas quienes recogen el agua, preparan las comidas, alimentan a los niños, atienden a los enfermos y cuidan a los niños, a las personas adultas mayores y a las discapacitadas; son las madres quienes generalmente llevan a los hijos a los servicios de salud, y las que enseñan a la familia nociones de higiene y limpieza. En Canadá se ha estimado que 90% del cuidado de la salud corresponde a este nivel informal y que tres cuartas partes de todas las enfermedades son atendidas fuera del sistema formal de salud. Esta producción no remunerada de servicios de salud, muchas veces lo realizan las mujeres sacrificando su tiempo libre; tiempo que podrían dedicar a un trabajo remunerado o, si ya están en el mercado laboral, optar por un mejor trabajo.

Gran parte de los logros de los programas de atención primaria de la salud en los campos de la nutrición, la planificación familiar y el cuidado de los niños, tradicionalmente han sido fruto del trabajo no remunerado de las mujeres. Muchas intervenciones en materia de salud han sido diseñadas de manera que descansan esencialmente de la participación de las mujeres. Más aún, las políticas de reforma del sector salud que se vienen implementando en varios países de la Región, contemplan el desplazamiento de algunas de las funciones del sistema formal de la salud a los hogares, significando una carga adicional de trabajo para las mujeres.

Por otro lado, el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas también significan una mayor demanda de servicios de cuidado en los hogares, representando una sobrecarga física y emocional para las mujeres.

La medición y la correspondiente valoración del trabajo no remunerado de cuidado de personas enfermas, discapacitadas y aquellas que no pueden valerse por sí mismas, que se realiza dentro de los hogares, permitirán la elaboración de una cuenta satélite de este aporte no remunerado, en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales, contribuyendo a la toma de decisiones con perspectiva de género en el sector.

Datos requeridos

Tiempo en minutos que hombres y mujeres dedican, dentro del hogar y sin remuneración al cuidado de personas enfermas, discapacitadas, de las que no pueden valerse por sí mismas y al acompañamiento a los servicios de salud.

Fuentes de datos

- Encuestas del uso del tiempo
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo sobre el uso del tiempo
- Estudios de caso

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico del hogar
- Condición de actividad de las personas que proveen el cuidado

Comentario

Se recomienda que las encuestas de uso del tiempo (o módulos de encuestas que capturan el uso del tiempo) incluyan las desagregaciones del tiempo dedicado a la atención de la enfermedad, la discapacidad y el acompañamiento a los establecimientos de salud.

Tiempo diario (en minutos) que mujeres y hombres dedican a la producción de servicios de salud en la comunidad, sin remuneración

Definición

Número de minutos por día que las mujeres dedican al cuidado de personas enfermas, discapacitadas, aquellas que no pueden valerse por sí mismas y acompañamiento a los servicios de salud de otros miembros de la comunidad, excluyendo la familia, como parte de sus actividades domésticas no remuneradas. Igual para el caso de los hombres.

Relevancia

Las mujeres, además de ser las principales proveedoras de atención primaria, de cuidado de la salud de los niños y personas adultas mayores, discapacitadas y las que no pueden valerse por sí mismas dentro de los hogares, también son las principales proveedoras del cuidado de salud en la comunidad. Para el cumplimiento de esta responsabilidad socialmente asignada a las mujeres, estas tienen que buscar la forma de empalmar con sus labores cotidianas, muchas veces sacrificando su tiempo libre, tiempo que podrían dedicar a un trabajo remunerado u optar por buscar oportunidades para tener un mejor trabajo. Consecuentemente, muchas mujeres, además del rol reproductivo y productivo, cumplen este tercer rol del trabajo comunitario.

Las intervenciones orientadas a la equidad de género deben contemplar la corresponsabilidad de los hombres en la producción de servicios de cuidado de salud, así como establecer incentivos como mecanismos de reconocimiento para quienes producen servicios de cuidado de salud sin remuneración.

Este trabajo no remunerado ha permanecido invisible y sin reconocimiento. Su medición y correspondiente valoración permitirá la integración de este aporte no remunerado al Sistema de Cuentas Nacionales a través de una cuenta satélite, facilitando la integración de este componente de la gestión de la salud en la formulación de las políticas públicas del sector salud.

Datos requeridos

Tiempo en minutos que hombres y mujeres dedican al cuidado de personas enfermas, discapacitadas, que no pueden valerse por sí mismas y al acompañamiento a los servicios de salud, en la comunidad, excluyendo la familia, sin remuneración.

Fuentes de datos

- Encuestas de uso del tiempo
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo sobre uso del tiempo
- Estudios de caso

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Condición de actividad de las personas que proveen el cuidado
- Nivel de instrucción de las personas que proveen el cuidado

Comentario

Se recomienda que las encuestas de uso del tiempo (o módulos de encuestas que capturan el uso del tiempo) incluyan las desagregaciones del tiempo dedicado a la atención de la enfermedad, la discapacidad y el acompañamiento a los establecimientos de salud de otros miembros de la comunidad (excluyendo la familia).

2. Participación en la remuneración

Diferencias salariales entre mujeres y hombres en el sector salud

Definición

Número de mujeres que trabajan en el sector de la salud en calidad de médicas, odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, personal de enfermería, de acuerdo a las siguientes fajas salariales (medido en Salarios Mínimos-SM): hasta 3 SM, + 3 a 10 SM, + 10 a 20 SM, + 20 a 30 SM, + 30 SM. Igual para el caso de los hombres.

Relevancia

Generalmente, en las áreas de la salud donde las remuneraciones son menores, como las del personal de enfermería, existe una importante sobrerrepresentación de mujeres, mientras que en los niveles y especialidades con mayores niveles de prestigio y remuneración, las mujeres están menos representadas.

Dentro del sector salud, en Brasil, en 1980, las 11.361 enfermeras representaban el 94% del total de las personas que realizaban actividades de enfermería; las 252.253 que laboraban como auxiliares de enfermería representaban el 84% de su respectivo total; como farmacéuticas, las 2.210 mujeres constituían el 37,7%; en calidad de odontólogas, las 15.542 profesionales representaban el 28,2%; y como médicas, las 20.992 mujeres llegaron a representar el 20,6%. Es decir, la gran mayoría de las mujeres estaban concentradas en los dos niveles de enfermería que representaban las dos fajas salariales más bajas, es decir, hasta 10 SM; los hombres predominaban desde la tercera escala salarial, es decir, a partir de los 10 SM (40).

Datos requeridos

Remuneraciones y ocupaciones específicas de mujeres y hombres empleados en el sistema de salud.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares
- Registros de remuneraciones del personal del sector de la salud

Comentarios:

En muchos países será muy difícil lograr este indicador para el sistema general de salud; será factible estimar las diferencias en el sector público de la salud.

Se podrían incluir otros grupos de profesionales, como docentes en las carreras médicas, según la disponibilidad de información.

Este indicador se podría construir también como una razón entre los salarios medios de las mujeres en cada una de las profesiones de la salud con respecto a los salarios medios de los hombres en las profesiones correspondientes.

3. Participación en el poder

Participación de las mujeres en esferas de decisiones políticas y económicas

Definición

Cociente entre el número de mujeres que participan en los niveles de toma de decisiones en el sistema de salud, y el total de personas en los niveles correspondientes, expresado por 100.

Los niveles de toma de decisiones serían:

- Comisiones parlamentarias de salud y de presupuesto
- Los tres niveles más altos del ministerio de salud
- Las primeras autoridades provinciales de salud
- Los tres niveles más altos del ministerio de economía

Participación de las mujeres en la Comisión de Salud del Parlamento =
= $\frac{\text{Número de mujeres en la Comisión de Salud del Parlamento}}{\text{Número total de mujeres y hombres que forman parte de la Comisión de Salud del Parlamento}}$ * 100
(Igual para los otros niveles)

Relevancia

La participación de las mujeres en los niveles de toma de decisiones políticas y económicas es uno de los compromisos señalados en varios instrumentos internacionales. En los diferentes países de la Región se han iniciado procesos para promover la presencia de mujeres en puestos de elección popular, especialmente a través de las leyes de cuotas para la participación política de las mujeres.

En los niveles donde se formulan las políticas de salud a nivel nacional y local y en las esferas donde se elaboran los presupuestos, aún existen vacíos que deben ser abordados para garantizar que las políticas y los presupuestos se formulen y ejecuten considerando las necesidades específicas de las mujeres.

Este indicador permite observar el nivel de participación de las mujeres en estos niveles donde se asigna prioridad a los temas y se asignan los recursos, así como observar una tendencia de los progresos o retrocesos de su participación en los ámbitos de decisión.

Datos requeridos

Número de mujeres y hombres en las comisiones de salud y presupuesto del parlamento. Número de mujeres y hombres en los tres niveles más altos del minis-

terio de salud. Número de hombres y mujeres como primeras autoridades provinciales de salud. Número de mujeres y hombres en los tres niveles más altos del ministerio de economía.

Fuentes de datos

Registros oficiales de nombramiento. Estadísticas de personal de los ministerios de salud y demás instituciones de salud del mismo rango.

Desagregación sugerida

Niveles nacional y provincial, según el caso

V. INDICADORES SELECCIONADOS

1. Indicadores seleccionados para un análisis de la equidad de género en salud¹⁵

Los indicadores propuestos para realizar un análisis de la equidad de género en salud responden a la necesidad de visibilizar las diferencias existentes en los diversos grupos de la población en cuanto a aspectos básicos del estado de salud, de la accesibilidad a servicios de salud, del financiamiento de los servicios, y sobre la gestión de la salud.

De la propuesta de indicadores que se presenta en este documento, se han escogido 28 indicadores, considerando la posibilidad de tener información para su construcción en la mayoría de los países de la Región. Para el ámbito de la situación de salud se ha puesto énfasis en las enfermedades que afectan únicamente a las mujeres o subgrupos de mujeres; enfermedades más prevalentes entre las mujeres o subgrupos de mujeres; enfermedades más graves entre las mujeres o subgrupos de mujeres; enfermedades para las cuales los factores de riesgo son diferentes para las mujeres y los hombres.

Además, por sugerencia de expertas en el tema de salud y género en la Región, se han incluido indicadores sobre mortalidad por causas que tradicionalmente han afectado en mayor proporción a los hombres pero que van cobrando mayor importancia entre las mujeres o subgrupos de ellas.

¹⁵ Los indicadores en esta lista fueron seleccionados de los indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud

En la atención de la salud se han incluido indicadores relacionados con la utilización de los servicios para la atención de la salud reproductiva. El financiamiento de los servicios de salud incluye un indicador sobre las diferencias en el aporte de hombres y mujeres; y, en la gestión de la salud, la participación de las mujeres en las diferentes profesiones de la salud.

De acuerdo a las necesidades y realidades de cada país, esta lista de indicadores seleccionados puede ser adaptada, ya sea ampliándola con otros indicadores o incluyendo nuevas desagregaciones, según se disponga de información.

A continuación se presenta la lista de los 28 indicadores seleccionados para realizar un análisis de la equidad de género en salud. Para cada indicador se incluye el número de la página en la que se encuentra su definición, los datos requeridos para su cálculo, las posibles fuentes de datos, así como las desagregaciones sugeridas.

Situación de la salud

1. Esperanza de vida al nacer, por sexo

Relevancia

Este indicador expresa la combinación de factores que afectan el riesgo de muerte. En todos los países de la Región, la esperanza de vida para las mujeres es mayor que la esperanza de vida para los hombres. Este diferencial parecería que se debe a componentes biológicos y factores ambientales y sociales, relacionados con los estilos de vida, tales como el tabaquismo, consumo de alcohol, accidentes de tránsito y en los lugares de trabajo, y violencia. Estos, para los hombres constituyen factores de riesgo y para las mujeres son factores protectores, aunque son situaciones que van cambiando.

La mayor longevidad de las mujeres no significa necesariamente mejores niveles de salud, pues ellas están más expuestas a afecciones crónicas y discapacidades. En casos en que la esperanza de vida para las mujeres no excede la esperanza de vida de los hombres, puede suponerse que las ventajas de supervivencia de las mujeres han desaparecido por existir serios riesgos de mortalidad en su entorno.

Mayor información en página 66.

Mortalidad evitable

MORTALIDAD EVITABLE POR INMUNIZACIÓN

2. Mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad por causas de mortalidad evitables por inmunización, por sexo

Relevancia

Luego del primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil y el entorno, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad (infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas), y la prevención de accidentes en el hogar.

Por razones de origen genético, se espera que la mortalidad entre los niños sea mayor que entre las niñas, como en efecto ocurre en todos los países desarrollados y en la gran mayoría de los países de menor desarrollo. Una detección de mayor mortalidad para las niñas podría considerarse como una importante señal de la existencia de un problema social, como es la discriminación contra ellas.

Mayor información en página 67.

MORTALIDAD EVITABLE POR DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNOS

3. Razón de mortalidad materna

Relevancia

Éste es un indicador significativo de los riesgos de salud reproductiva de las mujeres. La disparidad que muestra este indicador entre los países con diferentes niveles de desarrollo significa que la mayoría de estas muertes podría ser evitada si se toman medidas preventivas y de cuidado de manera oportuna.

El hecho que en la Región la mortalidad por factores relacionados con complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, continúe figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva constituye una evidencia indiscutible de inequidad, si se considera que dichas muertes son esencialmen-

te prevenibles ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para evitarlas. La posibilidad del acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad que detecten el riesgo en forma temprana, podría reducir sustancialmente el número de defunciones maternas mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para evitar los embarazos no deseados.

La dificultad para lograr una determinación del número real de mujeres que mueren en el proceso de embarazo, parto y lactancia es un reflejo de la baja prioridad relativa que continúa otorgándose a este tema. En América Latina y el Caribe se han detectado subregistros importantes, pese a lo cual las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años en varios países de la Región. A pesar de este subregistro, la mortalidad materna es un indicador de desarrollo humano que muestra diferencias significativas entre los países desarrollados y los de menor desarrollo. Como causa de defunción el aborto adolece de un subregistro aún mayor que el de las demás causas maternas, debido al carácter ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas.

Mayor información en página 69.

4. Mortalidad por neoplasias malignas del útero

Relevancia

En América Latina y el Caribe, el cáncer de útero representa un problema de salud pública aun más extendido que el del cáncer de mama. Esta realidad persiste, pese a que desde hace más de 50 años existe una tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases tempranas, con una alta probabilidad de curación: la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou.

La trascendencia de este problema, en términos de salud pública, estriba no solo en la alta frecuencia de este cáncer, sino también en el hecho de que la población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos.

Entre el grupo de países de la Región con información disponible, las tasas más bajas de mortalidad estimada por neoplasias malignas del útero corresponden a Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico, y las más altas a Paraguay, Perú y El Salvador (14). En Canadá y Estados Unidos, las tasas de mortalidad por cáncer cér-

vico uterino han disminuido sustancialmente desde la década de 1960, debido principalmente a programas de detección y acceso a servicios de manera oportuna.

Mayor información en página 71.

MORTALIDAD EVITABLE POR LA APLICACIÓN DE UN COMPLEJO DE MEDIDAS

5. Mortalidad por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional, por sexo

Relevancia

Las causas para una mayor propensión del sexo masculino hacia conductas de riesgo, son reforzadas y perpetuadas por definiciones culturales opuestas de masculinidad y feminidad que actúan como factores destructivos para los hombres y protectores para las mujeres. Las diferencias en la socialización para asumir y desarrollar ciertas formas de comportamientos considerados más apropiados para cada sexo, se traducen en diferenciales en los riesgos de salud entre mujeres y hombres. Así, los hombres están más expuestos a accidentes que las mujeres y las diferencias en las tasas de mortalidad de hombres y mujeres se amplían aún más en las edades adultas jóvenes. Otros factores relacionados con la mayor accidentalidad masculina emanan de la mayor proporción de hombres que de mujeres que trabaja en ramas de la producción y puestos de trabajo de mayor riesgo.

En todos los países de la Región para los cuales se dispone de información sobre mortalidad por causas externas (incluye las lesiones de origen no intencional y las autoinfligidas intencionalmente), la tasa estimada de mortalidad por causas externas es mayor para los hombres; en 1997, en Colombia, la tasa estimada de mortalidad en los hombres alcanzó 232,6 por 100.000, mientras que la de las mujeres fue de 39,7 (14).

Mayor información, página 79.

6. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo

Relevancia

Las diferencias en la socialización para asumir y desarrollar ciertas formas de

comportamiento considerados más apropiados para cada sexo, se traducen en diferencias en los riesgos de la salud entre las mujeres y los hombres. Una mayor propensión del sexo masculino hacia conductas agresivas, temerarias, independientes, violentas y de riesgo, que pueden tener un componente biológico (tema sobre el cual no existe acuerdo), es reforzada y perpetuada por definiciones culturales opuestas de masculinidad y feminidad que actúan como factores destructivos para los hombres y protectores para las mujeres.

Aunque la tendencia apunta a la mayor mortalidad masculina por suicidio, en algunos casos se observa una mayor mortalidad femenina, como por ejemplo, entre los adolescentes en Colombia y en Brasil. En general, la frecuencia de los intentos de suicidio es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Entre 1984 y 1994, en la Región de las Américas se observó un ligero incremento en las tasas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas de los hombres, al pasar de 13,5 a 13,8, y una disminución entre las mujeres, al pasar de 3,9 a 3,3, llamando la atención el incremento de suicidios entre las mujeres en México, que pasa de 0,4 a 1,1 en el período señalado (28). La magnitud de las tasas estimadas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas de Cuba, Canadá y Uruguay llaman la atención. Para 1997, en Cuba se estimaron tasas de 25,3 para los hombres y de 12,1 para las mujeres; en Canadá 20,7 y 5,4 para hombres y mujeres respectivamente; y en Uruguay 21,3 para los hombres y 5,4 para las mujeres (14).

Mayor información, página 81.

7. Mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, por sexo

Relevancia

Las diferencias en la socialización para asumir y desarrollar ciertas formas de comportamiento considerados más apropiados para cada sexo, como es el caso de la resolución de conflictos por medidas violentas para los hombres, se traducen en diferenciales entre mujeres y hombres en los riesgos de salud. De allí que, la mayor propensión del sexo masculino hacia conductas violentas y de riesgo, se traduce en mayores tasas de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, con respecto a las mujeres.

De acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial (29), en 1990, en América Latina y el Caribe, el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad por homicidio y violencia alcanzaron la cifra de

320.000 para las mujeres y de 3.080.000 para los hombres, es decir 9,6 veces más para estos.

Para los países de los cuales se tiene información disponible, en 1997 Colombia presentó una tasa estimada de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona de 142,9 por 100.000 hombres y de 12,6 por 100.000 mujeres; El Salvador, 87,5 y 9,1 para hombres y mujeres respectivamente (14).

Mayor información, página 82.

OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD EVITABLE (EN MENOR GRADO QUE LAS ANTERIORES)

8. Mortalidad por cáncer de mama de la mujer

Relevancia

El cáncer de mama cada vez afecta a más mujeres en la Región. Las tasas de mortalidad, si bien son más altas entre las mujeres de los países más desarrollados, están creciendo rápidamente entre los países de relativo desarrollo dentro de la Región.

Además del componente hereditario, están asociados al cáncer de mama, una temprana menarquía, una menopausia tardía y el nacimiento del primer hijo después de los 30 años de edad. También existe literatura que asocia el cáncer de mama a la presencia de factores de estrés, como malas relaciones conyugales, abandono del cónyuge, muerte de un hijo; asimismo, el cáncer de mama puede tener relación con los problemas de contaminación ambiental, el hábito de fumar, tipos de alimentación, y uso de hormonoterapia de reemplazo en el climaterio.

Entre las tasas estimadas de mortalidad por neoplasias malignas de mama en las mujeres, disponibles para casi todos los países de la Región, las más altas correspondieron a Uruguay (38,8), Canadá (33) y Estados Unidos (30,5), y las más bajas a El Salvador (4) y Nicaragua (5,8) (14).

Mayor información, página 87.

9. Mortalidad por enfermedades hipertensivas, por sexo

Relevancia

Entre las mujeres, la hipertensión tiene mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos y de menor educación. Los alimentos condimentados con demasiado cloruro de sodio, así como el climaterio, son razones concretas para la aparición de los síntomas de hipertensión.

De acuerdo al análisis realizado por la OPS con los datos quinquenales del período 1960-1994, disponibles para 13 países de la Región, las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP) por enfermedad hipertensiva se incrementó únicamente en Nicaragua. En Colombia, El Salvador, México y Venezuela las tasas de APVP permanecieron estables; y en los otros países analizados: Estados Unidos, Canadá, Chile, Argentina, Trinidad y Tobago, Barbados, Costa Rica, y Cuba, las tasas disminuyeron. En Barbados, Colombia, México y Nicaragua, las tasas de APVP para las mujeres fueron consistentemente más altas que para los hombres en todo el período estudiado. Para el quinquenio 1990-1994, Estados Unidos y Canadá fueron los países con tasas de APVP más altas; en Canadá, por cada año de vida potencial perdido por las mujeres, los hombres perdieron dos (28, p. 174).

Mayor información, página 90.

10. Mortalidad por diabetes mellitus, por sexo

Relevancia

La diabetes mellitus es una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública en la Región. El incremento de sobrepeso, así como los estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, contribuyen al riesgo de desarrollar la diabetes mellitus; por otro lado, la diabetes constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, ocasionar ceguera y causar daños en los riñones y la pérdida de las extremidades inferiores. Muchos casos de diabetes pueden prevenirse con una dieta saludable y ejercicio físico, y las complicaciones pueden reducirse manteniendo un peso saludable, ingiriendo una dieta baja en grasa y alta en fibra, dejando de fumar, haciendo ejercicio regularmente y manteniendo controlada la presión sanguínea alta.

De los 40 países para los cuales se cuenta con información (último año disponible: 1992, 1997), 34 de ellos presentan mayores tasas de mortalidad estimada de

diabetes para las mujeres que para los hombres (14). En los años 90, en América del Norte, la relación entre la tasa de mortalidad por diabetes de las mujeres y la de los hombres fue de 1,33:1, y en América Latina de 1,2:1 (razones no ajustadas por edad) (28, p.184). Entre 1980 y 1994, el Caribe Inglés experimentó un incremento de 147% en el número de defunciones debidas a diabetes mellitus, constituyendo la tercera causa de años potenciales de vida perdidos entre las mujeres y la décima entre los hombres (28).

El sector salud debe, por lo tanto, poner especial atención para prevenir la diabetes y mejorar la efectividad del cuidado de las personas afectadas, especialmente si se considera que, de acuerdo a las proyecciones presentadas por la OPS, para el año 2010 se prevé un incremento de los casos de diabetes con respecto a lo estimado en 1994, que ascenderá al 74% en las Islas del Caribe, 40% en América del Sur y al 25% en Canadá y Estados Unidos (28, p. 184).

Mayor información, página 92.

Morbilidad y lesiones evitables

NUTRICIÓN

11. Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva

Relevancia

La deficiencia de hierro en la mayoría de los casos de anemia, es la forma más común conocida de deficiencia nutricional. Su prevalencia es más alta entre los niños y las niñas, y entre las mujeres en edad fértil, especialmente entre las embarazadas. Las mujeres desarrollan anemia macrocítica por deficiencias gástricas, estrés grave y carencia de vitaminas del complejo B. La anemia falciforme puede verse aumentada por la incidencia derivada de carencias nutricionales varias.

Con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan y se intensifican durante el embarazo y la lactancia. Entre el inicio de la menstruación y la menopausia, las mujeres necesitan absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, y más aún cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos. Con mucha frecuencia en algunos grupos de mujeres, la satisfacción de estos requerimientos se ve limitada por patrones cul-

turales que perpetúan o agravan el déficit existente. Por ejemplo, en los sectores pobres, el déficit nutricional de las mujeres debido a la escasez de recursos se agrava por los patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal de hierro.

La anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de las mujeres, particularmente de las embarazadas. Más de la cuarta parte de las mujeres de la Región padecen anemia ferropénica; no obstante, solo en los servicios prenatales, cuya cobertura es muy limitada, se presta atención a este problema, cuando la corrección de la carencia de hierro y la educación sobre valores nutricionales de los alimentos debería iniciarse en la niñez.

Mayor información, página 97.

12. Prevalencia de obesidad, por sexo

Relevancia

Muchos países están experimentando un marcado incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, a tal punto que esta afección constituye una epidemia en la Región. El sobrepeso, especialmente la obesidad, en personas adultas, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad asociadas con hipertensión, afecciones del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, afecciones respiratorias, afecciones de la vesícula, algunos tipos de cáncer, gota, artritis y otras enfermedades crónicas.

Existe evidencia de que la obesidad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y que la mayor incidencia se da entre los grupos de menores ingresos. En situaciones de penuria económica, las mujeres recurren a una ingesta mayor de hidratos de carbono de diferente origen según la costumbre y uso regional.

En Uruguay, la prevalencia de obesidad entre las mujeres de bajos niveles socioeconómicos fue superior al estimado para el grupo de mayor nivel (28). En Estados Unidos, entre 1997 y 2000, la prevalencia de obesidad en la población adulta subió un 12%, al pasar del 19,4% al 21,8%; para el 2000, una de cada cuatro mujeres, así como uno de cada cuatro hombres, entre 40 y 59 años de edad, declararon estar afectados por la obesidad, siendo mayormente afectada la población negra no hispánica, de la cual 35,8% se declaró obesa (31).

Además de los problemas de salud, la imagen física afecta más a las mujeres ya que ellas tienen que enfrentar mayores limitaciones en las oportunidades, especialmente en el mercado laboral, donde con frecuencia los empleadores exigen determinados estereotipos de belleza.

Mayor información, página 100.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL

13. Prevalencia de violencia intrafamiliar, por sexo

Relevancia

La violencia constituye una violación de los derechos humanos. La violencia intrafamiliar afecta principalmente a las mujeres, los niños y las niñas. El reconocimiento de la violencia contra las mujeres como problema de salud pública es el resultado de una progresiva comprensión de los daños que la violencia doméstica y la violación ocasionan a la salud de las mujeres. La violencia física y emocional tiene múltiples efectos sobre la salud, que van desde la pérdida de vidas hasta las lesiones y discapacidades que dejan heridas físicas y psicológicas, algunas de ellas permanentes. Entre las patologías y los comportamientos originados en la violencia intrafamiliar están el suicidio, homicidio, ETS, aborto espontáneo, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, problemas ginecológicos, abuso de sustancias nocivas, conductas autodestructivas, síndrome de colon irritable, discapacidad parcial o permanente, estrés postraumático, depresión, ansiedad, disfunción sexual, desórdenes de tipo alimentario, personalidad múltiple, trastornos obsesivos y compulsivos.

La evidencia ha demostrado que los niños y las niñas que son testigos o víctimas de la violencia en los hogares tienen mala salud y problemas de comportamiento. Y, si han sido objeto de abuso sexual, los niños y niñas quedan traumatizados y tienen problemas para establecer relaciones y para confiar en otros, aspectos indispensables para un desarrollo saludable.

Pocos países han realizado encuestas de violencia intrafamiliar que permitan conocer la prevalencia de esta. No obstante, a través de estudios locales se estimó que, en América Latina, entre 25% y 50% de las mujeres encuestadas declararon haber sido alguna vez objeto de abuso físico por parte de la pareja actual o anterior. Estas investigaciones han permitido reunir mayores conocimientos sobre las

características de la violencia. Se sabe que el maltrato contra las mujeres proviene de sus compañeros en 70% a 90% de los casos; el grupo de edad con mayores probabilidades de sufrir violencia doméstica es el de 20 años a 39 años; el grupo más vulnerable al abuso sexual se sitúa entre los 11 años y 16 años; de las mujeres víctimas de homicidio, 45% a 60% fueron asesinadas en el entorno familiar, la mayoría de ellas por sus cónyuges; y en un alto porcentaje, los agresores y las víctimas proceden de familias en las cuales hubo violencia doméstica.

De las Encuestas Demográficas y de Salud en Colombia y en Perú 41% de las mujeres en edad fértil han sido víctimas alguna vez de la violencia física infligida por el esposo o compañero. En Nicaragua el porcentaje alcanzó el 29% y en Haití, el 27% (32).

Aunque el maltrato aparece como un factor importante en la determinación de enfermedades y lesiones entre las mujeres, los niños y las niñas, los profesionales médicos aún suelen ignorarlo. En estudios realizados en Estados Unidos se demostró, por ejemplo, que entre 17% y 25% del total de los casos atendidos en unidades de urgencia fueron mujeres maltratadas. Sin embargo, quienes prestan estos servicios identificaron menos de 5% de las lesiones o enfermedades como derivadas del abuso (33).

Mayor información, página 102.

14. Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Relevancia

Las diferentes intervenciones ejecutadas en la Región sobre el tema de la violencia intrafamiliar han contribuido a que este problema se ventile en el ámbito público y a que las mujeres –quienes son las más afectadas– así como los hombres, acudan a instancias creadas para atender estos casos. Entre las intervenciones se pueden citar la promulgación y aplicación de las leyes para prevenir y atender la violencia intrafamiliar, la creación de modelos de atención que incorporan la participación comunitaria para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar, la creación y/o adaptación de instancias estatales de atención y sanción de casos de violencia intrafamiliar, la capacitación a las personas de los sectores de la salud, educación, policial y judicial. Todo este cúmulo de intervenciones promovida, la mayoría de las veces, desde las ONG de mujeres, han incidido para que las mujeres acudan cada vez más a centros de atención para denunciar casos de violencia y solicitar apoyo psicológico y legal.

En Guayaquil, la ciudad más grande de Ecuador, el número de denuncias de violencia intrafamiliar registrado en 1994 ascendió a 6.000, y en 1997 llegó a 16.400 (20). En el sector de la salud también se han incorporado protocolos para identificar casos de violencia intrafamiliar y brindar el apoyo pertinente.

El número de casos de violencia intrafamiliar denunciados, o identificados y atendidos en el ámbito de la salud, no es una medida de la prevalencia o incidencia de este tipo de violencia, pero lo es, por un lado, del nivel de apertura y disponibilidad y accesibilidad que tienen las mujeres y los hombres para presentar las denuncias; y, por otro lado de la demanda efectiva de servicios de atención de la violencia intrafamiliar. La información que se está recolectando sobre violencia intrafamiliar es crucial para la formulación de políticas orientadas a la prevención y atención de la violencia.

Mayor información, página 105.

SALUD MENTAL

15. Prevalencia de depresión, por sexo

Relevancia

La más común de las afecciones mentales es la depresión, que puede ser desde leve hasta muy grave y reviste particular importancia en la salud mental de las mujeres, en quienes es mayor su prevalencia. Según el Global Burden of Disease 2000 (GBD), se ha estimado que la prevalencia puntual de depresión unipolar entre las mujeres alcanza el 3,2% y entre los hombres, el 1,9%.

De acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial, para 1990, en América Latina y el Caribe, el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad debido a desórdenes depresivos, alcanzó 1.180.000 entre las mujeres y a 570.000 entre los hombres; es decir dos veces más para las primeras (29).

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la prevalencia de depresión entre las personas entrevistadas fluctuó entre 4% en Georgetown, Barbados y 18% en Montevideo, Uruguay (34).

Como resultado de las investigaciones realizadas se ha llegado a plantear la asociación de la depresión con la infertilidad, situación marital conflictiva, jefatura del

hogar sin cónyuge, violencia física y abuso sexual, pobreza, y entre las adultas mayores, soledad por abandono familiar, pérdida del rol y síndrome del “nido vacío” (19).

Mayor información, página 108.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

16. Porcentaje de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos

Relevancia

La capacidad de planear el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos constituye un derecho fundamental de los individuos y las parejas que se ha plasmado en algunos instrumentos internacionales. El acceso a información y la disponibilidad de un rango de métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar de alta calidad son aspectos cruciales para facilitar a las mujeres y los hombres el ejercicio del derecho a planificar los nacimientos.

El uso de métodos anticonceptivos es un componente fundamental para asegurar el cuidado de la salud reproductiva. Existe una variedad en las preferencias y evaluación de los riesgos y beneficios de cada método de anticoncepción. Este indicador mide la cobertura de uso de métodos de contracepción y la distribución de los métodos utilizados, por lo que, una fuerte concentración de usuarias en uno o dos métodos podría ser una señal de limitación en la oferta o en el acceso.

Desde una perspectiva de género, es importante la oferta de métodos que provean la posibilidad de que hombres y mujeres compartan la responsabilidad de la planificación familiar, por lo que sería útil calcular el uso de anticonceptivos por grupos de métodos orientados hacia las mujeres y métodos controlados por hombres. Los orientados a las mujeres son: las píldoras, DIU, inyectables, métodos vaginales, esterilización femenina, condón femenino; los métodos que involucran la cooperación de los hombres son la esterilización masculina y el condón masculino.

En América Latina y el Caribe, solamente 22% de parejas utilizan métodos que requieren la participación de los hombres (36). La mayoría de métodos modernos dejan bajo la responsabilidad de las mujeres la evasión de embarazos no deseados y de alto riesgo.

Mayor información, página 116.

17. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo

Relevancia

La maternidad adolescente está asociada a posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto y, consecuentemente, contribuye a elevar la mortalidad materna, agravado porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria.

El embarazo en la adolescencia puede tener un efecto devastador; las jóvenes madres podrían perder su autonomía al buscar la ayuda de los padres o de otras personas y, por otro lado, muchas veces se ven obligadas a interrumpir sus estudios, limitando su desarrollo personal y social y, en el futuro, su progreso económico. Los riesgos particulares incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; además, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentar otras complicaciones como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico.

De acuerdo a las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en varios países de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron un hijo o estuvo embarazada antes de los 20 años, en relación con el total de mujeres adolescentes, presenta rangos que van desde el 27% en Nicaragua (2001), hasta el 13% en Perú (2000).

Mayor información, página 124.

18. Edad mediana de las madres al nacer el primer hijo

Relevancia

Los embarazos en edades tempranas, así como en las tardías, constituyen factores de riesgo para la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

El embarazo durante la adolescencia, además de estar ligado a aspectos de los ámbitos médico y demográfico, trasciende a otros aspectos relacionados con la calidad de vida de madres e hijos. Las madres adolescentes enfrentan obstáculos para el desarrollo educativo y social, limitando sus opciones de integrarse en mejo-

res condiciones en el ámbito económico, social y político. De allí que, un indicador clave sobre las oportunidades para el desarrollo del capital humano de las mujeres, es la edad de las madres al nacimiento de su primer hijo.

De la información disponible que proviene de las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en el año 2000, se ha estimado que la edad mediana de las mujeres de 25 a 49 años fue de 21,9 para Perú y Haití, y de 22,1 para Colombia. La educación ejerce un efecto decisivo en la determinación de esta edad. A mayores niveles de escolaridad, la edad de las madres al nacimiento de su primer hijo también es mayor. En Colombia, la diferencia de la edad mediana de las mujeres al nacer su primer hijo entre las mujeres sin educación y aquellas que tienen nivel secundario/superior fue de 3,1.

Mayor información, página 121.

19. Incidencia registrada de VIH-SIDA, por sexo

Relevancia

Aunque en general la mayoría de los casos de VIH-SIDA ocurre entre los hombres, su propagación está aumentando rápidamente entre las mujeres, llegándose a registrar proporciones más altas en las mujeres de los países del Caribe anglófono, el Caribe latino, y el Istmo Centroamericano y, dentro de este último, particularmente Honduras, y especialmente en el grupo de jóvenes de 15 a 24 años. En varios países de América Latina se ha observado una razón hombre:mujer decreciente respecto a los casos nuevos de VIH-SIDA(39).

La transmisión de la epidemia ha pasado de los grupos considerados con prácticas de alto riesgo (uso de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) a la población en general. Desde el punto de vista social, la desigual distribución del poder determinado por las relaciones de género, y mediado por raza, clase social, edad y ciertas prácticas culturales, impide que muchas mujeres se protejan, y más bien las pone en una situación de mayor vulnerabilidad a la transmisión sexual del VIH-SIDA. Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA responde en parte a características biológicas por la mayor exposición de la mucosa vaginal en el momento de las relaciones sexuales, especialmente en edades jóvenes, pero también se debe a las limitaciones en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, y a la falta de capacidad de negociación sobre las relaciones sexuales sin riesgo.

A esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA se debe añadir que ellas también son objeto de mayor discriminación y estigmatización que los hombres cuando son portadoras del virus y que podría verse acrecentada la probabilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar.

El VIH-SIDA también es un factor para desarrollar enfermedades y discapacidades a largo plazo, y para las mujeres, principales productoras de servicios de salud en los hogares y en la comunidad, representa una carga adicional de trabajo no remunerado, con consecuencias sobre su salud física y emocional.

Mayor información, página 129.

Atención de la salud

Acceso y utilización de servicios

COBERTURA

20. Porcentaje de población adulta afiliada a planes de aseguramiento de salud, por sexo

Relevancia

En muchos de los países, solamente una minoría de la población tiene acceso a la cobertura de salud a través de planes de aseguramiento, especialmente si estos están relacionados con el sector formal del mercado de trabajo. En este caso, las mujeres están menos cubiertas que los hombres por trabajar sobre todo en el sector informal del mercado laboral, predominantemente en el trabajo doméstico y como familiares no remunerados, donde el acceso a planes de aseguramiento es muy bajo. El acceso a un plan de aseguramiento con cobertura de salud podría garantizar la protección financiera contra el empobrecimiento por los gastos que podría causar la necesidad de atención de un evento que requiere servicios de salud.

El acceso a un plan de aseguramiento en calidad de dependiente significa que esta persona no tendría por sí misma derecho a acceder a los servicios de salud y, por lo tanto, estaría en una condición de mayor vulnerabilidad, sujeta a la estabilidad del trabajo del contribuyente y de la relación de pareja. Muchas mujeres se encuentran en esta situación, agravada con el hecho que algunos planes de asegu-

ramiento diferencian los servicios para contribuyentes y dependientes, siendo inferiores los beneficios para estos últimos.

Mayor información, página 138.

21. Cobertura de planificación familiar en los planes de aseguramiento

Relevancia

Las responsabilidades y los costos de la salud reproductiva, específicamente de la planificación familiar, generalmente recaen sobre las mujeres, sin considerar que este proceso de reproducción de la especie humana es social y por lo tanto debe ser compartido por los diferentes sectores de la sociedad.

Muchos planes de aseguramiento excluyen la planificación familiar como componente de la salud sexual y reproductiva, ya que su cobertura está focalizada en la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Además de la atención en el embarazo, el parto y el puerperio, los planes de seguro materno existentes en varios países de la Región, incluyen en algunos casos la atención de los niños hasta ciertas edades. Por ejemplo, en el Ecuador la atención se extiende hasta los 5 años, y además se incluyen programas de salud sexual y reproductiva, con inclusión de la detección oportuna del cáncer cervicouterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad.

Mayor información, página 140.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

22. Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo

Relevancia

A partir de resultados de ciertos estudios realizados por la OMS, se recomienda realizar al menos 4 controles durante el embarazo por parte de personal de salud capacitado. Se ha llegado a establecer que, con 4 ó más controles durante el embarazo, se logran mejoras sustanciales en la identificación de complicaciones que permite evitar muchas muertes maternas.

El cuidado del embarazo mediante controles periódicos es uno de los determinantes asociados a un resultado saludable tanto de las madres como de los niños. El control durante el embarazo permite identificar signos que pueden estar presentes en el embarazo y que requieren cuidados especiales, así como obtener vacunas contra el tétanos y tratamientos contra la malaria y la anemia. También permite conocer y tratar los casos de alto riesgo que se pueden presentar durante el embarazo y el parto.

Este indicador muestra la utilización de servicios de salud para desarrollar una maternidad saludable que beneficia a las madres y a los hijos, previniendo muertes injustas, con lo que se estaría contribuyendo, además, al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la reducción de la mortalidad materna, que es un compromiso de todos los Estados miembros.

Mayor información, página 141.

23. Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado

Relevancia

Algunas complicaciones difícilmente prevenibles durante el embarazo pueden presentarse en el momento del parto, y la presencia de personal de salud capacitado es crucial para el manejo de estas complicaciones. El personal apropiadamente entrenado para atender estas emergencias puede salvar las vidas de madres y niños durante los partos, cuyas intervenciones pueden ser provistas en centros de salud o facilidades pequeñas si la mujer no puede llegar a los centros hospitalarios de servicios de salud.

En el interior de los países se observan marcadas diferencias en el acceso a la atención capacitada en el parto entre los grupos pertenecientes a los diferentes niveles socioeconómicos y por zona de residencia. En Ecuador, entre 1993 y 1998, en el último parto, 94% de mujeres urbanas que tuvieron al menos un parto fueron atendidas por un médico, obstetra o enfermera, mientras que en la zona rural el porcentaje alcanzó el 57% (20). Las políticas que promueven una mayor atención del parto por personal de salud capacitado deben tener en consideración no solo la disponibilidad de los servicios, sino también la accesibilidad territorial y cultural.

Mayor información, página 143.

24. Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han sometido a la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años

Relevancia

El cáncer cervical es uno de los más comunes que afectan a las mujeres. Este cáncer que generalmente se desarrolla lentamente y es precedido por una condición tratable, puede ser detectado oportunamente a través de una citología vaginal, o examen Pap.

En países con programas efectivos de detección, la mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido entre 50% y 60%. Las principales barreras para la implementación de programas efectivos incluyen la ausencia de infraestructura para los exámenes Pap, ausencia de servicios de tratamiento para precánceres y cánceres, y el costo de la implementación del programa. El tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas preinvasivas tiene la posibilidad de ser muy exitoso, y además es de bajo costo, mientras que el tratamiento requerido en las etapas avanzadas usualmente implica cirugía o radiación y resulta bastante más costoso. En general, en América Latina y el Caribe los programas para el control de este cáncer se caracterizan por una baja cobertura en cuanto a citologías, agravado por la ineficiencia para procesar las pruebas dentro de un plazo que permita el diagnóstico y tratamiento oportunos. Las mujeres de más altos niveles económicos y residentes de la zona urbana tienen mayor acceso a un Pap, profundizando las inequidades existentes por falta de atención a grupos específicos de mujeres.

Una de las principales causas del cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano que infecta las células del útero. Las mujeres son usualmente infectadas con este virus en la adolescencia y en las siguientes dos décadas, y el desarrollo de la enfermedad puede tomar hasta 20 años, por lo que el riesgo de desarrollar el cáncer cervicouterino es más alto entre las mujeres de 30 a 50 años de edad.

Mayor información, página 146.

CALIDAD

25. Tiempo de espera para recibir atención de salud, por sexo

Relevancia

El tiempo de espera para recibir atención de salud es un indicador clave de la calidad de los servicios de salud. Varios estudios han demostrado que las largas

horas que usuarios y usuarias deben invertir para tomar un turno, el tiempo que transcurre entre la fecha que solicitan el turno y la fecha asignada para la consulta, y/o el tiempo de espera para ser atendidos, constituyen problemas graves que, lejos de promover, desaniman a los usuarios y usuarias la búsqueda de atención formal de salud.

Particularmente para las mujeres, el tiempo que se requiere para acceder a los servicios de salud es un obstáculo debido principalmente a las diversas responsabilidades que deben cumplir en el ámbito reproductivo y productivo.

En la Región, los módulos de salud de las encuestas de hogares y las encuestas de salud, recogen datos que permiten la construcción de indicadores relacionados con el tiempo de espera para recibir servicios de salud. El tiempo de espera será diferente según el tipo de servicios y el sector que integra el sistema de salud, siendo más largo en el sector público, donde principalmente asisten los sectores menos privilegiados. A pesar de que el tiempo de espera de las mujeres podría no ser más largo que el de los hombres, las mujeres son las más afectadas, dado que ellas acceden en mayor proporción a los servicios de salud, especialmente por su rol reproductivo y, porque su jornada de trabajo, incluyendo el remunerado y el no remunerado, es más extensa.

Mayor información, página 151.

26. Porcentaje de nacimientos por cesárea

Relevancia

A partir de estudios realizados por la OMS, se ha llegado a establecer que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe ser mayor del 15%. Un mayor porcentaje significa que se estaría realizando una práctica inadecuada en la atención del parto.

Se tiene evidencia que uno de los factores que contribuyen a la mortalidad materna por complicaciones del puerperio es la práctica indiscriminada de la cesárea, pues el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en el parto por cesárea, en relación con el parto vaginal.

De las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en varios países de la Región durante la década de 1990 se conoce que el porcentaje de nacimientos por cesárea se concentraron en las madres con mayor nivel educativo; en los siete de los nueve países, este porcentaje excedió el valor máximo recomendable, llegando al 46% entre las mujeres de educación secundaria y superior en Brasil.

Mayor información, página 153.

GASTO POR SERVICIOS

27. Gasto de bolsillo en salud, por sexo

Relevancia

El financiamiento para la atención de la salud proviene de fondos del sector público y un porcentaje importante del gasto de bolsillo. Este último, al afectar mayormente a las mujeres, se considera como una medida regresiva para el logro de la equidad en salud.

Desde la equidad de género, los aportes para el financiamiento del sistema de atención de la salud deberán corresponder a la capacidad económica de las personas y no a la necesidad o riesgo diferencial por sexo. Este principio de equidad en la salud para las mujeres no se cumple pues se ha evidenciado que las mujeres pagan más en sistemas no solidarios y que tienen menor capacidad de pago que los hombres.

Por un lado, la menor capacidad de pago por parte de las mujeres, en su gran mayoría ubicadas en posiciones menos reconocidas y con menores remuneraciones en el mercado laboral, no guarda relación con el gasto de bolsillo generalmente mayor para ellas. Por otro lado, el costo de la mayor necesidad de atención de la salud de las mujeres debido a su función reproductiva, recae principalmente sobre ellas, contrariamente al principio de equidad que postula socializar este costo de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Para cuatro países de América Latina y el Caribe, en el año 1996 y 1997, el gasto de bolsillo en salud fue 16% a 40% más alto para las mujeres que para los hombres (32).

Mayor información, página 155.

Gestion de la salud

PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO

28. Participación femenina en la fuerza laboral del sector salud

Relevancia

Por el proceso de socialización que condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y los hombres en la selección de determinadas actividades, ocu-

paciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género, las mujeres tienen una propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios. Por ello que es evidente la alta proporción de la fuerza laboral femenina dedicada al trabajo en el campo de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria.

Por las desigualdades de género, en el sector salud existen diferencias en términos de profesiones y especializaciones, y en los niveles de autonomía, decisión y remuneración entre mujeres y hombres. En este sector, las mujeres, tradicionalmente, han estado menos representadas en las ocupaciones relacionadas con mayor poder y capacidad de decisión, situación que las pone en desventaja en la definición de prioridades y asignación de recursos y en las decisiones respecto de la reducción de personal.

En la Región, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores de salud, pero están concentradas en los tramos de menor remuneración, capacidad de decisión y prestigio. En Argentina, en el año 1999, las profesionales de la salud, tanto en el sector público como en el privado, representaban el 27% del total de mujeres ocupadas en el sector y el restante porcentaje correspondía a técnicos, operativos y personal no calificado (42).

Mayor información, página 158.

2. INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL MONITOREO DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD¹⁶

El logro de la equidad de género en la salud hace necesario examinar periódicamente el progreso o retroceso en la salud de las mujeres, considerando que se desarrollan intervenciones en el ámbito de la salud orientadas a una mayor equidad entre los diferentes grupos poblacionales. Es fundamental conocer el progreso hacia el logro de la equidad de género en la salud en los ámbitos de la situación de salud de las mujeres, su rol como usuarias de los servicios, sus aportes para el financiamiento de los servicios de salud, y su participación como proveedoras de la atención.

De acuerdo a las necesidades y realidades de cada país, esta lista de 17 indicadores seleccionados para el monitoreo puede ser ampliada, de tal manera que se logren medir los cambios en las desigualdades género en salud. Estos cambios pueden ocurrir como consecuencia de las intervenciones u omisiones sobre las

¹⁶ Los indicadores en esta lista fueron seleccionados de los indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud.

principales afecciones de la salud y sus determinantes, y también como resultado de la asignación de recursos que permiten el logro y mantenimiento de la salud.

Por otra parte, es conveniente considerar un número pequeño de indicadores, que sean a la vez importantes y fáciles de obtener, en lugar de ampliar demasiado el rango de los mismos, corriendo el riesgo de obtenerlos para muy pocos países.

En general, los indicadores de mortalidad no son muy recomendables para el monitoreo, por la dilación con que son emitidos, pero, dado que constituyen una de las pocas fuentes de registro sólidas en la Región, y por sugerencia de expertas de varios países de las Américas, se han incluido algunos indicadores.

Para cada uno de los 17 indicadores seleccionados para el monitoreo de las desigualdades de género en salud, presentados a continuación, se incluye el número de la página de este documento, en la cual se puede encontrar su definición, los datos requeridos para su elaboración, las posibles fuentes de datos y las desagregaciones.

Situación de la salud

MORTALIDAD EVITABLE

Mortalidad evitable por detección y tratamiento oportunos

1. Razón de mortalidad materna

Relevancia

Éste es un indicador significativo de los riesgos de salud reproductiva de las mujeres. La disparidad que muestra este indicador entre los países con diferentes niveles de desarrollo significa que la mayoría de estas muertes podría ser evitada si se toman medidas preventivas y de cuidado de manera oportuna.

El hecho que en la Región la mortalidad por factores relacionados con complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, continúe figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva constituye una evidencia indiscutible de inequidad, si se considera que dichas muertes son esencialmente prevenibles ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para evitarlas. La posibilidad del acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad que detecten el riesgo en forma temprana, podría reducir sustancialmente el número de defun-

ciones maternas mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para evitar los embarazos no deseados.

La dificultad para lograr una determinación del número real de mujeres que mueren en el proceso de embarazo, parto y lactancia es un reflejo de la baja prioridad relativa que continúa otorgándose a este tema. En América Latina y el Caribe se han detectado subregistros importantes, pese a lo cual las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años en varios países de la Región. A pesar de este subregistro, la mortalidad materna es un indicador de desarrollo humano que muestra diferencias significativas entre los países desarrollados y los de menor desarrollo. Como causa de defunción el aborto adolece de un subregistro aún mayor que el de las demás causas maternas, debido al carácter ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas.

Mayor información en página 69.

2. Mortalidad por neoplasias malignas del útero

Relevancia

En América Latina y el Caribe, el cáncer de útero representa un problema de salud pública aun más extendido que el del cáncer de mama. Esta realidad persiste, pese a que desde hace más de 50 años existe una tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases tempranas, con una alta probabilidad de curación: la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou.

La trascendencia de este problema, en términos de salud pública, estriba no solo en la alta frecuencia de este cáncer, sino también en el hecho de que la población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos.

Entre el grupo de países de la Región con información disponible, las tasas más bajas de mortalidad estimada por neoplasias malignas del útero corresponden a Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico, y las más altas a Paraguay, Perú y El Salvador (14). En Canadá y Estados Unidos, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino han disminuido sustancialmente desde la década de 1960, debido principalmente a programas de detección y acceso a servicios de manera oportuna.

Mayor información en página 71.

Otras causas de mortalidad evitable (en menor grado que las anteriores)

3. Mortalidad por cáncer de mama de la mujer

Relevancia

El cáncer de mama cada vez afecta a más mujeres en la Región. Las tasas de mortalidad, si bien son más altas entre las mujeres de los países más desarrollados, están creciendo rápidamente entre los países de relativo desarrollo dentro de la Región.

Además del componente hereditario, están asociados al cáncer de mama, una temprana menarquía, una menopausia tardía y el nacimiento del primer hijo después de los 30 años de edad. También existe literatura que asocia el cáncer de mama a la presencia de factores de estrés, como malas relaciones conyugales, abandono del cónyuge, muerte de un hijo; asimismo, el cáncer de mama puede tener relación con los problemas de contaminación ambiental, el hábito de fumar, tipos de alimentación, y uso de hormonoterapia de reemplazo en el climaterio.

Entre las tasas estimadas de mortalidad por neoplasias malignas de mama en las mujeres, disponibles para casi todos los países de la Región, las más altas correspondieron a Uruguay (38,8), Canadá (33) y Estados Unidos (30,5), y las más bajas a El Salvador (4) y Nicaragua (5,8) (14).

Mayor información, página 87.

4. Mortalidad por enfermedades hipertensivas, por sexo

Relevancia

Entre las mujeres, la hipertensión tiene mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos y de menor educación. Los alimentos condimentados con demasiado cloruro de sodio, así como el climaterio, son razones concretas para la aparición de los síntomas de hipertensión.

De acuerdo al análisis realizado por la OPS con los datos quinquenales del período 1960-1994, disponibles para 13 países de la Región, las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP) por enfermedad hipertensiva se incrementó únicamente en Nicaragua. En Colombia, El Salvador, México y Venezuela las tasas de APVP permanecieron estables; y en los otros países analizados: Estados Unidos, Canadá, Chile, Argentina, Trinidad y Tobago, Barbados, Costa Rica, y Cuba, las tasas disminuyeron. En Barbados, Colombia, México y Nicaragua, las tasas de

APVP para las mujeres fueron consistentemente más altas que para los hombres en todo el período estudiado. Para el quinquenio 1990-1994, Estados Unidos y Canadá fueron los países con tasas de APVP más altas; en Canadá, por cada año de vida potencial perdido por las mujeres, los hombres perdieron dos (28, p. 174).

Mayor información, página 90.

MORBILIDAD Y LESIONES EVITABLES

Nutrición

5. Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva

Relevancia

La deficiencia de hierro en la mayoría de los casos de anemia, es la forma más común conocida de deficiencia nutricional. Su prevalencia es más alta entre los niños y las niñas, y entre las mujeres en edad fértil, especialmente entre las embarazadas. Las mujeres desarrollan anemia macrocítica por deficiencias gástricas, estrés grave y carencia de vitaminas del complejo B. La anemia falciforme puede verse aumentada por la incidencia derivada de carencias nutricionales varias.

Con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan y se intensifican durante el embarazo y la lactancia. Entre el inicio de la menstruación y la menopausia, las mujeres necesitan absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, y más aún cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos. Con mucha frecuencia en algunos grupos de mujeres, la satisfacción de estos requerimientos se ve limitada por patrones culturales que perpetúan o agravan el déficit existente. Por ejemplo, en los sectores pobres, el déficit nutricional de las mujeres debido a la escasez de recursos se agrava por los patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal de hierro.

La anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de las mujeres, particularmente de las embarazadas. Más de la cuarta parte de las mujeres de la Región padecen anemia ferropénica; no obstante, solo en los servicios prenatales, cuya cobertura es muy limitada, se presta atención a este problema, cuando la corrección de la carencia de hierro y la educación sobre valores nutricionales de los alimentos debería iniciarse en la niñez.

Mayor información, página 97.

6. Prevalencia de obesidad, por sexo

Relevancia

Muchos países están experimentando un marcado incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, a tal punto que esta afección constituye una epidemia en la Región. El sobrepeso, especialmente la obesidad, en personas adultas, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad asociadas con hipertensión, afecciones del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, afecciones respiratorias, afecciones de la vesícula, algunos tipos de cáncer, gota, artritis y otras enfermedades crónicas.

Existe evidencia de que la obesidad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y que la mayor incidencia se da entre los grupos de menores ingresos. En situaciones de penuria económica, las mujeres recurren a una ingesta mayor de hidratos de carbono de diferente origen según la costumbre y uso regional.

En Uruguay, la prevalencia de obesidad entre las mujeres de bajos niveles socioeconómicos fue superior al estimado para el grupo de mayor nivel (28). En Estados Unidos, entre 1997 y 2000, la prevalencia de obesidad en la población adulta subió un 12%, al pasar del 19,4% al 21,8%; para el 2000, una de cada cuatro mujeres, así como uno de cada cuatro hombres, entre 40 y 59 años de edad, declararon estar afectados por la obesidad, siendo mayormente afectada la población negra no hispánica, de la cual 35,8% se declaró obesa (31).

Además de los problemas de salud, la imagen física afecta más a las mujeres ya que ellas tienen que enfrentar mayores limitaciones en las oportunidades, especialmente en el mercado laboral, donde con frecuencia los empleadores exigen determinados estereotipos de belleza.

Mayor información, página 100.

Violencia intrafamiliar y abuso sexual

7. Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Relevancia

Las diferentes intervenciones ejecutadas en la Región sobre el tema de la violencia intrafamiliar han contribuido a que este problema se ventile en el ámbito

público y a que las mujeres –quienes son las más afectadas– así como los hombres, acudan a instancias creadas para atender estos casos. Entre las intervenciones se pueden citar la promulgación y aplicación de las leyes para prevenir y atender la violencia intrafamiliar, la creación de modelos de atención que incorporan la participación comunitaria para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar, la creación y/o adaptación de instancias estatales de atención y sanción de casos de violencia intrafamiliar, la capacitación a las personas de los sectores de la salud, educación, policial y judicial. Todo este cúmulo de intervenciones promovida, la mayoría de las veces, desde las ONG de mujeres, han incidido para que las mujeres acudan cada vez más a centros de atención para denunciar casos de violencia y solicitar apoyo psicológico y legal.

En Guayaquil, la ciudad más grande de Ecuador, el número de denuncias de violencia intrafamiliar registrado en 1994 ascendió a 6.000, y en 1997 llegó a 16.400 (20). En el sector de la salud también se han incorporado protocolos para identificar casos de violencia intrafamiliar y brindar el apoyo pertinente.

El número de casos de violencia intrafamiliar denunciados, o identificados y atendidos en el ámbito de la salud, no es una medida de la prevalencia o incidencia de este tipo de violencia, pero lo es, por un lado, del nivel de apertura y disponibilidad y accesibilidad que tienen las mujeres y los hombres para presentar las denuncias; y, por otro lado de la demanda efectiva de servicios de atención de la violencia intrafamiliar. La información que se está recolectando sobre violencia intrafamiliar es crucial para la formulación de políticas orientadas a la prevención y atención de la violencia.

Mayor información, página 105.

Salud mental

8. Prevalencia de depresión, por sexo

Relevancia

La más común de las afecciones mentales es la depresión, que puede ser desde leve hasta muy grave y reviste particular importancia en la salud mental de las mujeres, en quienes es mayor su prevalencia. Según el Global Burden of Disease 2000 (GBD), se ha estimado que la prevalencia puntual de depresión unipolar entre las mujeres alcanza el 3,2% y entre los hombres, el 1,9%.

De acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial, para 1990, en América Latina y el Caribe, el número de años de vida saludable perdidos por muerte pre-

matura y discapacidad debido a desórdenes depresivos, ascendió 1.180.000 entre las mujeres y a 570.000 entre los hombres; es decir dos veces más para las primeras (29).

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la prevalencia de depresión entre las personas entrevistadas fluctuó entre 4% en Georgetown, Barbados y 18% en Montevideo, Uruguay (34).

Como resultado de las investigaciones realizadas se ha llegado a plantear la asociación de la depresión con la infertilidad, situación marital conflictiva, jefatura del hogar sin cónyuge, violencia física y abuso sexual, pobreza, y entre las adultas mayores, soledad por abandono familiar, pérdida del rol y síndrome del “nido vacío” (19).

Mayor información, página 108.

Salud sexual y reproductiva

9. Porcentaje de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos

Relevancia

La capacidad de planear el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos constituye un derecho fundamental de los individuos y las parejas que se ha plasmado en algunos instrumentos internacionales. El acceso a información y la disponibilidad de un rango de métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar de alta calidad son aspectos cruciales para facilitar a las mujeres y los hombres el ejercicio del derecho a planificar los nacimientos.

El uso de métodos anticonceptivos es un componente fundamental para asegurar el cuidado de la salud reproductiva. Existe una variedad en las preferencias y evaluación de los riesgos y beneficios de cada método de anticoncepción. Este indicador mide la cobertura de uso de métodos de contracepción y la distribución de los métodos utilizados, por lo que, una fuerte concentración de usuarias en uno o dos métodos podría ser una señal de limitación en la oferta o en el acceso.

Desde una perspectiva de género, es importante la oferta de métodos que provean la posibilidad de que hombres y mujeres compartan la responsabilidad de la planificación familiar, por lo que sería útil calcular el uso de anticonceptivos por grupos de métodos orientados hacia las mujeres y métodos controlados por hombres.

Los orientados a las mujeres son: las píldoras, DIU, inyectables, métodos vaginales, esterilización femenina, condón femenino; los métodos que involucran la cooperación de los hombres son la esterilización masculina y el condón masculino.

En América Latina y el Caribe, solamente 22% de parejas utilizan métodos que requieren la participación de los hombres (36). La mayoría de métodos modernos dejan bajo la responsabilidad de las mujeres la evasión de embarazos no deseados y de alto riesgo.

Mayor información, página 116.

10. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo

Relevancia

La maternidad adolescente está asociada a posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto y, consecuentemente, contribuye a elevar la mortalidad materna, agravado porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria.

El embarazo en la adolescencia puede tener un efecto devastador; las jóvenes madres podrían perder su autonomía al buscar la ayuda de los padres o de otras personas y, por otro lado, muchas veces se ven obligadas a interrumpir sus estudios, limitando su desarrollo personal y social y, en el futuro, su progreso económico. Los riesgos particulares incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; además, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentar otras complicaciones como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico.

De acuerdo a las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en varios países de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron un hijo o estuvo embarazada antes de los 20 años, en relación con el total de mujeres adolescentes, presenta rangos que van desde el 27% en Nicaragua (2001), hasta el 13% en Perú (2000).

Mayor información, página 124.

11. Incidencia registrada de VIH-SIDA, por sexo

Relevancia

Aunque en general la mayoría de los casos de VIH-SIDA ocurre entre los hombres, su propagación está aumentando rápidamente entre las mujeres, llegándose a registrar proporciones más altas en las mujeres de los países del Caribe anglófono, el Caribe latino, y el Istmo Centroamericano y, dentro de este último, particularmente Honduras, y especialmente en el grupo de jóvenes de 15 a 24 años. En varios países de América Latina se ha observado una razón hombre:mujer decreciente respecto a los casos nuevos de VIH-SIDA(39).

La transmisión de la epidemia ha pasado de los grupos considerados con prácticas de alto riesgo (uso de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) a la población en general. Desde el punto de vista social, la desigual distribución del poder determinado por las relaciones de género, y mediado por raza, clase social, edad y ciertas prácticas culturales, impide que muchas mujeres se protejan, y más bien las pone en una situación de mayor vulnerabilidad a la transmisión sexual del VIH-SIDA. Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA responde en parte a características biológicas por la mayor exposición de la mucosa vaginal en el momento de las relaciones sexuales, especialmente en edades jóvenes, pero también se debe a las limitaciones en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, y a la falta de capacidad de negociación sobre las relaciones sexuales sin riesgo.

A esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA se debe añadir que ellas también son objeto de mayor discriminación y estigmatización que los hombres cuando son portadoras del virus y que podría verse acrecentada la probabilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar.

El VIH-SIDA también es un factor para desarrollar enfermedades y discapacidades a largo plazo, y para las mujeres, principales productoras de servicios de salud en los hogares y en la comunidad, representa una carga adicional de trabajo no remunerado, con consecuencias sobre su salud física y emocional.

Mayor información, página 129.

12. Incidencia de neoplasias malignas del cuello del útero

Relevancia

El cáncer del cuello uterino es un problema de salud pública importante que persiste pese a que por más de 30 años se cuenta con la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou, tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases tempranas, que ofrece una alta probabilidad de curación. Además, para el tratamiento en esas fases tempranas preinvasivas se cuenta con tecnologías relativamente sencillas, generalmente disponibles en todos los países, mientras que la tecnología que se requiere para el tratamiento de las formas avanzadas de la enfermedad es de mayor complejidad y de alto costo.

La población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos, justamente por enfrentar mayores limitaciones para el acceso a los servicios de salud y la atención ginecológica para la detección temprana de cáncer cervicouterino. Para el año 2000 las tasas de incidencia más bajas fueron las de Canadá y Estados Unidos, con 7,8 y 8,2 por 100.000 mujeres, respectivamente; y las más altas fueron las de Haití, con 93,9 y Nicaragua, con 61,1 (14). En el interior de los países también se reproduce esta relación inversa entre la frecuencia del cáncer de cuello uterino y el nivel socioeconómico. Según varios estudios, se ha demostrado que en Estados Unidos, las tasas de incidencia de cáncer invasivo son más altas entre las mujeres negras que entre las blancas.

Los factores de riesgo que comúnmente se vinculan al cáncer cervicouterino se relacionan con la promiscuidad sexual femenina y masculina, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el número elevado de partos y, todavía en controversia, el consumo de anticonceptivos orales.

Mayor información, página 135.

Atención de la salud

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Utilización de servicios

13. Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado

Relevancia

Algunas complicaciones difícilmente prevenibles durante el embarazo pueden presentarse en el momento del parto, y la presencia de personal de salud capacitado es crucial para el manejo de estas complicaciones. El personal apropiadamente

entrenado para atender estas emergencias puede salvar las vidas de madres y niños durante los partos, cuyas intervenciones pueden ser provistas en centros de salud o facilidades pequeñas si la mujer no puede llegar a los centros hospitalarios de servicios de salud.

En el interior de los países se observan marcadas diferencias en el acceso a la atención capacitada en el parto entre los grupos pertenecientes a los diferentes niveles socioeconómicos y por zona de residencia. En Ecuador, entre 1993 y 1998, en el último parto, 94% de mujeres urbanas que tuvieron al menos un parto fueron atendidas por un médico, obstetra o enfermera, mientras que en la zona rural el porcentaje alcanzó el 57% (20). Las políticas que promueven una mayor atención del parto por personal de salud capacitado deben tener en consideración no solo la disponibilidad de los servicios, sino también la accesibilidad territorial y cultural.

Mayor información, página 143

14. Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han sometido a la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años

Relevancia

El cáncer cervical es uno de los más comunes que afectan a las mujeres. Este cáncer que generalmente se desarrolla lentamente y es precedido por una condición tratable, puede ser detectado oportunamente a través de una citología vaginal, o examen Pap.

En países con programas efectivos de detección, la mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido entre 50% y 60%. Las principales barreras para la implementación de programas efectivos incluyen la ausencia de infraestructura para los exámenes Pap, ausencia de servicios de tratamiento para precánceres y cánceres, y el costo de la implementación del programa. El tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas preinvasivas tiene la posibilidad de ser muy exitoso, y además es de bajo costo, mientras que el tratamiento requerido en las etapas avanzadas usualmente implica cirugía o radiación y resulta bastante más costoso. En general, en América Latina y el Caribe los programas para el control de este cáncer se caracterizan por una baja cobertura en cuanto a citologías, agravado por la ineficiencia para procesar las pruebas dentro de un plazo que permita el diagnóstico y tratamiento oportunos. Las mujeres de más altos niveles económicos y residentes de la zona urbana tienen mayor acceso a un Pap, profundizando las inequidades existentes por falta de atención a grupos específicos de mujeres.

Una de las principales causas del cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano que infecta las células del útero. Las mujeres son usualmente infectadas con este virus en la adolescencia y en las siguientes dos décadas, y el desarrollo de la enfermedad puede tomar hasta 20 años, por lo que el riesgo de desarrollar el cáncer cervicouterino es más alto entre las mujeres de 30 a 50 años de edad.

Mayor información, página 146.

Calidad

15. Porcentaje de nacimientos por cesárea

Relevancia

A partir de estudios realizados por la OMS, se ha llegado a establecer que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe ser mayor del 15%. Un mayor porcentaje significa que se estaría realizando una práctica inadecuada en la atención del parto.

Se tiene evidencia que uno de los factores que contribuyen a la mortalidad materna por complicaciones del puerperio es la práctica indiscriminada de la cesárea, pues el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en el parto por cesárea, en relación con el parto vaginal.

De las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en varios países de la Región durante la década de 1990 se conoce que el porcentaje de nacimientos por cesárea se concentraron en las madres con mayor nivel educativo; en los siete de los nueve países, este porcentaje excedió el valor máximo recomendable, llegando al 46% entre las mujeres de educación secundaria y superior en Brasil.

Mayor información, página 153.

Gasto por servicios

16. Gasto de bolsillo en salud, por sexo

Relevancia

El financiamiento para la atención de la salud proviene de fondos del sector público y un porcentaje importante del gasto de bolsillo. Este último, al afectar

mayormente a las mujeres, se considera como una medida regresiva para el logro de la equidad en salud.

Desde la equidad de género, los aportes para el financiamiento del sistema de atención de la salud deberán corresponder a la capacidad económica de las personas y no a la necesidad o riesgo diferencial por sexo. Este principio de equidad en la salud para las mujeres no se cumple pues se ha evidenciado que las mujeres pagan más en sistemas no solidarios y que tienen menor capacidad de pago que los hombres.

Por un lado, la menor capacidad de pago por parte de las mujeres, en su gran mayoría ubicadas en posiciones menos reconocidas y con menores remuneraciones en el mercado laboral, no guarda relación con el gasto de bolsillo generalmente mayor para ellas. Por otro lado, el costo de la mayor necesidad de atención de la salud de las mujeres debido a su función reproductiva, recae principalmente sobre ellas, contrariamente al principio de equidad que postula socializar este costo de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Para cuatro países de América Latina y el Caribe, en el año 1996 y 1997, el gasto de bolsillo en salud fue 16% a 40% más alto para las mujeres que para los hombres (32).

Mayor información, página 155.

GESTIÓN DE LA SALUD

Participación en el trabajo

17. Participación femenina en la fuerza laboral del sector salud

Relevancia

Por el proceso de socialización que condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y los hombres en la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género, las mujeres tienen una propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios. Por ello que es evidente la alta proporción de la fuerza laboral femenina dedicada al trabajo en el campo de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria.

Por las desigualdades de género, en el sector salud existen diferencias en términos de profesiones y especializaciones, y en los niveles de autonomía, decisión y

remuneración entre mujeres y hombres. En este sector, las mujeres, tradicionalmente, han estado menos representadas en las ocupaciones relacionadas con mayor poder y capacidad de decisión, situación que las pone en desventaja en la definición de prioridades y asignación de recursos y en las decisiones respecto de la reducción de personal.

En la Región, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores de salud, pero están concentradas en los tramos de menor remuneración, capacidad de decisión y prestigio. En Argentina, en el año 1999, las profesionales de la salud, tanto en el sector público como en el privado, representaban el 27% del total de mujeres ocupadas en el sector y el restante porcentaje correspondía a técnicos, operativos y personal no calificado (42).

Mayor información, página 158.

REFERENCIAS

1. Gómez, Elsa. *Equidad, Género y Salud: retos para la acción*. Revista Panamericana de la Salud Pública. Vol II. Nos. 5, 6, págs. 459-461. Washington, DC: OPS; 2002.
2. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 de noviembre, 1986.
3. Whitehead Margaret. *The concepts and principles of equity and health*. Documento EUR/ICP/RPD/414. WHO office for Europe. Copenhagen; 1990.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Unidad Mujer y Desarrollo, Estadísticas de Género. <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/default.htm>; 2004.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de Desarrollo Humano*, pág. 86. Nueva York: Oxford University Press; 1995.
6. Naciones Unidas. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Plan de Acción, capítulo 7, párrafo 7.2. El Cairo; 1994.
7. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra; OMS; 2001.
8. Ravindran, Sunari. *Health implications of sex discrimination in childhood. A review paper and an annotated bibliography*. Ginebra: WHO/UNICEF/FHE 86.2; 1986.
9. Verbrugge, Lois M. *Pathways in health and death*. En: *Women, health and medicine in América*. Apple, R (Ed). Nueva York: Garland Publishing; 1990.

10. Gómez, Elsa. *Género, equidad y acceso a servicios de salud: una aproximación empírica*. Revista Panamericana de la Salud. Vol II. Nos. 5, 6. Washington, DC: OPS; 2002.
11. Women's Research and Education Institute. *Women's health care costs and experiences*. Washington DC: WREI; 1994.
12. United Nations Development Programme. *Human Development Report*. Nueva York: Oxford University Press; 1999.
13. Braveman, Paula. *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and middle-income countries*. Ginebra: WHO/CHS/HSS/98.1, Equity Initiative, Paper No. 3; 1998.
14. Organización Panamericana de la Salud. OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria; Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. <http://www.paho.org/Spanish/sha/coredata/tabulator/newtabulator.htm>; 2004.
15. United States Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Women's Health. Report of the Public Health Service. Task Force on Women's Health Issues*. Vol. II; 1985.
16. Wingard, Deborah L., Cohn, Barbara A. *Variations in Disease-Specific Sex Morbidity and Mortality Ratios in the United States*. En: Gender, Health and Longevity, Multidisciplinary Perspectives (pág. 26). Ed. Marcia G. Ory, Huber R Warner. Nueva York: Springer Publishing Company; 1990.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud 2000*. Lima, Perú; 2001.
18. Health Canada. *Health Canada's Gender-based Analysis Policy*. Ottawa, Ontario; 2000.
19. World Health Organization. *Women's Health. Improve our health Improve the world*. Ginebra: WHO: 1995 (WHO Position Paper: Fourth World Conference on Women, Beijing 1995).
20. Consejo Nacional de las Mujeres, Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras*. Quito; 2000.
21. Organización Internacional del Trabajo. *Tendencias mundiales del empleo*. Versión Electrónica. <http://kilm.ilo.org/GET2004/DOWNLOAD/trendssp.pdf> 2004.
22. United Nations Development Programme. *Human Development Report*. Nueva York: Oxford University Press; 2002.

23. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2002*. OPS: Programa Especial de Análisis de Salud; 2002.
24. Organización Panamericana de la Salud. *Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 44º Consejo Directivo. 55ª Sesión del Comité Regional. CD44/9. Washington, DC; <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-09-s.pdf> ; 2003.
25. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión*. CIE-10. Volúmen 1. Publicación Científica No. 554. Washington, DC: OPS; 1995.
26. Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de la salud de las Américas*. Publicación Científica No. 542. Washington, DC: OPS; 1992. Tomado de OPS/Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (14).
27. Timaeus, Ian, Katie Harris, and Francesca Fairbairn. *Can use of health care explain sex differentials in child mortality in the developing world? En: Too Young to die: Genes or Gender?* Nueva York: Department of Economic and Social Affairs; 1998.
28. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Vol. I. Publicación Científica No. 569. Washington, DC: OPS; 1998.
29. World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. Nueva York, NY: Oxford University Press; 1993.
30. PROFAMILIA. *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Resultados*. Bogotá, Colombia: PROFAMILIA; 2000.
31. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. *Women's Health USA 2002*. Vienna, VA: HRSA; 2002
32. Organización Panamericana de la Salud, Population Reference Bureau. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas, 2003*. Washington, DC: OPS; 2003.
33. Mcleer, S.V., R.Anwar. *A study of battered women in an emergency department*. American Journal of Public Health, vol 79. En Elsa Gómez, *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo No. 17. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.

34. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Vol. I. Publicación Científica No. 587. Washington, DC: OPS; 2002.
35. World Health Organization. *Trends in substance abuse and associated health problems*. WHO Fact Sheets. No. 127. Ginebra: WHO; 1996.
36. United Nations. *World Population Monitoring, 2000. Population, Gender and Development*. Nueva York: Department of Economic and Social Affairs; 1999.
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Perú. Lima, Perú: INEI; 2001
38. Bertrand, Jane T, et. al. *Handbook of indicator for family planning program evaluation*. The Evaluation Project. 1994.
39. Pan American Health Organization. *AIDS Surveillance in the Americas. Biannual Report. May 2000*. Washington, D.C: PAHO; 2000.
40. Organización Panamericana de la Salud. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación científica No. 541. Washington, DC: OPS; 1993
41. World Health Organization. *Gender and Health: Technical Paper*. Ginebra: WHO; 1998.
42. Pautassi, Laura. 2001. Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina. Chile. CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. Serie mujer y desarrollo.