

# Género y Salud en Cifras

Vol. 1, no. 2

Mayo - Agosto 2003



## PRESENTACIÓN

Con gran satisfacción presentamos el segundo número de *Género y Salud en Cifras* en el cual, de modo consistente con la misión de esta revista –analizar la información del sector salud para percibir las diferencias entre sexos y promover el diseño y planeación de políticas de salud con orientación de género– se incluyen contribuciones de especialistas destacados en las que se hacen patentes las diferencias por sexo en relación con distintas condiciones de salud, y se les analiza desde una perspectiva de género.

Además de la valiosa información empírica, este número incluye una reflexión conceptual sobre las relaciones entre género y salud, a cargo de Margarita A. Ortega. En este artículo, la autora nos recuerda las complejas relaciones de la mujer con su propia salud y la de su familia: responsable biológica de la salud de los hijos y del cuidado de la salud de la familia, depositaria de la regulación de la fecundidad, usuaria de servicios para la atención de condiciones biológicas propias del sexo femenino y de otras que, aunque compartidas

## CONTENIDO

### ¿Aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres durante el embarazo?

Algunos hallazgos de un estudio en Morelos

Roberto Castro

3

### Género y salud

Margarita A. Ortega

7

### ¿Cuáles servicios de salud demandan las mujeres derechohabientes del IMSS?

Héctor Gómez Dantés, Sonia Fernández, Germán Celis Quintal,

José Luis Vázquez

9

### Diferencias en la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres

Gustavo Olaiz, Rosalba Rojas, José Luis Valdespino, Jaime Sepúlveda

16

### Las mujeres y el consumo del alcohol

Martha P. Romero Mendoza, María Elena Medina-Mora

20

### El tabaco y la salud de las mujeres: el caso de México

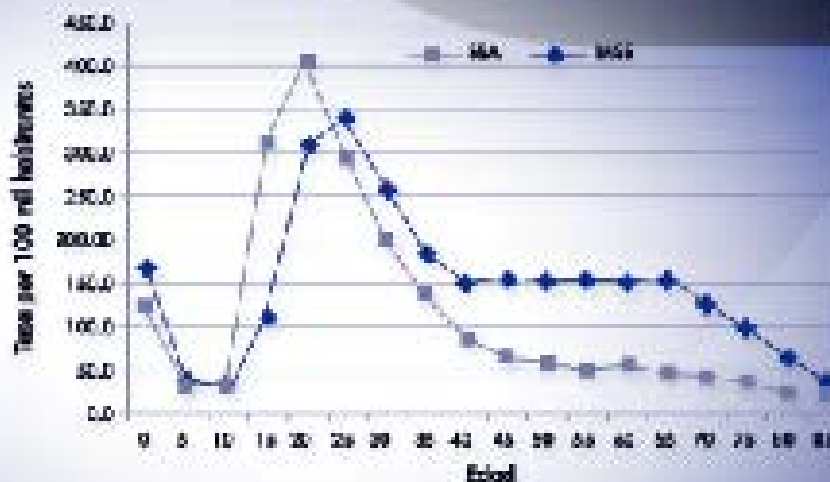
Aurora del Río Zolezzi

23

### Datos y Género

Egresos hospitalarios del IMSS y del SSA durante 2001

28





Secretaría de Salud  
Boletín Género y Salud  
en Cifras

#### Directorio

##### Secretario de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

##### Consejo Directivo

Dra. Blanca Rico Galindo  
Dra. Ana Langer Glas  
Dr. Rafael Lozano Ascencio

##### Comité Editorial

Dr. Héctor Ávila Rosas  
Dr. Mario Bronfman Pertzovsky  
Dr. Roberto Castro Pérez  
Dra. Sonia Fernández Cantón  
Mtra. Patricia Fernández Ham  
Dr. Héctor Gómez Dantés  
Dr. Benno de Keijzer Fokker  
Mtra. Ma. de la Paz López Barajas  
Mtra. Ma. Isabel Monterrubio Gómez  
Dr. Gustavo Olaiz Fernández  
Lic. Margarita Ortega González  
Dra. Laura Pedrosa Islas  
Dra. Aurora del Río Zolezzi  
Dra. Ivonne Szasz Pianta  
Lic. Raúl Wong Luna  
Lic. Elena Zúñiga Herrera

##### Editor

Mtro. Francisco Pamplona Rangel

##### Secretaria Técnica

Mtra. Blanca E. López Contreras

Boletín Género y Salud en Cifras,  
publicación cuatrimestral,  
editada y distribuida por  
el Programa Mujer y Salud  
y la Dirección General  
de Información  
y Evaluación del Desempeño  
de la Secretaría de Salud.

Los materiales publicados  
son responsabilidad de su autor.

Comentarios y correspondencia  
escribir a [blopez@salud.gob.mx](mailto:blopez@salud.gob.mx)  
Guadalajara 46, Piso 7  
Col. Roma, C.P. 06700  
México, D.F.

Ana Langer Glas  
Population Council

Directora Regional para América Latina y el Caribe

con los hombres, asumen en las mujeres patrones distintos. Todo ello, en el contexto de la desigualdad de género que aún prevalece en nuestra sociedad.

Los artículos que ofrecen información empírica ilustran muy bien muchos de estos conceptos. Así, en el trabajo de Olaiz y colaboradores se describen los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000) por sexo y edad, mismos que confirman algunos hallazgos previos como, por ejemplo, que en México no hay diferencias por sexo en el uso de servicios para niños de nueve años o menos. Esta situación contrasta con lo observado en otros países y culturas, donde se ha demostrado una discriminación por género reflejada en un uso diferenciado de los servicios de salud que favorece a los hijos varones.

Por otro lado, los resultados de la ENSA-2000 también arrojan nueva luz sobre algunos conceptos aceptados, como el que las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres. Si bien se confirma este hallazgo, los datos muestran claramente que esta diferencia se debe a la búsqueda de atención por parte de las mujeres para condiciones biológicamente determinadas (el embarazo, el parto y el puerperio o la detección del cáncer cérvico-uterino), así como para el control de la fecundidad que, por una combinación de razones biológicas y sociales, recae casi exclusivamente en el sexo femenino. Si se quitan del análisis estas causas de consulta, las diferencias en utilización de servicios preventivos y curativos por sexo prácticamente desaparecen.

En este número se incluyen otros trabajos (Gómez Dantés y colaboradores, y la sección Género y Datos) en los que se analizan las diferencias por sexo en poblaciones usuarias de instituciones del sector salud. En estos artículos se exponen otras dimensiones de este fenómeno, y se contribuye, de este modo, a la exploración de las diferencias de género por tipo de institución. Así, por ejemplo, se señala que las mujeres que acuden al IMSS se internan más por problemas crónicos que reproductivos, a diferencia de las usuarias de la Secretaría de Salud, que responden a un patrón opuesto. En el artículo sobre derechohabientes del IMSS, se añaden nuevas dimensiones al análisis como, por ejemplo, la importancia creciente de las trabajadoras como usuarias de servicios y como contribuyentes clave para el financiamiento de los mismos.

En el marco de estos análisis generales, se incluyen en esta publicación artículos que exploran tres condiciones de salud en las que el género (y las determinantes sociales y culturales en general) juega un papel esencial: la violencia contra las mujeres, el tabaquismo y el consumo de alcohol. En el artículo de Roberto Castro se ofrecen nuevas perspectivas sobre los cambios en los comportamientos violentos contra las mujeres durante el embarazo. Este trabajo cuestiona lo establecido por otros autores: al menos en esta muestra, el embarazo no se asoció con un aumento en la violencia. Obviamente, este hallazgo en nada minimiza la urgencia de estudiar y ofrecer soluciones para este terrible problema de desigualdad de género.

El artículo sobre tabaquismo de Aurora del Río incluye un análisis de las tendencias de esta adicción por edad y sexo, y muestra cómo la brecha de género se está reduciendo de manera significativa, particularmente entre los jóvenes. Si bien en general se acepta que los hombres están en una posición privilegiada y que las diferencias de género deben acortarse y, eventualmente, desaparecer, el análisis del tabaquismo ofrece un buen ejemplo de cómo esta aseveración no siempre es válida. En efecto, todas aquellas conductas que ponen en riesgo la salud y que son más comunes entre los hombres deberían poderse prevenir entre las mujeres. Sin embargo, esto es difícil cuando la industria presiona tan intensamente para captar a nuevos sectores del mercado y cuando la cultura estimula a las mujeres a adoptar conductas asociadas con *status* y prototipos "exitosos" en nuestra cultura.

Finalmente, el trabajo de Romero y Medina-Mora se enfoca al análisis de género del consumo de alcohol y aborda una nueva dimensión: la exclusión de las mujeres en las investigaciones sobre los efectos del consumo de alcohol sobre la salud. Asimismo, las autoras describen con dramatismo el estigma social que rodea el consumo de alcohol entre las mujeres, como resultado de los estereotipos de género, y resumen el conocimiento actual sobre los factores que se asocian con el consumo excesivo de alcohol entre las mujeres y las consecuencias sobre su salud.

En resumen, el segundo número de *Género y Salud en Cifras* aporta elementos de enorme relevancia para los profesionales de la salud interesados en este tema, y ofrece pruebas irrefutables de las complejidades inherentes a la relación entre género y salud. Las evidencias sobre las diferencias por género en el campo de la salud contribuyen a dar visibilidad a esta situación que, hasta hace poco, aún estaba oculta y sirven de guía para políticas, programas e investigación dirigidos a mejorar las condiciones de salud de mujeres y hombres en México.

# ¿Aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres durante el embarazo?

## Algunos hallazgos de un estudio en Morelos

Roberto Castro  
Centro Regional de Investigaciones  
Multidisciplinarias (UNAM)

### INTRODUCCIÓN

La literatura reciente sobre el problema de la violencia contra las mujeres ha insistido respecto a la necesidad de estudiar si la violencia se incrementa o disminuye durante el embarazo (Gazmararian, *et al*, 2000; Campbell, Moracco y Saltzman, 2000). Esta necesidad es particularmente urgente en el caso de México, donde dicha relación permanece inexplorada. En algunos países, hay estudios que muestran el maltrato a la mujer como un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el periodo de gestación. La prevalencia de abuso durante el embarazo varía de acuerdo con la definición utilizada de violencia, la forma en que dicha definición es operacionalizada, y según la población estudiada. Por ello, en la literatura se reportan prevalencias que fluctúan de un 4% a un 65% (Helton, McFarlane, Anderson, 1987; McFarlane, 1989; Bewley y Gibbs, 1991; Ramírez y Vargas, 1993; Valdéz y Sanín, 1996).

Este artículo presenta algunos resultados de una investigación realizada en Morelos que tuvo como objetivo central comparar la prevalencia y la severidad de la violencia durante el periodo de gravidez y el año previo. El detalle de estos hallazgos, así como el análisis de las variables que se asocian a, y predicen la violencia durante el embarazo, están siendo publicados en diversas fuentes (por ejemplo: Castro, Ruiz, Arenas, Juárez y Barrios, 2002; Castro, Ruiz y Peek-Asa, 2003; Castro y Ruiz, 2003).

### MÉTODOS

Durante 1998 y 1999 se realizó una encuesta entre mujeres que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo y que acudieron a control prenatal a diversos centros de salud tanto de la Secretaría de Salud (SSA) del estado de Morelos, como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del mismo estado. El estudio se realizó en los municipios de Cuernavaca y Cuautla. De manera simultánea se llevó a cabo un estudio paralelo en Los Ángeles, California. Actualmente se están preparando las publicaciones que dan cuenta del análisis comparativo.

Con base en la escasa información disponible, se estimó una prevalencia de violencia contra mujeres embarazadas de entre 20% y 50%; ello permitió determinar un tamaño mínimo de muestra de alrededor de 400 mujeres por institución, con un nivel de confiabilidad de 95%. Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres cursando el tercer trimestre de embarazo; b) que estuviesen siendo atendidas

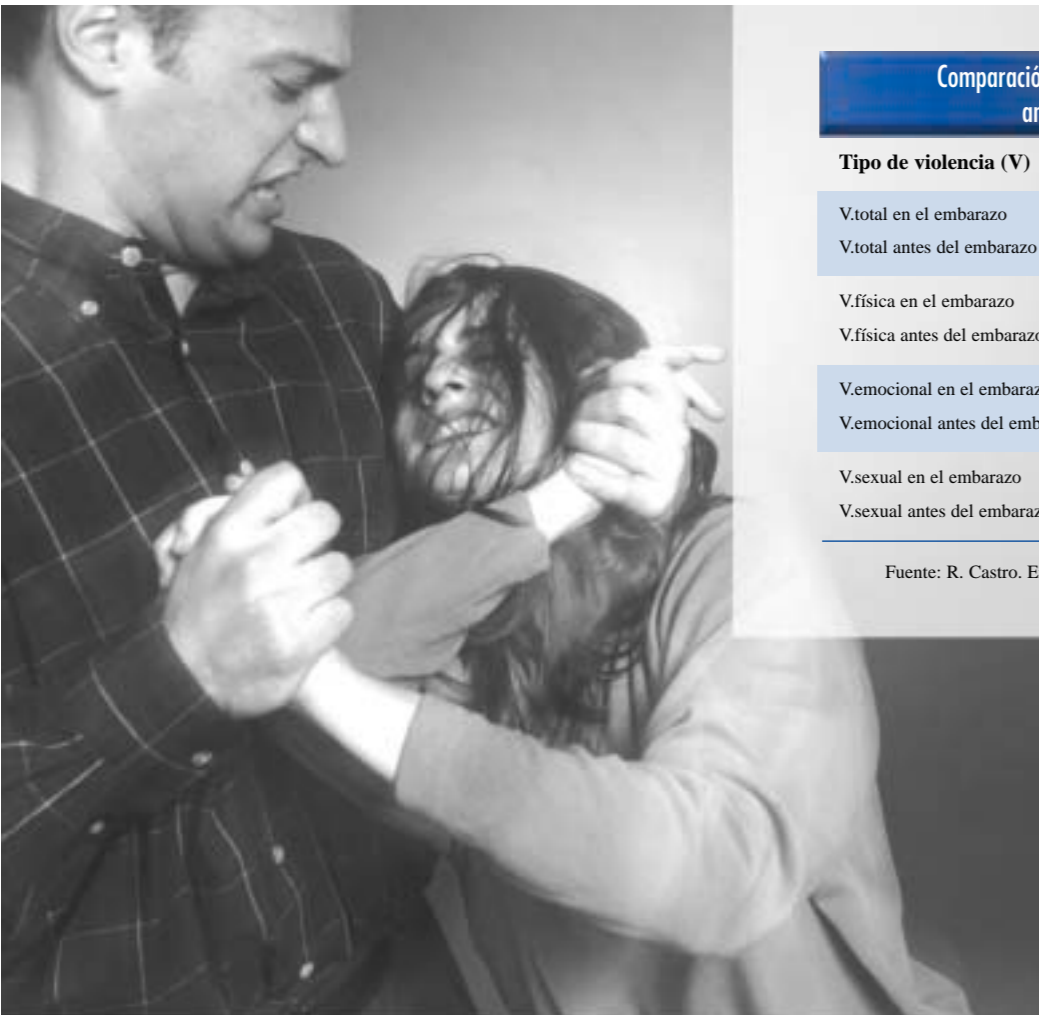
en consulta prenatal en los centros de salud seleccionados; y c) que hubieran aceptado participar voluntariamente en este sondeo. A todas ellas se les explicó el objetivo y la naturaleza de la investigación y se les ofreció información sobre instituciones donde podían obtener apoyo legal y psicológico si así lo deseaban.

Para la recolección de datos, se elaboró un cuestionario que exploraba, entre otros, los siguientes aspectos: a) datos generales de la entrevistada (edad, lugar de nacimiento, historia de parejas, fecundidad, ocupación, alcoholismo); b) historia de violencia durante la infancia (de la entrevistada y su pareja); c) violencia durante el embarazo (tipos, circunstancias y gravedad), y d) violencia durante los doce meses previos (tipos, circunstancias y gravedad). Para la medición de la violencia el autor realizó una adaptación de las escalas "Index of Spouse Abuse" (Hudson y McIntosh, 1981) y "Severity of Violence Against Women Scale" (Marshall, 1992). De dichas escalas se seleccionaron 11 ítems para violencia física, 3 para violencia sexual y 12 para violencia emocional. Con los 26 ítems seleccionados se construyó y validó, de manera independiente, una escala de severidad de la misma. El detalle de esta metodología puede consultarse en otras fuentes (Peek-Asa, García, McArthur, y Castro, 2002; Castro, García, Ruiz y Peek-Asa 2003).

### RESULTADOS

Del total de las mujeres entrevistadas 93% eran casadas o unidas. Su promedio de edad fue de 25 años, mientras que el de sus parejas fue de 28. El promedio de escolaridad para ellas fue de 8.56 años, y de 8.21 para los hombres ( $t=2.49$ ,  $p<.05$ ). El promedio de hijos de las mujeres entrevistadas fue de 1.12. La inmensa mayoría de las mujeres (89%) no reporta tener hijos muertos, y casi la totalidad de quienes los tienen reportan haber tenido sólo uno. Del total de las entrevistadas, casi 77% reportó estar dedicada a las labores del hogar, mientras que cerca de 16% dijo contar con algún tipo de trabajo formal, ya sea como empleadas o como obreras. El porcentaje restante cuenta con algún tipo de trabajo informal (empleada doméstica, vendedora ambulante, etc.). En tanto, un alto porcentaje de las parejas de estas mujeres labora como empleado o como obrero (60%), o bien como albañil (38%), de manera que el porcentaje de desempleo reconocido es muy bajo.





Cuadro No. 1

Comparación de prevalencias de violencia contra mujeres antes y durante el embarazo (n=914)			
Tipo de violencia (V)	Prevalencia (%)	chi cuadrada	P
V.total en el embarazo	24.62	0.0118	0.913
V.total antes del embarazo	24.4		
V.física en el embarazo	10.61	1.2155	0.27
V.física antes del embarazo	12.12		
V.emocional en el embarazo	20.46	1.5483	0.213
V.emocional antes del embarazo	18.16		
V.sexual en el embarazo	8.1	1.7148	0.19
V.sexual antes del embarazo	9.85		

Fuente: R. Castro. Encuesta sobre violencia contra mujeres embarazadas en Morelos, 1998

Estas prevalencias incluyen tanto los casos de mujeres que reportaron haber sufrido violencia *esporádicamente* (al menos un evento de violencia, al menos una vez), como aquellos en los que señalaron sufrir violencia *sistemáticamente*. Como hemos dicho en otros trabajos (Castro y Riquer, 2003), medida así la prevalencia resulta un indicador poco preciso y por ende poco útil (apenas indicativo) de la complejidad de la violencia contra las mujeres embarazadas. Si restringiéramos nuestro análisis sólo a ese indicador, tendríamos que concluir simplemente que el embarazo no implica mayor diferencia con relación a la violencia que sufren las mujeres en su vida cotidiana.

### PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA, GENERAL Y POR TIPOS, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

A nivel general, la prevalencia de *violencia total* (combinando los tres tipos) fue muy semejante antes y durante el embarazo: 24.4% y 24.6% respectivamente (Cuadro 1). De hecho, no existe diferencia significativa estadísticamente entre estas dos prevalencias ( $\chi^2=0.0118$ ,  $p>.05$ ). Algo muy semejante ocurre cuando examinamos los tres tipos de violencia por separado en la población entrevistada: la *violencia física* pasó de una prevalencia de 12.1% antes del embarazo a 10.6% durante el mismo, sin que ello refleje una diferencia significativa ( $\chi^2=1.2155$ ,  $p>.05$ ); la *violencia emocional* pasó de 18.2% antes del embarazo a 20.5% durante éste; y la *violencia sexual* pasó de una prevalencia de 9.9% a 8.1% durante el embarazo. Como en el caso anterior, estas diferencias no son significativas estadísticamente (respectivamente:  $\chi^2=1.5483$ ,  $p>.05$ ; y  $\chi^2=1.7148$ ,  $p>.05$ ).

### VARIACIONES EN EL ÍNDICE DE VIOLENCIA

Sin embargo, con el índice de violencia construido para esta investigación, es posible apreciar con mucho mayor detalle la dinámica del fenómeno de la violencia y los cambios que la misma experimenta antes y durante el embarazo. El Cuadro 2 presenta a detalle esta información. En él se muestra el índice promedio de violencia, general y por tipos, que se registró para la población estudiada. Hay que señalar que se trata de un índice transformado a una escala del 1 al 100, donde el valor máximo, o sea el 100, corresponde al máximo índice registrado, correspondiente a la violencia total antes del embarazo ( $i=32.42$ ). La comparación de cualquiera de los demás valores con respecto a éste

Cuadro No. 2

Variaciones en el índice de violencia, general y por tipos, antes y durante el embarazo Población total y población con violencia en el embarazo						
Población total (N = 914)	Media	SD	Dif. medias	T	Sig	Interpretación
V.total en el embarazo	4.10	11.78	-0.35	-1.073	0.284	No cambió
V.total antes del embarazo	4.44	12.69				
V.física en el embarazo	1.17	4.38	-0.47	-2.847	0.005	Disminuyó
V.física antes del embarazo	1.65	5.82				
V.emocional en el embarazo	2.31	6.53	0.29	1.75	0.08	No cambió
V.emocional antes del embarazo	2.02	6.09				
V.sexual en el embarazo	0.62	2.46	-0.16	-2.019	0.044	Disminuyó
V.sexual antes del embarazo	0.78	2.69				
Población con violencia en el embarazo (n=224)						
V.total en el embarazo	16.72	18.86	2.12	1.919	0.056	Aumentó
V.total antes del embarazo	14.60	20.37				
V.física en el embarazo	4.77	7.84	-0.64	-1.031	0.304	No cambió
V.física antes del embarazo	5.41	9.98				
V.emocional en el embarazo	9.41	10.38	2.64	4.752	0.0001	Aumentó
V.emocional antes del embarazo	6.76	9.79				
V.sexual en el embarazo	2.54	4.45	0.11	0.419	0.675	No cambió
V.sexual antes del embarazo	2.43	4.40				

Fuente: R. Castro. Encuesta sobre violencia contra mujeres embarazadas en Morelos, 1998

permite encontrar el valor que les corresponde dentro de dicha escala (Castro, García, Ruiz y Peek-Asa, 2003).

Se aprecia en el Cuadro 2, en primer lugar, que al considerar el total de las mujeres entrevistadas (n=914), el índice medio de violencia total *antes del embarazo* (4.44) no cambió significativamente en comparación con el índice medio de violencia total *durante el embarazo* (4.10;  $t=-1.073$ ,  $p>.05$ ), lo que parecería confirmar el hallazgo reportado en el sentido de que el embarazo no marca una diferencia significativa. El uso de este índice nos permite apreciar variaciones importantes que la mera prevalencia no nos deja ver. Así, se observa que la violencia física, en términos del grado de severidad, disminuyó significativamente durante el embarazo ( $t=-2.847$ ,  $p<.05$ ). Éste constituye uno de los hallazgos más importantes del proyecto: en algunos casos, el embarazo parece funcionar como factor de protección respecto a la severidad de la violencia física, pues se asocia a una disminución de la severidad en comparación con la que experimentan las mujeres en el año previo a la gravidez. Lo mismo ocurre con la violencia sexual, que también disminuyó significativamente en su severidad ( $t=-2.019$ ,  $p<.05$ ). La severidad de la violencia emocional, en cambio, no reporta variaciones significativas ( $t=1.75$ ,  $p>.05$ ), por lo que puede afirmarse que en la población en su conjunto, este tipo de violencia no varía en función del embarazo.

Si tomamos en cuenta únicamente a la población que sufrió alguna forma de violencia *durante el embarazo*, las tendencias resultan consistentes con lo anterior, en el sentido de que la severidad de la violencia emocional se comporta de manera independiente de la severidad de las otras dos formas de violencia (física y sexual). Se aprecia en la mitad inferior del Cuadro 2 que existe un incremento en la violencia total, casi significativo estadísticamente ( $t=1.919$ ,  $p=0.56$ ). Este cambio no está dado por un aumento de la violencia física ni de la sexual, sino enteramente por un incremento de la violencia emocional ( $t=4.752$ ,  $p<.001$ ).

### CAMBIOS DE CONDICIÓN Y ZONAS DEL CUERPO GOLPEADAS

Otro hallazgo importante se refiere a la proporción de mujeres que cambiaron de condición (con violencia o sin violencia) al quedar embarazadas. Casi un tercio de las mujeres que reportaron violencia durante el embarazo (n=135) no la tuvieron antes del mismo. Esto parecería apoyar la hipótesis de que la violencia tiende a aparecer o a incrementarse durante el embarazo. Sin embargo, también se registraron cambios en la dirección opuesta: el 44% de las mujeres que reportaron haber sufrido violencia durante el año anterior al embarazo (n=160), señalaron que durante el embarazo, la misma se detuvo. Los datos, entonces, sugieren que el embarazo puede estar asociado a cambios significativos (en ambas direcciones)

<sup>1</sup> Estos porcentajes no suman 100% porque una misma mujer puede reportar golpes en diferentes partes del cuerpo.



en el patrón de violencia al que están expuestas las mujeres.

Un último hallazgo revelador se refiere a las zonas del cuerpo de la mujer que son golpeadas durante el embarazo. De acuerdo con la información recabada, *durante el embarazo* las mujeres son golpeadas en primer lugar en los brazos (63% del total de mujeres que reportó violencia física en el embarazo); en segundo lugar, en la cabeza, cara y cuello (57%), en tercer lugar, en las piernas (37%); en cuarto lugar, en los hombros y espalda (27%); en quinto lugar, en el estómago y vientre (14%). Para otras zonas del cuerpo se reportaron porcentajes menores. Cabe destacar que estas proporciones son equivalentes a las reportadas con relación a la violencia *antes del embarazo*. Los datos señalan, entonces, que el embarazo no parece ser un factor que “re-dirija” los golpes a alguna zona del cuerpo en específico. En este sentido, la noción de que durante el embarazo se incrementan los golpes al vientre carece de sustento en el presente estudio.

## CONCLUSIONES

Por lo tanto, considerando los resultados ¿aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres durante el embarazo? La respuesta es compleja porque el problema también lo es. En términos de *prevalencia* la violencia permanece igual. En términos de *severidad*, considerando sólo a las mujeres que sufrieron alguna forma de violencia en el embarazo, la violencia emocional aumenta, pero la severidad de la violencia física y sexual permanece constante. O bien, considerando al total de las mujeres entrevistadas (y no sólo a las que sufrieron violencia en el embarazo), la severidad de la violencia emocional se mantiene constante, mientras que la severidad de la violencia física y sexual disminuye. En términos de *status* frente a la violencia, el embarazo sí es un factor de cambio muy significativo pero ambivalente: una alta proporción de mujeres que no sufrían violencia antes del embarazo comienzan a tenerla a partir del mismo, al mismo tiempo que una proporción incluso mayor de mujeres que sí sufrían violencia antes del embarazo dejan de tenerla en este periodo. Finalmen-

te, en términos de *partes del cuerpo que son golpeadas*, el embarazo no parece ser factor de cambio: las mismas proporciones se registran para antes del embarazo y durante el mismo.

Es importante destacar el hallazgo reportado en esta investigación, en términos de la magnitud de la prevalencia de agresiones contra las mujeres tanto en el embarazo como en el año previo (en ambos casos, casi 25%). Se trata, evidentemente, de un fenómeno que no puede ser minimizado. Hemos mostrado también que es la violencia emocional (alrededor de 20% de prevalencia) la que predomina por encima de la violencia, física y sexual (alrededor de 10%). Si bien la diferenciación entre los diversos tipos de violencia siempre resultará problemática (toda vez que, por ejemplo, toda forma de violencia física presupone también a la violencia emocional), es importante hacer este esfuerzo analítico para poder conocer mejor la complejidad de dicho fenómeno.

Cabe decir que el problema de la violencia contra las mujeres durante el embarazo, sigue siendo una cuestión apenas incipientemente explorada en México. Es necesario realizar más estudios, preferentemente de base poblacional, que permitan confirmar o refinar los hallazgos reportados en este trabajo en términos del comportamiento de la prevalencia y la severidad de la violencia un año antes y durante el embarazo. Simultáneamente, es impostergable iniciar una investigación que permita comparar la violencia durante el postparto con la ocurrida durante y antes del embarazo. En la literatura internacional se ha comenzado a señalar que la verdadera diferencia en términos de prevalencia y severidad de la violencia puede estar en estos periodos. Y, por encima de todo, es crucial impulsar la investigación centrada en los varones que ejercen la violencia, y en los vínculos de pareja que favorecen la misma. Sólo en la medida en que podamos conceptualizar a la violencia como un problema de *género*—esto es, como un problema que deriva de las desigualdades sociales entre los sexos, al mismo tiempo que las perpetúa— estaremos en condiciones de dar con nuevos hallazgos relevantes.



En el campo de la salud, tradicionalmente el tratamiento de las mujeres se ha concentrado sólo en su rol reproductivo-materno, esto ha influido no sólo en una visión limitada de los servicios de salud hacia las mujeres, sino también asistencialista, como grupo “vulnerable” y con base en el estereotipo de mujer como única responsable del cuidado de la familia. Las políticas de salud poblacionales hicieron a las mujeres las únicas responsables y, por lo tanto, únicas usuarias de los servicios de planificación familiar, luego de salud reproductiva. Incluso ahora son también blanco de las campañas de VIH/SIDA, más como potenciales transmisoras que por su propia salud.

El enfoque de “Mujer en el Desarrollo” de los años ochenta, partió de la idea de que la mujer estaba “fuera del desarrollo”, por lo que los roles femeninos tradicionales (los reproductivos) se convirtieron en un soporte básico de las políticas sociales, utilizando sus actividades tradicionales (materno-doméstico y comunitario) como una manera de compensar la carencia de recursos económicos en los presupuestos de salud.

La actual dimensión de género en el análisis de la salud, ha permitido identificar cómo los estereotipos de lo masculino y lo femenino definen de manera diferencial los perfiles de salud de hombres y mujeres, y de su partici-

## Referencias Bibliográficas

- Bewley CA, Gibbs A (1991) *Violence in pregnancy*. J Nurse Midwifery. 7(3), 107-112.
- Campbell JC, Moracco KE, Saltzman LE (2000) *Future directions for violence against women and reproductive health: science, prevention, and action*. Maternal and Child Health Journal. 4(2), 149-154.
- Castro R, García L, Ruiz A, Peek-Asa C (2003) *Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and the United States*. Journal of Family Violence. En prensa.
- Castro R, Riquer F (2003) *La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos*. Cadernos de Saúde Pública (Brasil). 19(1), 135-146.
- Castro R, Ruiz GA, Arenas ML, Juárez S, Barrios N (2002) *Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad*. Papeles de Población. 8(31), 243-266.
- Castro R, Ruiz GA, Peek-Asa C (2003) *Violence against women in Mexico. A study of abuse before and during pregnancy*. American Journal of Public Health. 93(7).
- Castro R, Ruiz A (2003) *Violencia contra mujeres embarazadas en el estado de Morelos: hallazgos preliminares*. En: Rico B, López MP, Espinoza G (coords.) *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México, SSA. En prensa.
- Gazmararian JA, Petersen R, Sptiz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS (2000) *Violence and reproductive health: current knowledge and future directions*. Maternal and Child Health Journal. 4(2), 79-84.
- Helton, McFarlane, Anderson (1987) *Battered and pregnant: A prevalence study*. Am J Public Health. 77, 1337-1339.
- Hudson W, McIntosh S (1981) *The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions*. Journal of Marriage and the Family. 43(4), 873-885.
- Marshall LS (1992) *Severity of violence against women scale*. Journal of Family Violence. 7(2), 103-121.
- McFarlane J (1989) *Battering during pregnancy: Tip of an iceberg revealed*. Women Health. 15(3), 69-88.
- Peek-Asa C, García L, McArthur D, Castro R (2002) *Severity of Intimate Partner Abuse Indicators as Perceived by Women in Mexico and the United States*. Women & Health. 35(2/3), 164-180.
- Ramírez J, Vargas P (1993) *Mujer y violencia: un hecho cotidiano*. Salud Pública de México. 35, 148-160.
- Valdéz-Santiago R, Sanín-Aguirre LH (1996) *La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer*. Salud Pública de México. 38, 352-362.



pación en los servicios sanitarios. No todas las diferencias entre los sexos que se revelan en la salud implican una inequidad, y la inequidad no sólo se muestra en el cuidado de la salud de la familia y la comunidad, sino también en el nivel de responsabilidad, poder y reconocimiento relacionados con estas actividades.

Se han identificado tres campos de desigualdad de género en la salud (CEPAL, 1997):

- 1 Cuando las instituciones sancionan positiva o negativamente el acatamiento o desviación de los estereotipos de masculinidad o femineidad.
- 2 Cuando se discrimina en razón del sexo el acceso a actividades o posiciones que conllevan el control de ciertos recursos (incluye la retribución diferenciada según sexo a personas que realizan una misma actividad).
- 3 Cuando se dan prioridades distintas en la asignación de recursos que responden a necesidades específicas de mujeres y hombres.

El concepto de “equidad de género” no se refiere a la asignación de cuotas igualitarias entre diferentes individuos o grupos, sino a una asignación diferenciada de recursos de acuerdo a los requerimientos específicos de estos grupos. Esto implica que: “el sector de la salud debe identificar y responder a las necesidades y riesgos particulares que derivan tanto de los factores biológicos propios del sexo femenino, como la situación de desventaja social en que, como grupo, se encuentran las mujeres con respecto a niveles de acceso a los recursos necesarios para la protección de la salud (propia y de otros), y de control sobre ellos” (CEPAL, 1997).

Vistas las mujeres como usuarias de los servicios sanitarios desde un enfoque de género, no sólo se debe atender su salud reproductiva, sino considerar todo su ciclo de vida, los riesgos de enfermedad y muerte en cada etapa, y otras condiciones y problemas de salud presentes en cada una, como: anemia y malnutrición, salud mental, salud laboral, violencia en contra de las mujeres, entre otros.

Las mujeres a lo largo de toda la historia han tenido un papel protagónico en la gestión de la salud familiar y comunitaria. Hoy, más allá de eso, las mujeres han salido también al campo de trabajo productivo, pero sin tener apoyo para seguir con su rol reproductivo doméstico, lo que ha aumentado su carga de trabajo y ha redefinido el

patrón de morbilidad femenino. Además de los logros en materia de salud pública como la disminución de la mortalidad infantil y una mejor nutrición en general, el trabajo no remunerado de las mujeres permite el cuidado de los niños. Las mujeres también son quienes atienden en las familias a las personas mayores, lo que ha impedido hasta hoy una presión en las políticas gubernamentales sobre este tema.

Una política de salud con enfoque de género debe considerar a las mujeres como las principales usuarias del sistema, y no sólo por su necesidad personal del acceso a los servicios, sino por el rol de género que las ha llevado a ser un soporte fundamental de los logros en otros indicadores. Por eso hay que buscar la modificación de situaciones que las mantienen en desventaja en diversos aspectos no sólo para que logren una plenitud en el goce de su salud, sino también en una distribución más equitativa en las responsabilidades para lograr una sociedad más sana y justa.

## ¿Cuáles servicios de salud demandan las mujeres derechohabientes del IMSS?

Héctor Gómez Dantés  
Sonia Fernández  
Germán Celis Quintal  
José Luis Vázquez

Dirección Técnica de Información Estadística en Salud  
Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS

### INTRODUCCIÓN

En este artículo se busca describir el perfil de demanda de servicios de salud de las mujeres fuera del contexto reproductivo. Este perfil nos aproxima a un mejor conocimiento de la realidad de sus condiciones de salud y mejores expectativas de vida.

En el caso de la población derechohabiente, el acceso y la utilización de los servicios de salud dependen del *status* del trabajador y varían de acuerdo a los diferentes esquemas de aseguramiento y a los servicios de salud y ramos de seguro que cubren. Para las mujeres derechohabientes, la condición más frecuente es la de ser beneficiaria (esposa, madre, hija), seguida por las aseguradas y las pensionadas. No obstante, siempre existe el riesgo de desprotección en caso de viudez, abandono, separación marital, el desempleo, etc. En esta contribución damos una breve semblanza de los diversos servicios de salud que hoy demandan las mujeres en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), identificando en este panorama los riesgos, rezagos y desafíos en la atención de las mujeres derechohabientes.

En primera instancia damos cuenta de los datos demográficos de las mujeres derechohabientes y algunos indicadores socioeconómicos. En un segundo punto, abordamos el uso de servicios de salud reproductiva y de salud pública, en particular, los servicios preventivos. En cuanto al daño a la salud de las mujeres derechohabientes, destacamos las patologías con mayor carga de enfermedad en el IMSS, pues lo son también para las mujeres. Adicionalmente, se describen los principales indicadores de salud en el trabajo para las mujeres y la prevalencia de discapacidad. Si bien las fuentes de información son institucionales, se recurre a la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000, SSA, INSP) para describir algunos patrones de utilización de servicios que son de particular interés.

Las mujeres dentro del IMSS conforman un grupo singularmente importante y prioritario para todos los programas de salud dirigidos a la población derechohabiente por su relevancia demográfica, social y económica. Hoy en día, la creciente participación de la mujer mexicana en la política, la economía formal e informal, en los puestos públicos, en las actividades sociales, educativas, de apoyo y participación comunitaria la



han convertido en un motor esencial en el destino de su salud. El hecho de que las mujeres utilicen en mayor medida los servicios de salud no es un privilegio otorgado por la sociedad, sino el reflejo de tres dimensiones: el tipo de necesidades de atención derivadas de su condición reproductiva; los aspectos culturales y socioeconómicos que determinan los patrones de percepción de la enfermedad y de búsqueda de la atención; los factores sociales, institucionales y barreras financieras que moldean el acceso a los servicios de salud (Gómez, 2002).

### CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES

De los 32 millones 510 mil 591 derechohabientes adscritos al servicio médico familiar a nivel nacional, las mujeres participan con el 52% del total y su presencia al interior de las entidades federativas y delegaciones institucionales se mantiene por arriba de 50%. Un factor decisivo en la incorporación de las mujeres al IMSS es el incremento de la participación femenina en el mercado del trabajo a partir de los sesenta y en especial durante los noventa cuando casi la mitad de las mujeres entre 20 y 50 años de edad se incorporaron al mercado laboral (IMSS, 2002). La contribución de la mujer al ritmo de aseguramiento ahora nos permite pensar que una buena proporción del empleo de la población femenina ya se encuentra protegido por la seguridad social, aunque todavía existe un largo camino por recorrer, ya que actualmente sólo 37% del total de la población trabajadora asegurada pertenece al sexo femenino, aunque son las mujeres en la Población Económica Activa (PEA) las que se aseguran en mayor proporción que los hombres. El INEGI, por ejemplo, señala que 36% de la PEA femenina, 37% de las mujeres ocupadas e inclusive 25% de las desocupadas abiertas estaban aseguradas en el IMSS en el 2000, a diferencia de los hombres tenían porcentajes menores en los tres rubros 32%, 33% y 16%, respectivamente (INEGI, IMSS, 2002).

Las mujeres derechohabientes presentan menor escolaridad que los varones. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000), 5.4% de las mujeres derechohabientes son analfabetas en contraste con 2.7% de los hombres. Esta proporción es muy superior en Chiapas (14%), Guanajuato (10%), Guerrero (9.5%), Morelos (9%), Oaxaca (9%), Veracruz (9.6%) y Yucatán (9.5%). Asimismo, la proporción de la población con una escolaridad superior a la primaria es de 58% en las mujeres y 66% en los hombres. Además de estas diferencias, es importante señalar que 15% de las mujeres derechohabientes son jefas del hogar y ese porcentaje asciende a 20% en Nayarit y 22% en Puebla.

### LA UTILIZACIÓN DIFERENCIADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

La utilización de servicios de salud ciertamente tiene la influencia del ciclo vital de los hombres y las mujeres derechohabientes. Es muy similar en los escolares, pero a partir de los 15 años de edad el patrón de utilización es mayor en las mujeres que en los hombres.\* Esa diferencia en la demanda no sólo está condicionada por los aspectos biológicos de la mujer sino también por comportamientos sociales que pueden ser ampliamente explicados bajo el enfoque de género y que se relacionan con el papel que ha jugado la mujer como proveedora de servicios de salud en la familia. Las mujeres aprovechan las oportunidades perdidas en escolaridad y acceso al trabajo para requerir atención. El mayor contraste se observa con la utilización de servicios hospitalarios donde, por ejemplo, el porcentaje de utilización en las mujeres en el grupo de 20 a 29 años es del 18% y en los hombres es de 6%, mientras que las diferencias son mínimas en el resto de los grupos de edad e inclusive llega a ser discretamente mayor en los hombres adultos.\*

El mayor determinante de las diferencias entre hombres y mujeres se sitúa en los servicios de salud reproductiva. En cuanto al tipo de servicios de salud demandados por la mujer, destaca la cobertura del programa de planificación familiar con

cerca de 4 millones de mujeres en edad fértil que son usuarias activas de algún método anticonceptivo. Para esta población blanco (mujeres en edad fértil) la cobertura es de 65.6% pero alcanza coberturas hasta de 88% en Veracruz y 82% en Sinaloa. Estas coberturas han facilitado que las mujeres se incorporen a la fuerza de trabajo en vista de que controlan de manera más eficaz su vida reproductiva. Esto sin duda ha sido determinante para disminuir la fecundidad y hoy en día las mujeres derechohabientes tienen 2.5 hijos en promedio. Durante esos embarazos, las mujeres derechohabientes acuden en promedio a seis consultas prenatales. Este es un indicador positivo que sin embargo contrasta con la elevada proporción de embarazos que terminan en cesárea (40.4%). Frente al límite razonable de 15% de cesáreas entre el total de nacimientos marcado por la OMS, el IMSS se encuentra muy por arriba de este estándar comparado con España (23%), Inglaterra (20%), Estados Unidos (25%) y Japón (10%) e, inclusive Brasil (30%) (Cerdeña, 2001; Johansson, 2002;

Martin, *et al*, 2002 y Belizan, *et al*, 1999). Esta situación es comparable a la situación de Chile (40%). Sin embargo, el abuso de la cesárea es mayor en el ISSSTE (50%) y mucho peor en la medicina privada mexicana en algunas regiones del país (70%) (Garrido, en prensa).

En cuanto a los programas preventivos de la mujer, destacan cuatro padecimientos de importancia fundamental en la estrategia preventiva del IMSS. En primer lugar se encuentra el cáncer cérvico-uterino (CaCu), para el cual cada año se realizan 845 mil detecciones por medio del Papanicolau en mujeres de 25 a 59 años adscritas al médico familiar. Estas cifras indican una baja cobertura de este grupo a nivel nacional (10.9%) ya que la meta anual es cubrir al 30% de las mujeres en este grupo para que en tres años se tenga una cobertura del 90% de la población blanco. Algunas delegaciones se acercan más a las metas como Campeche (20%), Guerrero (22%) y México Oriente (27.9%). En lo referente al cáncer de mama, al año se

Cuadro No. 1

#### Indicadores de Salud Pública, IMSS, 2002

Delegación	Cáncer Cérvico Uterino		Cáncer de Mama		Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial	
	Detecciones* † (Número)	Cobertura <sup>1</sup> %	Detecciones† (Número)	Cobertura <sup>1</sup> %	Detecciones (Número) †	Cobertura <sup>2</sup> %	Detecciones (Número) †	Cobertura <sup>2</sup> %
<b>Nacional</b>	<b>845,010</b>	<b>10.9</b>	<b>2,109,925</b>	<b>27.2</b>	<b>2,738,657</b>	<b>44.9</b>	<b>3,311,951</b>	<b>54.3</b>
Aguascalientes	11,566	10.7	25,989	24.1	43,947	24.6	53,099	63.6
Baja California	18,105	6.2	51,753	17.8	58,170	26.6	90,464	41.4
Baja California Sur	5,669	11.8	13,227	27.6	19,197	52.8	20,001	55.0
Campeche	9,743	20.0	17,819	36.6	24,114	62.9	24,584	64.1
Coahuila	28,407	8.8	71,628	22.2	112,427	45.3	150,199	60.5
Colima	3,475	7.5	17,008	36.5	18,822	51.1	21,236	57.6
Chiapas	12,703	12.8	31,455	31.8	40,445	53.2	54,134	71.2
Chihuahua	31,429	9.0	94,255	27.0	124,800	45.3	153,825	55.8
Durango	13,744	12.6	34,782	32.0	54,901	64.3	63,309	74.1
Guanajuato	31,496	10.0	87,557	27.8	114,965	47.3	137,727	56.7
Guerrero	24,452	22.1	41,931	37.9	61,178	72.1	57,268	67.5
Hidalgo	6,825	6.5	27,699	26.4	26,993	32.0	37,962	45.0
Jalisco	56,943	9.3	141,429	23.1	160,938	33.0	242,763	49.8
México Oriente	63,906	28.0	147,239	21.7	244,731	45.3	245,959	45.5
México Poniente	14,710	6.7	91,974	26.9	121,914	46.8	130,804	50.2
Michoacán	14,462	8.1	48,894	27.4	65,579	46.6	94,653	67.2
Morelos	21,322	8.6	29,511	26.1	40,889	44.8	47,797	52.4
Nayarit	4,513	7.1	19,201	30.2	17,829	35.1	30,546	60.2
Nuevo León	102,423	19.2	154,048	28.9	203,128	48.5	243,479	58.2
Oaxaca	8,730	10.1	31,318	36.3	37,407	56.0	40,416	60.6
Puebla	24,113	9.8	66,537	26.9	71,053	36.6	99,892	51.4
Querétaro	29,175	8.2	29,911	19.1	42,631	35.8	51,013	42.8
Quintana Roo	11,462	13.7	25,490	30.4	28,865	46.8	36,548	59.3
San Luis Potosí	22,447	13.8	62,107	38.3	63,324	50.3	69,275	55.1
Sinaloa	15,661	6.7	81,037	34.7	83,434	44.6	108,414	58.0
Sonora	18,041	8.5	54,612	25.7	70,854	42.9	111,968	67.8
Tabasco	9,645	13.9	23,873	34.5	30,849	58.0	36,132	67.9
Tamaulipas	48,211	15.8	109,366	35.9	114,980	50.0	129,705	56.4
Tlaxcala	6,888	13.0	24,261	45.8	27,584	67.6	33,716	82.6
Veracruz Norte	17,775	7.7	68,912	29.7	80,454	42.2	88,539	46.4
Veracruz Sur	22,753	13.7	56,431	34.1	55,279	40.3	82,018	59.8
Yucatán	15,400	9.6	35,280	22.1	70,816	55.9	77,753	61.4
Zacatecas	7,065	10.8	18,774	28.7	27,932	54.6	36,464	71.2
Distrito Federal 1	50,435	7.4	74,648	32.7	92,223	49.3	99,501	53.2
Distrito Federal 2	35,379	10.3	46,682	21.4	66,975	37.5	87,128	48.8
Distrito Federal 3	9,436	8.4	74,612	30.2	100,369	49.5	100,889	49.8
Distrito Federal 4	16,501	10.5	78,675	22.0	118,661	42.1	122,771	43.5

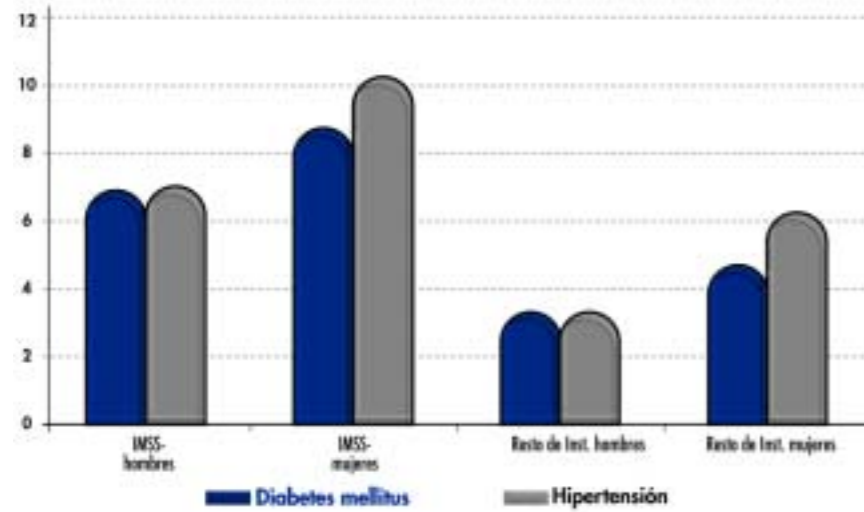
1 Población femenina adscrita al servicio médico familiar de 25 a 59 años de edad  
2 Población femenina adscrita al servicio médico familiar de 30 a 59 años de edad  
† Sistema Único de Información, subsistema SUI 29  
\*Detecciones de primera vez en la vida o en los últimos 3 años

\* Ver trabajo de Olaiz y colaboradores en este número.



**Gráfica No. 1**

Utilización de servicios de prevención en el último año  
Programas de Control de Diabetes e Hipertensión, ENSA-2000



realizan 2.1 millones de detecciones a lo largo del país para alcanzar una cobertura de 27.2% del mismo grupo blanco. El desempeño de este programa a nivel delegacional es mejor que el de CaCu aunque hay delegaciones con muy bajos rendimientos, por ejemplo, Baja California (17.8%), Coahuila (22%), Jalisco (23%), México Oriente (21.7%), Yucatán (22.1%), la DF2 (21.4%) y la DF4 (22%) (Cuadro 1).

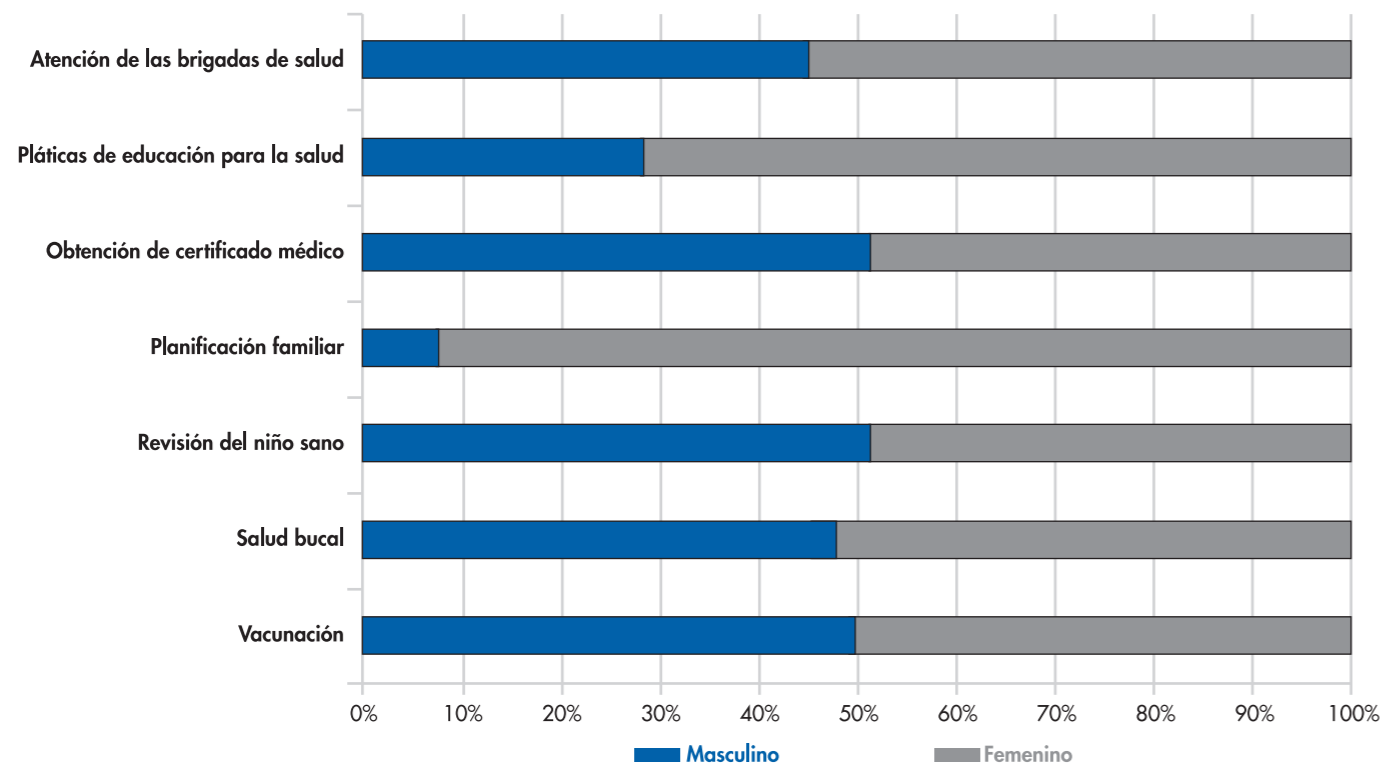
Las otras dos patologías consideradas prioritarias debido a la demanda generada en las consultas de medicina familiar

y de especialidades así como en los egresos hospitalarios en el IMSS son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. De ahí que su detección oportuna se convierta en el eje de la prevención de la mayor carga de enfermedad dentro del IMSS. Al año se realizan 2.7 millones de detecciones para diabetes mellitus y 3.3 millones de hipertensión arterial en mujeres de 30 a 59 años de edad para lograr coberturas de 45% y 54%, respectivamente. En los hombres se realizan 1.8 millones de detecciones para diabetes mellitus y 2.3 millones de detecciones de hipertensión arterial para alcanzar coberturas del 34% y 43% respectivamente (INEGI, IMSS, 2002 b).

De acuerdo a los datos de la ENSA 2000, el programa de detección para ambas patologías dentro del IMSS rebasa lo realizado por el resto de las instituciones y es un reflejo de la importancia y el peso de estas enfermedades en la población derechohabiente (Gráfica 1). Resulta relevante que tanto en el IMSS como en el resto de las instituciones, las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de prevención de diabetes e hipertensión que los hombres. El impacto esperado de los programas de prevención es disminuir la mortalidad, extender el promedio de edad a la muerte por estas causas y abatir las complicaciones asociadas a estas patologías.

**Gráfica No. 2**

Utilización de servicios preventivos en la última ocasión de la población derechohabiente del IMSS por sexo, ENSA -2000



Un riesgo adicional de las mujeres es la prevalencia en el consumo de tabaco (12%) y el hallazgo de que el 0.9% de las mujeres derechohabientes ingieren bebidas alcohólicas diariamente (Cuadro 1).

En cuanto a la utilización de servicios de índole preventivo existe un balance entre los hombres y las mujeres derechohabientes ya que acuden de manera similar a la solicitud de un certificado médico, la revisión del niño sano, la salud bucal y la vacunación, además de ser atendidos de igual forma por parte de las brigadas de salud. En las acciones de planificación familiar hay una discreta participación por parte de los hombres y se incrementa un poco más cuando asisten a pláticas de educación para la salud (Gráfica 2).

Si se omiten las razones de tipo obstétrico en la utilización de servicios, la demanda de las mujeres es mayor que la de los hombres cuando se trata de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cefalea, parasitosis, artritis reumatoide, colecistitis y colestiasis, y otitis media (Gráfica 3). En infecciones respiratorias agudas, diarreas, enfermedad exantemática, asma, rehabilitación y la medición del colesterol, la demanda de servicios es muy similar entre hombres y mujeres. En los hombres predomina la demanda por gota, lesiones por agresión y por accidentes (Gráfica 3). Estos patrones de utilización ya han sido observados en otras regiones y obedecen a diferentes necesidades entre hombres y mujeres por diferencias biológicas.

También refleja desigualdades de género en los aspectos de cuidado de la salud y percepción de la enfermedad.

El costo de la utilización de los servicios de salud impone una carga adicional sobre las mujeres al constatar que el gasto trimestral por servicios médicos es mayor en las mujeres derechohabientes (31%) que en los hombres (25%). Además, del total de los derechohabientes que realizaron algún gasto por la atención médica, las mujeres gastaron más. En términos de salarios mínimos (sm), del total que gastaron menos de 1 sm el 56% fueron mujeres; entre 1 y 2 sm el 58% fueron mujeres y más de 2 sm el 60% fueron mujeres (INEGI, IMSS, 2000). Ante un patrón de utilización de servicios de salud similar, las mujeres gastan más que los hombres y esto reafirma las desigualdades existentes.

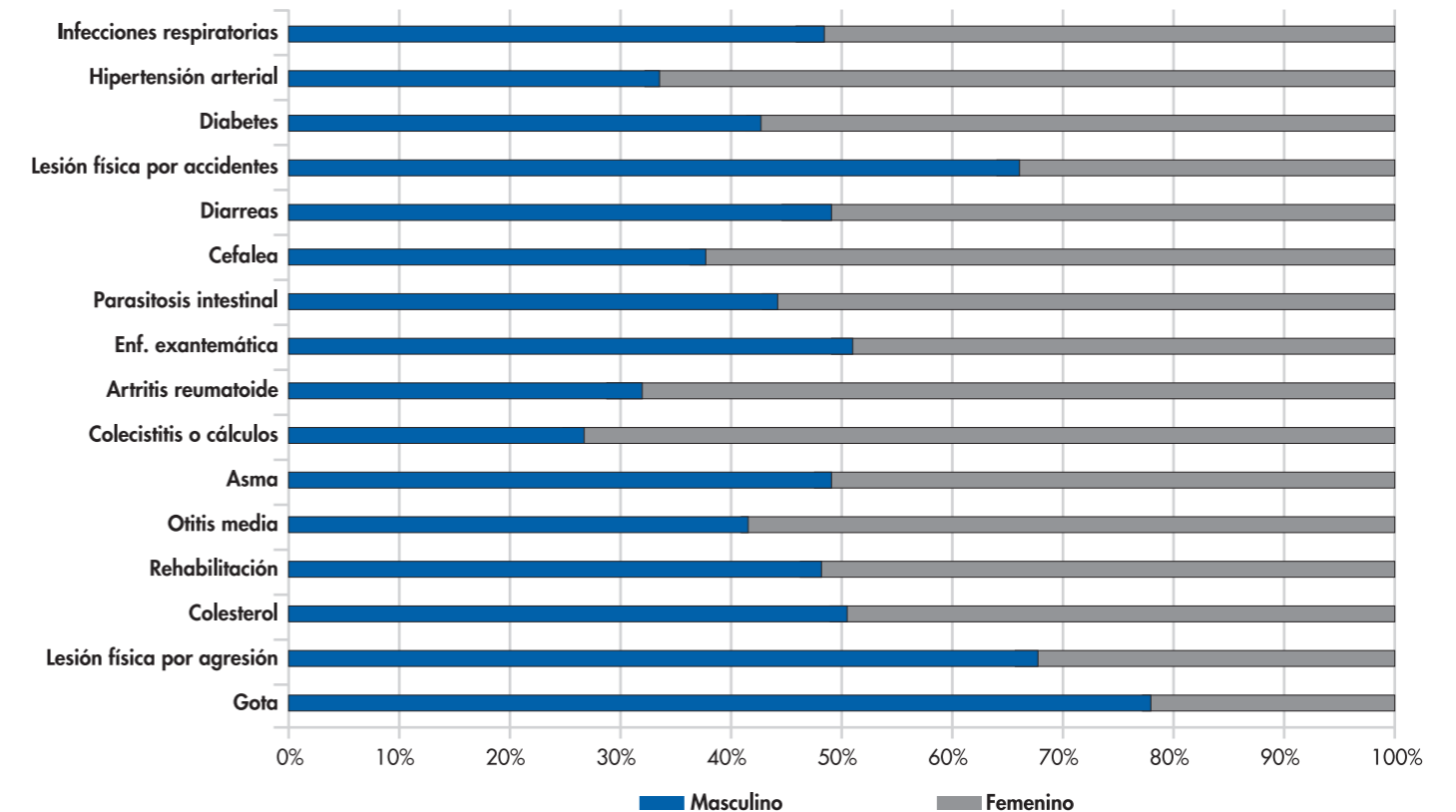
**LA SALUD DE LA MUJER TRABAJADORA**

Hoy en día, cerca de 4.5 millones de trabajadoras cuentan con seguro de riesgos de trabajo, invalidez y vida. La proporción de las mujeres con seguros de riesgos de trabajo (27%) con respecto al total de población femenina adscrita a médico familiar en cada delegación sólo es un acercamiento a la incorporación de la mujer a la economía formal, ya que muchas actividades económicas donde predominan las mujeres, como el trabajo doméstico, por ejemplo, no necesariamente se reflejan en esta estadística.

La salud de la mujer trabajadora es, sin duda alguna, un tema de particular interés por la influencia que tienen los

**Gráfica No. 3**

Motivos de uso de servicios de salud en la última ocasión de la población derechohabiente del IMSS por sexo, ENSA -2000



ambientes laborales y por el efecto de la doble jornada a la que se encuentran expuestas las mujeres que trabajan fuera del hogar. Esto es apenas visible cuando analizamos la incidencia de accidentes de trabajo (2.4 por cada 100 trabajadores de empresas) y observamos que esa tasa se eleva en aquellas delegaciones con actividades económicas más intensas dentro de la industria y con una mayor participación de las mujeres. Tal es el caso de Guanajuato (5.7), México Oriente (3.0), Jalisco (3.0), Nuevo León (3.0), y en casi la totalidad de las delegaciones en el Distrito Federal: DF1 (3.6), DF3 (3.5) y DF4 (4.2). Por otro lado, destaca que Guanajuato tiene la mayor tasa de incapacidades permanentes en mujeres (1.63 x 1,000 trabajadores) tres veces por arriba de la nacional (0.53); una de las tasas de mortalidad por riesgos de trabajo más alta (0.59 x 10,000 trabajadores) que rebasa por mucho a la nacional (0.22) y la tasa de invalidez más elevada en todo el IMSS (2.98 x 1,000 trabajadores) que es tres veces mayor a la nacional (Cuadro 2).

Los efectos del trabajo, los riesgos alimentarios, los estilos de vida nocivos para la salud, en particular el tabaco y el alcohol, se manifiestan todavía de manera incipiente sobre la salud de las mujeres derechohabientes. Ciertamente, estos factores afectan hoy en día más a los hombres porque la prevalencia de los factores es mayor en ellos, así como el tiempo de exposición ha sido más prolongado. Sin embargo, se puede aseverar que la demanda de servicios de salud por parte de las mujeres derechohabientes debido a problemas vinculados a su trabajo nos muestra una tendencia ascendente que debe verse como una prioridad institucional.

Un efecto indeseable y de las consecuencias naturales de la enfermedad es la discapacidad generada por una detección tardía, un tratamiento inoportuno y/o una mala o inexistente rehabilitación. En este sentido, la prevalencia de discapacidad es similar entre hombres y mujeres en todas las edades (2.5%) y empieza a ser importante en la

Cuadro No. 2

Indicadores de Salud de las mujeres trabajadoras, 2002

Delegación	Mujeres adscritas a MF	Proporción de mujeres que son jefas del hogar <sup>1</sup>	Trabajadoras con seguro de riesgos de trabajo (RT)	Trabajadoras con seguro de invalidez y vida	% de mujeres con RT	Tasa de incidencia <sup>‡</sup> de accidentes	Tasa de incapacidades permanentes <sup>¶</sup>	Mortalidad* por riesgos de trabajo	Tasa de invalidez <sup>§</sup>
<b>Nacional</b>	<b>16,836,809</b>	<b>15.1</b>	<b>4,492,557</b>	<b>4,542,624</b>	<b>27</b>	<b>2.4</b>	<b>0.5</b>	<b>2.2</b>	<b>0.9</b>
Aguascalientes	251,885	11.6	59,098	59,564	23	2.3	0.6	3.4	0.7
Baja California	626,827	14.5	229,947	231,721	37	2.0	0.3	0.9	0.6
Baja California Sur	103,386	13.7	28,773	29,046	28	1.5	0.5	3.5	0.7
Campeche	105,425	19.8	28,291	28,473	27	0.8	0.2	0.0	0.5
Coahuila	724,265	12.5	158,131	159,287	22	2.1	0.3	1.3	0.9
Colima	105,054	16.6	29,443	29,890	28	1.3	0.6	0.0	0.7
Chiapas	217,699	17.2	48,252	49,342	22	0.5	0.1	0.0	0.6
Chihuahua	761,243	18.9	249,336	254,168	33	1.9	0.6	2.0	1.4
Durango	256,420	18.1	55,031	55,851	21	1.9	0.6	0.0	1.2
Guanajuato	742,546	12.4	182,829	184,434	25	5.7	1.6	5.9	3.0
Guerrero	269,257	15.2	51,011	52,290	19	0.3	0.0	1.1	0.1
Hidalgo	229,166	16.1	58,313	58,589	25	2.0	0.8	6.9	0.8
Jalisco	1,384,828	14.6	346,601	349,836	25	3.0	0.5	1.7	0.9
México Oriente	1,396,440	13.3	220,880	221,869	16	3.0	0.9	1.8	1.4
México Poniente	722,666	13.3	157,614	158,209	22	2.5	0.8	1.9	0.8
Michoacán	408,566	13.2	93,307	95,662	23	1.2	0.3	1.1	0.7
Morelos	242,237	18.0	58,311	59,064	24	1.7	0.4	0.0	0.8
Nayarit	149,634	20.0	30,778	34,196	21	1.4	0.4	0.0	0.6
Nuevo León	1,148,078	10.1	280,840	283,525	24	3.1	0.6	2.5	0.7
Oaxaca	194,293	16.6	47,867	48,098	25	1.3	0.2	4.2	0.5
Puebla	525,285	22.5	147,634	148,283	28	2.1	0.6	7.5	1.4
Querétaro	340,573	13.0	92,560	92,874	27	1.6	0.3	3.2	0.7
Quintana Roo	176,242	17.9	53,106	53,216	30	1.4	0.1	3.8	0.5
San Luis Potosí	368,965	18.4	83,633	83,944	23	2.3	0.7	3.6	0.8
Sinaloa	532,005	15.2	122,348	126,742	23	1.7	0.4	0.8	0.5
Sonora	473,131	17.7	129,249	131,613	27	2.2	0.3	1.5	0.5
Tabasco	153,035	16.4	40,981	41,089	27	0.8	0.1	2.4	0.6
Tamaulipas	672,343	15.1	186,433	188,120	28	1.9	0.8	1.1	1.3
Tlaxcala	123,375	13.9	29,531	29,662	24	1.3	0.4	0.0	0.7
Veracruz Norte	479,275	17.1	108,837	109,549	23	1.2	0.3	2.8	1.1
Veracruz Sur	359,694	17.1	77,961	78,240	22	0.7	0.2	1.3	1.3
Yucatán	353,056	15.4	71,358	71,874	20	1.7	0.4	0.0	0.6
Zacatecas	154,303	15.1	40,856	41,304	26	1.5	0.4	2.4	0.7
Distrito Federal 1	453,202	16.7	270,076	271,292	60	3.6	0.7	2.2	0.6
Distrito Federal 2	437,958	16.7	132,308	138,110	30	3.2	0.6	3.0	0.8
Distrito Federal 3	496,153	16.7	311,879	313,424	63	3.5	0.5	1.9	0.7
Distrito Federal 4	698,299	16.7	179,154	180,174	26	4.2	1.0	4.5	1.2

§ Sistema de Información de Salud en el Trabajo ST-5, 2002

‡ Tasa por 100 trabajadores de empresas

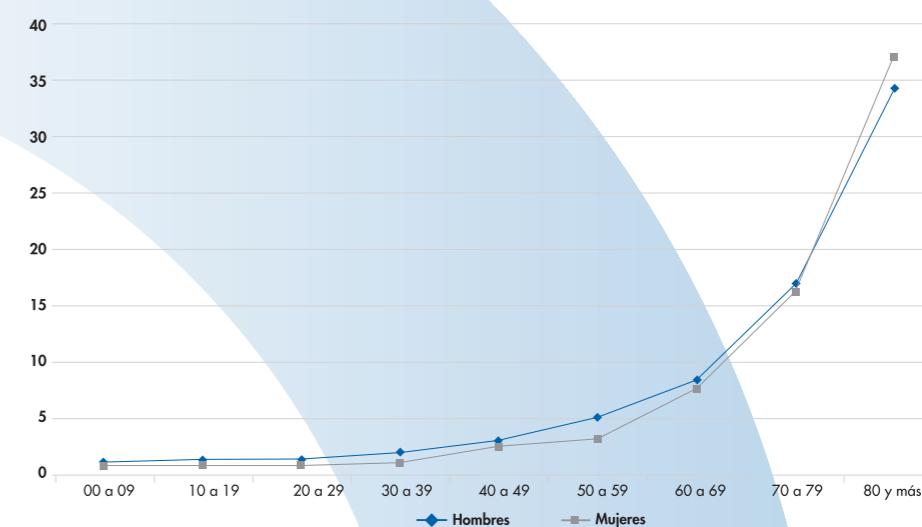
¶ Tasa por 1,000 trabajadores

\* Tasa de mortalidad por 100,000 trabajadores

1. Encuesta Nacional de Salud 2000. Mujeres mayores de 15 años (10,879,036)

Gráfica No. 4

Prevalencia de discapacidad en población derechohabiente del IMSS, ENSA 2000



medida que se avanza hacia la vejez (Gráfica 4). Las razones de la discapacidad en ambos sexos varían de forma muy discreta, por ejemplo, la enfermedad ocasionó la discapacidad en 41% de las mujeres y 39% en los hombres mientras que los accidentes la provocaron en 19% y 25% de los casos, respectivamente. La edad avanzada fue considerada motivo de discapacidad en el 20% de las mujeres derechohabientes con discapacidad y sólo el 13% de los hombres discapacitados refirieron ésta como razón de su condición (Fernández, *et al*, en revisión).

### CONSIDERACIONES FINALES

La vasta gama de servicios de salud demandados por las mujeres derechohabientes hablan de la importancia que esta población tiene para la institución. De los 108 millones de consultas otorgadas en las unidades de medicina familiar, en la consulta de especialidades y de urgencias, y de los casi 2 millones de egresos hospitalarios de cada año, las mujeres son usuarias importantes. Además, existe un número importante de servicios preventivos y de detección oportuna que nos hablan de la prioridad que tienen las mujeres en los programas de salud. Su incorporación al mercado laboral las coloca en una posición estratégica, pues su participación dentro del IMSS es cada vez más visible. Ya no sólo son usuarias activas de los programas, sino que se han convertido en un elemento sustantivo para el financiamiento de los

servicios que otorga la institución. De la misma forma, su progresiva incorporación al mercado laboral las expone a mayores problemas de salud y limita su capacidad de respuesta debido a las condiciones del empleo, el ambiente laboral, los bajos ingresos y la doble jornada.

El perfil de utilización de servicios de salud de las mujeres difiere del perfil del hombre en lo relacionado a ciertos problemas de tipo crónico, pero no existe diferencia por sexo cuando se analizan los aspectos de tipo preventivo o inclusive las condicionantes de discapacidad. Destaca la menor utilización de los servicios de urgencias debido a lesiones y accidentes entre las mujeres. Un hecho por demás relevante es que las mujeres derechohabientes gastan más en su atención, a sabiendas de que trabajan en menor proporción, sufren mayor desempleo, gozan de menores ingresos y una proporción alta de ellas son jefas del hogar. La inequidad en el acceso a mejores ingresos, trabajos bien remunerados o la falta de apoyos para mejorar la condición social de las mujeres influye negativamente sobre sus condiciones de salud sobre todo cuando se trata de problemas de tipo crónico y degenerativo. Esta reseña contribuye a describir la relevancia de los problemas de salud de las mujeres derechohabientes y apunta hacia los retos y desafíos que tienen los programas de atención a la salud de la mujer en la institución.

### Referencias Bibliográficas

Belizan JM, Altabe F, Barros FC, Alexander F (1999) *Rates and implications of cesarean sections in Latin America. Ecological Study*, BMJ, Vol. 319, 1397-1402.

Cerda H (2001) *Uno de cada cuatro niños nace por cesárea*, El País, 30 de octubre, 28.

Coordinación de Salud Pública, DPM-IMSS, Boletines de Evaluación de los Programas Integrales de Salud, Vol.1, No. 4, 2002, 28.

Fernández CS, Celis QG, León ME, Gómez-Dantés H *La discapacidad en los derechohabientes del IMSS: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2000*. Manuscrito enviado a publicación.

Garrido F, Reyes E, Gómez O *Las cesáreas en México: tendencias y factores asociados*. En prensa.

Gómez GE (2002) *Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica*. Rev Panam Salud Pública. 11(5/6), 327-334.

Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera del IMSS, 2002.

INEGI, IMSS (2002) Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social.

INEGI, IMSS (2000) Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social.

Johansson R, *Has the Medicalization of childbirth gone too far?*, BMJ 2002, Vol. 324, 892-895.

Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Park MM (2002) *Births: final data for 2000*, National Vital Statistics Reports, No. 5, 1-101.

Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud 2000.



# Diferencias en la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres

Gustavo Olaiz  
Rosalba Rojas  
José Luis Valdespino  
Jaime Sepúlveda  
Instituto Nacional de Salud Pública



El objetivo del presente artículo es realizar un análisis de algunos resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, sobre la utilización de los servicios que presta el sector, según el sexo de los usuarios. La importancia de este análisis es que se ha planteado con frecuencia que las mujeres son las principales beneficiarias de los servicios, por el uso más habitual e intenso que hacen de ellos. Cuando se analizan las cifras de la encuesta, eliminando las causas de atención que tienen su base en las diferencias biológicas de los sexos (embarazo, parto, puerperio y diversas patologías exclusivas de uno u otro sexo), las diferencias en el uso de los servicios se ven atenuadas notoriamente. Este hecho debe replantear el supuesto de que las mujeres son las principales beneficiarias del sistema de salud e incorporar en la percepción común el hecho de que la salud reproductiva y su atención beneficia a las parejas y a las familias en su conjunto.

## LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD

Las encuestas nacionales de salud en México iniciaron en 1986 con la creación del marco muestral maestro, que constituyó la base del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud (SENS). El SENS

ha desarrollado un total de 17 encuestas nacionales; la mayoría han sido temáticas, referidas a una serie de padecimientos (enfermedades crónicas), condiciones (adicciones) o programas especiales (hidratación oral). Sin embargo, la principal característica del SENS ha sido el desarrollo de las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA). Las ENSA tienen como principal característica la inclusión de variables que permiten la evaluación de la utilización de los servicios de salud, de su calidad y perspectivas. Las primeras dos encuestas de este tipo se realizaron en 1987 y 1994.

La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000), es la tercera de una serie de encuestas generales que evalúan el nivel de salud de la población de México. Como las encuestas anteriores, la ENSA-2000 tuvo un diseño de muestreo probabilístico, polietápico y por conglomerados. En el diseño de la muestra<sup>1</sup> se utilizó el marco generado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) para el levantamiento del Censo 2000, con esto se logró que el total de la población fuera potencialmente elegible.

La ENSA-2000 integró varios instrumentos de recolección de información: el cuestionario de utilizadores de servicios de salud, cuestionarios específicos para niños, adolescentes y adultos, y un estudio seroepidemiológico.

El cuestionario de utilizadores de la ENSA-2000 estuvo diseñado con base en la experiencia y los resultados de encuestas previas. En él se incluye información sobre el acceso a servicios, barreras para la atención y expectativas de la población, entre otros temas relevantes. Las áreas de atención consideradas incluyen el acceso a servicios preventivos, atención curativa y hospitalización.

Uno de los aspectos más importantes cuando se analiza la información de utilización de servicios es la desigualdad en el acceso, las diferencias entre distintos grupos sociales así como entre hombres y mujeres en distintas etapas del ciclo vital. Las razones de la desigualdad tienen origen no sólo en la oferta de servicios. El cuestionario de utilizadores permite identificar las desigualdades en el acceso a servicios de salud en las tres áreas señaladas, cuyo origen puede deberse a factores familiares, socioeconómicos y de género<sup>2</sup>. En este texto se abordan las asimetrías observadas en la utilización de los servicios de salud en razón del sexo de las usuarias y usuarios.

## LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SEXO

Los resultados de la ENSA-2000 muestran que prácticamente no existen diferencias por sexo en la utilización de servicios preventivos hasta los nueve años de edad, hecho que se explica, en buena medida, por la notable cobertura de vacunación y de cuidado del niño sano que se ha alcanzado en el país. A partir de los 10 años la razón mujeres-hombres es creciente conforme se avanza en la edad y hasta alcanzar los 39 años, punto en el que este indicador inicia un descenso paulatino, pero mostrando siempre la mayor utilización femenina de los servicios (véase Cuadro 1). Esto se traduce en que las mujeres utilicen, en general, los servicios preventivos en una razón de dos a uno, sobre todo por el peso que tiene la notable diferencia que se aprecia en las edades reproductivas; lo cual habla de las bondades de los programas preventivos para la mujer. Aun cuando persiste una ligera diferencia en la utilización de los servicios preventivos, al excluirse los servicios de planificación familiar, cuidados del embarazo y detección oportuna de cáncer del cuello uterino, la razón hombre-mujer en las edades reproductivas se reduce notablemente, sobre todo entre los 20 y los 49 años de edad.

Cuadro No. 1

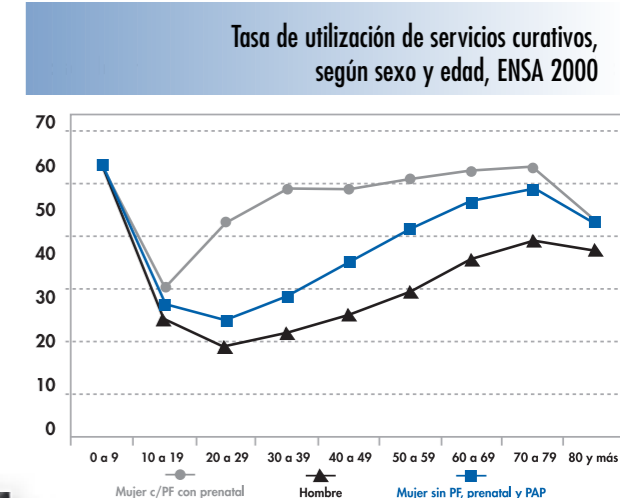
Tasa de utilización de servicios preventivos por grupo de edad y sexo, ENSA 2000						
Edad	Hombres	Mujeres	Razón Mujer/Hombre	Excluye PF, cuidado del embarazo o PAP		Razón Mujer/Hombre
				Hombres	Mujeres	
0 a 9	47.95	47.50	1.0	47.95	47.50	1.0
10 a 19	13.79	20.45	1.5	13.79	16.38	1.2
20 a 29	7.86	37.99	4.8	7.86	8.90	1.1
30 a 39	9.29	46.51	5.0	9.29	10.28	1.1
40 a 49	12.90	46.07	3.6	12.90	13.73	1.1
50 a 59	17.91	47.01	2.6	17.91	21.05	1.2
60 a 69	23.07	43.72	1.9	23.07	26.50	1.1
70 a 79	24.17	40.78	1.7	24.17	28.61	1.2
80 y más	17.74	19.67	1.1	17.74	17.17	1.0
Total	21.19	38.74	1.8	21.19	21.94	1.0

Cuadro No. 2

Tasa de utilización de servicios médicos ambulatorios por grupo de edad y sexo ENSA 2000						
Edad	Hombres	Mujeres	Razón Mujer/Hombre	Excluye PF, cuidado del embarazo o PAP		Razón Mujer/Hombre
				Hombres	Mujeres	
0 a 9	60.52	59.66	1.0	60.52	59.66	1.0
10 a 19	26.16	33.01	1.3	26.16	29.76	1.1
20 a 29	20.30	47.39	2.3	20.30	25.99	1.3
30 a 39	23.29	54.82	2.4	23.29	31.10	1.3
40 a 49	27.35	55.05	2.0	27.35	39.10	1.4
50 a 59	32.41	57.40	1.8	32.41	46.32	1.4
60 a 69	39.43	58.79	1.5	39.43	52.17	1.3
70 a 79	43.87	59.41	1.4	43.87	54.99	1.3
80 y más	41.65	48.17	1.2	41.65	47.78	1.1
Total	34.51	49.95	1.4	34.51	39.42	1.1

La utilización de los servicios curativos<sup>3</sup> de salud tiene un comportamiento similar al de la utilización de los servicios preventivos: en ambos casos hay un predominio en la utilización femenina de los servicios (Cuadro 2). Las mayores diferencias de utilización entre mujeres y hombres se observa en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 49 años, edades en las que alcanza una razón en promedio de 2.2 a 1.3.

Gráfica No. 1



1 Los parámetros que se utilizaron para definir el tamaño de muestra fueron: la prevalencia del 5%, en error relativo máximo de 0.3 y un ejemplo de diseño de 3. El tamaño de muestra resultó en mil 473 viviendas por estado. Con esto, el total de la muestra nacional es de 47 mil 40 viviendas. La muestra se asignó proporcionalmente al número de viviendas por estrato urbano-rural. En cada entidad federativa se seleccionaron 14 municipios con probabilidad proporcional al número de viviendas en el mismo. Se seleccionaron 5 áreas geoestadísticas básicas (AGEB's) por municipio con probabilidad proporcional al tamaño de la población (pptp).

2 Se utiliza el concepto de género como el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones sociales y normas que configuran la construcción de diferencia social entre hombres y mujeres, basada en los atributos biológicos. En este sentido, el concepto refiere a la construcción sociocultural de la diferencia.

3 Como ocurre con los servicios preventivos, en los curativos se incluyen los referidos a los ciudadanos.



Cuadro No. 3

Edad	Tasa de utilización de servicios hospitalarios por grupo de edad y sexo, ENSA 2000		Razón Mujer/Hombre	Excluye parto, cesárea o problema en embarazo o puerperio		Razón Mujer/Hombre
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
0 a 9	2.32	1.66	0.7	2.32	1.66	0.7
10 a 19	1.00	2.53	2.5	1.00	0.84	0.8
20 a 29	1.58	9.75	6.2	1.58	1.95	1.2
30 a 39	1.72	7.09	4.1	1.72	3.20	1.9
40 a 49	2.59	4.59	1.8	2.59	4.28	1.7
50 a 59	3.39	5.21	1.5	3.39	5.21	1.5
60 a 69	5.04	5.14	1.0	5.04	5.14	1.0
70 a 79	7.89	7.68	1.0	7.89	7.68	1.0
80 y más	7.85	10.07	1.3	7.85	10.07	1.3
<b>Total</b>	<b>2.13</b>	<b>4.96</b>	<b>2.3</b>	<b>2.13</b>	<b>2.51</b>	<b>1.2</b>

edades en las que alcanza una razón en promedio de 2.2 a 1.3.

En la Gráfica 1 se observa que al excluir la utilización del servicio de planificación familiar, atención prenatal y detección de cáncer cervico-uterino, de la utilización de los servicios curativos, se produce un efecto importante sobre la curva de demanda de atención de manera tal que la brecha entre hombres y mujeres disminuye, en particular en los grupos de edad señalados, como era de esperarse.

Por otro lado, es importante destacar la similitud en la utilización de los servicios curativos por la población de más de 70 años. La ENSA-2000 muestra que la tasa de utilización de los servicios a partir de esa edad se encuentra alrededor de 50% para las mujeres, mientras que, para los hombres es cercana a 40%. Es previsible que el importante crecimiento de este grupo de edad continúe aumentando la demanda de servicios curativos lo que subraya la necesidad de desarrollar programas específicos para este creciente grupo de edad.

Las mayores diferencias en la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres se aprecian en los servicios hospitalarios. En el Cuadro 3 se observa que las mujeres se hospitalizan 2.3 veces más frecuentemente que los hombres. Si

observamos estas diferencias a la luz de lo que ocurre con la utilización de servicios hospitalarios por atención prenatal, encontramos cambios importantes.

En forma gráfica se aprecia el notable impacto que tiene esta causa en el patrón de hospitalización. En el grupo de 20 a 29 años la tasa de utilización llega hasta 10%, tomando en consideración a la hospitalización para atención de parto, cesárea, por problemas en el embarazo o puerperio.

Si eliminamos esas causas, las tasas de utilización de las mujeres en ese grupo de edad es muy cercana a la de los hom-

bres para el mismo grupo de edad. De esta manera, la Gráfica 2 muestra la demanda que hacen las mujeres de los servicios hospitalarios, cuando se excluyen las causas propias de la reproducción, es decir, no referidas a enfermedades, lesiones o accidentes; es semejante a la de los hombres, aún cuando aquella continúa siendo ligeramente mayor (razón 1.2:1).

Nuevamente es preciso señalar que la tasa de hospitalización en personas mayores de 70 años es superior al de otros grupos de edad y que si se eliminan las causas obstétricas este grupo tiene una tasa superior a 8%.

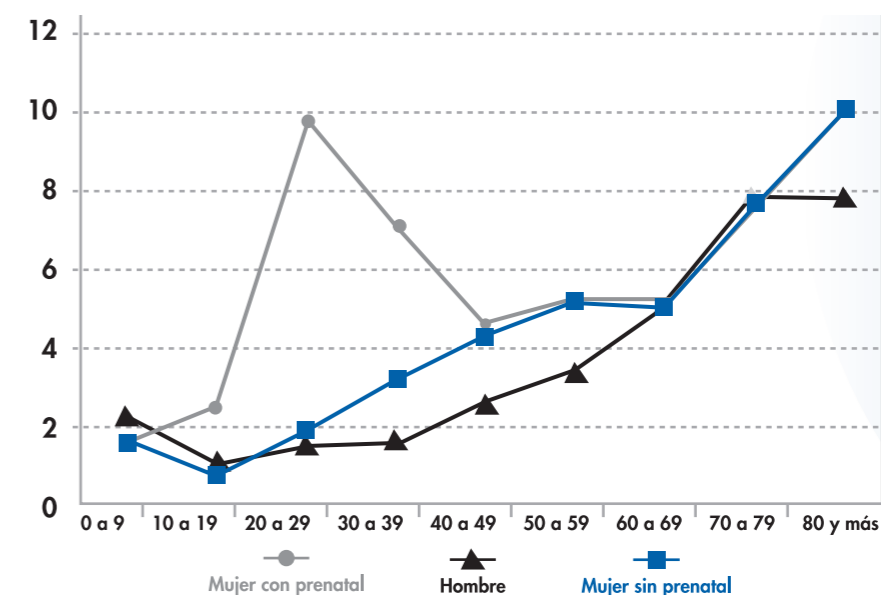
El análisis de la utilización de los servicios de salud, según tipo, muestra características interesantes: aun eliminando las causas relacionadas con la reproducción, la mujer utiliza más frecuentemente los servicios de salud; la diferencia mayor se observa en la utilización de servicios hospitalarios (razón 1.2:1).

### CONCLUSIONES

En otros datos que se obtienen de la Encuesta Nacional de Salud 2000, llama la atención que en los servicios preventivos y en la atención curativa, no se aprecia un peso relevante de los cuidados reproductivos, situación que puede indicar una baja utilización de los servicios por parte de la mujer, lo cual amerita una escrupulosa revisión de las autoridades sanitarias.

Gráfica No. 2

Tasa de utilización de hospitalización, según sexo y edad, ENSA 2000



Por otro lado, la diferencia entre hombres y mujeres en los cuidados hospitalarios es notoria. Incluyendo las causas obstétricas, más de 40% de las hospitalizaciones se presentan entre las mujeres de los 20 a 39 años de edad. Aun cuando sólo una parte de las hospitalizaciones están relacionadas con el embarazo, parto o complicaciones del embarazo o puerperio, como se señala en la segunda sección del Cuadro 3, es indiscutible su impacto en los servicios de salud.

Al eliminar el efecto de los cuidados del embarazo, atención del parto, planificación familiar o detección de cáncer cervico-uterino, se intenta analizar el comportamiento de la utilización de hombres y mujeres; al hacerlo, la razón de utilización mujeres-hombres en los servicios hospitalarios es ligeramente mayor que en los preventivos y curativos.

Finalmente, es importante señalar el creciente impacto del uso de servicios en los grupos de mayores de 70 años. Los datos reseñados han permitido mostrar las diferencias en el empleo de los distintos tipos de servicio e identificar que la utilización de los servicios preventivos en este grupo de edades es menor que la asistencia a servicios ambulatorios y que, por tanto, se requiere su reforzamiento. La presión demográfica del grupo es notoria en los niveles de hospitalización, ya que su peso relativo corresponde a 10% de las hospitalizaciones no-obstétricas.

De no corregir la orientación de los programas de atención preventiva en ancianos, en particular para enfermedades crónicas, puede esperarse que la importancia de este grupo en la atención ambulatoria y hospitalización se incremente de manera desproporcionada, con el consiguiente encarecimiento de los servicios.



# Las mujeres y el consumo del alcohol

Martha P. Romero Mendoza  
María Elena Medina-Mora  
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"



El consumo de alcohol ocurre en muy diversas regiones del mundo con importantes variantes ligadas a variables como el desarrollo económico, las creencias religiosas y otros factores socio-culturales que definen, quién puede beber, qué cantidad es admisible y bajo qué circunstancias. El género<sup>1</sup> es por hoy uno de los más importantes determinantes. El beber alcohol es un tema de género (Romero, 1995).

De acuerdo con Room (1999), las sociedades en la actualidad tienden a enfrentarse con dos fuerzas que compiten en relación con el consumo de alcohol y sus problemas asociados. En un extremo se encuentra la fuerza de los intereses comerciales, tanto globales como locales, que buscan aumentar el consumo de alcohol, a través de la promoción de nuevas situaciones y contextos sociales de consumo. Para los intereses de las empresas, las sociedades de países en desarrollo son vistas como mercados emergentes, porque consumir cierta bebida alcohólica ha llegado a convertirse en símbolo y vehículo de *status*, representando una ventaja para los intereses de la mercadotecnia (Day, 2002).

En este escenario, los jóvenes y las mujeres, que son en grandes proporciones personas abstemias, se convierten en "blancos" importantes para la expansión de los mercados. Aitken (1989) ha realizado interesantes descripciones de los esfuerzos de la publicidad de la industria del alcohol para atraer a las mujeres a la cultura del consumo de bebidas etílicas.

La segunda fuerza global en competencia es aquella de la salud pública, cuyo interés principal es reducir el peso de la enfermedad limitando así los contextos y situaciones de consumo, tales como el beber antes o cuando se maneja y las cantidades que deben consumirse.

## SESGO DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Tradicionalmente las mujeres han sido excluidas de la gran mayoría de los proyectos de investigación en alcohol. Entre las razones para este primer rechazo se incluyen el hecho de que por mucho, los varones beben más que las mujeres, de que los problemas asociados al consumo de alcohol en los varones tienden a ser más visibles que aquellos de las mujeres (como, por ejemplo, los problemas laborales, los accidentes y los crímenes) y, por otro lado, porque los hombres con problemas de dependencia al alcohol pueden formar parte más fácilmente de un protocolo de investigación (WHO, 1992).

La mayor parte de los protocolos dirigidos a estudiar la salud de la mujer están centrados en su rol reproductivo en la sociedad, por lo tanto gran parte de la información disponible sobre los efectos del alcohol en el cuerpo de la mujer se limita a temas relacionados con su salud reproductiva, como puede ser el Síndrome de Alcoholismo Fetal (Romero y Gómez, 1997).

Desde el punto de vista socio-cultural, la experiencia de una mujer, no sólo el consumo de alcohol, siempre será inadecuada, sostiene Larrauri (1995) y esta inadecuación hunde sus raíces en dos supuestos:

- 1 Que la humanidad existe en forma de dos experiencias, de dos sexos, de dos cualidades y por lo tanto lo neutro no existe más que en el terreno de la abstracción.
- 2 Que la cultura patriarcal expresa en forma de valor y de fuerza los elementos que corresponden a la experiencia masculina, mientras que expresa en forma de desvalorización y de debilidad

los elementos de la experiencia femenina. Estos órdenes simbólicos determinan los límites dentro de los cuales es posible percibir y pensar, determina lo visible y lo pensable, todo lo que no entra en ese universo cultural y lingüístico permanece en los márgenes como sinrazón, desajuste, locura o queda condenado a la invisibilidad. El caso del consumo de alcohol por las mujeres es un ejemplo claro, pues no se piensa como una conducta posible del género femenino (Romero, 1999).

El mayor estigma social por el abuso de alcohol en las mujeres, puede encontrar sus raíces en los temores culturales de que éste amenace la ejecución exitosa de los roles tradicionales de esposa y madre, que dé por resultado una actividad sexual promiscua y que pueda perturbar el balance del poder sexual tradicionalmente dominado por los varones. Cualquiera que sea su origen, la estigmatización del consumo de alcohol en las mujeres ha contribuido a la mayor "invisibilidad" del abuso, causando tanto en las mujeres como en las personas significativas que la rodean, la negación o minimización de los signos del abuso y al mismo tiempo desalentando a la gente significativa a buscar ayuda por un problema que viven cotidianamente. A pesar de lo anterior las mujeres en México consumen alcohol.

## ¿QUÉ NOS DICEN LAS CIFRAS?

De acuerdo a Medina-Mora (1999) las encuestas documentan altas tasas de abstención entre las mujeres; 54% de la población femenina reportó no haber consumido bebidas alcohólicas en el año previo al estudio, cifra inferior a la observada en 1988 cuando el 63% de las mujeres calificaban en esta categoría. Entre las razones que dieron las mujeres para no consumir alcohol se encontraron: "porque no se acostumbra en casa" (12.3%), "la religión" (6.2%), "miedo a tener un problema" (4.8%) y principalmente porque "no le llama la atención" (75.9%). La mayor parte de las mujeres que beben, lo hacen consumiendo de manera poco frecuente y bajas cantidades (Ver Gráficas 1 y 2).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) el 9% de las mujeres entre 18 y 65 años que habitan en zonas urbanas, beben cinco copas o más por ocasión de consumo, que es uno de los criterios para determinar el abuso de alcohol. En esta misma encuesta se observó que uno de cada 10 varones (9.6%) que habitan en zonas urbanas cumplen el criterio de dependencia del DSM-IV<sup>2</sup>, pero ocurre en sólo una de cada 100 mujeres (1%). En total 4.6% de la población de ambos sexos sufre de este problema a nivel nacional.

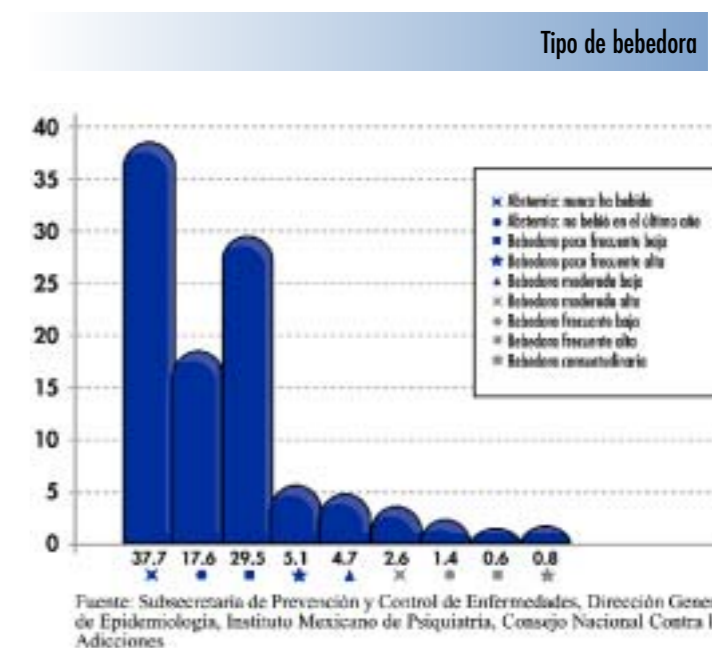
## ¿CÓMO AFECTA EL ALCOHOL EN LA SALUD DE LAS MUJERES?

Las mujeres poseen diferencias biológicas comparadas con los varones, que provocan que con la misma cantidad

de alcohol ingerida se intoxiquen más fácilmente, entre estas diferencias se encuentran la composición corporal y la relación de grasa con líquido (mayor cantidad de grasa y menor dilución de alcohol) que provoca mayor concentración sanguínea y mayor posibilidad de tener una lesión hepática (D'ector, 1999).

Los cuerpos de las mujeres reaccionan de diferente manera al alcohol durante el ciclo menstrual. En aquellas mujeres que abusan del alcohol y tratan de permanecer sobrias, existe mayor peligro de recaída si experimentan el síndrome premenstrual y pueden beber alcohol para tratar de aminorar sensaciones desagradables tales como la depresión, la irritabilidad, la falta de energía, los

Gráfica No. 1



dolores de cabeza. En relación a la salud reproductiva, pueden tener problemas ginecológicos como ciclos menstruales irregulares, infertilidad y daño en su sistema reproductor al provocar problemas en los ovarios o anovulación (ARF, 1996).

La exposición prenatal al alcohol es una de las causas prevenibles más importantes de defectos de nacimiento, retraso mental y trastornos del neurodesarrollo (Faden y Graubard, 1994).

## ¿QUIÉNES SON LAS MUJERES EN RIESGO DE ABUSAR DEL ALCOHOL?

Las investigaciones recientes nos dicen que:

- 1 Aquellas mujeres que tienen menos roles sociales y laborales pueden llegar a desarrollar problemas con la bebida, probablemente debido al hecho de que, al tener roles diversos y valorados (incluyendo el tener un trabajo asalariado) puede mejorar su autoestima,

1 La categoría género es ante todo una construcción social sobre las actitudes, prácticas y valores que distinguen al hombre de la mujer. Como construcción social, se encuentra en permanente cambio, además no es universal. El género entonces tiene que ver con las responsabilidades, expectativas, privilegios, derechos, limitaciones, oportunidades y acceso a servicios de varones y mujeres.

2 Los indicadores de dependencia incluyen el uso compulsivo, la incapacidad de control, el síndrome de abstinencia, el consumo para aliviar los síntomas de la abstinencia, la tolerancia, la reducción del repertorio conductual, el abandonar actividades o placeres alternativos por estar tomando, el beber a pesar de las consecuencias dañinas y la rápida reinstalación del síndrome después de un período de abstinencia.



# El tabaco y la salud de las mujeres: el caso de México

Aurora del Río Zolezzi  
Programa Mujer y Salud  
Secretaría de Salud

## Referencias Bibliográficas

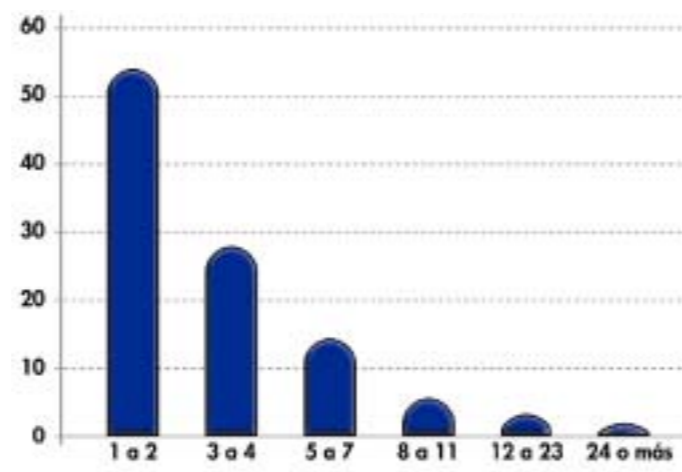
- Aitken P (1989) *Alcohol advertising in developing countries*. Brit J of Addiction. 84(12), 1443-1445.
- ARF (1996) *The Hidden Majority. A guidebook on alcohol and other drug issues for counselors who work with women*. Ed. Addiction Research Foundation. Canada.
- Day P (2002) *Shock of the new. Alcoholic beverage companies learn to accommodate a new generation of consumers*. Business Mexico. November, 42-48.
- D'ector D (1999) *Diferencias biológicas de género y susceptibilidad*. Cuadernos FISAC. Año 1 (3) diciembre, 37-46.
- Downs WR, Miller BA, Testa M, Panek D (1992) *Long-term effects of parent-to-child violence for women*. Journal of Interpersonal violence. 7, 365-382.
- ENA (1998) *Encuesta Nacional de Adicciones*. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Consejo Nacional de Psiquiatría. Consejo Nacional Contra las adicciones. Alcohol.
- Faden V, Graubard, B (1994) *Alcohol consumption during pregnancy and infant birth weight*. Annals of Epidemiology. 4 (4),279-284.
- Hanna E, Faden V, Harford Th (1993) *Marriage: does it protect young women from alcoholism?* Journal of Substance Abuse. 5 (1),1-14.
- Hutchison I (1999) *Alcohol, fear and woman abuse*. Sex roles: a journal of research, June.
- Larrauri M (1995) *La diferencia como estilo*. En Bochetti A: Lo que quiere una mujer. Ediciones cátedra. Colección Feminismos. Madrid.
- Lisansky Gomberg E (2003) *Facts on women and alcohol*. Center of Alcohol Studies. <http://www.rci.rutgers.edu/casfact20.shtml>.
- Medina-Mora ME (1999) *Las mujeres y el abuso en el consumo de bebidas con alcohol en México*. Cuadernos FISAC. 1 año 1 (3) diciembre, 5-12.
- Miller BA, Nochasjky TH, Leonard K, Blane H, Gondoli D, Bowers P (1990) *Spousal violence and alcohol/drug problems among parolees and their spouses*. Women & Criminal Justice. 1,55-71.
- Romero M (1995) *Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones*. Psicología y Salud. 5, enero-junio,135-146.
- Romero M (1999) *Diversidad femenina y consumo de alcohol*. Cuadernos FISAC. Año 1 (3) diciembre, 47-61.
- Romero M, Gómez C (1997) *La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento*. Perinatología y reproducción humana. 11 (4), 207-214.
- Romero M, Mondragón L, Cherpitel Ch, Medina-Mora ME, Borges G (2001) *Characteristics of mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems*. Salud Pública de México. 43 (6), noviembre-diciembre: 537-543.
- Room R (1999) Preface. In: *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*. Riley L, Marshall M. WHOHSC/SAB999. Substance Abuse Department Social Change and Mental Health. World Health Organization. Geneva.
- WHO (1992) *Women and Substance Abuse*. Programme on Substance Abuse Interim Report. Country Assessment Report. WHO/PSA/92.9.

les da mayor acceso a las redes de apoyo social y disminuye la probabilidad de tener un problema de salud.

- 2 Las mujeres que abusan del alcohol pueden tener 2.3 veces mayor riesgo de estar deprimidas, 2.87 de consumir otras drogas, 1.95 de haber sido víctimas de abuso sexual y 1.57 de presentar ideación suicida (Romero, *et al*, 2001).
- 3 La victimización infantil puede predecir el consumo de alcohol en la edad adulta. En una investigación realizada por Downs, Miller, Testa y Panek (1992) se encontró que el maltrato materno es un buen predictor para que una mujer posteriormente sufra violencia marital severa, pero la violencia paterna es un mejor predictor del consumo de alcohol de las mujeres en la edad adulta.
- 4 Una historia positiva de alcoholismo familiar se reporta con mayor frecuencia en las mujeres.
- 5 El tener mecanismos de personalidad inadecuados para enfrentar los problemas cotidianos de la vida, el pobre control de impulsos, los eventos traumáticos y las pérdidas, y el compartir la vida cotidianamente en el ambiente social inmediato con hombres significativos que sean bebedores (padre, esposo, amante, amigo) son factores predisponentes en las mujeres para el abuso de alcohol (Lisansky Gomberg, 2003; Romero y Cols, 2001).
- 6 Las mujeres que se han separado o divorciado pueden llegar a incrementar el consumo de alcohol (Hanna, Faden, Harford, 1993).
- 7 Las investigaciones han brindado resultados contradictorios con relación al consumo de alcohol de la mujer y las relaciones violentas. Un gran número de estudios concluyen que la violencia doméstica está asociada con el consumo de alcohol de la víctima (Miller, *et al*, 1990). Sin embargo, otros estudios no han encontrado que el consumo de alcohol de la mujer sea un factor de riesgo importante (Hutchison, 1999).

Gráfica No. 2

Número máximo de copas que ha bebido en un solo día



Fuente: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría y Consejo Nacional Contra las Adicciones.

## RECOMENDACIONES

Probablemente porque ningún hombre o mujer posee los mismos atributos conductuales, sociales, culturales o diagnósticos, no hay homogeneidad genérica para el abuso y dependencia del alcohol. Y como existe la diversidad, la evaluación diagnóstica de las mujeres con problemas de alcoholismo debe incluir un amplio espectro de consideraciones clínicas: salud física, violencia, maternidad, prácticas de crianza, estado civil, relación de pareja, co-morbilidades (depresión, abuso de sustancias), redes sociales de apoyo. Por tanto, las preguntas demasiado simples que subestiman el consumo de alcohol de las mujeres deben evitarse.

La investigación en violencia de género y la investigación de los patrones de consumo de alcohol debe ligarse a fin de tener explicaciones en profundidad por género y tener modelos de tratamiento más comprensivos.

Existe gran necesidad de conocer la diversidad de patrones de consumo de bebidas etílicas de las mujeres para mejorar la detección temprana y favorecer la derivación oportuna a tratamiento. Es urgente aumentar la disponibilidad de servicios de tratamiento con perspectiva de género a fin de disminuir la invisibilidad de las mujeres con problemas de alcoholismo.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la primera mitad del siglo XXI la exposición al humo del tabaco será responsable de más muertes que la malaria, la tuberculosis, la mortalidad materna y las principales causas de muerte en la infancia juntas (WHO, 1999). Según estas estimaciones para 1999 se producían cerca de 4 millones de muertes atribuibles al tabaco anualmente, para 2020 esta cifra llegará a los 8.4 millones. La epidemia de tabaquismo y sus consecuencias sobre la salud crecieron explosivamente a lo largo del siglo XX como consecuencia de la masificación de la producción de cigarrillos y de la amplia comercialización de este producto lograda gracias a la publicidad moderna (Ramírez-Venegas, 2000).

El consumo de cigarrillos fue adoptado inicialmente por los hombres de los países desarrollados, seguidos por las mujeres de esos mismos países y los hombres de los países en vías de desarrollo y más recientemente por las mujeres de estos últimos. Los efectos en la salud de la población aparecen entre 30 y 40 años después de que la adicción es relativamente prevalente; por este motivo la evidencia con que se cuenta respecto a los efectos del tabaco en la salud de las mujeres<sup>1</sup> se han obtenido en países desarrollados.

Diversos estudios han mostrado que el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, laringe, faringe, páncreas, riñón y vejiga, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoporosis y fracturas de cadera es mayor para las mujeres que fuman que para las no fumadoras (Ernster, 2001). En el Cuadro 1 se presenta un resumen de algunos hallazgos al respecto. En el caso del cáncer cérvico-uterino también hay evidencia de que el riesgo es mayor entre

Cuadro No. 1

Riesgo relativo de enfermedades seleccionadas asociado al tabaquismo			
Estudio	Población	Enfermedad	Riesgo relativo asociado al tabaquismo
American Cancer Society's Cancer Prevention Study II	Mujeres de 35 a 64 años	Enfermedad coronaria	3.0 (IC: 2.5-3.6) ajustado por edad
American Cancer Society's Cancer Prevention Study II	Mujeres de 65 años y más	Enfermedad coronaria	1.6 (IC: 1.4-1.8) ajustado por edad
Nurses Health Study	Mujeres de mediana edad	Enfermedad coronaria	9.3 (IC 5.3-16.2) (fumadoras persistentes/ inicio antes de los 15 años)
American Cancer Society's Cancer Prevention Study II	Mujeres de 30 años o más	Cáncer de pulmón	3.9 de 1 a 9 cigarrillos/día 19.3 40 cigarrillos/día o más
American Cancer Society's Cancer Prevention Study II	Mujeres de 30 años o más	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	12.8 (IC 10.4-15.9)
Cornuz, <i>et al</i> ; Cummings <i>et al</i> ; Forsen <i>et al</i> ; Paganini-Hill <i>et al</i> , Kiel <i>et al</i>	Mujeres post menopausiicas	Fractura de cadera	1.2 a 2

Fuente: Ernster V.L. Impact of Tobacco Use on Women's Health. En Samnet JM y Soon-Samnet JM y Soon-Young Y (eds). Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century. WHO. Canada, 2001. pp.1-15

las fumadoras respecto de las no fumadoras, sin embargo no es claro si esta asociación es independientemente de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), al menos dos estudios muestran que el exceso de riesgo persiste incluso después de controlar, por el *status* de infección por VPH.

Además de los efectos nocivos del tabaquismo activo, recientemente se ha reconocido la asociación entre la exposición ambiental al humo de tabaco o tabaquismo pasivo y un mayor riesgo de una serie de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Esta exposición es de gran relevancia para las mujeres y sus hijos ya que ellos forman la mayor parte de los fumadores pasivos especialmente en los países en desarrollo.

Para las mujeres adultas las asociaciones más claras se han encontrado con cáncer de pulmón y enfermedad coronaria. Un

<sup>1</sup> En este trabajo no se abordan los efectos conocidos del consumo del tabaco sobre el producto de la gestación, como peso al nacer, prematuridad, etc., sino los directamente relacionados con la salud de las mujeres.



meta-análisis realizado por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, reportó un riesgo relativo de cáncer de pulmón de 1.19 (IC 1.04-1.35) para las mujeres no fumadoras casadas con fumadores (US-EPA, 1992). Law *et al* estimaron el exceso de riesgo de enfermedad coronaria, asociado a la exposición ambiental al humo del tabaco en mujeres de 65 años, en 30% (Law, *et al*, 1997).

## LA EPIDEMIA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

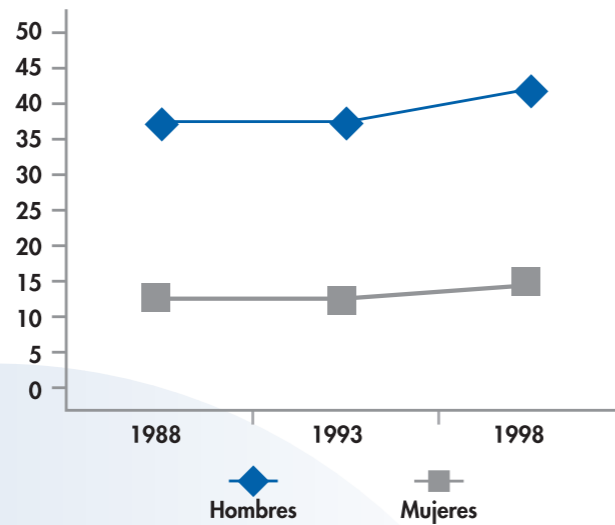
La prevalencia de tabaquismo muestra una tendencia a disminuir en los países de ingresos altos, como resultado de las políticas de combate a esta adicción, mientras que en los países de ingresos medios y bajos está aumentando. Esto refleja el movimiento de las empresas tabacaleras hacia la conquista de los llamados mercados emergentes y en particular la focalización de las campañas publicitarias a jóvenes y en algunos casos a mujeres (Valdés-Salgado, *et al*, 2002; Fernández, *et al*, 2002). En el pico de la epidemia de tabaquismo en los países desarrollados, el consumo de cigarrillos alcanzó cifras cercanas a 50% de la población adulta; tal es el caso de los Estados Unidos en la década de los setenta, mientras que en mediciones recientes se ubican por abajo de 30% tanto en hombres como en mujeres.

De acuerdo con estos patrones, la epidemia de tabaquismo en México está en una etapa temprana, caracterizada por una prevalencia general de consumo con tendencia creciente, pero que no ha alcanzado 30%. Los primeros estudios a nivel nacional que permiten medir tendencias se realizaron a fines de los años ochenta. Hasta la fecha la Secretaría de Salud ha publicado los resultados de tres encuestas nacionales de adicciones (1988, 1993 y 1998) en las que se investigó el consumo de tabaquismo en la población de 12 a 65 años de edad a nivel nacional.

La prevalencia general de tabaquismo entre los 12 y los 65 años en México fue de 25.8% en 1988, 25.1% en 1993 y de 27.7% en 1998, un incremento relativo de 7% en diez años. Como es característico en las epidemias jóvenes, la prevalencia de tabaquismo es mayor en hombres que en mujeres; entre los varones fue de 38.3% en 1988 y 1993 y llegó a 42.9% en 1998, mientras que para las mujeres fue de 14.4% en 1988, 14.2% en 1993 y 16.3% en 1998 (Tapia, *et al*, 2000). Aunque las cifras son moderadas mantienen una tendencia a la alza.

Lo que muestra el potencial expansivo de la epidemia de tabaquismo es el crecimiento relativo del grupo de ado-

**Gráfica No. 1**  
Prevalencia de tabaquismo según sexo  
México, 1988, 1993, 1998



Fuente: SSA, Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998.

lescentes entre los fumadores, así mientras este grupo representaba 6.7% del total de fumadores en 1988, llegó a 8.7% en 1998. En este grupo además la diferencia hombre-mujer entre prevalencias es menor que entre los adultos. En 1998 16% de los varones y 7.4% de las mujeres entre 12 y 17 años fumaban, es decir 2.2 hombres por cada mujer; mientras que entre los adultos de 18 a 65 años, la prevalencia entre los varones fue 2.8 veces la de las mujeres (51.2% vs. 18.4%) (SSA, 2000).

Investigaciones realizadas en estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México (Berenzon, *et al*, 2000) muestran que la diferencia de consumo de cigarrillos entre hombres y mujeres es menor que la encontrada en las encuestas nacionales y las prevalencias son más altas. En 1997, 24.3% de los estudiantes varones y 19.6% de las mujeres habían fumado en el último mes.

Esto se confirma de alguna manera al comparar la edad de inicio del consumo entre los fumadores actuales en las distintas encuestas. La mayor parte de los fumadores iniciaron el consumo antes de los 18 años, sin embargo la importancia relativa de este grupo ha ido en aumento, pasando de 52.2% en 1988, a 56.8% en 1993 y a 61.3% en 1998 (SSA, 2000). De acuerdo con los datos de la encuesta de 1993, en promedio las mujeres inician el consumo un año más tarde que los hombres, (17.3 años para varones y 18.3 para mujeres) (SSA, 1994).

De seguir la respuesta buscada por la industria tabacalera, podría esperarse que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres siga creciendo aunque más lentamente, mientras que el crecimiento del tabaquismo en las mujeres sea

más rápido y eventualmente se reduzca la brecha entre los sexos.

Hasta ahora nos hemos ocupado de la exposición activa al humo del tabaco, sin embargo, en el caso de las mujeres tiene por ahora mayor importancia relativa la exposición involuntaria. La mayor parte de las mujeres son no fumadoras, pero entre 61% y 63% están expuestas involuntariamente al humo del tabaco (Tapia, *et al*, 2000). Esto significa, de acuerdo a la proporción de no fumadoras encontrada en las encuestas de adicciones, que más de la mitad de las mujeres entre 12 y 65 años estaban expuestas involuntariamente al humo del cigarrillo. La prevalencia de esta forma de exposición entre los varones es mucho menor (entre 37% y 39% de los no fumadores reportaron exposición involuntaria al tabaco).

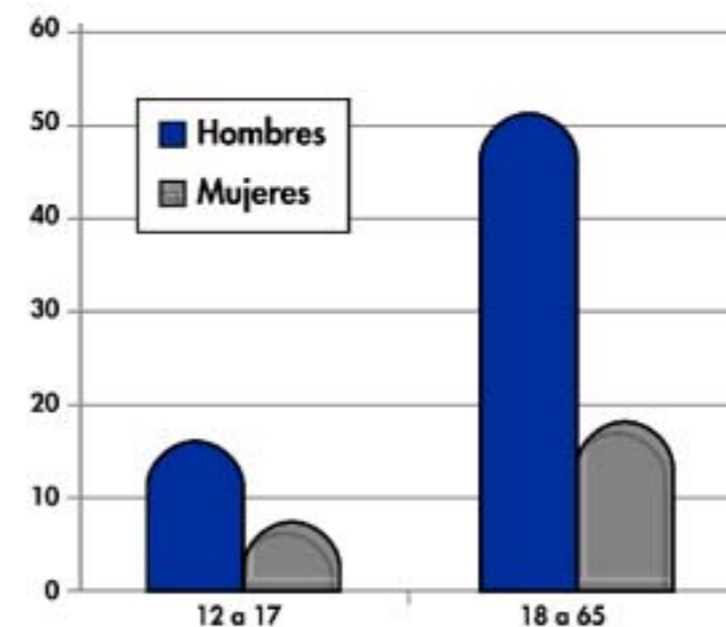
El principal sitio de exposición involuntaria al humo del tabaco fue la vivienda, seguida del trabajo; aquí la diferencia entre hombres y mujeres es notoria, para las mujeres el sitio más importante de este tipo de exposición es la vivienda con 83%, mientras que para los hombres sólo representa 60%, por su parte el trabajo es relativamente más importante como sitio de exposición pasiva al tabaco para los

varones (43%) que para las mujeres (18.5%) (SSA, 1994). Este asunto tiene gran importancia ya que las disposiciones destinadas a restringir o eliminar el consumo de tabaco en lugares públicos impactan en una proporción minoritaria la exposición involuntaria de las mujeres. A los fumadores (mayoritariamente hombres) la restricción progresiva de los sitios donde está permitido fumar les deja como alternativa casi única el consumo domiciliario. Dadas las relaciones de poder entre los géneros es muy poco probable que las mujeres demanden a sus parejas un ambiente libre de humo de tabaco en casa y menos aún que tengan éxito.

## IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA SALUD DE LA MUJER EN MÉXICO

El largo periodo de latencia entre el inicio del tabaquismo y la presencia de efectos graves sobre la salud (30 a 40 años), hace que el impacto de la epidemia de tabaquismo en la salud de las mujeres sea difícil de evaluar en este momento. Actualmente por ejemplo están disponibles los datos sobre defunciones ocurridas en 2001, la mayor parte de las defunciones asociadas al tabaco serán de personas que empezaron a fumar entre

**Gráfica No. 2**  
Prevalencia de tabaquismo según sexo y edad. México, 1988



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.

### Referencias Bibliográficas

- Berenzon S, Medina-Mora ME, Villatoro J (2000) *Encuestas en estudiantes*. En SSA: El Consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco), México, D.F., 61-64.
- Ernster VL (2001) *Impact of tobacco use on women's health*. En Sammet JM, Soon-Sammet JM, Soon-Young Y (eds) *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. WHO, Canada, 1-15.
- Fernández E, Schiaffino A, Borrás J (2002) *Epidemiología del tabaquismo en Europa*. Salud Pública México. 44(S1), S11-S19.
- Kuri P, Hoy MJ, Tapia R (2000) *Riesgos para la salud y beneficios del abandono*. En SSA: El Consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco), México, D.F., 89-97.
- Law MR, Morris JK, Wald NJ (1997) *Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence*. Br. Med J. 315, 973-80.
- Ramírez-Venegas A, Sansores R, Villalba-Caloca J (2000) *Costos para los servicios de salud por la atención de padecimientos*. En SSA: El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco), México, D.F., 99.
- SSA (2000) *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998: Tabaco*. En SSA: El Consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco), México, D.F., 177-201.
- SSA (1994) *Encuesta Nacional de Adicciones, 1993: Tabaco*. Secretaría de Salud, México, D.F.
- Tapia R, Cravioto P, Medina-Mora ME, Hoy MJ, Kuri P (2000) *Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998*. En SSA: El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco), México, D.F., 53-59.
- Tovar-Guzmán VJ, Barquera S, López-Antuñano FJ (2002) *Tendencias de la mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México*. Salud Pública México. 44(S1), S20-S28.
- US-Environmental Protection Agency (1992) *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders*. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- Valdés-Salgado R, Hernández-Ávila M, Sepúlveda J (2002) *El consumo de tabaco en la región Americana: elementos para un programa de acción*. Salud Pública México. 44(S1), S125-S135.
- World Health Organization (1999) *Discussion Paper, WHO International Conference on Tobacco and Health, Kobe-Making a Difference in Tobacco and Health*. World Health Organization, Geneva.



1961 y 1971, cuando apenas empezaba a crecer la participación de las mujeres en la epidemia.

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ha crecido de manera constante en los últimos 30 años en México, pasando de 11.9 defunciones por 100 mil habitantes en 1970 a 45 en 2001 un incremento de 278%. Esta causa de muerte sigue siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres y de acuerdo a la tendencia mostrada por las tasas específicas

pasando de 1.8 por 100 mil en 1970 a 6.34 en 2001. En un estudio sobre la mortalidad por cánceres asociados al tabaco en México entre 1980 y 1997 (Tovar-Guzmán, *et al*, 2002), se reportó un crecimiento de 87.1% en las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres durante el periodo, con un crecimiento anual de 3.8%; el crecimiento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre los hombres fue de 112% para el lapso de tiempo, con un crecimiento anual de 4.5%. Las tasas entre las mujeres siguen siendo considerablemente menores que las de los varones reflejando la diferencia en el consumo de tabaco en las cohortes de hombres y mujeres que están llegando a los 65 años y más.

Para 2001 las cuatro enfermedades más claramente asociadas al tabaquismo se encuentran entre las 20 principales causas de muerte en México, tanto para los hombres como para las mujeres. Las tasas ajustadas por edad son mayores para los hombres en las cuatro enfermedades.

Sin embargo, si la epidemia de tabaquismo sigue creciendo y la participación relativa de las mujeres aumenta como ocurrió en los países desarrollados, la morbilidad y mortalidad por éstas y otras enfermedades aumentarán en las mujeres y probablemente la brecha entre los géneros se reducirá. La evidencia que tenemos respecto al comportamiento del tabaquismo entre los jóvenes y en particular la reducción de la brecha entre hombres y

mujeres en adolescentes urbanos, apunta hacia esa dirección. Si las jóvenes que ahora tienen entre 13 y 17 años llegaran a tener patrones de consumo de tabaco similares a los de los hombres adultos, con prevalencias cercanas al 40%, muy probablemente veremos epidemias de enfermedad isquémica del corazón, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cerebrovascular en mujeres hacia 2030. Esto solamente tomando en consideración las cuatro causas más fuertemente asociadas al tabaquismo, aunque sin duda el aumento en el consumo de tabaco en las mujeres tendrá otros muchos efectos nocivos sobre su salud.

Con frecuencia se asocia el incremento en el consumo de tabaco por las mujeres con su avance social y económico, sin embargo la interpretación de la contemporaneidad en la incorporación de la mujer al mundo público y su adopción del tabaquismo no es simple. Desde el cine y los medios de comunicación hasta la publicidad directa de las tabacaleras “vendieron” durante décadas (quizás desde los años cuarenta o cincuenta, hasta hace muy poco tiempo) la imagen de la mujer fumadora como una mujer bella, sensual, exitosa y que cumplía con el estándar de belleza dominante. Las razones por las que las personas fuman son complejas, el papel de la publicidad y la declarada intención de las tabacaleras de conquistar grupos emergentes de población consumidora como los jóvenes y las mujeres debe ser estudiada y contrarrestada.

Durante los últimos años en México se ha logrado un avance muy importante en la implementación de políticas anti-tabaquismo con la prohibición del consumo en edificios públicos, la eliminación de la publicidad de medios masivos y el aumento del impuesto a los cigarrillos. Para disminuir la exposición de las mujeres al humo del tabaco, es necesario realizar campañas de contrapublicidad dirigidas a combatir las motivaciones por las que las mujeres jóvenes inician el consumo. Sería necesario también desarrollar una campaña enérgica de combate a la exposición involuntaria en los espacios privados ya que como se mencionó anteriormente el domicilio es lugar de exposición al humo del tabaco de la mayor parte las no fumadoras.

**Cuadro No. 2**

**Mortalidad por causas asociadas al tabaquismo según sexo**

México, 2001						
Causa de muerte	# orden	Tasa cruda cruda	Tasa ajustada	# orden	Tasa cruda	Tasa ajustada
Enfermedad isquémica del corazón	1	50.0	83.9	2	40.0	57.5
Enfermedad cerebrovascular	4	23.9	40.1	3	26.9	38.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7	18.1	21.3	5	13.5	13.7
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	11	8.8	15.2	17	3.9	6.0

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

de mortalidad, la brecha entre hombres y mujeres se ha mantenido relativamente constante hasta ahora (Kuri, *et al*, 2000).

En los últimos 30 años, la mortalidad por cáncer de pulmón ha crecido en 252%,





# Datos y Género

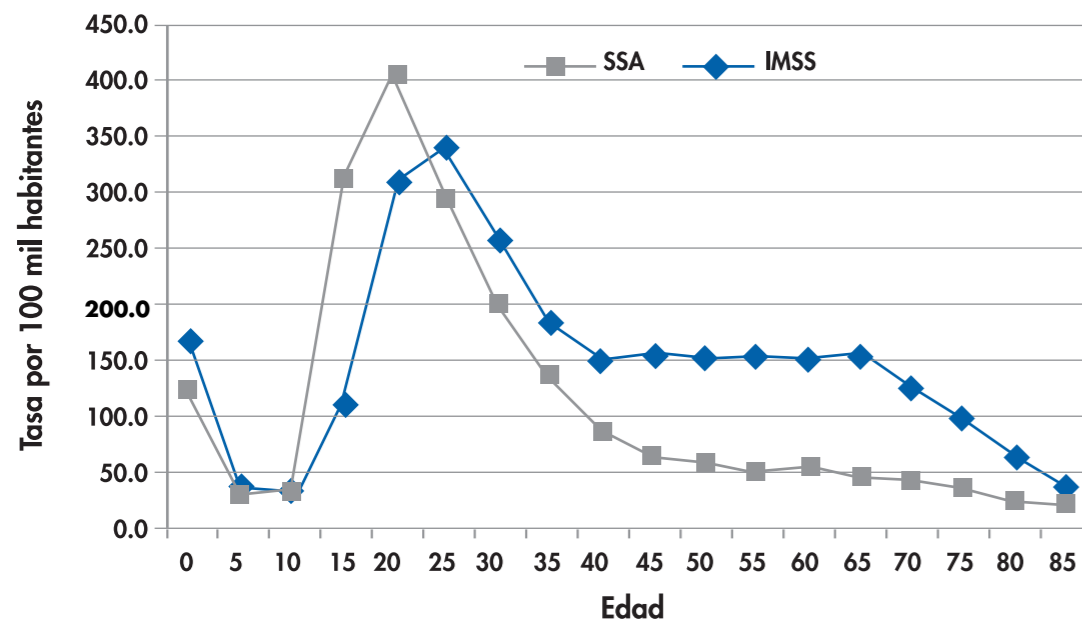
## EGRESOS HOSPITALARIOS DEL IMSS Y LA SSA DURANTE 2001

Los egresos hospitalarios representan una forma bastante fiel para conocer la demanda de atención médica de la población. Existen diferentes fuentes de datos para estudiar la demanda de servicios hospitalarios, siendo las más comunes, los registros administrativos y las encuestas.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, en México 7.8% de la población refirió haber utilizado el servicio hospitalario durante ese año. De ellos, una de cada cuatro personas acudieron a instituciones del sector privado y el resto a unidades del sector público, siendo la mayoría usuarios del IMSS (36%) y de la SSA (23%).

Gráfica No. 1

Egresos Hospitalarios en mujeres por grupo de edad e Institución, 2001



sexo, y las principales causas de egresos hospitalarios a nivel nacional por sexo e institución.<sup>1</sup>

Los registros hospitalarios muestran que los usuarios del IMSS acuden más a los hospitales que los usuarios de la SSA. Dos veces más los hombres y 1.35 veces más las mujeres y que prácticamente sucede a lo largo de todas las edades, excepto en los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años en los cuales hay más usuarias mujeres en la SSA que en el IMSS.

La composición de las causas de egresos hospitalarios sigue un patrón diferente en las dos instituciones. Por ejemplo, las mujeres que acuden al IMSS se internan con menor frecuencia por problemas asociados al embarazo, parto y puerperio, dos de cada cinco, mientras que en la SSA son dos de cada tres. En cambio, las usuarias del IMSS, se internan con más frecuencia por tumores malignos, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del sistema osteomuscular.

<sup>1</sup> Los egresos hospitalarios del IMSS corresponden a hospitales de segundo y tercer nivel, y los de la SSA a todos los hospitales del país excepto los Institutos Nacionales de Salud.

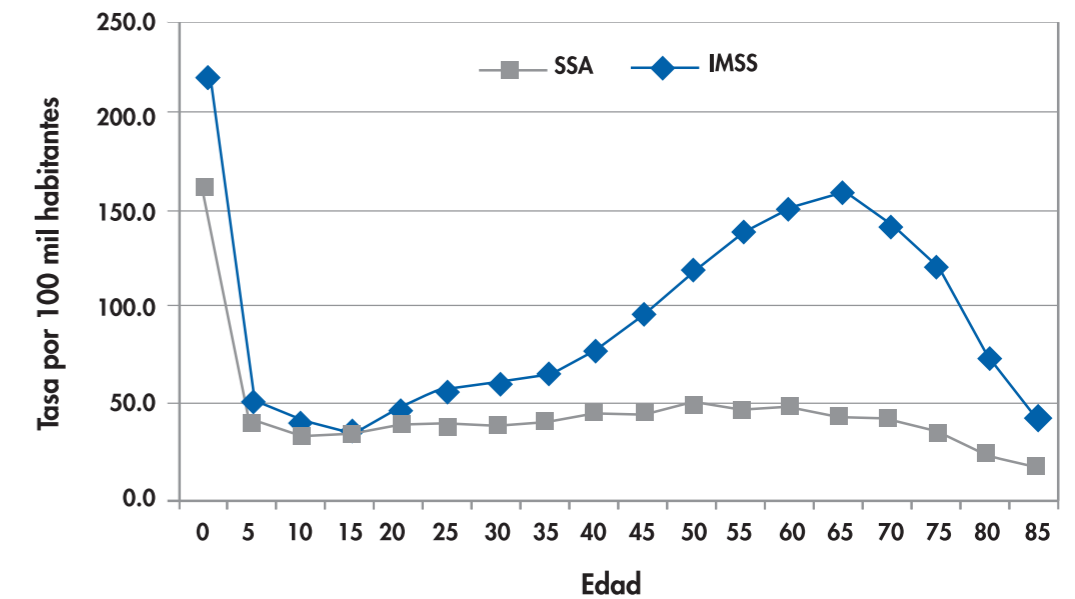
Por otra parte, los registros individuales de los egresos hospitalarios del IMSS y de la SSA nos brindan una información muy detallada con respecto a la causa por la que se utilizó el servicio, la edad y sexo de los usuarios.

A continuación se presentan dos cuadros y dos gráficas en los que se muestran las tasas de egresos (independientemente del motivo) en los hospitales de la SSA y del IMSS según grupos de edad y

Al analizar la tasa de egresos en cada una de las poblaciones por grupos de edad y sexo, se observa que la población derechohabiente del IMSS utiliza mucho más los servicios hospitalarios que la de la SSA y la diferencia es particularmente notoria después de los 40 años de edad, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfica No. 2

Egresos hospitalarios en hombres por grupo de edad e Institución, 2001



Cuadro No. 1

Egresos hospitalarios según causa principal de atención por institución  
Hombres

Causa principal de atención según la CIE-10	SSA		IMSS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21,488	5.7	27,661	4.1	49,149	4.7
Tumores (neoplasias)	12,421	3.3	42,265	6.3	54,686	5.2
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	2,541	0.7	5,902	0.9	8,443	0.8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	15,425	4.1	34,985	5.2	50,410	4.8
Trastornos mentales y del comportamiento	15,212	4.1	6,554	1.0	21,766	2.1
Enfermedades del sistema nervioso	5,691	1.5	11,303	1.7	16,994	1.6
Enfermedades del ojo y sus anexos	4,526	1.2	8,475	1.3	13,001	1.2
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	709	0.2	2,918	0.4	3,627	0.3
Enfermedades del sistema circulatorio	17,900	4.8	62,837	9.4	80,737	7.7
Enfermedades del sistema respiratorio	36,369	9.7	68,888	10.3	105,257	10.1
Enfermedades del sistema digestivo	57,238	15.3	95,505	14.2	152,743	14.6
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6,956	1.9	11,164	1.7	18,120	1.7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	6,340	1.7	30,187	4.5	36,527	3.5
Enfermedades del sistema genitourinario	27,607	7.4	70,912	10.6	98,519	9.4
Embarazo, parto y puerperio	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	37,762	10.1	51,383	7.7	89,145	8.5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10,258	2.7	16,505	2.5	26,763	2.6
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6,609	1.8	16,898	2.5	23,507	2.2
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	84,703	22.6	86,776	12.9	171,479	16.4
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	5,021	1.3	19,942	3.0	24,963	2.4
<b>Total</b>	<b>374,776</b>	<b>100</b>	<b>671,060</b>	<b>100</b>	<b>1,045,836</b>	<b>100</b>

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. SAEH 2001  
IMSS. Sistema Único de Información SUI-13 2001



# PARA DESCIFRAR

**Cuadro No. 2**

Egresos hospitalarios según causa principal de atención por institución  
Mujeres

Causa principal de atención según la CIE-10	SSA		IMSS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	18,313	1.7	23,277	1.9	41,590	1.8
Tumores (neoplasias)	33,788	3.2	83,932	6.7	11,7720	5.1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	3,183	0.3	6,549	0.5	9,732	0.4
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	21,468	2.0	45,361	3.6	66,829	2.9
Trastornos mentales y del comportamiento	8,055	0.8	6,832	0.5	14,887	0.6
Enfermedades del sistema nervioso	5,000	0.5	12,151	1.0	17,151	0.7
Enfermedades del ojo y sus anexos	5,393	0.5	8,115	0.6	13,508	0.6
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	956	0.1	3,784	0.3	4,740	0.2
Enfermedades del sistema circulatorio	20,234	1.9	62,222	5.0	82,456	3.6
Enfermedades del sistema respiratorio	31,243	3.0	57,503	4.6	88,746	3.8
Enfermedades del sistema digestivo	67,070	6.4	123,456	9.8	190,526	8.2
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6,486	0.6	10,212	0.8	16,698	0.7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	7,040	0.7	31,648	2.5	38,688	1.7
Enfermedades del sistema genitourinario	44,372	4.2	115,167	9.2	159,539	6.9
Embarazo, parto y puerperio	678,737	64.4	506,197	40.3	1,184,934	51.3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	29,846	2.8	40,781	3.2	70,627	3.1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,619	0.7	14,215	1.1	21,834	0.9
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	7,790	0.7	17,776	1.4	25,566	1.1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	40,645	3.9	52,514	4.2	93,159	4.0
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	16,933	1.6	33,759	2.7	50,692	2.2
<b>Total</b>	<b>1,054,171</b>	<b>100</b>	<b>1,255,451</b>	<b>100</b>	<b>2,309,622</b>	<b>100</b>

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. SAEH 2001  
IMSS. Sistema Único de Información SUI-13 2001

## ADICIONES

Defunciones anuales asociadas al humo del tabaco: <sup>1</sup>	40 mil
Porcentaje de varones que fuman: <sup>2</sup>	42.9
Porcentaje de mujeres que fuman: <sup>2</sup>	16.3
Mujeres expuestas al humo del tabaco por cada hombre expuesto: <sup>2</sup>	1.5
Hombres por cada mujer que han consumido drogas ilegales en 1993: <sup>2</sup>	9
Hombres por cada mujer que han consumido drogas ilegales en 1998: <sup>2</sup>	13
Incremento porcentual de 1993 a 1998 de hombres que reportaron usar drogas ilícitas alguna vez: <sup>2</sup>	50
Incremento porcentual de 1993 a 1998 de mujeres que reportaron usar drogas ilícitas alguna vez: <sup>2</sup>	15
Porcentaje de varones que consumen alcohol una o más veces a la semana: <sup>2</sup>	33.8%
Porcentaje de mujeres que consumen alcohol una o más veces a la semana: <sup>2</sup>	6.3%
Porcentaje de casos de violencia hacia mujeres por parte de su pareja donde el alcohol estuvo involucrado: <sup>2</sup>	60 %

## USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Del total de población usuaria de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social en México (IMSS, ISSSTE, PEMEX; SDN; SM y filiales estatales) el 51.9% lo constituyen mujeres y el 48.1% hombres.<sup>3</sup>

Según el Censo del 2000, del total de población no derechohabiente a servicios de salud, el 50.8% lo constituyeron mujeres y el 49.2% hombres.<sup>3</sup>

En los servicios médicos para población abierta (SSA e IMSS Solidaridad) las usuarias mujeres constituyen el 26.9% y el 26.8% hombres.<sup>4</sup>

Del total de mujeres usuarias de los servicios de salud, el 39.3% asisten a la seguridad social, el 33.7% a los servicios médicos privados y el 27.0% a los servicios de salud de población abierta.<sup>4</sup>

El grupo de mujeres entre las edades de 15 a 64 años, constituye la mayor proporción de usuarias de servicios de salud, 61.9% contra el 59.3% de hombres en esas mismas edades.<sup>4</sup>

El grupo de mujeres de 65 años y más es el mayor usuario por género de los servicios otorgados por la seguridad social con un 45.8% seguido por el grupo de 15 a 64 años con un 41.0%.<sup>4</sup>

El grupo de mujeres de 15 a 64 años es el mayor usuario por género de los servicios médicos privados con un 34.6%, seguido con una mínima diferencia por el grupo de 65 años y más con un 34.5%.<sup>4</sup>

1 SSA-Conadic, 2000

2 Encuesta Nacional de Adiciones, SSA, 1998

3 INEGI. XII. Censo general de población y vivienda, 2000

4 INEGI/Inmujeres. Mujeres y hombres en México 2003



# NOTIGÉNERO

## DIPLOMADO

“ANTROPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA:  
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS”

Del 4 de abril al 10 de octubre de 2003, en la ciudad de México.  
Convocan UNAM, INAH, Inmujeres, PROMSA y SSA. Dirigido a funcionarios con decisión política u operativa, investigadores, académicos y estudiantes de postgrado.

Más información en los teléfonos: 5616 2058 y 56160797,  
y en: [dipvi03@hotmail.com](mailto:dipvi03@hotmail.com)

## CONGRESO

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN LA HISTORIA DE LA MUJER (IFRWH), Universidad Queen's Belfast, Irlanda del Norte. Se discutirá, entre otros temas, el impacto de las definiciones mudables de la familia sobre la vida de la mujer, políticas públicas sobre la mujer y la sexualidad, la función económica de la familia y la contribución de la mujer, percepciones de la sexualidad de la mujer y su rol en la familia entre códigos y prácticas legales y religiosas.

Más información en Tel.: 028 9024 5133, Fax: 028 9031 4611

## CONFERENCIA

“TERCERA CONFERENCIA NACIONAL  
POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS”

Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México.  
Del 21 al 23 de julio de 2003, en la ciudad de México.  
Más información en el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Cuauhtémoc 176, Tepepan, Xochimilco, C.P. 16020, México, D.F., Tel.: 5676 4439, Fax: 5676 4892,  
*e-mail: imesmsr@infosel.net.mx*

## CONFERENCIA

“SENSIBILIZANDO A LOS HOMBRES PARA MEJORAR  
LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL PARA TODOS”

Del 15 al 18 de septiembre de 2003, en Virginia, Estados Unidos.  
Tres días de conferencia internacional sobre el estado del arte en la construcción de programas que incluyen la concientización del género masculino en la salud sexual y reproductiva. Los trabajos se reciben hasta el lunes 10 de marzo de 2003.

Más información con Rebeca Quiroga en: [rquiroga@path-dc.org](mailto:rquiroga@path-dc.org)

## CONFERENCIA

“LA PARTERÍA HOY, HONRANDO LA PARTERÍA  
TRADICIONAL EN LAS AMÉRICAS”

Del 24 al 28 de septiembre de 2003, en Oaxaca, México.  
Más información en:  
<http://www.midwiferytoday.com/enews/enews0509.asp>

## SIMPOSIO

“SALUD REPRODUCTIVA EN EDADES EXTREMAS  
DE LA VIDA DE LA MUJER”

Del 16 al 18 de octubre de 2003, en Varadero, Cuba.  
Más información en: <http://www.mujerysalud.gob.mx>

## CONVOCATORIA

El Área Historia y Cultura en México de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, el Centro de Estudios de Género y Colegio de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, el Programa Universitario de Estudios de Género y Centro de Estudios e Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, y el Centro Nacional de

las Artes del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, convocan a la comunidad académica interesada en la reflexión en torno al cuerpo, para aportar ideas y conocimientos a la discusión sobre su análisis, representación, trato, manejo, uso, abuso y disfrute. Centro Nacional de las Artes, México, D.F., del 28 al 31 de octubre de 2003. Más información en:  
<http://nostromo.uam.mx/deptos/huma/congreso.htm>  
[cuerpodescifrado@yahoo.com](mailto:cuerpodescifrado@yahoo.com)

## TALLER

“LA MUJER EN EL SIGLO XX”

Del 17 al 21 de noviembre de 2003, en La Habana, Cuba.  
El taller tiene como propósito general el intercambio, actualización y evaluación del quehacer académico sobre género, feminismo y estudios de mujeres.  
Más información con Norma Vasallo Barrueta o Yolanda Cué en: [cmujer@psico.uh.cu](mailto:cmujer@psico.uh.cu)

## CURSO

“GÉNERO Y SALUD”

El Programa de Verano del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, ofrece este curso organizado por Salud y Género, A.C. y el Programa Mujer y Salud.  
Está dirigido a personas que trabajan en este campo, con nivel mínimo de licenciatura.  
Más información en: <http://www.insp.mx/verano.html>



60

de servir a México  
1943 - 2003

  
Contigo  
es posible



SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA  
MUJER Y  
SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE  
INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN  
DEL DESEMPEÑO

