



PROYECTO

**“DETECCIÓN DE LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD EN REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE
SALUD
PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO”**

INFORME FINAL

**PATRICIA NOEMI VARGAS BECERRA
COORDINADORA**



Se agradece la colaboración de la Act. Edith Yolanda Gutiérrez Vázquez quien apoyó en la transcripción de las grabaciones de las ponencias de la Reunión Interinstitucional: “Detección de las áreas de oportunidad en los registros administrativos en salud para la incorporación de la perspectiva de género” y en la edición del presente informe.

CONTENIDO

Los registros administrativos de salud como herramienta para las políticas públicas de género	
Gabriela Villarreal Levy	4
Necesidades y oportunidades de los registros administrativos sobre salud para su explotación desde el enfoque de género	
Rita Velázquez Lerma	24
Género, información y políticas de salud	
Aurora del Río Zolezzi	35
Información en salud con una perspectiva de género	
Juan Germán Celis	46
Equidad de género en salud. Las necesidades de información en los registros administrativos en salud.	
Ma. Eugenia Medina Domínguez	49
Panorama de la mortalidad diferencial por sexo en los últimos veinticinco años en México	
Juan Enrique García	54
Indicadores para el estudio de la salud femenina	
Rosario Cárdenas Elizalde	91
Las asignaturas pendientes del registro de nacimientos y defunciones	
Beatriz Figueroa	98
Algunas reflexiones y recomendaciones sobre la necesidad de realizar modificaciones a las fuentes de información del sector salud, particularmente en los registros administrativos	
Ma. de la Paz López	116

El futuro de los registros administrativos en salud	
Patricia Fernández Ham	.121
 Áreas de oportunidad en los registros administrativos en salud. Una agenda pendiente desde la perspectiva de género	
Patricia Noemi Vargas Becerra	.128

LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE SALUD COMO HERRAMIENTA PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE GÉNERO

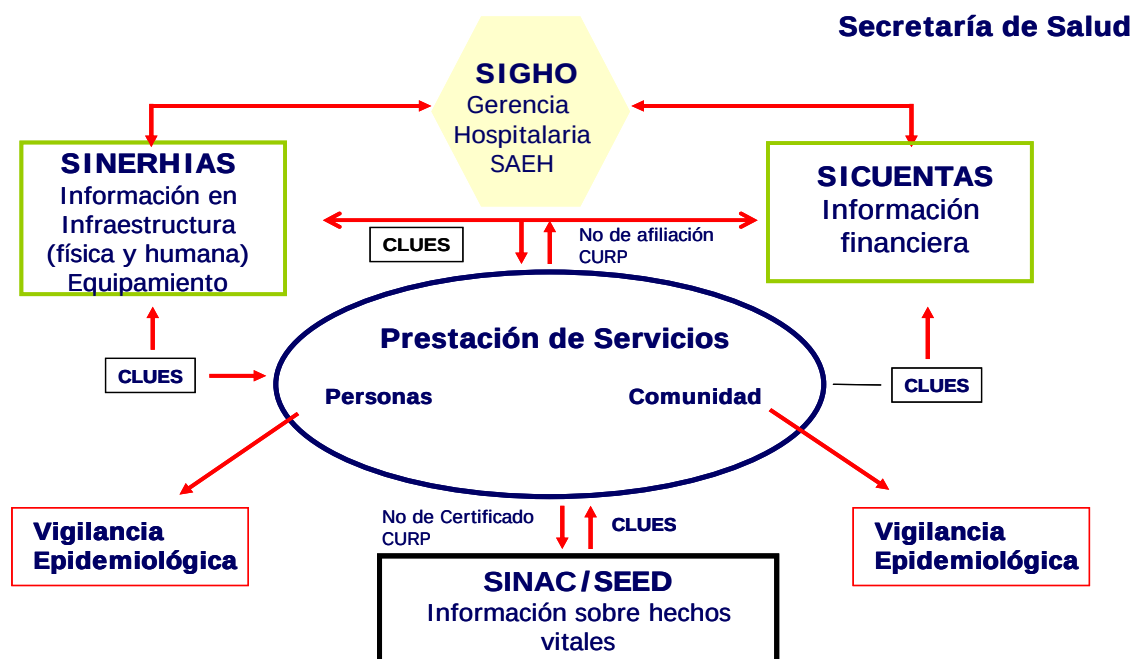
Gabriela Villarreal Levy.
Directora General de Información en Salud.
Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud cuenta con un sistema integrado de información en salud cuyos datos provienen principalmente de los registros rutinarios, que son las que contienen en su base a la población (registros hospitalarios, de servicios ambulatorios, registros administrativos, entre otros); y de los registros no rutinarios (encuestas en unidades médicas, cuentas en salud, etc.).

Este sistemas de información: Subsistema de Nacimientos (SINAC), Subsistema de Evaluación sobre Prestación de Servicios, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), el Subsistema Epidemiológico Estadístico de las Defunciones (SEED), Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la atención de la Salud, y el Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) (Ver cuadro 1).

Cuadro 1

Sistema Integrado de Información en Salud



El subsistema de registros de nacimientos (SINAC) que se constituye como un instrumento de registro de los nacimientos a través de un certificado que, hoy por hoy, nos hemos esforzado por mejorar en cuanto a calidad se refiere impartiendo continuamente capacitación de llenado. A través de este sistema podemos obtener una estadística real de los nacimientos, que trata de evitar el subregistro y la duplicación.

Las dimensiones que trata de cubrir el SINAC son las siguientes:

- Contar con un instrumento homogéneo para el registro inmediato de los nacimientos
- Identidad legal a las personas
- Protección a los niños del robo de infantes y del comercio sexual
- Registro extemporáneo y el subregistro
- Contar con una estadística real y fidedigna del número de nacimientos que ocurren en el país
- Aportar elementos para la evaluación de programas de salud materno-infantil
- Tener un mejor registro y conocimiento de aspectos epidemiológicos de los nacidos vivos
- Planeación de los servicios sustentada en cifras confiables salud

El subsistema de registro sobre prestaciones de servicios, es piedra angular del sistema integrado de información en salud porque en él descansa parte de la certidumbre de la Reforma del Sistema de Salud en México, en el se concentra información relativa a las siguientes dimensiones:

- Consulta Externa y Hospital
- Fuera de Unidad
- Psiquiátrico
- Rabia animal
- Leishmaniasis
- Tripanosomiasis
- Oncocercosis
- Transfusión Sanguínea
- Laboratorio
- Control analítico y ampliación de cobertura
- VIH/SIDA

- Participación municipal
- Salud reproductiva
- Salud de la infancia y adolescencia

En este subsistema se incluye información de las 12051 unidades de consulta externa, 524 hospitales, 234 jurisdicciones y 32 servicios estatales. Este subsistema tiene una cobertura muy amplia. Por supuesto, hay que reconocer la existencia de problemas de subregistro en los diferentes campos que abarca.

El subsistema automatizado de Egresos hospitalarios (SAEH) se vincula estrechamente con la historia clínica, diagnóstico y tratamiento, costo precio de los servicios, inventarios, nóminas, asistencia, calidad y satisfacción, afección principal, condición al egreso, servicios de urgencias, patrones de prescripción, cirugías diferidas, mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, pérdidas en los almacenes, infecciones nosocomiales, cesáreas programadas y de urgencia, causas del ausentismo laboral, lesiones y violencia. En esta área se cuenta con 565 Unidades hospitalarias, 2.1 MM de registros (hasta el 2006) y 10 años de experiencia, y se incluye género siempre que es posible.

El Subsistema epidemiológico, estadístico de las defunciones (SEED), es en el que se sistematiza la información relativa a las muertes. A partir del 2004 se implementan nuevos procedimientos de calidad, a través de un mayor número de candados para asegurar una mejor calidad de la información y se adoptó una apariencia parecida al certificado para que no haya problemas con la captura. En esta sección un área de oportunidad es la que se refiere al tiempo de cumplimiento de los plazos de registro y sobretodo existen muchos problemas en el rubro del registro de las causas de muerte, por esto debemos trabajar aun mas en la capacitación del llenado de los certificados.

Nuestras áreas de oportunidad en este subsistema son:

- La captura de todas las variables del certificado:
 - Informante
 - Datos del certificante
 - Todas las causas de defunción escritas en los CDs
- Verificar la oportunidad con que se cumplen los plazos entre:
 - Defunción y Certificación
 - Certificación y Registro
 - Registro y Captura (codificación)
- Calidad de la información
 - Quien informa

- Análisis de Causa múltiple
- Rectificación y ratificación de causas sujetas a vigilancia epidemiológica
- Muertes accidentales y violentas
- Búsqueda intencionada de muertes maternas e infantiles

Tanto el sistema de recursos como el de cuentas no están aplicados a género dado su carácter monetario y de recursos, y se componen de la siguiente manera:

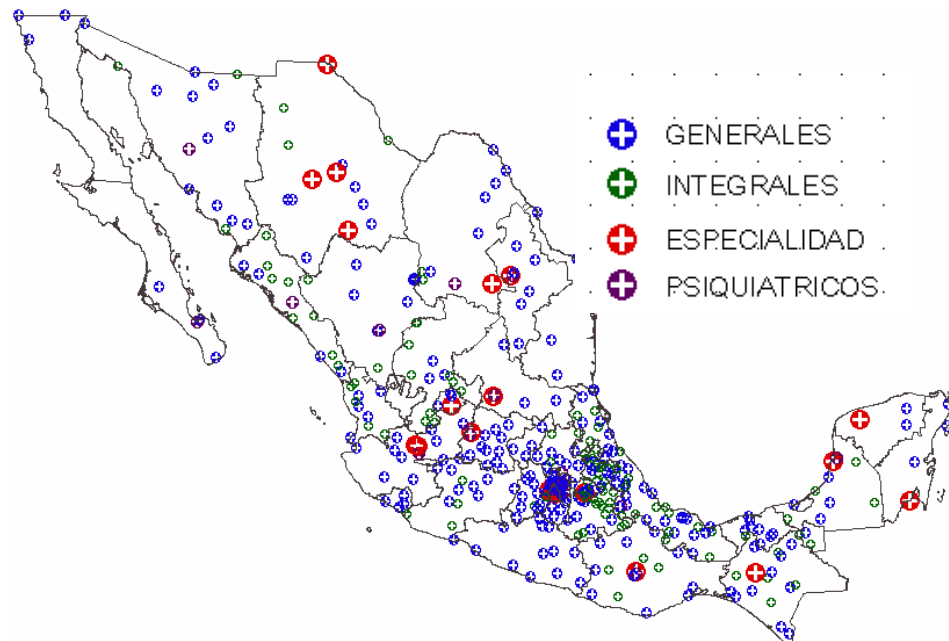
Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la atención de la Salud:

Dimensiones:

- Recursos humanos captura información no solo de plazas ocupadas
 - Sexo del médico/prestador de servicios
 - Tipo de contrato laboral, Antigüedad
 - Última capacitación
 - Horario de servicio
 - Especialidad y actividad
- Equipamiento
 - Servicio que prestan
 - Marca
 - Fecha de adquisición, fecha de último mantenimiento
- Obras en proceso
 - Tipo de obra
 - Ubicación geográfica
 - Avance físico y financiero y costo
 - Fecha de inicio, termino e inauguración
- Infraestructura

Como producto de la información de este subsistema podemos contar con información georeferenciada de la distribución de las unidades médicas en nuestro país según tipo (Véase el mapa).

DISTRIBUCION DE UNIDADES MÉDICAS POR TIPO EN LA REPÚBLICA MEXICANA



El Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) cubre las siguientes dimensiones:

- Gasto total en salud por entidad federativa
- Composición del gasto
- Destino del gasto
- Recursos financieros para la salud mostrando la asignación estatal de los fondos federales
- Desequilibrios financieros
- Seguimiento del destino del gasto y como herramienta para negociar la asignación de recursos

En 2005 el Gasto en Salud fue de 526 MMDP, de estos el 47% se asignó al sector público y el 53% al sector privado (véase Esquema 1).

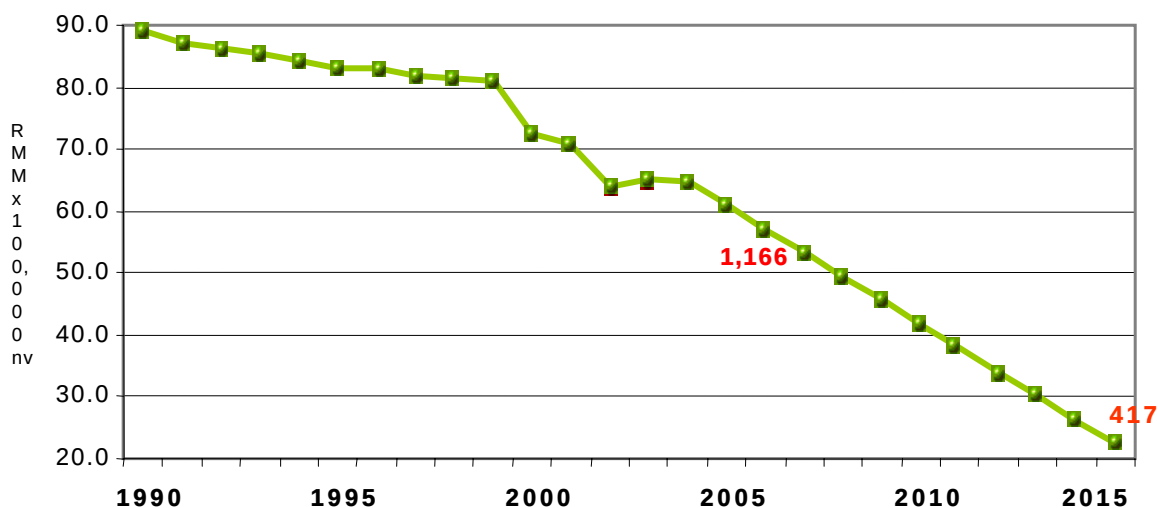
Esquema 1.
Gasto del Sistema Nacional de Salud, 2005
Millones de pesos



Uso de la información del Sistema Integrado en Salud con enfoque de género

En lo que respecta a mortalidad materna y fetal hemos tratado de implementar varias mejoras, en la gráfica 1 se muestra como poco a poco la mortalidad materna ha ido disminuyendo considerablemente. Se tiene una proyección de 417 esperada para el 2015 y actualmente se tiene en el 2006 un registro de 1166; esta es una prioridad pues estamos conscientes de que somos los más indicados para detectar causas e implementar medidas para la disminución de este tipo de muertes, por ello llevamos a cabo una búsqueda intencionada de este tipo de muertes, para hacer evidentes los problemas relacionados con el acceso y la calidad de atención a las mujeres en edad fértil, así como las muertes infantiles en las que implementamos la búsqueda intencional con la finalidad de evidenciar las grandes diferencias entre las oportunidades de atención y las causas de muerte con enfoque de género.

Gráfica 1
Razón de mortalidad materna
México 1990-2006 y meta a 2015



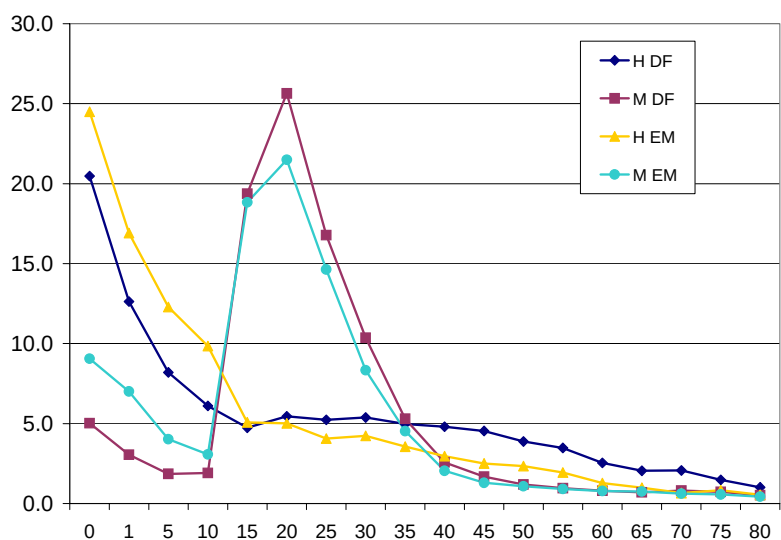
En otro ejemplo de análisis de información desglosado por sexo, lo tenemos al analizar en el estado de México y el Distrito Federal tanto a nivel de los servicio de salud a nivel general como de los institutos nacionales de salud en donde las causas atención de las enfermedad encontramos que entre las principales causas de atención de mujeres se encuentran las de maternidad, seguidas de causas digestivas y fracturas. En cuanto a la utilización de los servicios de salud se muestra que las mujeres en edad reproductiva las que en mayores proporciones utilizan los servicios (véase Gráficos 2, 3, 4 y 5, y Cuadros 2 y 3).

Cuadro 2
Causas de utilización de los
servicios de salud del área metropolitana del D. F.

Mujeres			Hombres		
Grupo de causas	DF %	EdoMex %	Grupo de causas	DF %	EdoMex %
Causas maternas	71.3	61.9	Enfermedades digestivas	17.5	15.6
Enfermedades digestivas	6.6	7.4	Fracturas	12.1	16.4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2.9	3.7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	11.4	9.3
Enfermedades del sistema genito urinario	2.6	2.8	Traumatismos	8.8	9.0
Fracturas	1.9	4.1	Infecciones respiratorias	6.8	9.0
Total (miles)	71.6	15.5	Total (miles)	24.8	8.8

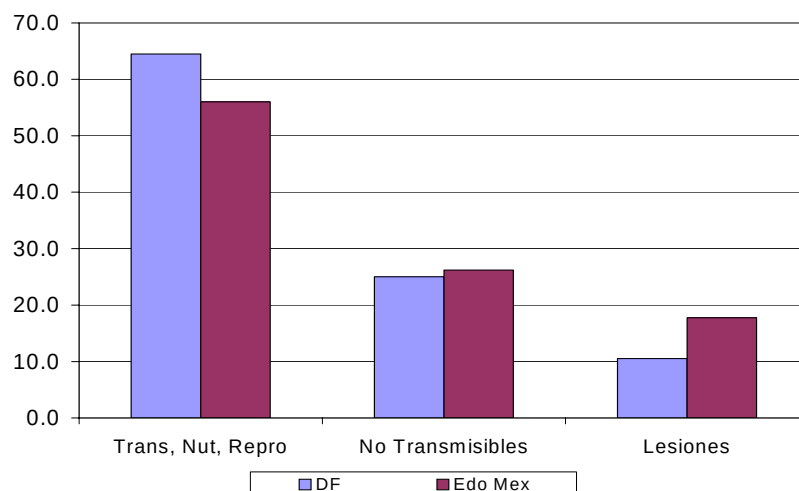
Fuente: Secretaría de Salud. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios,

Gráfico 2
Utilización de los servicios de salud por grupos de edad y sexo
en el Distrito Federal y el Estado de México



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Gráfico 3
Utilización de los Servicios de Salud en el D.F. y el Edo. Mex.
Distribución por Tipo de Enfermedad.



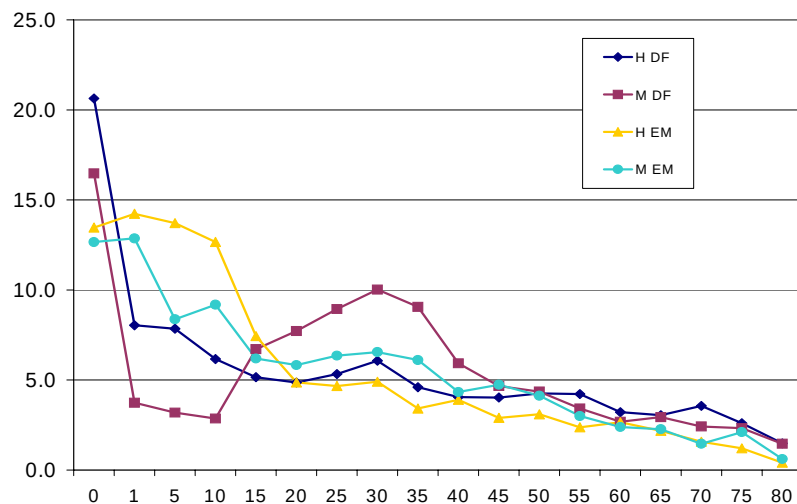
Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Cuadro 3
Institutos Nacionales de Salud
Causas de utilización de Servicios de Salud

Mujeres			Hombres		
Grupo de causas	DF %	EdoMex %	Grupo de causas	DF %	EdoMex %
Causas maternas	30.1	14.5	Tumores malignos	17.4	12.9
Tumores malignos	13.4	9.5	Fracturas	11.4	14.6
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8.6	3.8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10.1	4.6
Enfermedades del sistema músculo esquelético	6.8	11.0	Enfermedades respiratorias	9.1	12.8
Enfermedades respiratorias	6.0	11.1	Enfermedades digestivas	7.5	3.2
Enfermedades del sistema genito urinario	5.2	3.6	Enfermedades del sistema músculo esquelético	7.4	7.7
Enfermedades digestivas	4.7	2.2	Anomalías congénitas	6.1	11.3
Total (miles)	12.8	2.3	Total (miles)	7.1	2.4

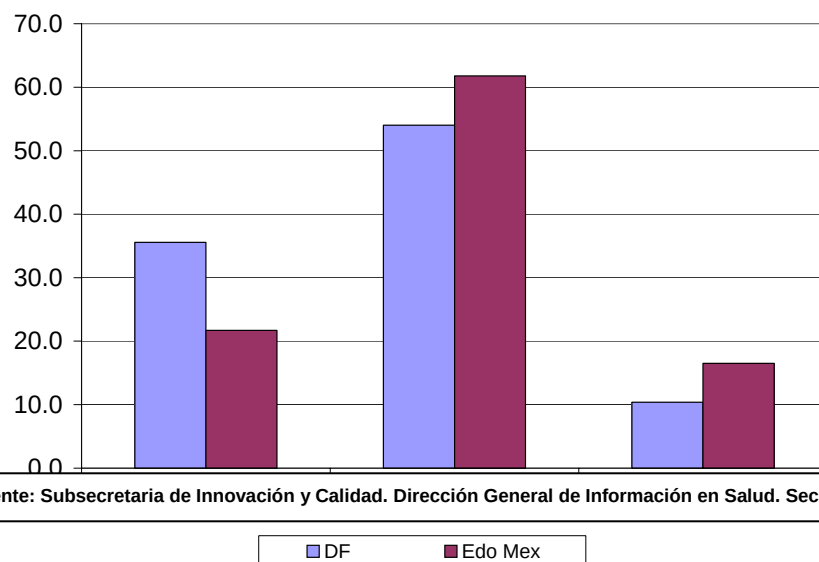
Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Gráfico 4
Utilización de los servicios de salud en los
Institutos Nacionales de Salud por sexo



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Gráfico 5
Utilización de los servicios de salud en los
Institutos Nacionales de Salud
Distribución por Tipo de Enfermedad.



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Toda la información anteriormente presentada refleja una parte de la situación de la población en materia de salud y enfermedad y tiene usos potenciales para orientar la respuesta dada por parte del sistema de salud para “producir salud”. Además de que nos puede ayudar a mostrar cuales son los determinantes de la salud, qué genera y cómo funciona el sistema de información, que existe y que se puede hacer en cuanto a infraestructura. Asimismo, nos puede servir de base para tomar decisiones encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población y nos apoya para dirigir las mejoras posibles en el manejo administrativo de los servicios. De igual forma es útil para dirigir la forma más adecuada de reasignar los recursos, nos ayuda a estudiar la capacidad resolutive (productividad) y a mejorar la calidad de los servicios proporcionados, auxilia en la rendición de cuentas y orienta la toma de decisiones en salud, además de que promueve la cultura por mejorar la medición.

Actualmente la Secretaria de Salud describe las condiciones de salud de una población empleando tres variables fundamentales:

- Tiempo, lugar y persona

El análisis de las condiciones de salud de una población con perspectiva de género, no solo considera la descripción de las variables mencionadas, sino que busca explicar las razones de la variabilidad de dichas condiciones en las personas.

La medición de las condiciones de salud de una población es el punto de partida de la planeación de los servicios de salud, pero a la vez muestran el impacto de las políticas públicas. El Impacto en la Salud se mide de la siguiente forma:

1. Tradicionalmente el impacto en salud se ha medido de manera negativa
2. Estas se miden a través de contar el número de enfermos o de muertes
3. También se puede conocer el impacto a través de la percepción que la población tiene de su estado de salud
4. Mediante la medición de las ganancias en salud. ¿Cuántos de los que necesitaban recuperar su salud, realmente lo lograron?

Así, dependiendo del indicador seleccionado se ordenan las prioridades de manera diferente. Hay mediciones simples y mediciones de resumen que ofrecen dimensiones diferentes de las pérdidas de salud

Como ejemplo de lo anterior, tenemos otros tipos de análisis que podemos realizar, la fecha de mortalidad de hombres y mujeres y como difieren, para presentar información en conjunto y poder determinar realmente la situación actual de salud con perspectiva de género.

Por otro lado tenemos los factores de riesgo mas importantes asociados a causas de muerte y vemos que por factores el mas alto es la glucosa elevada en un 70% Cardiopatías en un 22% y enfermedades cerebro vasculares en un 8% (Cuadro 4, Gráficos 6 y 7).

Cuadro 4
¿De qué mueren las mujeres y los hombres en México?

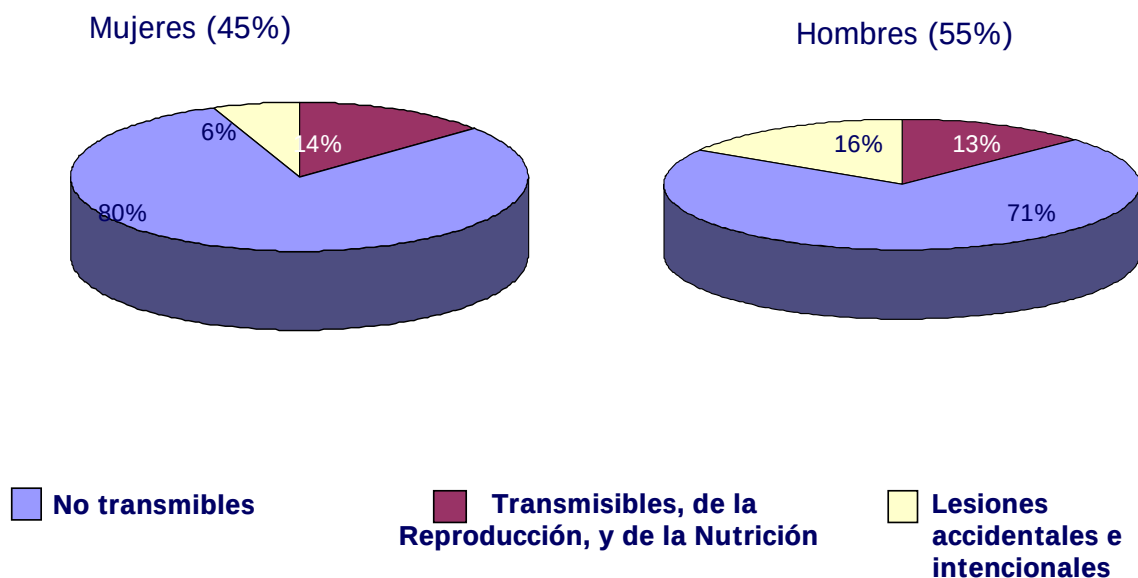
	Hombres	274,091	Mujeres	220,240
1	Diabetes mellitus	61.8	Diabetes mellitus	68.8
2	Cardiopatía Isquémica	58.3	Cardiopatía Isquémica	44.6
3	Cirrosis y otras enf hígado	39.3	Enfermedad cerebrovascular	26.8
4	Enf. cerebrovascular	25.4	Enf. Pulmonar Obst. Crónica	15.6
5	Enf. Pulmonar Obst. Crónica	21.0	Cardiopatía Hipertensiva	13.8
6	Homicidios	17.7	Infec. respiratorias agudas bajas	13.1
7	Acc. de vehículo de motor (transito)	17.4	Cirrosis y otras enf hígado	12.1
8	Infec. respiratorias agudas bajas	15.9	Nefritis y nefrosis	10.2
9	Nefritis y nefrosis	12.1	Cáncer de Mama	8.4
10	Cardiopatía Hipertensiva	10.7	Cáncer del cuello del útero	7.8
11	Asfixia y trauma al nacimiento	10.0	Desnutrición calórico proteica	7.7
12	Cáncer de la próstata	9.4	Asfixia y trauma al nacimiento	7.1
13	CA de tráquea, bronquios y pulmón	9.4	Cáncer del hígado	5.2
14	Peatón lesionado por vehic. de motor	8.1	Acc. de vehículo de motor (transito)	4.8
15	VIH/SIDA	7.8	Cáncer del estómago	4.7

Fuentes: INEGI, SSA, 2006; CONAPO, 2002

Tasa por 100,000 hab.

Gráfica 6

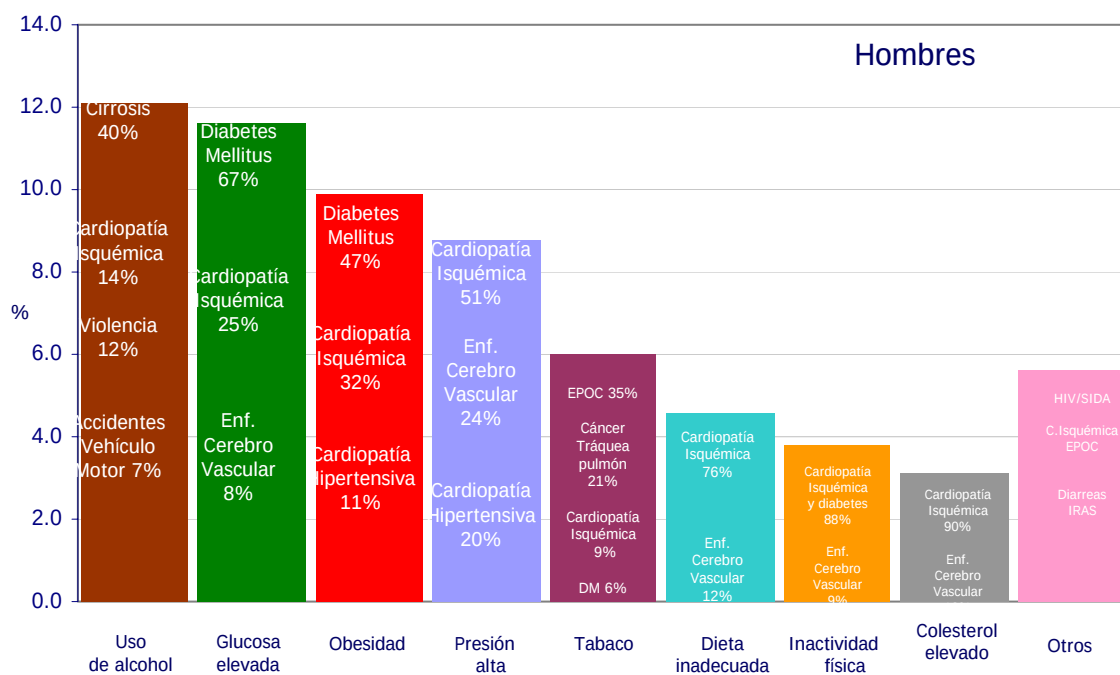
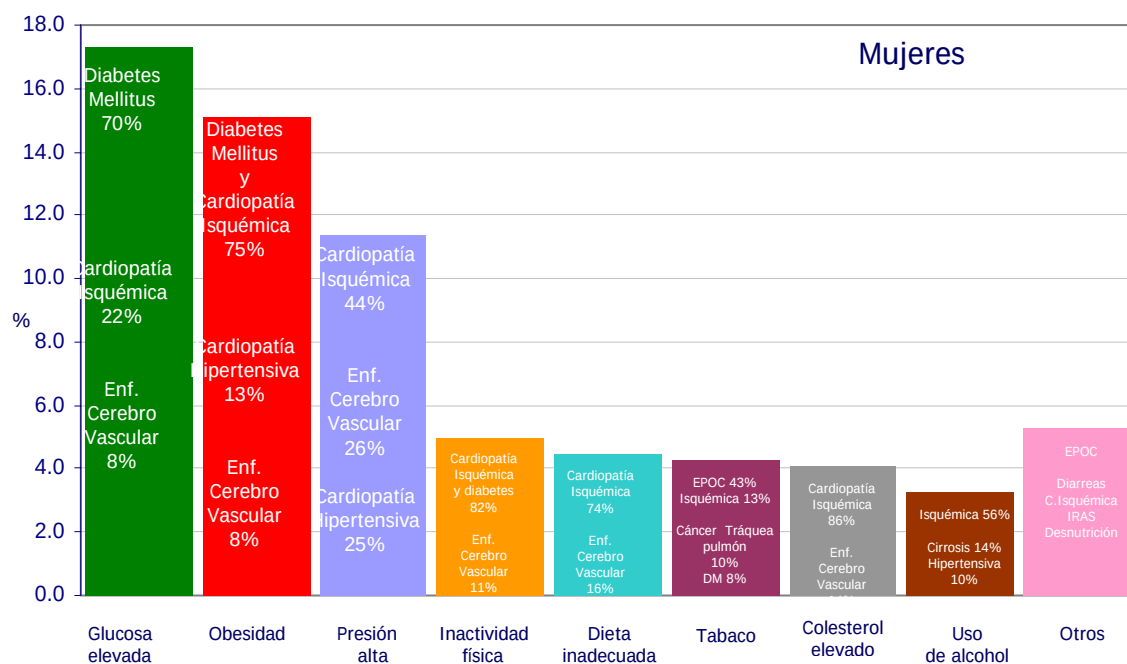
Distribución de las defunciones por sexo y grandes grupos de causas. México 2006



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Asimismo, al analizar los factores de riesgo asociados a las causas de muerte se puede mencionar por ejemplo que en el caso de las mujeres, la obesidad esta relacionada con la Diabetes Mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedad cardiaca hipertensiva, y el cáncer de mama y de endometrio. Para los hombres, el uso del alcohol se relaciona con la cirrosis hepática, las lesiones accidentales e intencionales, los problemas de salud mental y la cardiopatía isquémica (Ver gráfica 7).

Gráfica 7
Factores de riesgo asociados a las causas de muerte por sexo



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

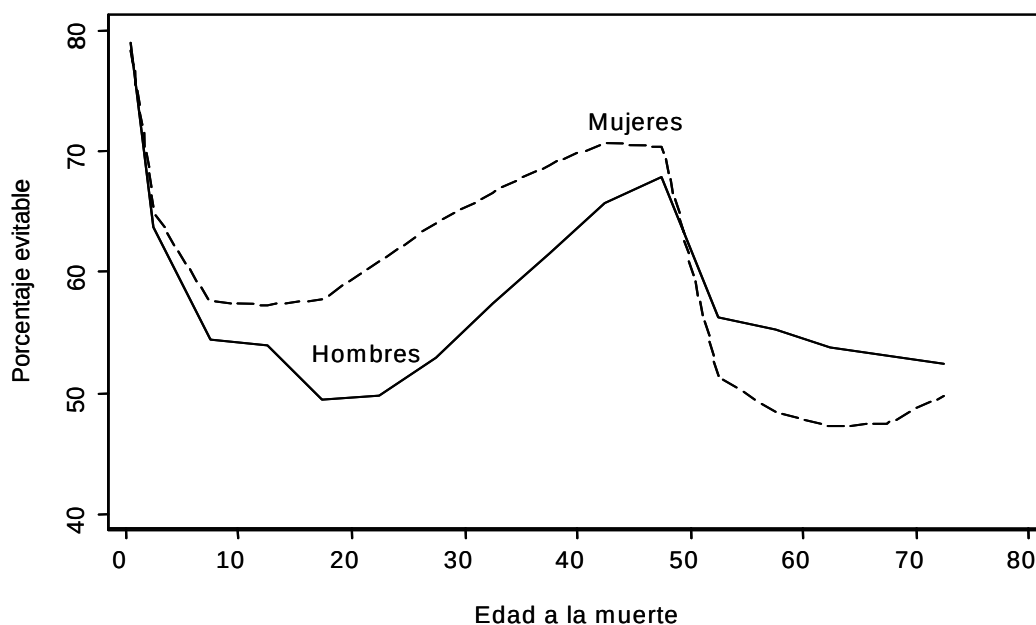
Un ámbito importante en el estudio de la mortalidad son las muertes evitables y las muertes evitables en exceso, que a través de su análisis, proporcionan las pautas a seguir para la creación, seguimiento y mejora de las campañas preventivas en salud.

Entendemos como muertes evitables aquellas defunciones que por la tecnología médica existente no debieron suceder o pudieron ser prevenidas.

Bajo este criterio normativo internacional se utiliza una lista de 48 causas potencialmente evitables. Habría que añadir, que solo se consideran evitables las defunciones que suceden antes de los 75 años.

Entre 2000-2004 se pudieron haber evitado 38% de las defunciones que sucedieron en México. Destacó que en México, en el periodo 2000-2004, pudieron haberse impedido 38% de las muertes evitables. (véase Gráfico 8)

Gráfico 8
México: Distribución Porcentual de Muertes Evitables (2000 – 2004)
Desagregación por sexo y edad a la muerte



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. SSA.

Definimos como muertes evitables en exceso a aquellas defunciones evitables (según la lista de 48 causas) que exceden a lo observado por “un prestador de servicios en México”. En otras palabras, se construye un “*estándar de oro*” empleando la tasa de mortalidad más baja por cada una de las causas evitables.

Entre 2000 y 2004 se registran 22% de muertes evitables en exceso en nuestro país (véase Cuadro 5).

CUADRO 5
México: Muertes Evitables en Exceso (2000 – 2004)
Desagregación por sexo y causa de la muerte

Mujeres		Hombres	
	% Total		% Total
1. Afec. originadas en el periodo perinatal	14.1	Cirrosis Hepática	20.0
2. Cardiopatía isquémica	10.8	Cardiopatía isquémica	12.1
3. Cirrosis Hepática	7.6	Afec. originadas en el periodo perinatal	11.9
4. Cáncer de Mama	5.6	Accidentes de vehículo de motor	8.5
5. Infecciones respiratorias bajas	4.4	VIH / SIDA	4.4
6. Cáncer Cervicouterino	4.4	Infecciones respiratorias bajas	4.0
7. Enfermedades Cerebrovasculares	4.0	Suicidio	3.6
8. Accidentes de vehículo de motor	3.6	Cáncer Pulmonar	3.1
9. Cardiopatía hipertensiva	3.2	Enfermedades Cerebrovasculares	2.6
10. Diabetes Mellitus (0 – 49 años)	3.1	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.6
11. Malf. Congénitas del sistema circulatorio	3.0	Diabetes Mellitus (0 – 49 años)	2.4
12. Nefritis y nefrosis	2.9	Malf. Congénitas del sistema circulatorio	2.1
13. Muertes Maternas	2.2	Nefritis y nefrosis	2.1
14. Desnutrición y otras def. nutricionales	2.2	Tuberculosis	1.9
15. Cáncer Pulmonar	2.1	Desnutrición y otras def. nutricionales	1.7
Promedio Anual	37,749	Promedio Anual	62,337

Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Desglosando las muertes evitables en exceso las causas entre hombres y mujeres son distintas y variadas en proporción, en hombres la cirrosis ocupa el primer lugar, en segundo lugar se encuentra la cardiopatía izquémica en ambos sexos, lo que muestran claramente los roles sociales asumidos por cuestiones de género para hombres y mujeres, observamos claramente que dentro de las principales causas de muertes del sexo femenino se encuentran aquellas relacionadas con la maternidad, mientras que en los hombres se distinguen aquellas relacionadas altamente con la exposición continua a riesgos innecesarios como las originadas por consumo de sustancias nocivas para la salud.

Otro estudio importante que se realiza con la información de la Secretaría de Salud y que arroja interesantes resultados en materia de género en salud, es el desglose de causas por sexo de Años de Vida de Salud (AVISA) perdidos. El índice compuesto AVISA mide la muerte y la enfermedad pero no sumando eventos, sino el tiempo de vida que se pierde al padecer las enfermedades y pueden acercarnos a las necesidades de servicios de salud con perspectiva de género (véase Cuadro 6)..

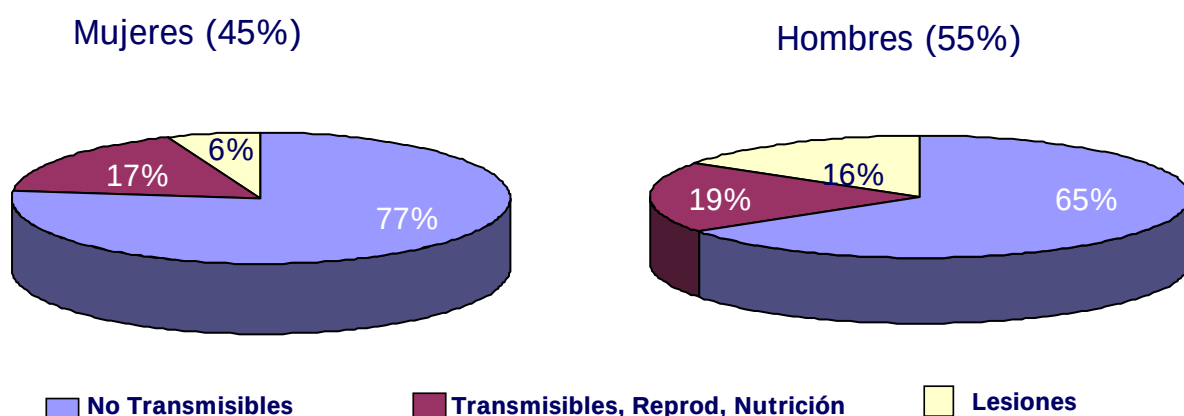
La gran mayoría de hombres y mujeres pierde años de vida de salud a causa de enfermedades no transmisibles (véase Gráfica 9), sin embargo observamos cierta disparidad en los porcentajes de lesiones como causa de pérdida de AVISA lo que indica que el sexo masculino por cuestiones de género (consumo de sustancias, accidentes automovilísticos, violencia, etc.).

CUADRO 6
México: Principales Causas de AVISA Perdidos por sexo (2005)

Mujeres	% Total	Hombres	% Total
Depresión unipolar mayor	6.5	Afecc. originadas en el periodo perinatal	5.9
Diabetes Mellitus	6.3	Cirrosis y otras enf. Crónicas del hígado	5.1
Afecc. originadas en el periodo perinatal	5.3	Uso de alcohol	4.8
Anomalías congénitas	4.3	Agresiones (homicidios)	4.6
Enfermedades isquémicas del corazón	2.8	Acc. De vehículo de motor (tránsito)	4.6
Osteoartritis	2.3	Diabetes Mellitus	4.5
Cataratas	2.2	Anomalías congénitas	4.0
Enfermedad cerebrovascular	2.2	Enfermedades isquémicas del corazón	3.5
Demencia y enf. Alzheimer	2.1	Depresión unipolar mayor	2.6
Asma	2.0	Peatón lesionado en AVM	2.2
Enf. Infecciosas intestinales	2.0	Infecciones respiratorias agudas bajas	1.9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.0	Enf. Infecciosas intestinales	1.9
Cirrosis y otras enf. Crónicas de hígado	2.0	Asma	1.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	1.9	Enfermedad cerebrovascular	1.7
Acc. De Vehículo de motor (tránsito)	1.7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1.5
Total (millones)	6.9	Total (millones)	8.4

Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

Gráfica 9
México: Distribución de AVISA perdidos (2005)
Desagregación por sexo y grandes grupos de causas



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud

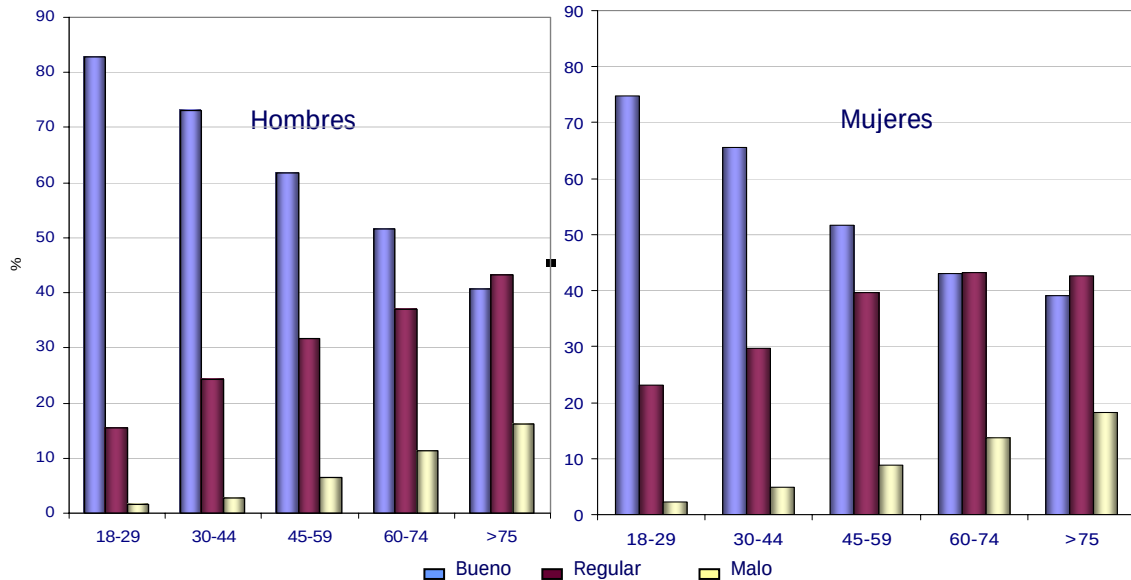
Los resultados de estos análisis sirven de apoyo para formación de campañas informativas específicas por sexo, para la prevención y cuidado de la salud, promoviendo la atención oportuna para evitar el incremento de las muertes por enfermedades crónico – degenerativas y con ello la demanda de servicios de salud a edades tardías. Todo esto con el fin de brindar calidad de vida a las personas que es un punto fundamental en la definición de salud.

Recordemos que no solamente los subsistemas de información, sino también las encuestas que se realizan a nivel nacional también nos brindan amplia información para determinar diferencias en género. Un parámetro que es medido a través de las encuestas es la percepción de la salud, que puede entenderse como la interpretación de la población de su estado de salud, es decir, no sólo se puede medir la pérdida de salud a través de la enfermedad y la muerte, sino también a partir de las percepciones de las persona.

En este sentido, observamos que la percepción de las mujeres sobre su salud está por debajo que la de los hombres, lo que indica el bajo uso de servicios de salud por parte de las mujeres, restando claro el uso originado por las causas referentes a la maternidad. (Ver gráficas 8 y 9)

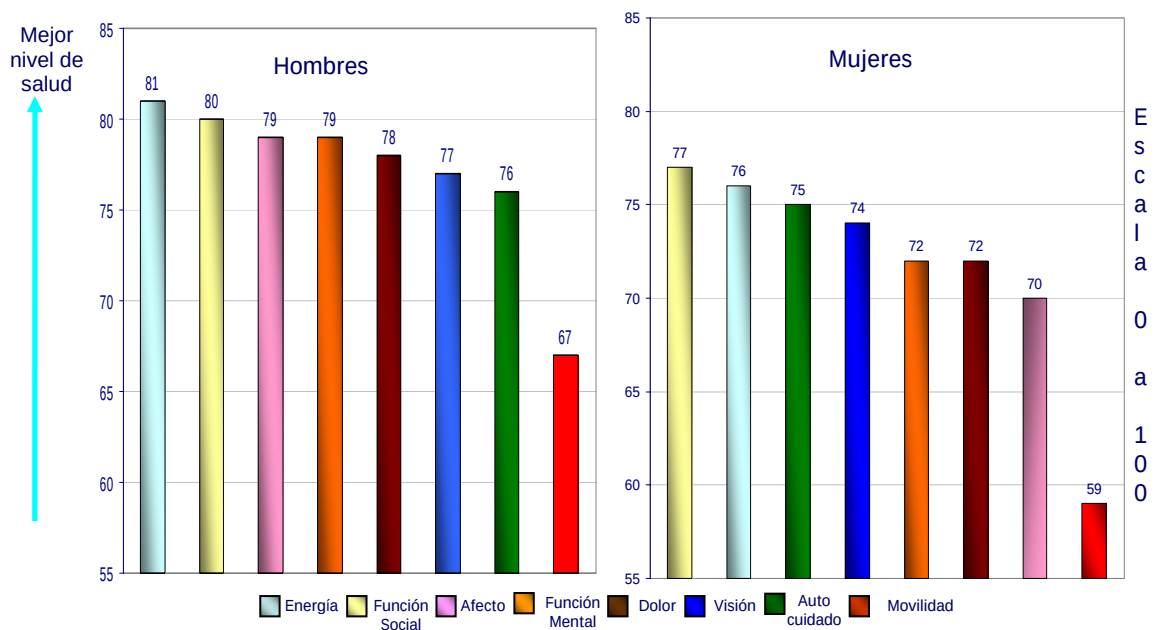
Gráfica 8
México: Patrón de Percepción de la Salud por Edad y Sexo (2006)

El patrón esperado cuando solo se mide la percepción del entrevistado es: la salud empeora conforme aumenta la edad, siempre las mujeres tienden a percibir que su salud esta más mal que la de los hombres



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud 2006

Gráfica 9
Calificaciones Ajustadas por expectativas de dominios de salud
México 2002. Desagregación por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud 2002

Conclusiones:

- Los registros administrativos son indispensables para el diseño de políticas públicas de género
- Contribuyen en múltiples e invalorable áreas de oportunidad
- Es necesario promover una cultura de calidad en los registros y uso de la información
- Sirven para la evaluación del sistema y los resultados de las políticas públicas implementadas (logros y eficiencia)
- Es necesario trabajar conjuntamente con las áreas expertas
- Se debe fortalecer el proceso de mejora continua de los registros para alcanzar mayor cobertura y mejor calidad

En resumen, en nuestro país existe una gran cantidad de insumos para conocer y analizar las condiciones de salud con enfoque de género

Dependiendo del indicador seleccionado, las prioridades de atención son diferentes por sexo, aunque se recomienda planear y evaluar usando AVISA y ganancias en salud, respectivamente.

Es importante mejorar la calidad de los insumos de información para elevar en consecuencia la calidad de los productos

Medir no es solo un asunto técnico, especialmente en Salud Pública, medir bien, es un asunto de derechos humanos.

NECESIDADES Y OPORTUNIDADES DE LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS SOBRE SALUD PARA SU EXPLOTACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO

Rita Velázquez Lerma
Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

Los registros administrativos en salud forman parte del recuento de los eventos más importante de la vida de la población de un país (nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios) y que son conocidos como estadísticas vitales.

1. Las estadísticas de nacimientos

En primer término se analizarán las estadísticas de nacimientos que son un registro administrativo (continuo) cuyo objetivo es generar las estadísticas sobre los nacidos vivos registrados. Su enumeración se refiere a los nacimientos registrados durante un año, esto es los que si llegan al registro civil o los que se registran a partir de los consulados de México en otros países.

Cobertura temática

El concepto básico es el de nacimiento (nacido vivo) conforme a la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Las principales variables que se captan en la estadística de nacimientos son:

- ❖ Del nacimiento:

Fecha de ocurrencia y fecha de registro; lugar geográfico de ocurrencia y de registro; tipo de personal que atendió el parto; tipo de nacimiento y lugar de atención del parto.

- ❖ Del registrado:

Sexo, edad y si fue registrado vivo o muerto

- ❖ De la madre:

Lugar geográfico de residencia habitual, edad al momento de registrar el nacimiento, orden del parto, número de hijos nacidos vivos y de hijos sobrevivientes, tipo de unión, escolaridad, condición de actividad y posición en el trabajo.

❖ Del padre:

Edad, escolaridad, condición de actividad y posición en el trabajo.

Cobertura temporal

Se dispone de la estadística desde 1893 hasta 2006 (se captan los nacimientos registrados en un año calendario).

Cobertura geográfica

Se captan los nacimientos registrados en las Oficialías del Registro Civil distribuidas en el país, así como en los Consulados de México en el extranjero.

Desglose geográfico

La información esta disponible a nivel de Entidad federativa, municipio, localidad y tamaño de localidad

Limitaciones

- Subregistro. Se ha identificado al registro extemporáneo de los nacimientos como un factor fundamental que limita la confiabilidad de las estimaciones de indicadores de género. Las evaluaciones realizadas hasta el momento señalan un periodo de entre 8 y 10 años para contar con la mayor parte del registro de una cohorte de nacimientos, los años posteriores reportan incrementos marginales del monto de nacidos.
Esto es, se ha demostrado que la gente llega a tardar de 8 a 10 años para ir a registrar a un niño(a), esto hace que no se cuente con el monto de nacimientos que ocurrieron en ese año, se tienen los que ocurrieron en años pasados y hasta 8 años atrás. Esta es una gran limitación que se puede subsanar con la iniciativa que esta impulsando la Secretaria de Salud de la expedición de un certificado de nacido vivo para cada recién nacido.
- Errores de contenido. Son aquellos provocados por los informantes o la incapacidad de los encargados al llenar los certificados de nacimientos, con información errónea o incompleta, ello origina omisión de respuesta que en algunas categorías llega a rebasar en términos porcentuales el dígito.

Además, no siempre se tienen capturadas todas las variables incluidas en los certificados de nacimientos por parte del registro civil, entonces el rubro de no especificados es alto, es decir rebasan el nivel establecido.

- Duplicación de inscripciones. Dos casos típicos de duplicación son la familia que se traslada y vuelve a inscribir al niño en el lugar de destino y la madre que inscribe al niño en dos o más lugares para recibir beneficios o subsidios que se entregan con una prestación del certificado de nacimiento

Oportunidades

1. El mejoramiento de las estadísticas de nacimientos conllevaría a captar con mayor precisión y oportunidad los datos involucrados en esta estadística para ambos sexos.
2. Desde la perspectiva de género, esta estadística puede ser un instrumento básico para el cálculo de la Tasa Global de Fecundidad y el de la Tasa de Mortalidad Infantil, así como para determinar las condiciones económicas y sociales en que ocurren cada uno de los nacimientos. Lograr mayor precisión y oportunidad en su generación impacta en la planeación de la política pública sobre población (especialmente en la de planificación familiar), en la correspondiente a programas de salud reproductiva y salud materno infantil, en la relativa a planeación de programas, recursos materiales y humanos sobre salud, y posiblemente en algunas otras.
3. El certificado de nacido vivo. Puede convertirse en un instrumento fundamental para incrementar la certificación de nacimientos e incluir la captación de otras variables indispensables para el análisis de género. Asimismo, en un futuro se tendrá que decidir cuál tendría que ser la estadística oficial de los nacimientos, si es mejor esta herramienta (certificado de nacido vivo) que la utilizada actualmente (Acta de nacimiento). O si se desarrollarían 2 estadísticas: los nacimientos registrados y los nacimientos ocurridos, una se puede complementar con la otra o una tendrá que eliminar a la otra.
4. La otra es buscar la medida en que nosotros podríamos mejorar esas limitaciones señaladas esto nos tendría que permitir mejorar nuestros registros

administrativos y construir mejores indicadores de aquellos que se hacen todavía con estimaciones

2. Las estadísticas de defunciones

La otra estadística que maneja el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática y que tiene que ver con la salud de la población (en su sentido negativo) son las defunciones. Se dividen en generales y fetales, esta estadística se refiere a las defunciones registradas.

Objetivo general

Generar las estadísticas sobre defunciones generales y fetales, que permitan caracterizar el fenómeno de la mortalidad en el país.

Cobertura temática

Los conceptos básicos son: defunción general y defunción fetal, definidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las variables que capta la estadística de defunciones generales son las siguientes:

❖ De la defunción:

- o Fecha de registro y fecha de ocurrencia
- o Lugar geográfico de registro
- o Lugar de ocurrencia
- o Domicilio de ocurrencia
- o Atención médica
- o Resultados de necropsia
- o Causas de la defunción
- o Condiciones y relación de embarazo (en caso que proceda)
- o Persona que certifica la defunción

❖ De muertes accidentales y violentas:

- o Presunción de accidente, homicidio, etc.,
- o ocurrencia en el desempeño del trabajo,

- o lugar donde ocurrió (vivienda, área deportiva, etc.)
- o Violencia familiar.

❖ **Del fallecido:**

- o Sexo
- o Edad
- o Escolaridad
- o Derechohabiencia
- o ocupación
- o fecha de nacimiento
- o estado civil
- o nacionalidad
- o lugar geográfico de residencia habitual

En la estadística de defunciones fetales se captan las variables que se mencionan a continuación:

❖ **De la defunción:**

Fecha de registro y fecha de ocurrencia, lugar geográfico de registro y domicilio de ocurrencia, lugar (unidad médica, hogar, etc.), causas de la muerte fetal, condición de atención prenatal, tipo de embarazo, tipo de parto, personal que atendió la extracción, tipo de procedimiento utilizado, si ocurrió antes o durante el parto, tipo de aborto y persona que certificó.

❖ **Del feto o producto:**

Sexo, edad gestacional y peso.

❖ **De la madre:**

Lugar geográfico de residencia habitual, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, derechohabiencia, total de hijos, nacidos vivos y nacidos muertos.

Cobertura temporal

Desde 1893 hasta 2006 (se captan las defunciones generales y fetales registradas en un año calendario).

Cobertura geográfica

Se captan las defunciones registradas en todo el país en el Sistema de Registro Civil, así como las defunciones accidentales y violentas en las que interviene el Ministerio Público.

Desglose geográfico

El registro de defunciones esta desagregado a nivel Entidad federativa, municipio y localidad.

Limitaciones

- Mortalidad general. Dos problemáticas son fundamentales al construir los indicadores relacionados con la mortalidad general el subregistro y la existencia de formatos de certificado diferentes (hasta el 2006). Solo se registran defunciones del registro civil o por parte de los cuadernos de los Ministerios Públicos, hay otras muertes sobretodo las fetales que no llegan registrarse a este nivel es decir que se están quedando sin contabilizar. Así es fuerte el subregistro además de que todavía se identifican formatos distintos para el registro entre los estados, por lo que no hay homogeneidad de la información.
- Mortalidad materna. Se estima que en el periodo 1995-2000 la mortalidad materna todavía tenía un subregistro del 33%. Aunque este nivel de subregistro se encuentra dentro de los parámetros mundiales (Mundial entre 13% y 91%). Al respecto se esta realizando un trabajo interinstitucional entre el INEGI y la Secretaria de Salud realizando confrontas de estos registros para reducir estas limitaciones.

Deficiencias en la certificación y codificación (mortalidad materna). Al respecto persisten todavía problemas en cuestión de la certificación, los medico no

registran las causas tal y como esta indicado en el certificado y también en la codificación especial de la mortalidad materna.

Falta de certificación y registro en zonas rurales o alejadas. Se carece de una cobertura total de certificación en las zonas rurales, eso se traduce en una subestimación de la mortalidad infantil y fetal. No hay una cultura de la certificación de las muertes fetales e infantiles aunado a que en muchas regiones del país solo hay oficinas de registro en las cabeceras municipales, lo que constituyen obstáculos para la certificación de las muertes.

Se ha estimado que el 10% de las muertes maternas no están certificadas ni registradas.

- Mortalidad infantil. Las estimaciones de la mortalidad infantil enfrentan la limitación de la subcobertura. En términos generales se puede señalar que existe falta de registros en áreas desprovistas de centros de salud y educativos, en comunidades indígenas y remotas. Asimismo, las poblaciones urbanas enfrentan la ausencia de oficinas de registro en las áreas más marginadas.

Se encuentra una correlación entre la falta de registros de nacimientos y el bajo nivel educativo de los padres, un bajo nivel socioeconómico, residencia en el área rural y falta de acceso a la atención prenatal.

En consecuencia la falta de un sistema de registros completo causa subestimaciones en las tasas de mortalidad infantil. Una alternativa a esto son las estimaciones que se tienen a partir de las encuestas de hogares.

- Mortalidad por suicidios, homicidios y accidentes (muertes violentas). El caso de la mortalidad por muertes violentas es algo nuevo en el certificado y es muy relevante su estudio y correcta certificación y enumeración por su relación con la construcción de indicadores sobre género y violencia. Al respecto, la certificación enfrenta los siguientes problemas:
 - Falta de información en certificados de defunción que impide codificar la causa básica de muerte.
 - Ausencia de información sobre intencionalidad de la lesión.
 - Certificados en los que se omite el número de acta del ministerio público.

- Certificados en los que sólo se asienta la causa básica omitiendo las causas relacionadas.
- En el certificado de defunción no se capta información sobre el agresor ni sobre el contexto en el que se da la agresión.

3. Los indicadores de género

Uno de los objetivos de la Plataforma de Acción aprobada en el Congreso Sobre la Mujer de la ONU, que se celebró en Pequín en 1995, fue:

“Asegurar que las estadísticas referidas a individuos se recojan, procesen y analicen por sexo y edad, y que reflejen los problemas, asuntos y cuestiones relacionadas con hombres y mujeres en la sociedad”.

En la actualidad la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), siguiendo este objetivo, han integrado una serie de indicadores para la generación de análisis en la situación actual de la salud con un enfoque de género. Estas organizaciones recomiendan trabajar con 26 indicadores que se clasificaron en 6 áreas representativas salud del niño, salud de la mujer, salud del hombre, causas de mortalidad, salud sexual y reproductiva y atención a la salud.

A continuación presento un análisis de estos indicadores señalando la fuente de donde se pueden obtener los datos para su estimación y las limitaciones que se enfrentan.

1. Salud del niño

CEPAL	OPS	INDICADOR	FUENTE	LIMITACIONES
X		Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	Actualmente este indicador puede estimarse a partir de encuestas demográficas y de salud (SSA, INSP, <i>Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006</i>)	La información no está disponible. No se cuenta con Sistema de información computarizado del Programa de Vacunación (PROVAC); del Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia de la SSA. Solo se conoce la cobertura institucional de vacunación. Solo se puede acceder a esta información solicitándola por el portal de transparencia.
X		Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años	Estadística de mortalidad Existe la desagregación por sexo.	Principal dificultad, el método de cálculo por institución No hay homogeneidad en los procedimientos de estimación de las tasas,, tenemos estandarizadas, observadas, ajustadas, brutas.
X		Tasa de mortalidad infantil	Estadística de mortalidad Existe la desagregación por sexo	Principal dificultad, el método de cálculo por institución. Hay que llegar a un acuerdo de cual es el método y cual es la tasa la que se va a utilizar y reportar.

2. Salud de la mujer

CEPAL	OPS	INDICADOR	FUENTE	LIMITACIONES
X	X	Tasas de mortalidad por cáncer de útero	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Tasas de mortalidad por cáncer de mama	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Razón de mortalidad materna	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Atención del parto por personal capacitado	Puede obtenerse a partir de encuestas demográficas y de salud. Estadística de nacimiento (registrados) Estadística del certificado de nacido vivo (ocurridos) Registros de servicios de las instituciones	Tenemos 5 fuentes para el mismo indicador, así que habría que determinar cual es la mejor fuente que tenga los menores problemas de registro, etc.
X		Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han realizado un Papanicolau en los últimos 3 años	Puede obtenerse a partir de encuestas demográficas y de salud. Registros de servicios de las instituciones	se puede obtener de las encuestas, pero tienen que ser los registros de las instituciones los que lo deben proporcionar, sin embargo no está disponible esta información .
X	X	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia	Puede obtenerse a partir de encuestas de nutrición.	No existe la sistematización de esta información en registros administrativos de las instituciones. Información no disponible
X	X	Porcentaje de mujeres con pareja en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos	Puede obtenerse a partir de encuestas demográficas y específicas.	No existe la sistematización de esta información en registros administrativos de las instituciones. Información no disponible

3. Salud del hombre

CEPAL	OPS	INDICADOR	FUENTE	LIMITACIONES
X		Tasa de fecundidad adolescente	Puede obtenerse a partir de encuestas demográficas y específicas.	La información no esta sistematizada en registros administrativos de las instituciones
X	X	Tasas de mortalidad por cáncer de próstata	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución

4. Causas de mortalidad

CEPAL	OPS	INDICADOR	FUENTE	LIMITACIONES
X	X	Tasas estimadas de mortalidad por enfermedades transmisibles	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Tasa de mortalidad debido a enfermedades del aparato circulatorio	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Tasa de mortalidad por sexo debido a: accidentes, homicidios y suicidios	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Tasa de mortalidad por sexo debida a diabetes mellitus	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Tasa de mortalidad por sexo debido a cáncer del pulmón, tráquea y bronquios	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución
X	X	Tasa de mortalidad por sexo debido a cirrosis del hígado	Estadística de mortalidad	Principal dificultad, el método de cálculo por institución

5. Salud sexual y reproductiva

CEPAL	OPS	INDICADOR	FUENTE	LIMITACIONES
X	X	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo	Puede obtenerse a partir de encuestas específicas.	En este momento no hay una encuesta que trabaje con variables que permitan la elaboración de este indicador. No hay información disponible
X	X	Incidencia anual de casos registrados de SIDA por un millón de habitantes por sexo	Puede obtenerse del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH SIDA (CENSIDA) de la SSA.	La información no esta disponible y no es accesible debe ser solicitada.
X	X	Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas entre los 15 y los 24 años de edad	De los registros por egresos hospitalarios se podría conseguir este indicador siempre y cuando hubiera una variable que hiciera la diferencia entre las mujeres, embarazadas y no embarazadas	En este momento, no hay información que considere las variables que permitan la elaboración de este indicador. Información no disponible

6. Atención a la salud

CEPAL	OPS	INDICADOR	FUENTE	LIMITACIONES
X	X	Satisfacción de las usuarias y usuarios sobre la calidad de los servicios	Encuestas demográficas y de salud	
X	X	Tasa de atención por violencia intrafamiliar	- Registros de sistemas hospitalarios - Encuestas de violencia.	Se desconocen la existencia de esta información en los registros de sistemas hospitalarios Un acercamiento a esta tasa se puede obtener solamente para las mujeres casadas o unidas, viudas, separadas y divorciadas con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares-06, (¿Ha tenido que recibir atención médica por problemas con su esposo, pareja, ex-esposo o ex-pareja?)
X	X	Afiliación a planes de aseguramiento de salud, en calidad de cotizantes o beneficiarios	Encuestas demográficas o de hogares.	Los registros administrativos presentan a su interior dificultades de altas y bajas, además de que no incorporan todas las variables.
X	X	Gasto de bolsillo por sexo	Encuestas de hogares (ENIGH).	Información solo registrada por medio de encuestas.

4. Conclusiones

Sobre los registros:

- Identificar las nuevas variables a incorporar previo a acuerdos interinstitucionales
- Mejorar la explotación de los registros (salidas)
- Homologar conceptos
- Producir nuevos registros faltantes desde la perspectiva de género

Sobre los indicadores:

- Socializar y homogeneizar los métodos de cálculo de los indicadores
- Incorporar metadatos en las páginas electrónicas con accesibilidad
- Consensuar procedimientos de cálculos

GÉNERO, INFORMACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

Aurora del Río
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Secretaría de Salud

I. Género y salud

La salud es un estado completo de bienestar biológico, Psicológico y social. Esta definición es como dirían los mercadólogos una definición aspiracional, es decir aspiramos a tener salud pero en realidad lo que ocurre es que ninguna persona tiene el estado completo de bienestar en todos los ámbitos, por lo que en la mayoría de las ocasiones se transita en un estado de salud incompleto (Ver esquema 1).

Este estado de salud incompleto esta relacionada con las condiciones genéticas entre ellas algunas heredadas como el sexo, con las condiciones ambientales entre las que podríamos mencionar aquellas en las que vivimos como las condiciones de habitabilidad de las viviendas, las circunstancias relativas al trabajo, las situaciones correspondientes al nivel socioeconómico de los individuos que tiene que ver con una serie de satisfactores y los medios para satisfacer sus necesidades. Así como la cultura y dentro de esta podemos poner un como punto central las cuestiones de género, que se encuentran estrechamente vinculadas con los estilos de vida.

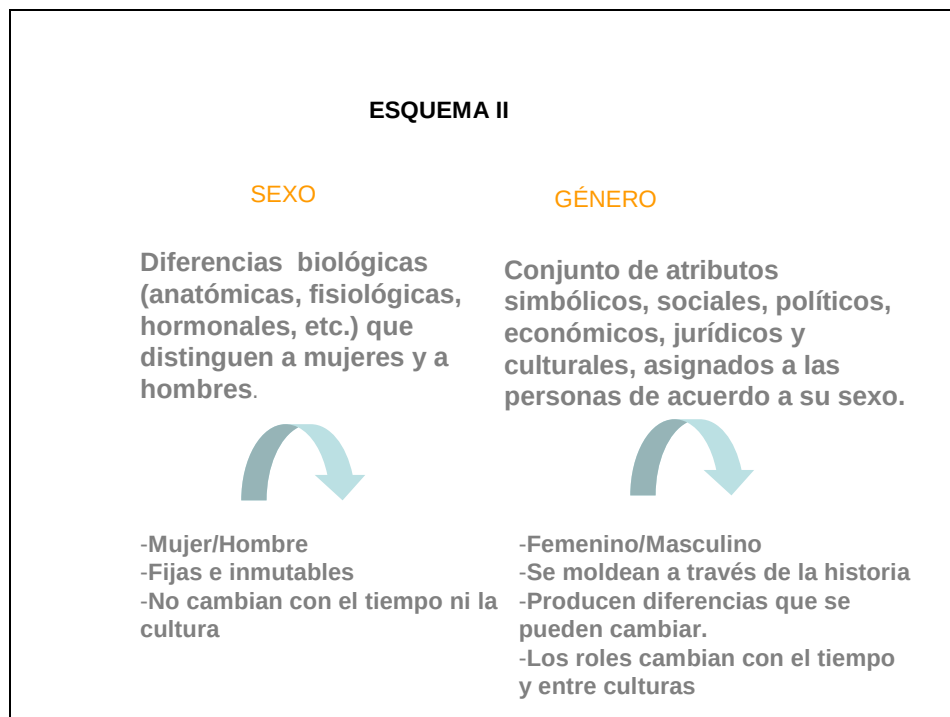
En este sentido, dentro de la cultura de la salud se piensa que cada persona elige el estilo de vida que quiere llevar, sin embargo sostengo que el estilo de vida no es elegido sino que es parte de una serie de condicionantes de la estructura social en la que vivimos en donde la cultura tiene un papel fundamental que influye en los estilos de vida y en los patrones y las relaciones de género.

ESQUEMA I



Se debe tener claro que una cosa es el sexo y otra es el género (como se muestra en el esquema II), que sin embargo en el paradigma de la medicina están juntos y

revueltos y eso es algo que debe de cambiarse, en parte porque los sistemas de salud están dominados por el paradigma de la medicina “científica que se consolidó en el siglo XIX en pleno auge del positivismo científico.



Hasta los años setenta la explicación del proceso salud-enfermedad estaba permeada por definiciones meramente biologicistas. Apenas a finales de los años 70 se comenzó a plantear que las condiciones de vida afectaban directamente la salud de las personas. Hoy en día, se ha aceptado que las condiciones sociales influyen en la salud.

Paralelamente a estas discusiones se iniciaron los debates relativos al género principalmente en el campo de las ciencias sociales. Sin embargo, en el ámbito de la salud, específicamente en las ciencias biomédicas este tipo de análisis se ha postergado, por lo que todavía en la actualidad no se ha superado el paradigma dominante de que las diferencias entre hombres y mujeres sean atribuidas específicamente al sexo es decir, a las condiciones biológicas, hormonales, reproductivas, etc.

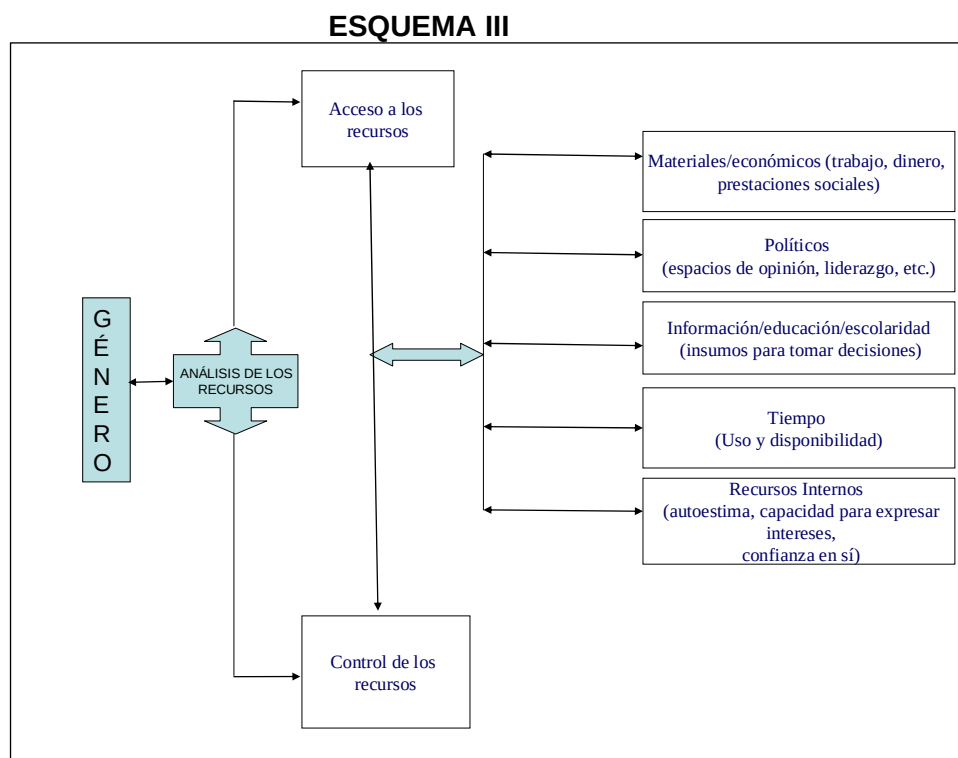
En este sentido, dado que el sexo “biológico” es inmutable, en el mejor de los casos en el análisis tradicional se controlan sus efectos (excluyendo un análisis de la cuestión de género). Es por ello, que hoy en día diversos de los estudios realizados en el campo de la salud tanto a nivel nacional como internacionalmente controlan la variable

sexo, puesto que la asumen como una diferencia biológica inmutable. Al respecto, es relevante hacer notar que a pesar de que se cuente con estadísticas o bases de datos desagregadas por sexo, los análisis que se realizan sólo controla el efecto de la variable sexo, pero no se avanza en las explicaciones relevantes a nivel de las construcciones de género.

El tema es que junto con la diferencia sexual que si existe y si influye en el proceso salud – enfermedad, debe tomarse en cuenta las relaciones de género. La asignación de roles de género que tiene que ver desde la exposición a riesgos, dado que los riesgos son diferenciales según el papel que se me asigna como hombre o mujer, esto es, me expongo según mis roles y condiciones sociales, por lo que dichos riesgos están en función de mi género no de mi sexo.

También se dan percepciones diferenciadas entre mujer u hombre de los signos y síntomas de enfermedad, de la atención médica y el momento en que ésta se busca, de la manera en que asumo o no mi rol de enfermo y algunas necesidades específicas de atención médica que si pueden depender del sexo como es el caso de la mayor demanda de atención médica de las mujeres en lo referente al embarazo, parto y puerperio.

El análisis de género y la construcción de indicadores de género tienen fundamentalmente que ver con el estudio de los recursos y sobre todo con el acceso y control de estos. La exploración de los recursos, es un proceso crucial en términos de mantener y mejorar la salud. Al respecto, es necesario hacer la distinción entre el acceso que es la posibilidad de usar un recurso y el control que es la posibilidad de decidir cuando y como usarlo, las mujeres pueden tener acceso a los servicios de salud pero difícilmente pueden controlar cuando utilizarlos por razones de género (Ver esquema III).



Un ejemplo que nos muestra claramente como intervienen las cuestiones de género en el análisis de los recursos tiene que ver con la decisión de la atención a la salud en el caso de las mujeres.

Al respecto, la decisión de las mujeres de ir o no al médico, puede estar sujeta a:

- la aprobación de otra persona,
- la disponibilidad de recursos económicos para el transporte y los servicios,
- el apoyo de alguien que la sustituya en el cuidado de “otros”
- la “legitimidad” social de la atención
- vergüenza o timidez ante el médico

Por lo anterior, es necesario ampliar el control de la mujer sobre los recursos económicos, institucionales y políticos. Además, todas las cuestiones arriba expuestas e tendríamos que estarlas midiendo de alguna manera, esto es deberían traducirse en indicadores de género en salud.

Los hombres también tienen barreras de acceso vinculadas al género, como las siguientes:

- No tienen acceso a la información sobre los programas de detección de enfermedades vgr. cáncer de próstata diabetes mellitus.
- Decidir no hacerse la revisión médica adecuada, por temor o por vergüenza.

- No atenderse oportunamente, por “falta de tiempo”.
- Exponerse a “riesgos innecesarios” por reafirmar su condición masculina (manejar a alta velocidad y bajo los efectos de alcohol y/o drogas, etc)
- No atenderse oportunamente porque los horarios de servicio implican un día de trabajo “perdido”.
- Prácticas sexuales riesgosas para el hombre y sus parejas.

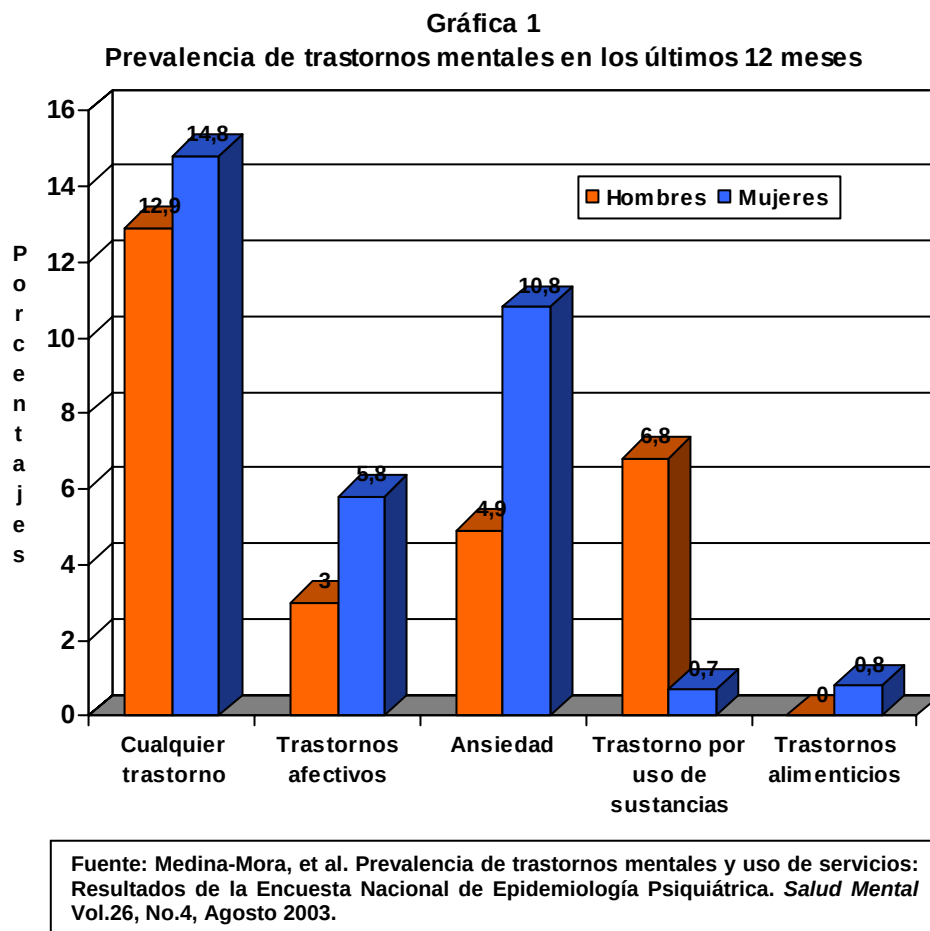
En relación a lo anterior, se puede señalar primero que pueden no tener acceso a la información sobre los servicios que prestamos para la prevención y cuidado de la salud, porque a quien se dirigen persistentemente las campañas de salud son a las mujeres. ¿Por qué?, Porque socialmente la salud es un asunto que es responsabilidad de ellas y pertenece a la esfera de las mujeres.

Los hombres casi nunca son convocados en las diversas campañas de atención y cuidado a la salud. Entonces, pueden no tener información, o tenerla y no acudir a los servicios por temor o vergüenza, pueden no atenderse oportunamente por falta de tiempo que es también una cuestión de género, porque ellos solo trabajan y nunca se aparecen o hacen uso de las consultas preventivas, siempre que asisten es a urgencias, sobretodo aquellos que no tienen seguridad social. Además tienen que elegir entre sacar para el gasto diario (por su papel de proveedor) o atenderse. Sí van al doctor, es cuando se sienten lo suficientemente mal como para no ir a trabajar.

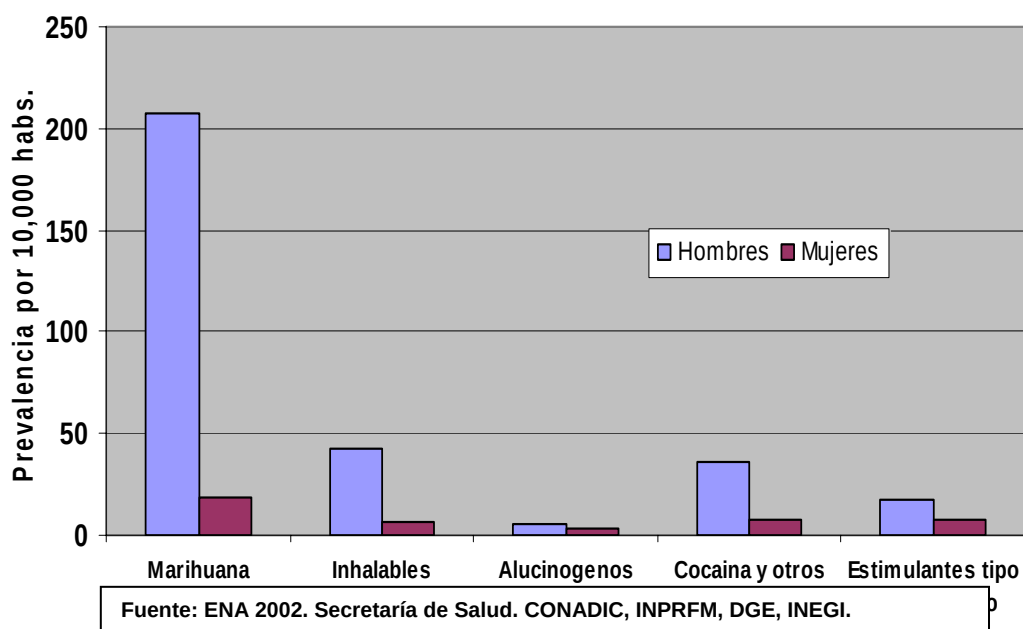
En este sentido, un tema que debería de estudiarse es el que tiene que ver con el análisis de la masculinidad y el uso de los servicios de salud. Lo que nos permitiría cuestionarnos ¿Cómo usan los hombres su tiempo? y cómo compatibilizar su uso del tiempo y el tiempo para atender su salud. Además de esto, en la práctica su masculinidad, se exponen a riesgos que se traducen en los perfiles de mortalidad masculina que se muestran en los estudios sobre las causas de muerte, con perspectiva de género. Al respecto se puede señalar que en los infantes menores de 5 años, el diferencial de mortalidad por accidentes entre niños y niñas es de 3 a 1. Considero que esta brecha continuará aumentando ya que no es por una cuestión biológica sino de comportamientos sociales relacionados con el género.

II. Inequidad de género en salud

Hay suficiente evidencia de que hay diferenciales claros en la salud de los hombres y las mujeres que están asociados con el género y con los roles y las relaciones de género. Muestra de ello es la mayor prevalencia de ansiedad, trastornos afectivos y mentales en las mujeres y en cambio los hombres tienen una mayor prevalencia de uso de drogas y por lo tanto elevada prevalencia de trastornos mentales ligados al uso de sustancias como el alcohol y las drogas, padecimientos que tanto en el caso de las mujeres como de los hombres están relacionados con cuestiones de género y que repercuten en la organización de los servicios de salud mental (Ver gráfica 1 y 2).

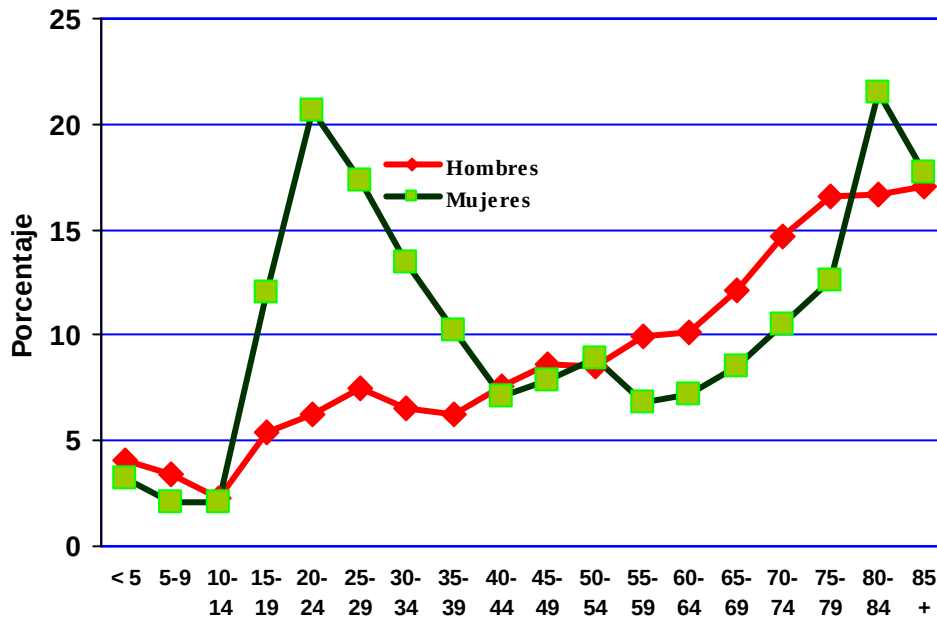


Gráfica 2
Consumo de drogas ilícitas entre los 12 a 17 años por sexo

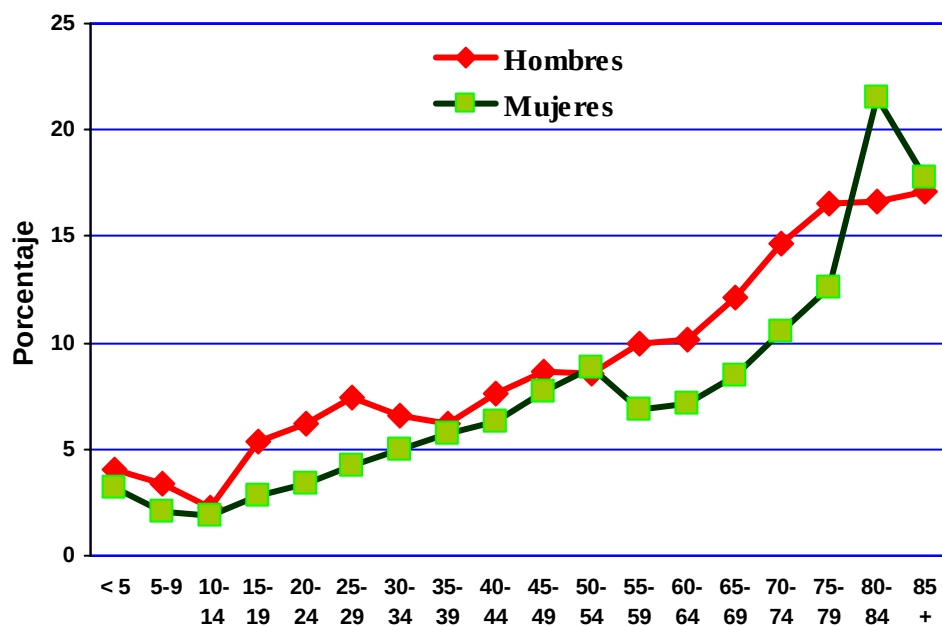


La utilización de los servicios de salud específicamente los hospitalarios es otro indicador que nos muestra las inequidades de género en el ámbito de la salud. En este sentido, se podría señalar que las mujeres en edad reproductiva son las que usan en mayor proporción los servicios hospitalarios. Sin embargo, cuando excluimos de este análisis el uso de estos servicios por las causas maternas entonces encontramos que son los hombres los usuarios de los servicios hospitalarios en todos los grupos de edad a excepción de las mujeres entre los 80 y los 84 años (Ver gráficas 3 y 4).

Gráfica 3
Utilizadores de servicios hospitalarios por edad y sexo, ENSA 2000

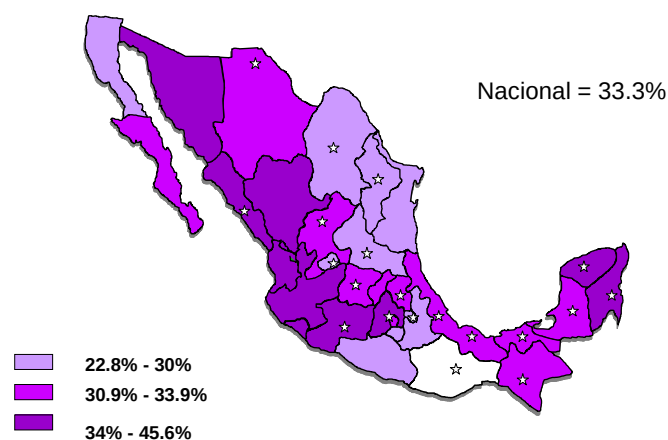


Gráfica 4
Utilizadores de servicios hospitalarios excluyendo causas maternas por edad y sexo. ENSA 2000



La violencia de género es otro indicador que expone de manera clara y contundente las inequidades de género y salud, al respecto datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006, nos revelan un panorama, en el que a nivel nacional la prevalencia de violencia es mayor a 33%.

Prevalencia de violencia. ENDIREH, 2006



III. Equidad de género en salud

En la búsqueda de la equidad de género en salud es necesario reducir las disparidades entre hombres y mujeres en el bienestar físico, psíquico y social. Sobre todo se deben disminuir las disparidades que pueden ser evitables. Se tiene que lograr la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios de salud, en la calidad, y en el financiamiento.

La equidad de género en salud debe considerar:

- El imperativo ético asociado a principios de justicia social y derechos humanos.
- La Equidad en el estado de salud (debe minimizar las disparidades evitables en el bienestar físico, psíquico y social).
- La equidad en la atención a la salud (debe de considerar la accesibilidad, la utilización, la calidad y la asignación de recursos y financiamiento).

- Abogar por la equidad de género en salud significa que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y cada contexto socioeconómico.

IV. Acciones para la equidad de género en salud

- Institucionalización de la perspectiva de género:
Género en los programas de acción; presupuestos sensibles al género; promoción de relaciones equitativas entre géneros.
- Salud doméstica y comunitaria:
Incentivar participación masculina en salud familiar y comunitaria; opciones de cuidados intermedios a pacientes crónicos.
- Salud de la mujer:
Enfoque de salud en el ciclo vital con énfasis en problemas relevantes para la salud femenina (violencia, depresión, trastornos de alimentación, ITS, adicciones, etc.)
- Trabajadoras de la salud:
Reducción de inequidades y rezagos históricos; situación laboral y ciclo de vida; % de tomadoras de decisiones.
- Información e Investigación:
Generación de información desagregada por sexo y edad; producción de indicadores con perspectiva de género; documentación de inequidades; cuentas “satélite”.

En este último punto hay que señalar que en el año 2000 se empezó por abogar sobre la desagregación de estadísticas por sexo, para el 2006 aunque se ha avanzado aún hay estadísticas incompletas y no disponibles como algunas relacionadas con los recursos para la salud y las que tiene que ver con el gasto en salud (Ver cuadro 1). La interpretación de estadísticas con perspectiva de género, son fundamentales para utilizarlas en el planteamiento y puesta en marcha de políticas de salud con perspectiva de género.

CUADRO 1

DIAGNOSTICO DE LA DESAGREGACIÓN POR SEXO DE LAS ESTADÍSTICAS EN SALUD

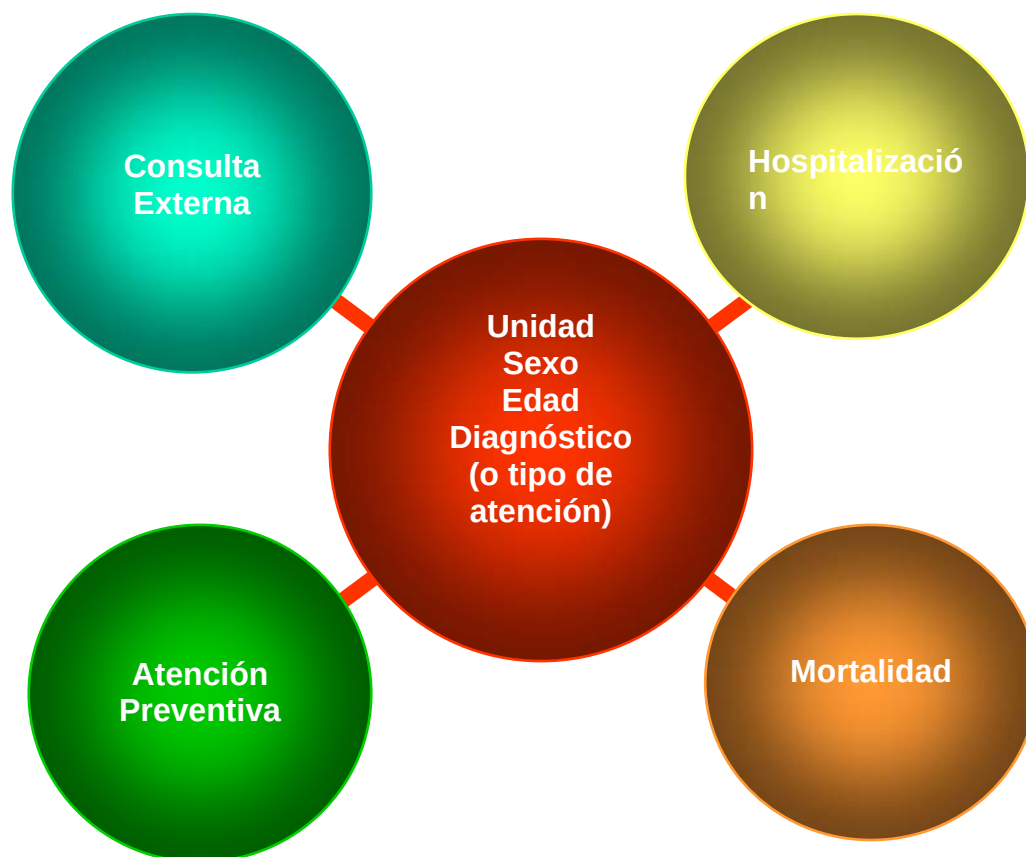
Estadísticas	Desagregación por sexo		
	Desagregadas	Incompletas	No disponibles
Daños a la salud	Mortalidad Morbilidad por demanda Vigilancia epidemiológica		
Recursos para la salud	Recursos humanos	Recursos financieros	Recursos materiales
Servicios de salud	Preventivo/Curativos Ambulatorios Hospitalarios		
Gasto en salud			X

INFORMACIÓN EN SALUD CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Juan Germán Celis
Dirección de Información en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social

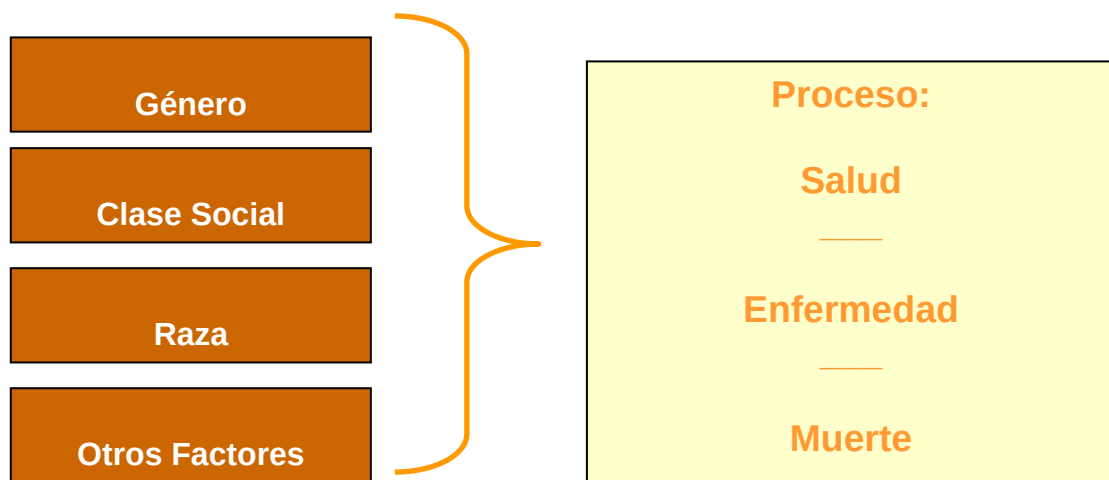
Hablar de información en salud implica ubicar técnica y teóricamente a la institución productora. El IMSS actualmente tiene como Misión “asegurar una adecuada toma de decisiones basada en información oportuna, homogénea y confiable, contribuyendo así al mejoramiento de las condiciones de salud de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social”, constituyéndose como una institución productora de información bajo el principio fundamental de “promover el desarrollo de una cultura estadística” que tenga como premisa la calidad de la información, más que la cantidad de indicadores a establecer. La idea es: “No hay peor información que la que no hay, pero la información que está disponible, se requiere que sea de calidad”.

El modelo de datos establecido por nuestra institución está dividido de la siguiente manera, pudiéndose consultar la información con las desagregaciones de la esfera central.

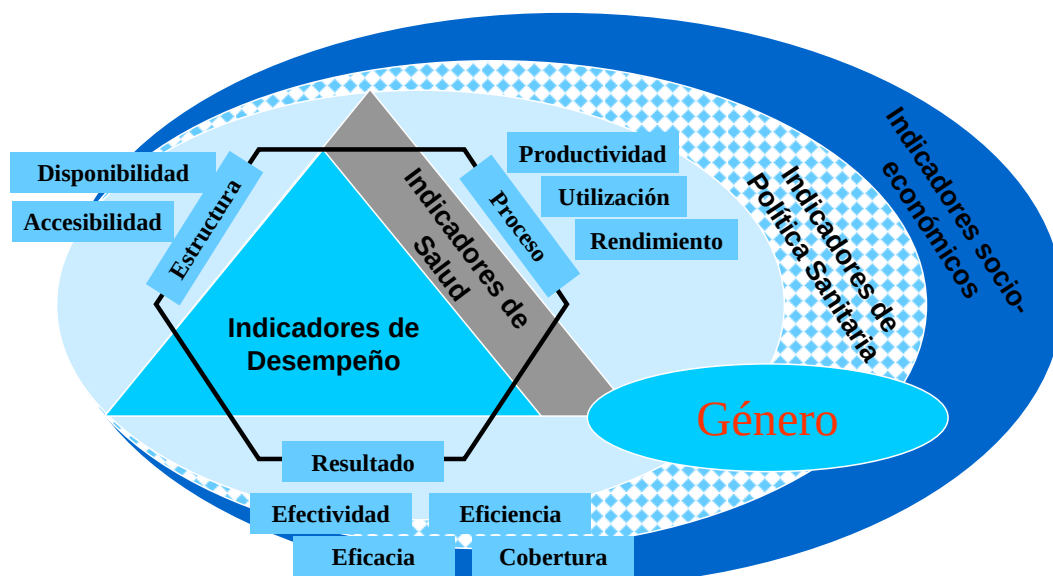


El proceso de transición del bienestar físico es afectado por diferentes factores: género, clase social, raza y otros más (véase Esquema 1), que son determinantes en el ciclo de prevención – diagnóstico – tratamiento de una enfermedad. De esto se infiere que el IMSS considere de vital importancia la producción de información, estadísticas e indicadores con perspectiva de género (véase Esquema 2).

Esquema 2
El Género en Salud



Esquema 3
Los Indicadores en el Sistema de Salud.



La equidad de género en salud, entendida como la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres, para gozar de logros y beneficios en salud, se encuentra reflejada en nuestras múltiples publicaciones, mencionando a continuación algunas de ellas:

- ¿Cuáles servicios de salud demandan las mujeres derechohabientes del IMSS?
- Egresos hospitalarios del IMSS de la SSA durante 2001.
- La salud de la mujer trabajadora.
- Necesidades de salud y jefatura del hogar en áreas urbano marginadas.
- Jerarquía laboral y género en el IMSS.
- Condiciones de trabajo y salud durante el embarazo en mujeres derechohabientes del IMSS.
- La participación de los hombres derechohabientes del IMSS en algunos aspectos de la salud reproductiva.

Sin embargo, el problema con el que se enfrenta nuestra institución es que a pesar de que participar en algunas publicaciones con cuestiones respecto a género, nuestros indicadores o información de estadísticas no están siendo producidos o publicados en su totalidad con desagregación por sexo. Sin duda alguna esta es un área de oportunidad puesto que en el IMSS se cuentan con las bases de datos desde 1998 a la fecha y es posible hacer estadísticas desagregadas por sexo en todas las categorías, pero no se encuentran disponibles.

Retos:

- Buscar ante todo la utilización de la información que se produce por parte no solo de los usuarios externos sino de los mismos productores.
- Publicación y producción de estadísticas e indicadores desagregados por sexo en todas las categorías.

EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD. LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS EN SALUD

Ma. Eugenia Medina Domínguez
Directora de Estadística
Instituto Nacional de las Mujeres

El término salud se entiende como un estado pleno de bienestar físico, mental y social determinado por factores biológicos, sociales, económicos ambientales y políticos. Las desigualdades entre hombres y mujeres son un obstáculo para lograr una salud integral, obstáculo que se enfoca al acceso y uso de recursos.

En la búsqueda de la equidad de género en salud, se tendría que partir de reconocer una serie de condiciones de desigualdad que han sido ampliamente documentadas y que se relacionan con que las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud sobre todo por la parte reproductiva, que tienen menor acceso a los recursos, que pagan mas que los hombres por su salud, que participan con desventaja en el sistema laboral formal e informal por que en México los servicios de salud están condicionados por las condiciones de inserción al mercado laboral. Asimismo, las mujeres resultan más afectadas por el aumento o reducción de servicios públicos y son las principales gestoras de la salud familiar particularmente en la infancia.

El gobierno mexicano ha buscado incorporar en su programa nacional una visión integradora y más comprehensiva que busca la disminución de las inequidades. Al respecto, el Programa Nacional de Desarrollo 2007 – 2012, en la sección correspondiente a salud plasmada en el Eje 3 que hace referencia a la Igualdad de oportunidades, se plantea cinco objetivos que aluden al desarrollo integral de la salud:

1. Mejorar la condición de salud de la población en general,
2. Brindar los servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente,
3. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables,
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento medico universal y
5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y el desarrollo humano del país.

En concordancia con la visión anterior, el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 que en forma específica busca mejorar las condiciones de salud de la población tiene entre sus objetivos:

- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

En este mismo sentido y en la búsqueda de la igualdad de oportunidades, el Programa PROIGUALDAD centra su atención en plantear objetivos tendientes a la disminución de las inequidades de género y al empoderamiento de las mujeres. Por ello, en el ámbito de salud, este programa propone los siguientes objetivos:

1. Identificar y crear programas para resolver los problemas de salud asociada a los roles de género y a la construcción social de la masculinidad y la feminidad,
2. Mejorar las condiciones de salud de las mujeres, en todas las etapas de su ciclo de vida, a través de la prevención y del acceso a servicios de salud eficientes, oportunos y de calidad, privilegiando la atención a mujeres que viven en situaciones de pobreza y vulnerabilidad
3. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables

Para cumplir con los objetivos y metas planteadas en estos programas es necesario contar con información sobre recursos asignados según las necesidades de cada sexo, servicios disponibles para la atención de cada sexo, cobertura para las necesidades de cada uno y los daños de salud que implican los propios roles.

Esta información es necesaria para tener un diagnóstico, definir prioridades, proponer acciones y dar seguimiento a los compromisos que se contraigan a partir de estas acciones. Además de que se necesitan acciones coordinadas entre usuarios y productores, entre las instituciones y con la sociedad civil.

Al realizar un análisis de los diversos indicadores de género consensuados a nivel internacional en los acuerdos de los diferentes programas de acción de las

conferencias internacionales realizadas a partir de la década de 1990 y suscritos por el Estado Mexicano se puede mostrarnos claramente la necesidad de la coordinación interinstitucional para la producción de los indicadores mínimos necesarios en el ámbito de la salud. Se necesita sobretodo socializar la información en el ámbito de la salud mental pues, esta es una cuestión que afecta directamente a la salud de la mujer, ya que está asociada a los roles sociales que desempeña y no a determinantes hormonales como comúnmente se piensa.

Cuadro 1
Indicadores Internacionales

Tema	Plataforma de Beijing	CEDAW	Metas del Milenio	Consenso de México
Acceso a los servicios de salud	X	X		X
Salud sexual y reproductiva		X	X	X
Salud materna	X	X	X	
Salud infantil	X		X	
Salud mental	X			
Prevención y diagnóstico de las ITS			X	X
Población indígena	X			
Osteoporosis	X			
Paludismo			X	
Tuberculosis			X	

Al tratar de construir los indicadores de género para dar cumplimiento a los acuerdos internacionales se han encontrado las siguientes deficiencias y necesidades relacionadas con la información de los registros administrativos en salud.

Deficiencias

- Partes de la información no son públicas todavía y no se divulga continuamente
- El SISVEA, aunque cuenta con información desagregada por sexo en los totales, cuando se efectúan cruces de variables específicas no arroja información desagregada por sexo.

- Escasos registros de salud mental (depresión, esquizofrenia, bipolaridad, trastornos alimenticios, etc.) en el INPRFM desagregados por sexo.
- Falta de socialización de información
- No existe un sistema único de registro
- Ausencia de la contabilización del trabajo de las mujeres en casa en el cuidado de enfermos
- Hacer una revisión interinstitucional de los indicadores CEPAL y OPS haciendo una selección consensuada entre las instituciones gubernamentales, seleccionando solo los necesarios y que la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática los presente de manera sistematizada y continua.
- Evaluación de la calidad de los programas desde una perspectiva de género
- La equidad de género en gestión de salud requiere del reconocimiento y contabilización del aporte económico del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud

Necesidades

- Establecer la violencia intrafamiliar como causa de incapacidad médica, hoy en día no se aplica porque no se llena el formato universal de la norma.
- Insistir en la aplicación del formato de la NOM – 190 – SSA1 – 1999
- Difusión de la perspectiva de género en los instrumentos de captura de la SSA
- Revisión interinstitucional (SSA – INMUJERES) para incorporar en los registros de salud mental la perspectiva de género.
- Contabilización del trabajo de las mujeres en casa en el cuidado de enfermos
- Hacer una revisión de los indicadores CEPAL y OPS haciendo una selección consensuada entre las instituciones seleccionando solo los necesarios y que la SSA los presente de manera sistematizada
- Evaluación de la calidad de los programas desde una perspectiva de género
- La equidad de género en gestión de salud requiere del reconocimiento y contabilización del aporte económico del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud
- **En Morbilidad:**
 - o Difusión de las causas de morbilidad
 - o Captar la condición de violencia en los egresos hospitalarios

- **En Mortalidad:**
 - o incluir la opción de violencia intrafamiliar en las defunciones, no solo en homicidios.
 - o Incluir la opción de muerte bajo el efecto de alguna sustancia
 - o Homologar los certificados de defunción
 - o Mortalidad neonatal y postnatal desagregada por sexo.

- **En Información:**
 - o Sistema Único de Registro, coordinación de las instancias de salud (características básicas de la población como sexo, edad, nivel de instrucción)
 - o Registro acerca del cuidado de enfermos y personas con limitaciones físicas o mentales en su casa
 - o Personas en programas de prevención de salud mental
 - o Incluir datos del padre en los certificados de nacimiento
 - o Criterios para la definición de la población indígena
 - o Factores de riesgo en cuanto a la salud relacionados con los roles de género (registros acerca de las dificultades en las parejas, en la vida sexual, divorcios, maltrato infantil, violencia intrafamiliar, abuso de las autoridades, climas laborales desfavorables)
 - o Incluir una perspectiva de género en la elaboración de los instrumentos de captura de las encuestas

- **En las Encuestas:**
 - o Se incluya la variable sexo en el cálculo de la muestra
 - o Desagregación estatal
 - o Continuidad de las encuestas
 - o Integrar las encuestas afines
 - o Tener acceso a la base de datos, no solo a los cubos dinámicos y la oportunidad de una copia de las encuestas.
 - o Acceso a los cubos de manera sencilla

Metas:

- Enlace de los objetivos de los programas de salud
- Hacer una revisión de los indicadores CEPAL y OPS, efectuando una selección consensuada para que el sector salud los produzca de manera sistematizada
- Evaluación de la calidad, con perspectiva de género, de los servicios del sector salud.

PANORAMA DE LA MORTALIDAD DIFERENCIAL POR SEXO EN LOS ÚLTIMOS VEINTICINCO AÑOS EN MÉXICO

Juan Enrique García López
Laura Elena Gloria Hernández
Dirección de Estudios Sociodemográficos
Consejo Nacional de Población

Patricia Noemi Vargas Becerra
Directora del Centro de Estudios de Población
DER – INESER. Universidad de Guadalajara

El descenso de la mortalidad en la República Mexicana ha estado fuertemente determinado por el mayor control de las enfermedades transmisibles – infecciosas y parasitarias – y de las asociadas al parto. El descenso de la mortalidad por estas causas, que afectan sobre todo las edades tempranas de la vida, trajo como consecuencia la transformación de la estructura por edad de las defunciones, trasladando los decesos hacia etapas posteriores de la vida e incrementando el peso de las enfermedades crónico-degenerativas.

El cambio en la composición de las causas de muerte se puede explicar por medio de dos enfoques diferentes. Por un lado, la transición epidemiológica donde las intervenciones de tipo médico y los avances tecnológicos abaten los decesos en edades tempranas; y por otro lado, la transición de la salud que enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de sus habitantes.

En 1980, de las 429 mil defunciones registradas¹ a nivel nacional, 31.8 por ciento fueron causadas por enfermedades transmisibles, 45.7 por ciento se debieron a enfermedades no transmisibles, 15.8 por ciento se registraron a consecuencia de accidentes y lesiones y 6.7 por ciento están mal definidas. Para 2005, las defunciones registradas fueron poco más de 484 mil: 13.2 por ciento se debieron a enfermedades transmisibles; 74.1 por ciento a enfermedades no transmisibles y 10.7 por ciento a accidentes y lesiones. En 2.0 por ciento de los casos se desconoce la causa de defunción.

¹ Debido a que las defunciones registradas en estadísticas vitales se encuentran afectadas por diversos factores que propician que existan algunas fluctuaciones de un año a otro, se optó por realizar un promedio entre el año dado, un año posterior y uno anterior para suavizar estos efectos, excepto en 2005 donde sólo se consideró el promedio entre 2004 y 2005.

Las tendencias y niveles de la mortalidad son diferentes para cada grupo de edad y sexo, es por ello que en este trabajo se realizó una agrupación para diferentes intervalos de edad. Se consideraron siete conjuntos de edades que se encuentran relacionados con las etapas del curso de vida de las personas:

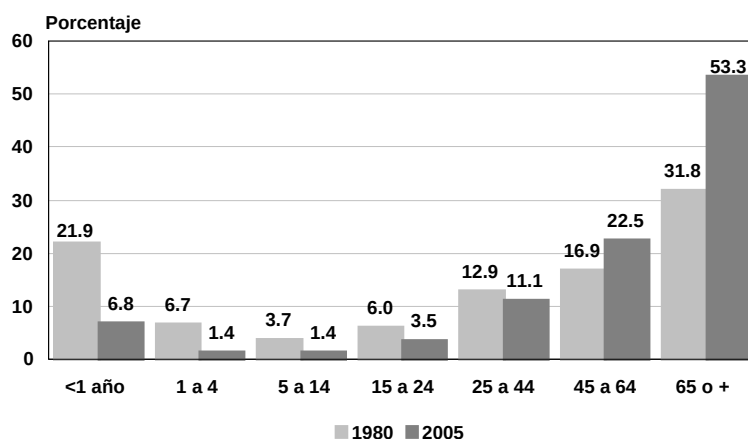
- La población infantil (menores de un año);
- Los niños en edad preescolar (1 a 4 años);
- Los niños en edad escolar (5 a 14 años);
- Los adolescentes y jóvenes (15 a 24 años);
- Los adultos jóvenes (25 a 44 años);
- Los adultos maduros (45 a 64 años); y
- Los adultos mayores (65 años o más).

Como se puede observar en la gráfica 1, la distribución de las defunciones en la República Mexicana se concentra principalmente en las edades adultas. En dos décadas y media, la proporción de muertes infantiles descendió de 21.9 a 6.8 por ciento (de 1980 a 2005); lo mismo sucede con los grupos de niños en edad preescolar y escolar cuya participación relativa se redujo de manera significativa; en el último año, cada uno de estos grupos representó un peso de 1.4 por ciento con respecto a las muertes totales.

El peso relativo de las muertes en el grupo de adolescentes y jóvenes también descendió de forma importante, al pasar de 6.0 por ciento en 1980 a 3.5 en 2005. Aunque con una reducción menor, la proporción de defunciones de los adultos jóvenes también disminuyó, 1.8 puntos porcentuales.

En cambio, las defunciones de las personas adultas maduras y de la tercera edad incrementaron su peso. En 1980, las defunciones de personas de entre 45 y 64 años de edad representaban 16.9 por ciento, 25 años después este porcentaje aumentó a 22.5 por ciento. Entre los adultos mayores el aumento es de 21.5 puntos porcentuales, registrando en 2005 más de 53 por ciento de las defunciones totales. A principios de la década de los ochenta, una de cada dos personas que fallecía contaba con 45 años o más (48.7%), en 2005 esta proporción creció a más de tres de cada cuatro (75.8 %).

Gráfica 1.
República Mexicana: distribución de las defunciones registradas por grandes grupos de edad, 1980 – 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Además de la diferenciación de las defunciones en las etapas del ciclo de vida, es necesario distinguir la mortalidad femenina de la masculina, ya que cada grupo registra características propias debido, principalmente, a factores biológicos y sociales: la mujer tiene una mayor probabilidad de sobrevivencia, a causa de que es menos propensa a sufrir accidentes y, en general, adopta menos conductas riesgosas que ocasionen situaciones violentas donde arriesgue la vida.

En este sentido, la información analizada en el ámbito nacional permite observar un mayor número de defunciones en hombres que en mujeres. En 1980, 57.2 por ciento de las defunciones totales correspondieron al sexo masculino mientras que sólo 42.8 por ciento al femenino. Si bien se observa un ligero cambio en 2005 (55.1 y 44.9 % para hombres y mujeres, respectivamente) sigue siendo marcada la sobre-mortalidad masculina respecto a la femenina.

Mortalidad de menores de un año

El nivel en la mortalidad de los menores de un año es uno de los indicadores que mejor refleja las condiciones de vida de la población. Existen múltiples factores que al desarrollarse de manera positiva contribuyen a la reducción de la mortalidad infantil. Es ampliamente conocido que la escolaridad de la madre tiene una repercusión directa en el cuidado de los hijos. Además, condiciones sanitarias adecuadas en la vivienda, como la disponibilidad de agua entubada, disposición de excusado y drenaje y piso

distinto de tierra, contribuyen también de manera positiva a la sobrevivencia de los menores.

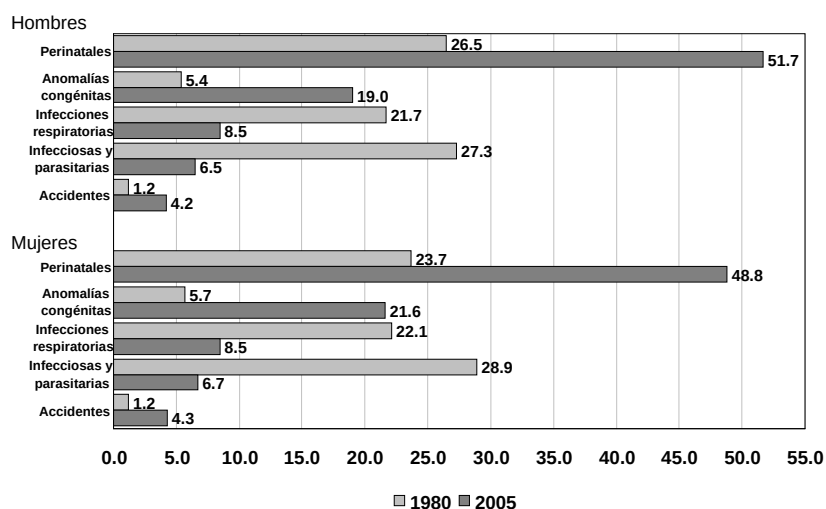
Las enfermedades de etiología infecto-contagiosa siguen siendo las principales causantes de las muertes de los infantes en México, ya que tres de los cinco principales padecimientos que ocasionan las muertes son transmisibles; sin embargo, al paso de veinticinco años han presentado cambios tanto en su orden como en su distribución. En 1980, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias en la República Mexicana representaban 27.3 por ciento del total de los decesos de los varones menores de un año; entre las niñas la proporción aumentaba a 28.9 por ciento, colocándose como la principal causa de muerte. Veinticinco años después las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias han disminuido de manera significativa entre los menores de un año. En ambos sexos es la cuarta causa de muerte, con menos de 7 por ciento del total de defunciones de menores de un año (véase gráfica 2). Cabe señalar que dentro del grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias destacan las muertes por infecciones intestinales que son evitables a bajo costo, si se atienden oportunamente y se toman las medidas adecuadas.

Al igual que las muertes por causas infecciosas y parasitarias aquellas por infecciones respiratorias disminuyeron su presencia tanto en términos absolutos como relativos. La proporción de niños menores de un año que falleció por estas causas pasó de 21.7 por ciento en 1980 a 8.5 en 2005. De manera similar la proporción entre las niñas disminuyó de 22.1 a 8.5 por ciento.

En 2005, los padecimientos perinatales son los que ocasionan mayor número de muertes en los menores de un año. Se considera perinatal cuando la muerte ocurre a las 28 semanas de gestación o más y puede producirse antes, durante o después de los 7 días del parto. Algunas de las causas de la mortalidad perinatal son la desnutrición fetal intrauterina y los problemas asociados con la atención del evento obstétrico.

Del total de defunciones de menores de un año durante 2005, 51.7 y 48.8 por ciento se debieron a afecciones perinatales entre los niños y niñas, respectivamente. Esta proporción tuvo un aumento de casi el doble con respecto a 1980, cuando representaban 26.5 por ciento para los primeros y 23.7 por ciento para las segundas.

Gráfica 2.
República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los menores de un año según sexo, 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

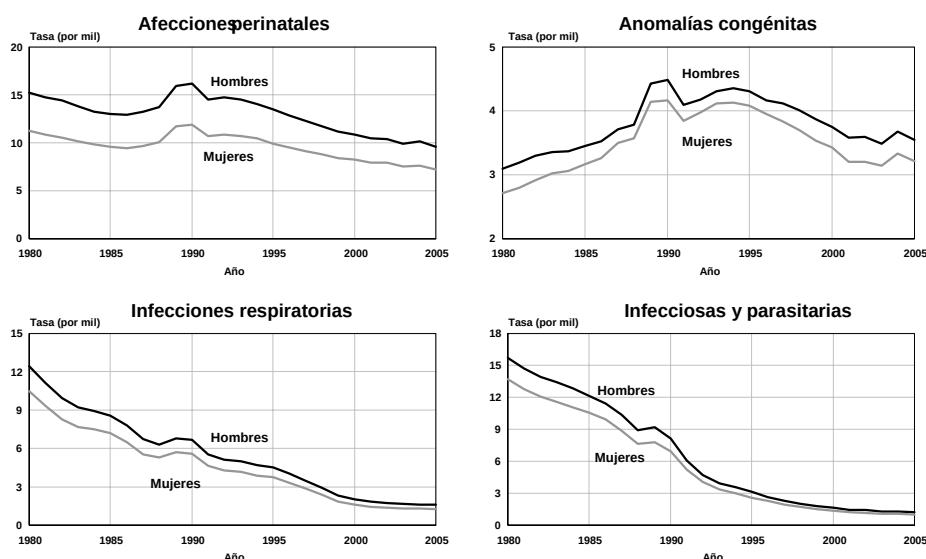
En 2005, alrededor de 20 por ciento de las muertes fue ocasionado por anomalías congénitas, tanto para hombres como para mujeres. Este tipo de muertes ha tenido un aumento considerable a lo largo de las últimas dos décadas y media, ya que en 1980 apenas representaban 5.4 y 5.7 por ciento de las defunciones de los infantes, hombres y mujeres, respectivamente. Aunque proporcionalmente las muertes por accidentes también han aumentado, siguen teniendo una presencia mínima entre las muertes de los menores de un año.

Las transformaciones en el tipo y orden de las principales causas de la mortalidad infantil repercuten en el nivel de la tasa de mortalidad. Como se puede observar en la gráfica 3, las afecciones perinatales (panel superior izquierdo) tuvieron un decremento de 37 y 35 por ciento en hombres y mujeres, en ese orden, por lo que en 2005 la tasa se ubica en 9.6 y 7.2 defunciones por cada mil nacidos vivos varones y mujeres, respectivamente. Sin embargo, debido a que la mayor parte de esas muertes se pueden evitar con una adecuada atención durante el embarazo y el parto es motivo de preocupación que las tasas por afecciones del periodo perinatal tengan un descenso tan lento.

Las anomalías congénitas (véase panel superior derecho de la gráfica 3), en cambio, han aumentado durante el periodo de observación: la tasa de mortalidad de hombres

pasó de 3.1 a 3.5 defunciones por cada mil nacidos vivos y la de las mujeres de 2.7 a 3.2 defunciones por cada mil. Aunque en los últimos tres años se ha registrado un ligero descenso en ambos sexos.

Gráfica 3
República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los menores de un año por sexo, 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Es muy significativo el descenso de las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias y por enfermedades infecciosas y parasitarias en ambos sexos. En el caso de las infecciones respiratorias (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 3) la tasa de mortalidad se redujo a casi una décima parte en ambos sexos. En el caso de los varones pasó de 12.5 defunciones en 1980 a 1.6 en el año 2005 por cada mil infantes, mientras que en las mujeres se redujo de 10.5 a 1.3 decesos por cada mil niñas.

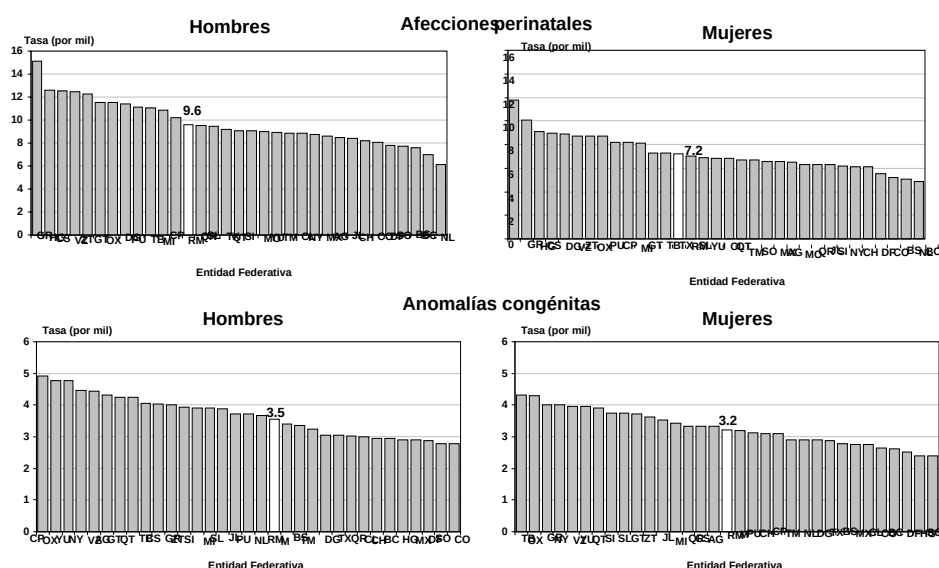
Las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (véase panel inferior derecho de la gráfica 3) disminuyeron también de forma importante para ambos sexos, al pasar de 15.7 a 1.2 defunciones por cada mil niños recién nacidos y de 13.7 a 1.0 decesos por cada mil niñas recién nacidas.

Entre las entidades federativas, la diversidad de condiciones socioeconómicas y demográficas se refleja en la contribución de las diferentes causas de muerte por grupos de edad. Considerando la mortalidad infantil a consecuencia de las afecciones

perinatales, se observa que en el año 2005, la mayor concentración se presenta en el sexo masculino y en las entidades con mayores rezagos y niveles de marginación del país. En el caso contrario, las tasas para Guerrero, Hidalgo y Chiapas indican que en estas entidades ocurren más del doble de defunciones tanto en el caso de los niños como en las niñas. Los estados de Nuevo León y Baja California registran tasas menores a las 7 defunciones por cada mil nacidos vivos varones y las femeninas inferiores a 5 defunciones (ver paneles superiores de la gráfica 4).

La mortalidad de varones menores de un año ocasionada por anomalías congénitas es mayor en las entidades federativas de Campeche, Oaxaca, y Yucatán, fluctuando entre 5.0 y 4.8 defunciones por cada mil nacidos vivos; por otra parte, en los estados de Coahuila, Sonora y Distrito Federal se registran las menores tasas, alcanzando cifras por debajo de las 3 defunciones por cada mil nacidos vivos. En el caso de las niñas, Tabasco y Oaxaca presentan las mayores tasas de mortalidad (4.3 defunciones por cada mil nacidas vivas), seguidas de Guerrero y Nayarit con tasas de 4.0 decesos por cada mil. Las entidades de Sonora, Hidalgo y Distrito Federal registran tasas de mortalidad por anomalías congénitas menores a 2.5 defunciones por cada mil niñas nacidas vivas (ver paneles inferiores de la gráfica 4).

Gráfica 4.
República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los menores de un año por entidad federativa y sexo, 2005



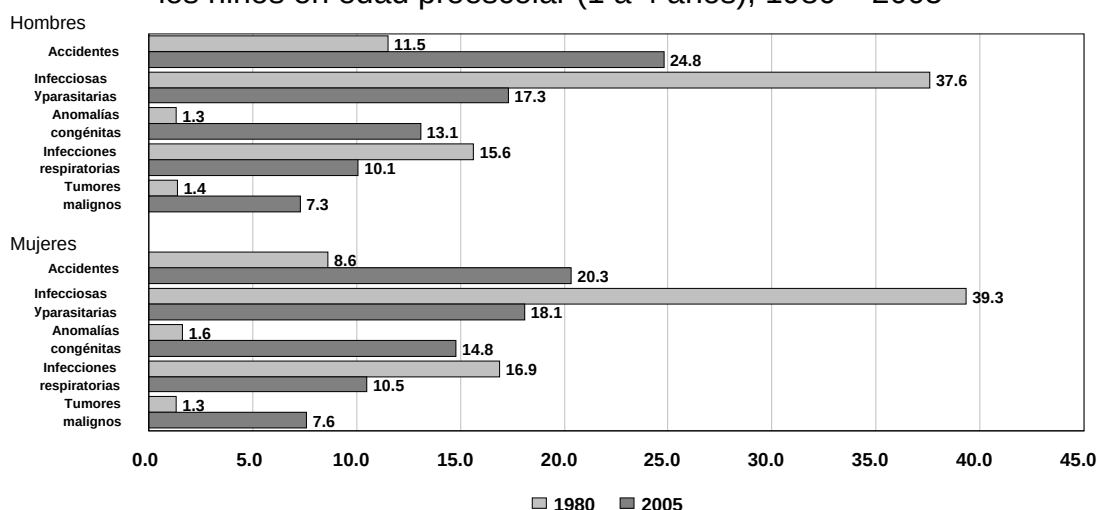
Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Mortalidad en niños de edad preescolar

Las bases de la salud en la edad adulta y la vejez se definen, en buena medida durante la infancia y conforme los niños van creciendo, evolucionan las necesidades y los retos más importantes de su salud y de su desarrollo. Los preescolares, igual que los recién nacidos, tienen necesidades básicas vinculadas con la supervivencia, y hay que prestarles una atención adecuada para asegurar su óptimo desarrollo. Las condiciones de vida apropiadas para el desarrollo de las niñas y los niños se encuentran fuertemente relacionadas con la capacidad de sus familias y del Estado para brindarles la oportunidad de un desarrollo integral.

En la República Mexicana la situación de la mortalidad en las edades preescolares es parecida a la infantil, ya que entre las principales causas de muerte figuran las ocasionadas por enfermedades infecciosas y parasitarias para ambos sexos; aunque el descenso durante el periodo estudiado, es de más de 50 por ciento. En 2005, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias representaron 17.3 por ciento en el caso de los hombres y 18.1 por ciento en el de las mujeres, ubicándolas como la segunda causa de defunción (véase gráfica 5).

Gráfica 5.
República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los niños en edad preescolar (1 a 4 años), 1980 – 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Una de las características principales de la mortalidad de la población masculina, sobre todo entre los adolescentes y jóvenes, es que se originan por un evento fortuito (accidentes). Sin embargo, es de llamar la atención que incluso entre los niños y niñas en edad preescolar son la principal causa de muerte en 2005, con 24.8 y 20.3 por ciento de las defunciones de niños y niñas, respectivamente.

La tercera causa de muerte de la población en edad preescolar son las anomalías congénitas que aumentaron de 1.3 y 1.6 por ciento en 1980 a 13.1 y 14.8 por ciento en 2005 en hombres y mujeres, respectivamente. Durante este último año las infecciones respiratorias son las causantes de 10.1 por ciento de las muertes de niños y 10.5 por ciento de las muertes de niñas; le siguen en importancia los tumores malignos con 7.3 y 7.6 por ciento, respectivamente.

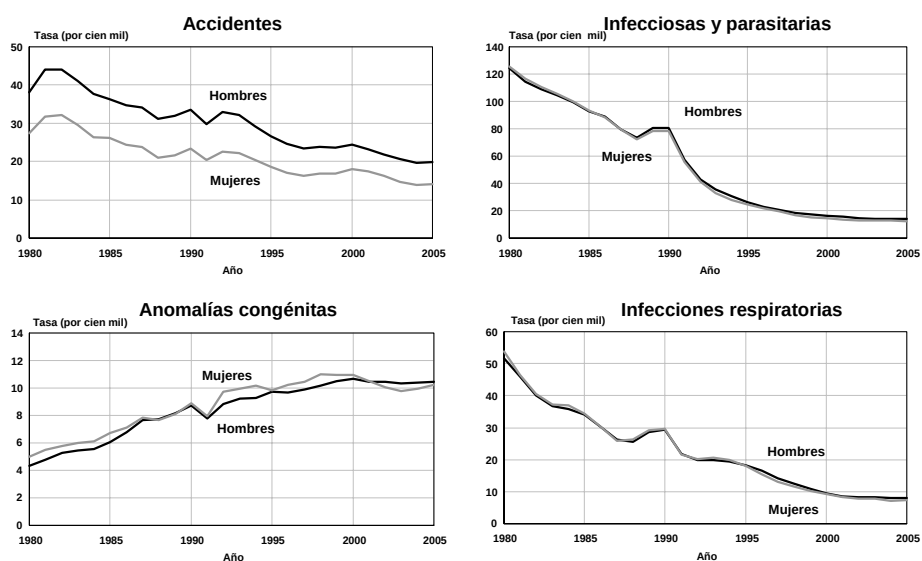
Las tasas de mortalidad por accidentes disminuyeron en alrededor de 50 por ciento para ambos sexos; sin embargo, la tasa de los hombres, 19.8 defunciones por cada cien mil, es 29 por ciento mayor que la registrada por las mujeres en 2005, 14.0 muertes por cada cien mil (véase panel superior izquierdo de la gráfica 13).

La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyó en alrededor de 90 por ciento entre 1980 y 2005, para la población mexicana en edad preescolar de ambos sexos. La tasa por esta causa es ligeramente superior para los hombres, en el año más reciente la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias en los niños de entre 1 y 4 años es de 13.8 defunciones por cada cien mil personas en ese rango de edad, en tanto que la mortalidad por esta misma causa para las niñas es de 12.5 decesos por cada cien mil habitantes (véase panel superior derecho de la gráfica 13).

Las muertes por anomalías congénitas en los niños en edad preescolar se han más que duplicado, al pasar de 4.3 defunciones por cada cien mil en 1980 a 10.4 en 2005 para la población masculina, de igual forma en la población femenina pasó de 5.0 a 10.2 decesos por cada cien mil niñas en el mismo periodo (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 6).

En México, entre las cinco principales causas de muerte de los menores en edad preescolar se encuentran las infecciones respiratorias. El descenso de las tasas de mortalidad por esta causa es pronunciado, al pasar de poco más de 50 defunciones por cada cien mil infantes en 1980 a cerca de 8 en 2005, lo que significa un decremento de 85 por ciento, en ambos sexos (véase panel inferior derecho de la gráfica 6).

Gráfica 6
República Mexicana: tasas de mortalidad de las cuatro principales causas de muerte de los niños en edad preescolar (1 a 4 años) por sexo, 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

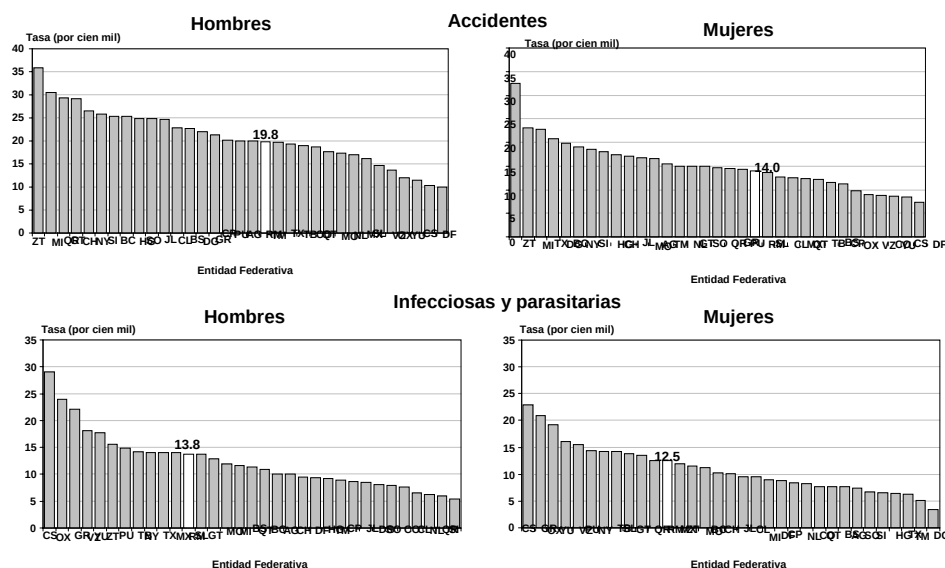
Al comparar la mortalidad de los niños de 1 a 4 años de edad por causas externas como lo son los accidentes a nivel de entidad federativa, se observa en 2005 que el Distrito Federal y Chiapas presentan las tasas de mortalidad más bajas de todo el país con poco más de 10 defunciones por cada cien mil para ambos sexos, seguida por Yucatán y Oaxaca en el caso de los hombres y por Yucatán y Coahuila en las mujeres.

En contraste, las entidades que poseen las tasas de mortalidad por accidentes más altas son Zacatecas, Michoacán y Quintana Roo en los hombres, en donde el nivel es más del 50 por ciento que el registrado en el ámbito nacional, al alcanzar más de 30 defunciones por cada cien mil niños de ese grupo de edad; en el caso de las mujeres, Zacatecas, Michoacán y Tlaxcala se ubican como las entidades con las tasas de mortalidad de más alto nivel (ver paneles superiores de la gráfica 7).

Al analizar las tasas de mortalidad por causas infecciosas y parasitarias por entidad federativa de los niños del grupo 1 a 4 años de edad, los valores más altos corresponden a Chiapas, Oaxaca y Guerrero con tasas de 29.0, 23.9 y 22.1 defunciones por cada cien mil, respectivamente. En las niñas, Chiapas también encabeza el nivel más alto de mortalidad por esta causa con una tasa de 23.0 defunciones por cada cien mil, seguido por los estados de Guerrero y Oaxaca. En cambio, los estados de Sinaloa, Quintana Roo y Nuevo León registran tasas menores a 6 defunciones por cada cien mil niños; y los estados de Durango y Tamaulipas en el caso de las niñas (ver paneles inferiores de la gráfica 7).

Gráfica 7

República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los menores en edad preescolar (1 a 4 años) por entidad federativa y sexo, 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Estos resultados señalan que se ha avanzado en el combate de las muertes evitables a bajo costo entre los menores en edad preescolar residentes en el país; pero, a su vez, indican la necesidad de reforzar las medidas orientadas a evitar situaciones

peligrosas que pongan en riesgo la vida de los infantes por accidentes, además de considerar que la quinta causa de muerte para este grupo de edad son los tumores malignos.

Mortalidad en niños y adolescentes de edad escolar (5 a 14 años)

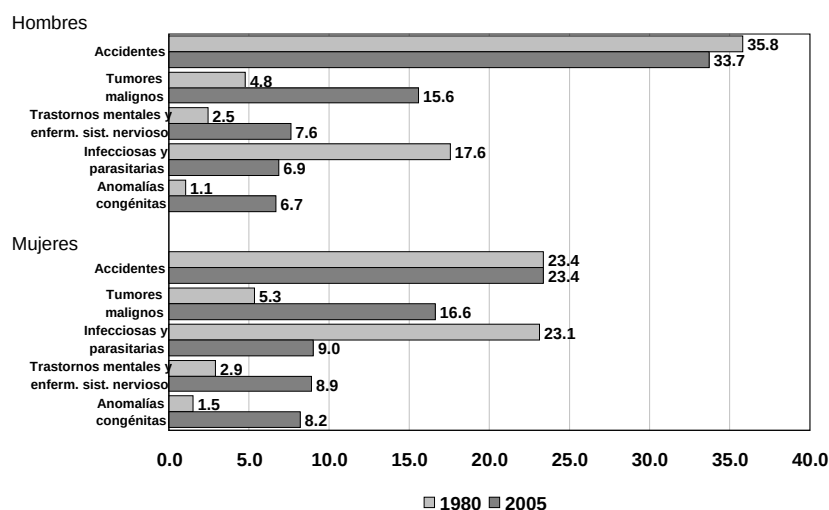
La etapa en que los niños y niñas ingresan al sistema educativo formal es una de las más importantes para el desarrollo de las personas. Poder adquirir conocimientos de educación básica es una herramienta necesaria para el desarrollo de los individuos durante las etapas posteriores de vida. En México, la asistencia a la escuela de este grupo de edad no es universal, el Censo de Población de 2005 arroja que 93.3 por ciento de la población de 5 a 14 años asiste a la escuela.

Dentro de este grupo poblacional se encuentran los primeros años de la adolescencia. En esta etapa niños y niñas experimentan los cambios físicos y emocionales asociados a la pubertad, a la vez que las relaciones con sus familiares, sus similares y con la comunidad se transforman y se amplía su exposición a situaciones de riesgo.

La primera causa de muerte entre los niños y adolescentes en edad escolar en México son los accidentes que se encuentran relacionados con pautas conductuales. Una de cada tres defunciones de los hombres de este grupo de edad se debe a un accidente. Durante 2005, los tumores malignos se colocaron como la segunda causa de muerte, ascendiendo dos lugares con respecto a 1980 (véase gráfica 8).

La tercera causa de muerte de los niños y adolescentes mexicanos en edad escolar en 2005 son los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso con 7.6 por ciento. Le siguen en importancia las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias que descendieron dos lugares entre 1980 y 2005. En cambio, las muertes por anomalías congénitas aumentaron su proporción ya que en 1980 no figuraban entre las cinco principales causas de muerte y en 2005 ocupan la quinta posición.

Gráfica 8.
República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los niños en edad escolar (5 a 14 años), 1980 - 2005



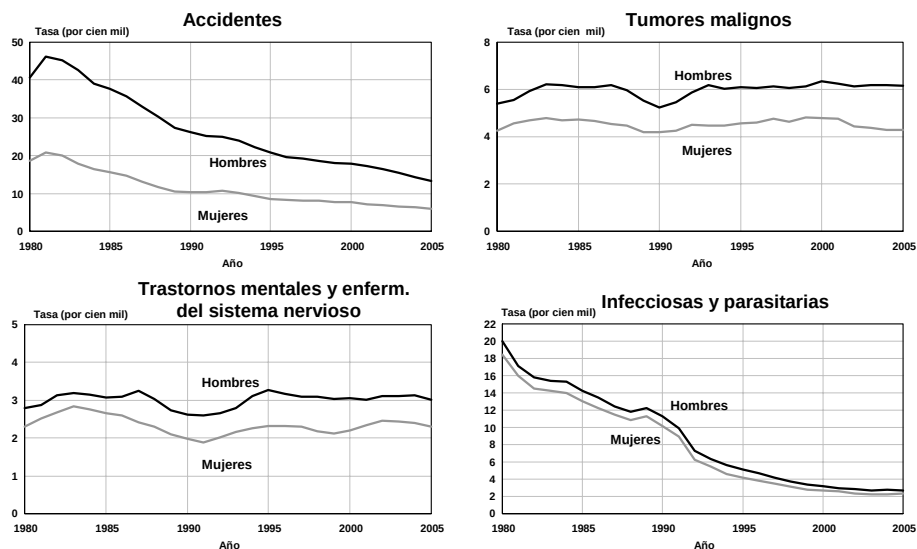
Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Las niñas en edad escolar comparten las cinco principales causas de muerte que registran los varones, sólo que en proporciones diferentes. En 2005, los accidentes concentraron casi una de cada cuatro defunciones de mujeres de 5 a 14 años de edad. Esta proporción es igual a la observada en 1980. Las muertes por tumores malignos representaron 16.6 por ciento de las defunciones de niñas y las enfermedades infecciosas y parasitarias se colocaron como la tercera causa en importancia, cuyo peso relativo es 9.0 por ciento en 2005 (véase gráfica 8)

Las tasas de mortalidad de este grupo poblacional muestran que los accidentes, a pesar de ser la principal causante de las muertes de los niños escolares de ambos sexos, han disminuido su incidencia durante las últimas dos décadas y media en 67 por ciento. La tasa de mortalidad por esta causa en los niños y adolescentes mexicanos (13.3 defunciones por cada cien mil personas) es más del doble que la de sus pares femeninos (6.0 defunciones por cada cien mil personas) como se observa en el panel superior izquierdo de la gráfica 9.

Gráfica 9

República Mexicana: tasas de mortalidad de las cuatro principales causas de muerte de los niños en edad escolar (5 a 14 años) por sexo, 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Las tasas de mortalidad por tumores malignos y por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso registran mayores niveles entre los hombres. En el último año de estudio, las diferencias son de 6.2 decesos por tumores malignos por cada cien mil hombres frente a 4.3 por cada cien mil mujeres; y de 3.0 defunciones por trastornos mentales por cada cien mil hombres contra 2.3 por cada cien mil mujeres (véase panel inferior derecho de la gráfica 9).

El descenso en más de 85 por ciento de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias refleja los avances en materia de salud para combatir las enfermedades transmisibles. En 1980 la tasa de mortalidad por esta causa entre los hombres era de 20.0 defunciones y entre las mujeres de poco más de 18 decesos por cada cien mil personas, en 2005 pasaron a un nivel de 2.7 y 2.3 defunciones por cada cien mil, respectivamente (véase panel inferior derecho de la gráfica 9).

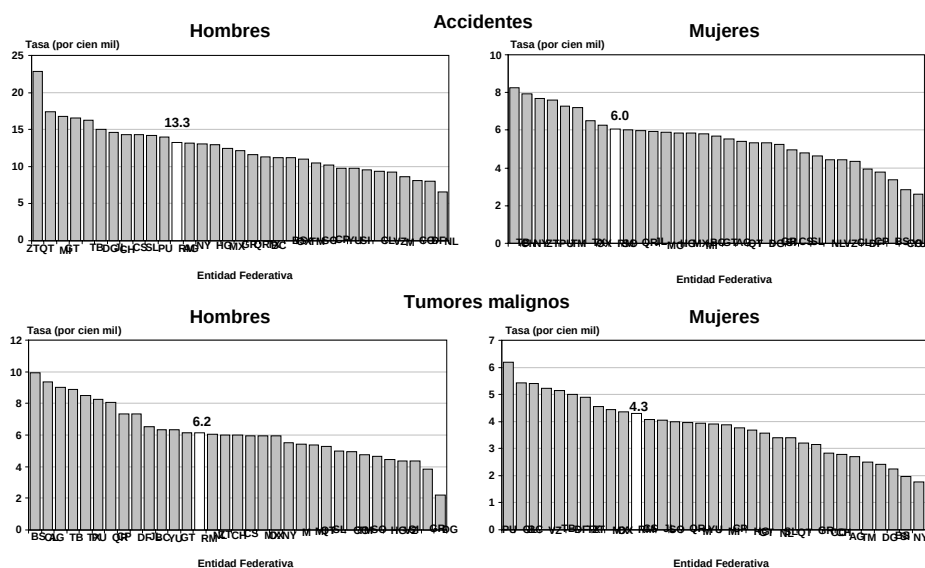
Al analizar las tasas de mortalidad del año 2005 para el grupo de 5 a 14 años de edad por entidad federativa para los accidentes y tumores malignos, en primer lugar se observa que a diferencia de los grupos anteriores existen diferencias importantes para cada sexo. Las tasas de mortalidad masculinas por accidentes son más elevadas en los estados de Zacatecas, Querétaro, Michoacán, Guanajuato y Tabasco, superiores a 16 defunciones por cada cien mil niños; en el caso de las mujeres destacan los estados de Tabasco, Chihuahua, Nayarit y Zacatecas con tasas superiores a 7

defunciones por cada cien mil niñas en edad escolar. En cambio, en Nuevo León y el Distrito Federal el nivel se reduce significativamente para mostrar una tasa menor a 8 defunciones por cada cien mil niños; y en las niñas, Yucatán y Coahuila registran tasas inferiores a 3 (véase paneles superiores de la gráfica 10).

Las tasas de mortalidad por tumores malignos, registran sus valores más elevados en los estados de Baja California Sur, Colima y Aguascalientes en el caso de los niños con valores superiores a 9 defunciones por cada cien mil niños en edad escolar; en el caso de las mujeres las entidades de Puebla, Colima y Baja California registra tasas mayores a 5 defunciones por cada cien mil; por otra parte, entre las entidades que presentan los menores niveles en las tasas de mortalidad por tumores malignos, entre los niños de 5 a 14 años, se encuentran Durango, Guerrero, Sinaloa y Veracruz; y Nayarit, Sinaloa y Baja California Sur en el caso de las niñas.

Gráfica 10

República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los menores en edad escolar (5 a 14 años) por entidad federativa y sexo, 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Mortalidad en adolescentes y jóvenes (15 a 24 años)

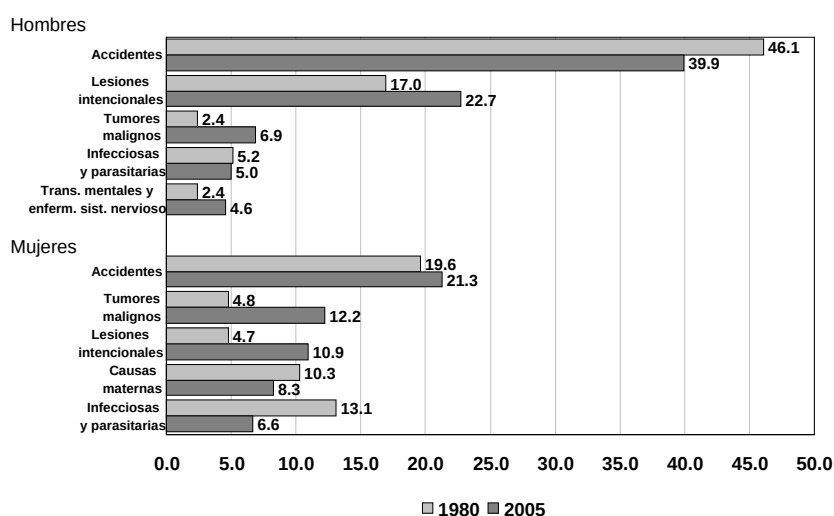
La adolescencia y la juventud es generalmente considerada una de las etapas más saludables de la vida. Por ello, las causas de defunción en este periodo se vinculan estrechamente con las conductas y situaciones de riesgo.

Además de las defunciones por accidentes que afectan principalmente a la población joven, las enfermedades que hoy día preocupan por su irreversibilidad son el VIH/SIDA y la leucemia. De igual forma, son de atención el creciente nivel de violencia interpersonal, la depresión y el aislamiento en el que se encuentran muchos adolescentes y jóvenes, siendo particularmente susceptibles a los homicidios y al suicidio.

En los adolescentes y jóvenes se presentan las mayores diferencias de la mortalidad entre hombres y mujeres, tanto por las principales causas de muerte como por el número de defunciones. En México, durante 2005 por cada muerte de mujeres de 15 a 24 años ocurrieron 2.4 decesos de hombres del mismo grupo de edad. Es importante destacar que el número de decesos de este grupo poblacional entre 1980 y 2005 se redujo en 33 por ciento a nivel nacional. La diferencia de las principales causas de muerte se puede explicar, por una parte, por las características fisiológicas propias de cada sexo y, por otra parte, por la mayor exposición de los hombres a situaciones de alto riesgo y una más elevada propensión a adquirir hábitos dañinos para la salud.

Las dos primeras causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes mexicanos, desde 1980 y hasta 2005 han sido las muertes por accidentes y lesiones intencionales: 39.9 por ciento de las defunciones se debe a un accidente en 2005, principalmente de tráfico; las lesiones intencionales son las causantes de 22.7 por ciento de las defunciones, cifra superior a la registrada en 1980 (17.0 %). En menor proporción se encuentran las muertes por tumores malignos, enfermedades infecciosas y parasitarias y los trastornos mentales (véase gráfica 11).

Gráfica 11
República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

En el caso de las mujeres, si bien los accidentes también se mantienen como la primera causa de muerte, las proporciones son mucho menores que en los hombres. La mortalidad por tumores malignos es la segunda en importancia con 12.2 por ciento de las defunciones. En cambio, llama la atención que de 1980 a 2005 las muertes por lesiones intencionales se ubiquen como la tercera causa de muerte entre las mujeres mexicanas, sobre todo porque entre las causas atribuibles a éstas destacan los suicidios y los homicidios (véase gráfica 11).

La mortalidad materna se ubica en el cuarto lugar entre las mujeres del país, aunque se reconocen los avances en la vigilancia y atención antes, durante y después del parto que ha dado como resultado la reducción de la tasa de mortalidad materna² juvenil a una tercera parte de 11.0 a 3.7 defunciones por cada cien mil mujeres adolescentes y jóvenes (véase panel inferior derecho de la gráfica 12). En este sentido, es importante continuar e intensificar los programas orientados a evitar toda muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio.

La tasa de mortalidad por accidentes de los jóvenes del país disminuyó significativamente en los últimos veinte años, al igual que la tasa por lesiones intencionales. Sin embargo, al interior de este grupo las muertes por suicidios

² Es importante aclarar que en la tasa de mortalidad materna presentada en el denominador se considera a toda la población femenina de la edad correspondiente y no los embarazos o los hijos nacidos vivos como usualmente se estima.

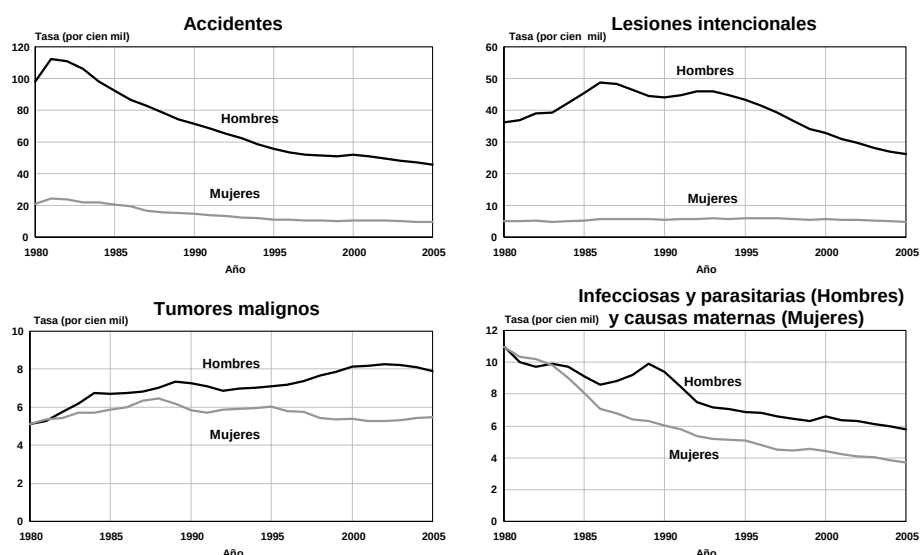
aumentaron de 3.5 defunciones por cada cien mil jóvenes durante 1980 a 9.0 en 2005. En cambio, los homicidios contribuyeron al descenso de la mortalidad por lesiones intencionales al pasar de 31.9 a 17.1 decesos por cada cien mil mexicanos de entre 15 y 24 años (véase panel superior derecho de la gráfica 12).

Entre 1980 y 2005, los tumores malignos son los que en conjunto registran un aumento de 55 por ciento en las tasas de mortalidad de hombres. En cambio, las tasas de las mujeres aumentaron ligeramente, manteniéndose en poco más de 5 defunciones por cada cien mil a lo largo del periodo de observación (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 12).

La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias también descendió a lo largo del periodo de estudio. Llama la atención que el descenso de esta tasa en el caso de los hombres sea menor que en el caso de las mujeres, lo cual se debe al aumento de la mortalidad por VIH/SIDA, que se da con mayor intensidad en los primeros, siendo en 2005 de 2.8 defunciones por cada cien mil hombres mientras que en las mujeres es de 0.7 decesos por cada cien mil.

Gráfica 12.

República Mexicana: tasas de mortalidad de las cuatro principales causas de muerte de los adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) por sexo, 1980-2005



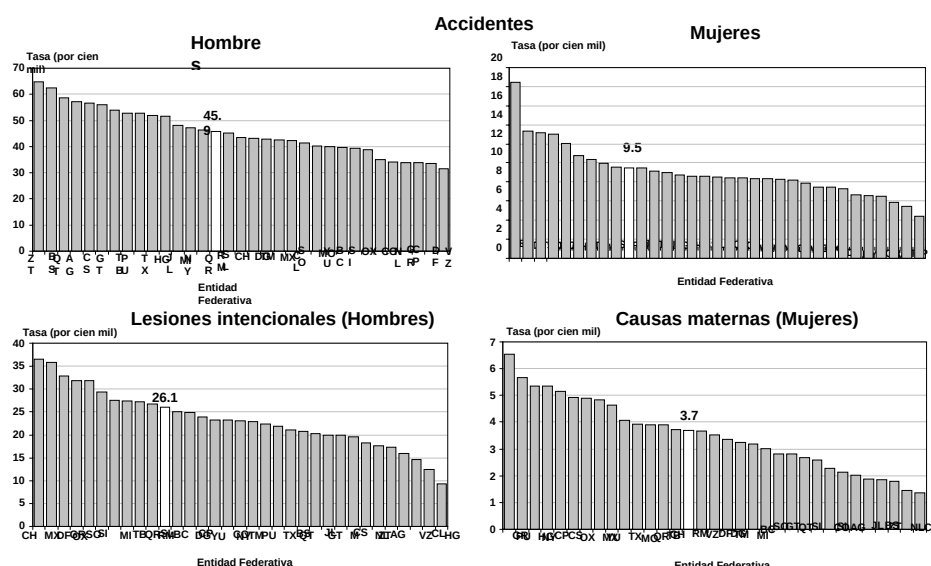
Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Al analizar las tasas de mortalidad por accidentes de los adolescentes y jóvenes por entidad federativa en 2005, los valores más altos corresponden a Zacatecas y Baja California Sur con tasas de 64.6 y 62.4 defunciones por cada cien mil, respectivamente. Con las menores tasas se encuentran Veracruz y el Distrito Federal, con valores de 33 defunciones por cada cien mil jóvenes. En las mujeres, Baja California Sur encabeza los niveles más altos de mortalidad por esta causa con una tasa superior a 18 defunciones por cada cien mil, mientras que en Campeche se registra una tasa de sólo 4.4 defunciones, seguida por la de Tlaxcala y Veracruz (véase paneles superiores de la gráfica 13).

La segunda causa de muerte en importancia en el caso de los hombres son las lesiones intencionales, donde destacan por su elevada tasa los estados de Chihuahua, estado de México y el Distrito Federal, siendo 35 por ciento mayor que la registrada a nivel nacional (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 13). Las muertes maternas, aunque son la cuarta causa de fallecimiento entre las adolescentes y jóvenes, deberían tener valores cercanos a cero; sin embargo, en los estados de Guerrero, Puebla e Hidalgo, mueren más de 5 adolescentes por cada cien mil por esta causa. En el otro extremo, se encuentran los estados de Colima, Nuevo León y Zacatecas (véase panel inferior derecho de la gráfica 13).

Gráfica 13.

República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) por entidad federativa y sexo, 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Mortalidad en adultos jóvenes (25 a 44 años)

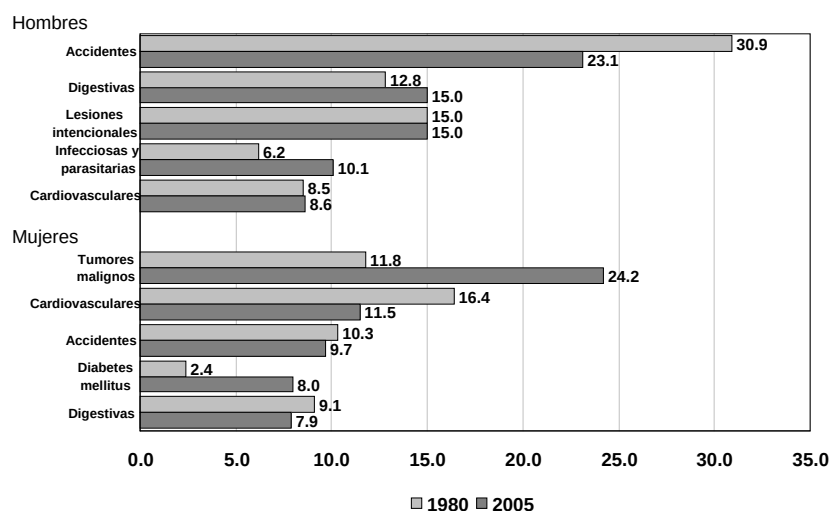
En esta etapa usualmente los hombres y mujeres se encuentran en la fase de formación o expansión de sus propias familias, desempeñando actividades vinculadas con la procreación y el cuidado de sus hijos. En lo laboral, la mayoría de los hombres y una proporción cada vez mayor de las mujeres participan en la actividad económica, teniendo la oportunidad de desplegar sus capacidades para tener una mayor posibilidad de éxito en la consolidación de un patrimonio familiar.

En el grupo de adultos jóvenes son marcadas las diferencias por género entre las principales causas de muerte. Dentro de este grupo poblacional es posible encontrar causas de muerte de muy diferente etiología. En el caso de los hombres mexicanos se aprecia un cambio significativo en la reducción de los accidentes, que de causar 30.9 por ciento de las defunciones en 1980 pasaron a representar 23.1 por ciento 25 años después. Las muertes por lesiones intencionales, tercera en importancia, prácticamente registra la misma proporción que en 1980, con 15 por ciento (véase gráfica 14).

En 2005, la segunda causa de muerte de los adultos jóvenes de México son las enfermedades digestivas que representan 15.0 por ciento de las muertes de este grupo. Dentro de esta causa de muerte 81 por ciento es a consecuencia de la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; el consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores que ocasionan las enfermedades del hígado.

Durante todo el estudio se ha venido señalando la transición epidemiológica. Sin embargo, en este grupo de edad se observa que las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentan de 6.2 a 10.1 por ciento a nivel nacional, esto se debe a la aparición del VIH/SIDA que es considerada la más importante pandemia en la actualidad. Con 8.6 por ciento se encuentran las muertes por problemas cardiovasculares, las cuales ocupan el quinto lugar en el año 2005 (véase gráfica 14).

Gráfica 14
República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes (25 a 44 años), 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Las muertes de las mujeres de 25 a 44 años se deben principalmente a tumores malignos en 2005. Durante 1980 una de cada diez muertes era ocasionada por algún tumor maligno, dos décadas y media después la relación aumentó a cerca de una de cada cuatro. Al interior de estos padecimientos, los tumores malignos de mama y cuello del útero son los principales causantes de los decesos de las mujeres mexicanas de este grupo de edad.

La segunda causa de muerte son las defunciones por enfermedades cardiovasculares con 11.5 por ciento de las muertes. Le siguen en importancia los accidentes con 9.7 por ciento. La cuarta y quinta posición le corresponden a la diabetes mellitus y a las enfermedades digestivas, con cerca de 8 por ciento de las muertes cada una.

Las tasas de mortalidad por causas permiten precisar si el riesgo de morir por un padecimiento ha disminuido o aumentado a lo largo del periodo de observación. Entre los hombres del país, el riesgo de morir por accidentes disminuyó en 56 por ciento en ambos sexos, al pasar de 146.4 a 63.7 defunciones por cada cien mil en el caso de los hombres; en las mujeres, la tasa de mortalidad pasó de 25.7 a 11.1 decesos por cada cien mil mujeres (véase panel superior izquierdo de la gráfica 15).

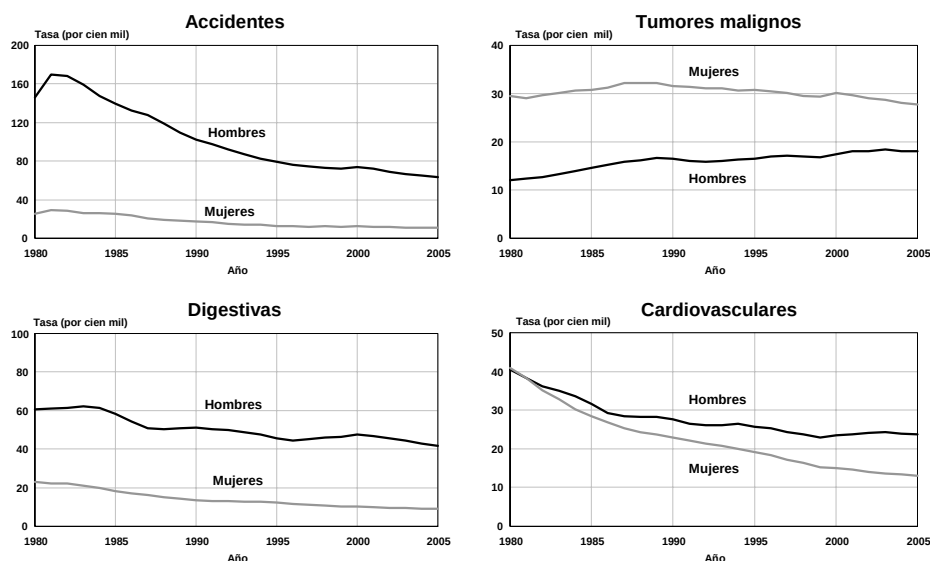
Los tumores malignos, la principal causa de muerte entre las mujeres, se mantuvo en alrededor de 28 decesos por cada cien mil en los extremos del periodo; sin embargo, se puede observar que durante 1988 la tasa alcanzó una cifra de 32.3 decesos, destacándose por su importancia los tumores malignos de cuello del útero (10.2 defunciones por cada cien mil) y el de mama (5.4 defunciones por cada cien mil). En los hombres se puede observar un aumento significativo en la tasa de mortalidad de tumores malignos, al pasar de 12.1 a 18.1 defunciones por cada cien mil hombres. Aunque la tipología de tumores malignos en los hombres es muy amplia, se puede señalar que la leucemia y los tumores malignos de estómago son los que más aquejan a la población masculina de adultos jóvenes del país (véase panel superior derecho de la gráfica 15).

En la tasa de mortalidad por enfermedades digestivas el descenso fue de 31 por ciento en hombres y 60 por ciento en mujeres. En los primeros la tasa pasó de 60.6 defunciones a únicamente 41.6 por cada cien mil mexicanos; la tasa de mortalidad por esta causa en las mujeres es significativamente menor, en 1980 la tasa que se registraba era de 22.8 defunciones por cada cien mil mujeres, 25 años después la tasa ha disminuido a 9.1 decesos, lo que significa que en comparación con los hombres la tasa es cuatro veces menor (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 15).

Las muertes por enfermedades cardiovasculares han disminuido entre los adultos jóvenes de ambos sexos, en el caso de los hombres la tasa pasó de 40.5 decesos por cada cien mil varones a 23.7, lo que representa una disminución de 47 por ciento. En el caso de las mujeres el descenso es mayor (68 por ciento), al pasar de 41.0 a 13.1 defunciones por cada cien mil mujeres adultas jóvenes (véase panel inferior derecho de la gráfica 15).

Gráfica 15.

República Mexicana: tasas de mortalidad de las cuatro principales causas de muerte de los adultos jóvenes (25 a 44 años) por sexo, 1980 - 2005



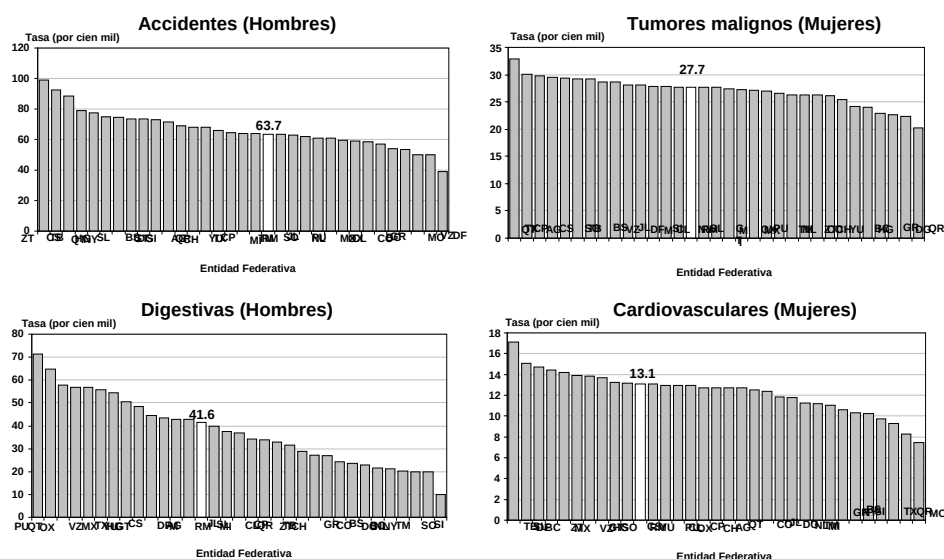
Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Al observar las tasas de mortalidad del año 2005 para el grupo poblacional entre 25 y 44 años de edad por entidad federativa, en primer lugar se aprecia que a diferencia de los grupos anteriores existen diferencias importantes entre los sexos. En el caso de los hombres, las tasas de mortalidad por accidentes en los estados de Zacatecas, Tabasco y Chiapas, son cercanas a 100 defunciones por cada cien mil personas, por otro lado el Distrito Federal presenta la menor tasa de mortalidad. En cuanto a las tasas de mortalidad por enfermedades digestivas los estados de Puebla y Querétaro tienen los niveles mayores, siendo incluso más de 50 por ciento superior a la tasa registrada a nivel nacional, en el extremo contrario, se encuentran los estados de Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Nayarit, con una tasa menor a 20 defunciones por cada cien mil adultos jóvenes (véase paneles izquierdos de la gráfica 16).

En el caso de las mujeres, las muertes por tumores malignos y por enfermedades cardiovasculares son las más importantes. En el primer caso destacan los estados de Tlaxcala, Querétaro y Campeche con tasas superiores a 30 defunciones por cada cien mil mujeres. En cambio, en Quintana Roo, Durango, Guerrero y Baja California el nivel es menor a 23 defunciones por cada cien mil mujeres. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, Tabasco, Distrito Federal, San Luis Potosí, Baja California y el estado de México, registran tasas superiores a 14 defunciones, y con menores tasas se encuentran los estados de Morelos, Quintana Roo, Tlaxcala y Sinaloa (véase paneles derechos de la gráfica 16).

Gráfica 16.

República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los adultos jóvenes (25 a 44 años) por entidad federativa y sexo, 2005.



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Mortalidad en adultos maduros (45 a 64 años)

El estudio de la mortalidad tradicionalmente se ha concentrado en los niños. Han comenzado actualmente a tener relevancia las investigaciones sobre la salud de las personas mayores o de la tercera edad; sin embargo, existe poca información sobre la mortalidad de la población de adultos maduros (45 a 64 años de edad).

La mayoría de los hombres y cada vez más mujeres que conforman este grupo poblacional se encuentran participando en la actividad económica. En su mayoría son padres y madres de familia con hijos jóvenes, quienes incluso comienzan a formar nuevos hogares. Además de convivir con generaciones jóvenes, también es frecuente que los adultos maduros convivan con generaciones de personas mayores.

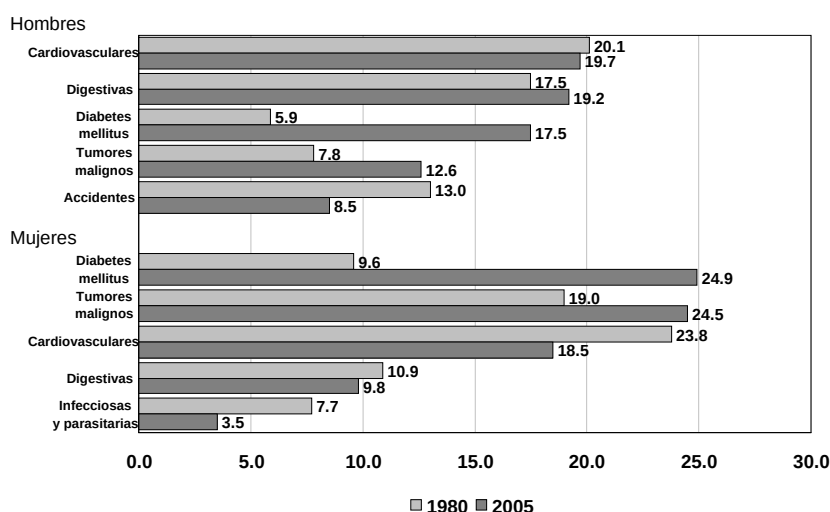
En el grupo de adultos maduros se observó un aumento en el número de decesos en los últimos veinticinco años al pasar de 71.3 mil defunciones en 1980 a 108.5 mil en 2005.

Las enfermedades cardiovasculares han representado la principal causa de muerte de los hombres, a nivel nacional, durante las décadas recientes. La proporción de muertes de adultos maduros por esta causa pasó de 20.1 a 19.7 por ciento. La segunda causa de muerte son las enfermedades digestivas, que aumentaron su presencia relativa de 17.5 a 19.2 por ciento en el periodo 1980-2005, destacando como enfermedades específicas la cirrosis y las crónicas del hígado (véase gráfica 17).

La diabetes mellitus, tercera causa de muerte, presenta un significativo aumento durante las últimas dos décadas y media entre los hombres adultos maduros. Esta enfermedad se caracteriza por el elevado nivel de glucosa en la sangre debido a un mal funcionamiento del páncreas. En 1980, la diabetes mellitus no se encontraba entre las cinco principales causas de muerte de los hombres de 45 a 64 años. Sin embargo, en 2005 la proporción de muertes por esta enfermedad aumentó a 17.5 por ciento. Como cuarta causa de muerte se encuentran los tumores malignos que también presentan un aumento importante, de 5 puntos porcentuales, representando 12.6 por ciento de las muertes de este grupo en 2005. En cambio, los accidentes disminuyeron su presencia relativa, representando 8.5 por ciento de las muertes totales de adultos maduros.

Gráfica 17

República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los adultos maduros (45 a 64 años), 1980 – 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Al igual que los hombres, la diabetes mellitus ha cobrado cada vez más muertes de las mujeres adultas maduras, incluso ocupando el primer lugar en importancia, cuyo valor se multiplica por 2.6 en los 25 años de observación. La segunda causa de muerte de la población femenina de este grupo de edad, la representan los tumores malignos, que aumentaron su representación a una de cada cuatro defunciones. Estos aumentos incluso ocasionaron que, en términos proporcionales, la ocurrencia de muertes por enfermedades cardiovasculares disminuyera cerca de 5 puntos porcentuales (véase gráfica 17).

Es importante destacar que las tres primeras causas de muerte de las mujeres de 45 a 64 años de edad en México provocan dos de cada tres defunciones. En menor proporción se encuentran las enfermedades digestivas que han mantenido un porcentaje de alrededor de 10 por ciento entre 1980 y 2005. Por último, las enfermedades infecciosas y parasitarias se ubican como la quinta causa de muerte en 2005, con sólo 3.5 por ciento del total.

Uno de los factores que más han influido en el descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es el avance médico en la detección temprana, atención y tratamiento de este tipo de enfermedades. La población mexicana de adultos maduros tanto masculina como femenina, ha logrado un descenso de 28 y 47 por ciento en veinticinco años, respectivamente. La tasa en 2005 de los hombres fue de 192.7 defunciones por cada cien mil y de las mujeres de 113.5 decesos por cada cien mil (véase panel superior izquierdo de la gráfica 18).

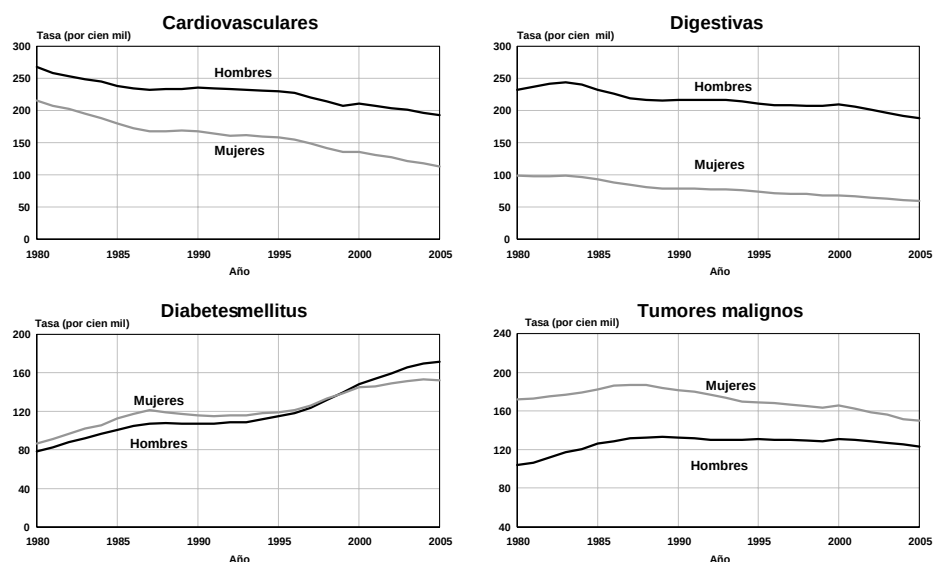
Es posible observar que las muertes por enfermedades digestivas han disminuido su efecto entre la población masculina de adultos maduros del país durante el periodo 1980-2005, siendo la tasa en el año más reciente de 187.7 defunciones por cada cien mil hombres. La población femenina ha visto reducida la tasa de mortalidad por esta causa en 39 por ciento al pasar de 98.5 a 60.0 decesos por cada cien mil (véase panel superior derecho de la gráfica 18).

En cambio, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus registra un aumento considerable durante el periodo de estudio; observándose un aumento importante entre los años 1980-1990 y otro después de 1995 y hasta 2005 para ambos sexos. En la población masculina el crecimiento de la tasa fue superior al doble, al pasar de 78.7 a 171.4 muertes por cada cien mil hombres entre 1980 y 2005, en el caso de las

mujeres el crecimiento fue de 75 por ciento, de 86.8 a 152.4 decesos (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 18).

Gráfica 18

República Mexicana: tasas de mortalidad de las cuatro principales causas de muerte de los adultos maduros (45 a 64 años) por sexo, 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

La tasa de mortalidad por tumores malignos en la República Mexicana ha evolucionado de manera diferente por sexo. La población de hombres de 45 a 64 años pasó de 104.0 defunciones por cada cien mil individuos a 123.3 en 2005, lo que significa un aumento de 19 por ciento. Sin embargo, al interior del grupo de tumores malignos se encuentran diferencias importantes. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón descendió de 22.5 a 19.4 defunciones por cada cien mil hombres entre 1980 y 2005. Los tumores malignos del estómago se mantuvieron casi igual en el periodo, al pasar de 14.3 decesos en 1980 a 13.6 en 2005. En cambio, las tasas de los tumores malignos del hígado y de la próstata aumentaron significativamente, el primero pasó de 7.6 a 9.9 decesos por cada cien mil y el segundo de 4.7 a 7.7 decesos, en el periodo.

Las mujeres presentan patrones similares aunque con distintos niveles. Por un lado, las tasas de los tumores malignos de estómago, tráquea, bronquios y pulmón y cuello del útero descendieron a lo largo del periodo de observación. En el primer padecimiento la tasa de mortalidad pasó de 14.5 a 10.2 defunciones por cada cien mil personas entre 1980 y 2005; en tráquea, bronquios y pulmón pasó de 10.6 a 8.8 decesos; y en el último caso la tasa de mortalidad en 1980 era de 37.2 muertes por

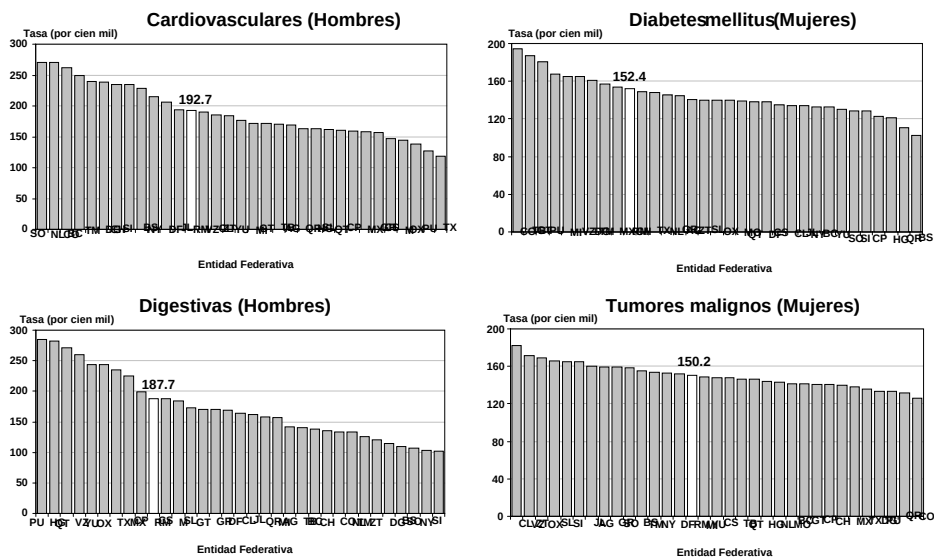
cada cien mil mujeres y de 24.6 en 2005. Por otro lado, las tasas por tumores malignos de mama aumentaron de 17.8 a 27.4 defunciones por cada cien mil mujeres, siendo este padecimiento el más profuso entre las mujeres maduras, y la leucemia de 4.1 a 5.1 en el periodo de 1980 a 2005.

Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, entre los hombres de 45 a 64 años, por entidad federativa reflejan una diferencia importante. Los estados con los niveles más elevados son Sonora, Nuevo León, Coahuila y Baja California superando las 250 defunciones por cada cien mil varones; en cambio, las entidades de Tlaxcala y Puebla tienen tasas menores a 130 decesos por cada cien mil hombres (véase panel superior izquierdo de la gráfica 19).

Los estados de Puebla, Hidalgo, Querétaro y Veracruz registran las mayores tasas de mortalidad de la población masculina de adultos maduros a consecuencia de enfermedades digestivas, las tasas llegan a ser 30 por ciento mayores que las registradas a nivel nacional. Por otra parte, Sinaloa y Nayarit tienen las menores tasas (103 defunciones por cada cien mil personas), seguidos de Sonora y Baja California Sur (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 19).

Gráfica 19

República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los adultos maduros (45 a 64 años) por entidad federativa y sexo, 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

La mortalidad de mujeres adultas de 45 a 64 años por diabetes mellitus sigue aumentando de manera considerable en el país; además, se observan diferencias importantes entre las entidades. Coahuila, junto con Tabasco y Guanajuato son los estados con tasas superiores a 180 decesos por cada cien mil adultos maduros, estas entidades tienen tasas de casi el doble que los estados de Baja California Sur y Quintana Roo, que registran niveles inferiores a 110 defunciones por cada cien mil personas (véase panel superior derecho de la gráfica 19).

En el caso de las muertes por tumores malignos, Colima y Veracruz se sitúan como las entidades con mayores niveles, por encima de las 170 defunciones por cada cien mil mujeres, esto es, 13 por ciento superior a la media nacional. Coahuila, es la entidad con la menor tasa de mortalidad (125.9 defunciones por cada cien mil), le siguen los estados de Quintana Roo, Puebla y Durango (133 defunciones por cada cien mil) como se observa en el panel inferior derecho de la gráfica 19.

Mortalidad en adultos mayores (65 años ó más)

En México el grupo de adultos mayores presenta el mayor ritmo de crecimiento demográfico, el cual todavía aumentará en las décadas por venir, lo que trae consigo un aumento considerable de su volumen y peso relativo. Este proceso plantea retos de gran complejidad al Estado Mexicano, a fin de generar las condiciones económicas, sociales y culturales que permitan que la población pueda disfrutar de una calidad de vida adecuada durante la vejez.

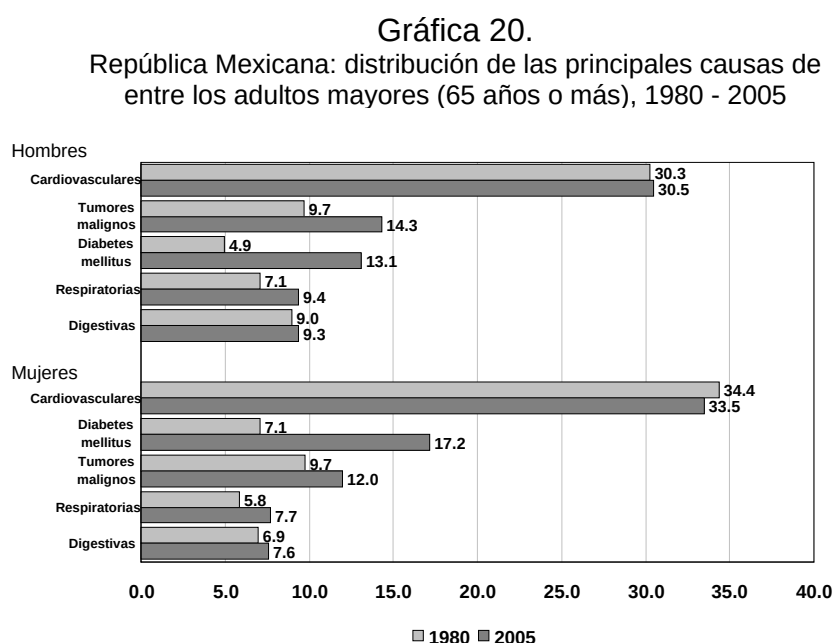
La vejez se asocia a un acelerado proceso de deterioro biológico y a una gradual disminución de la participación de las personas en el mercado laboral, lo que incrementa su dependencia hacia la familia o la comunidad.

El aumento de la edad afecta al organismo en forma irreversible, desde las moléculas hasta los sistemas fisiológicos, ocasionando que se tenga una mayor predisposición a desarrollar algunas enfermedades, por lo que el riesgo de muerte es cada vez mayor.

Las principales causas de muerte de los adultos mayores de la República Mexicana de ambos sexos, corresponden a enfermedades no transmisibles, las cuales concentran 85 por ciento de las causas de los decesos tanto de hombres como de mujeres en 2005.

De manera desagregada, las causas de muerte más importantes en este grupo de edad son las enfermedades cardiovasculares, que ocasionaron alrededor de 30 por ciento de las muertes de adultos mayores en 2005. Como segunda causa de muerte en hombres se encuentran los tumores malignos, que aumentaron su proporción en poco menos de cinco puntos porcentuales, entre 1980 y 2005, para ubicarse en 14.3 por ciento de las muertes de mexicanos de 65 años o más (véase gráfica 20).

Como tercera causa de muerte de los hombres residentes en México se encuentra la diabetes mellitus, la cual presenta un aumento durante el periodo, ocasionando poco más de 13 por ciento de las muertes de los adultos mayores. La cuarta y quinta causa de muerte de los hombres son las enfermedades respiratorias crónicas y las digestivas, que aumentaron su proporción, siendo causantes de 9 por ciento de las muertes cada una.



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

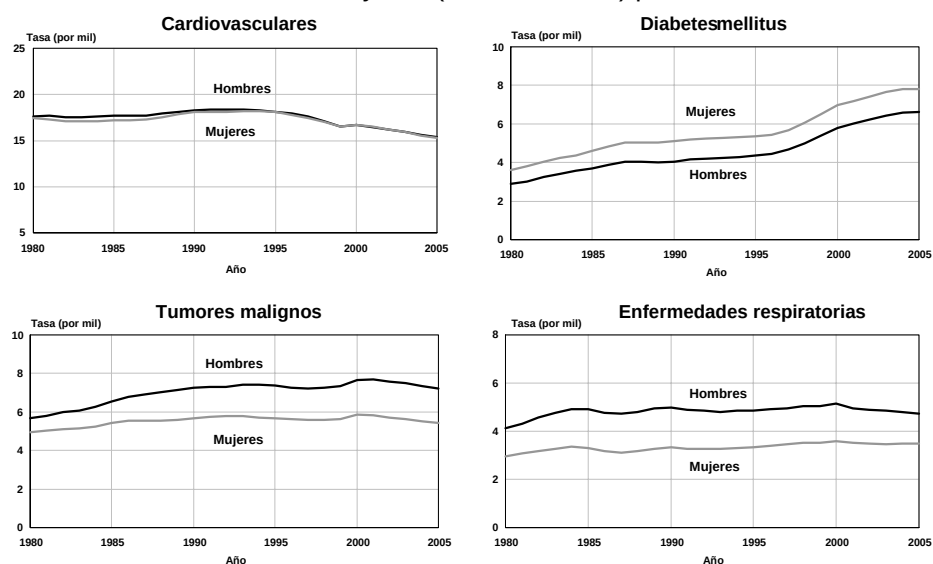
Las mexicanas de 65 años o más tienen como principal causa de muerte las enfermedades cardiovasculares con 33.5 por ciento, seguida de la diabetes mellitus, que duplicó su presencia en las muertes totales (de 7.1 a 17.2 por ciento). Los tumores malignos también incrementaron su proporción en poco más de 2 puntos porcentuales ocasionando 12.0 por ciento de las muertes en 2005. Las enfermedades respiratorias crónicas y digestivas representan 7.7 y 7.6 por ciento de las muertes de mujeres mayores, respectivamente.

Se podría pensar que debido a que las muertes de la población de la República Mexicana se concentran principalmente en edades mayores, la tasa de mortalidad aumentaría; sin embargo, como la población de adultos mayores crece más rápido que las defunciones en este grupo poblacional, la tasa de mortalidad ha disminuido durante los veinticinco años que se observan. Así, mientras que en 1980 la tasa de mortalidad en hombres era de 58.3 defunciones por cada mil personas; en 2005 descendió a 50.5 por cada mil. De la misma manera, la población femenina registró un descenso de 50.8 a 45.6 defunciones por cada mil mujeres.

El análisis por causas permite identificar específicamente en qué tipo de enfermedades se ha tenido un mejor control. Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares tuvieron un decremento de alrededor de 13 por ciento tanto para hombres como para mujeres, por lo que en 2005 la tasa se ubicó en 15.4 y 15.3 defunciones por cada mil hombres y mujeres, respectivamente (véase panel superior izquierdo de la gráfica 21).

Gráfica 21

República Mexicana: tasas de mortalidad de las cuatro principales causas de muerte de los adultos mayores (65 años o más) por sexo, 1980 - 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Las tasas de mortalidad por diabetes mellitus presentan dos periodos de crecimiento importante para ambos sexos. El primero entre 1980 y 1990 cuando pasó de 2.9 defunciones por cada mil a 4.1 en los hombres y de 3.6 a 5.1 decesos en las mujeres. Posteriormente entre 1995 y hasta 2005 la tasa de mortalidad por esta enfermedad

presentó un crecimiento importante, para ubicarla en el último año en 6.6 y 7.8 defunciones por cada mil hombres y mujeres, respectivamente (véase panel superior derecho de la gráfica 21).

La tasa de mortalidad por tumores malignos se incrementó durante el periodo 1980-2005 entre la población masculina, aumentando de 5.6 a 7.2 defunciones por cada mil hombres. En la población femenina, el cambio fue menor, al pasar de 4.9 a 5.4 defunciones por cada mil mujeres (véase panel inferior izquierdo de la gráfica 21).

La evolución de las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas ha ido en constante aumento. En el caso de los hombres el incremento a lo largo del periodo fue de 15 por ciento, al pasar de 4.1 a 4.7 decesos por cada mil varones. En el caso de las mujeres, aunque el crecimiento proporcional es mayor (17 %), las tasas son menores a la que registran los hombres. En 1980, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas de las mujeres adultas mayores era de 3 defunciones por cada mil, en 2005 ésta aumento a 3.5 por mil (véase panel inferior derecho de la gráfica 21).

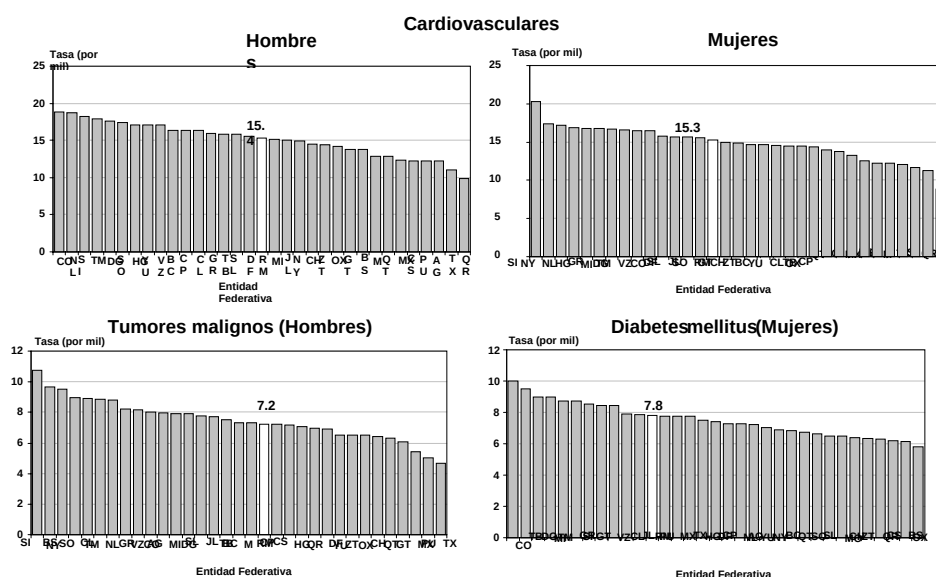
Al analizar la mortalidad de los adultos mayores por enfermedades cardiovasculares a nivel entidad federativa, se observa en 2005 que Quintana Roo presenta la tasa de mortalidad más baja de todo el país con menos de 10 defunciones por cada mil, en el caso de los hombres y de 9 decesos en el caso de las mujeres, seguida por Tlaxcala y Aguascalientes entre la población masculina y por Chiapas y Tlaxcala en las mujeres. En contraste, las entidades que poseen las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares más altas son Coahuila, Nuevo León y Sinaloa en los hombres, en donde el nivel es superior a 18 defunciones por cada mil personas de 65 años o más; y en el caso de las mujeres, Sinaloa se ubica como la entidad con la tasa de mortalidad de mayor importancia, seguida de Nayarit y Nuevo León con alrededor de 17 decesos por cada mil personas de 65 años o más (véase paneles superiores de la gráfica 22).

La segunda causa de muerte en importancia es la ocasionada por los tumores malignos en el caso de los hombres. Sinaloa, Baja California Sur y Nayarit tienen las mayores tasas de mortalidad por tumores malignos en el país, con niveles alrededor de 10 muertes por cada mil adultos mayores; por otro lado, las entidades de Tlaxcala, Puebla y el estado de México registran una cifra de 5 defunciones por cada mil personas (véase panel inferior derecho de la gráfica 22).

La diabetes mellitus es la segunda causa, en importancia, que afecta a las mujeres de 65 años o más. Al revisar los niveles por entidad federativa, se observa que Coahuila, Tabasco, Durango y Michoacán registran los más altos, por encima de las 9 defunciones por cada mil mujeres. En cambio, los estados de Oaxaca, Baja California Sur y Chiapas, tienen tasas menores a 6.2 decesos por cada mil mujeres de 65 años o más.

Gráfica 22.

República Mexicana: tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de los adultos mayores (65 años o más) por entidad federativa y sexo, 2005



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

LAS GANANCIAS EN SALUD: LA ESPERANZA DE VIDA

Los avances y retrocesos en la lucha contra la muerte se expresan en el incremento o decremento en la incidencia de las enfermedades y su grado de fatalidad, lo que a su vez se refleja en ganancias o pérdidas de la esperanza de vida de la población.

En México, los cambios observados en los niveles de mortalidad se han reflejado en el aumento de la esperanza de vida de la población, ya que entre 1980 y 2005, se incrementó en 7.6 años, al pasar de una expectativa de vida de 67.0 años en 1980 a 74.6 en 2005. Sin embargo, la prolongación de la esperanza de vida en este periodo no ha sido igual entre hombres y mujeres. Al respecto, los hombres tuvieron una

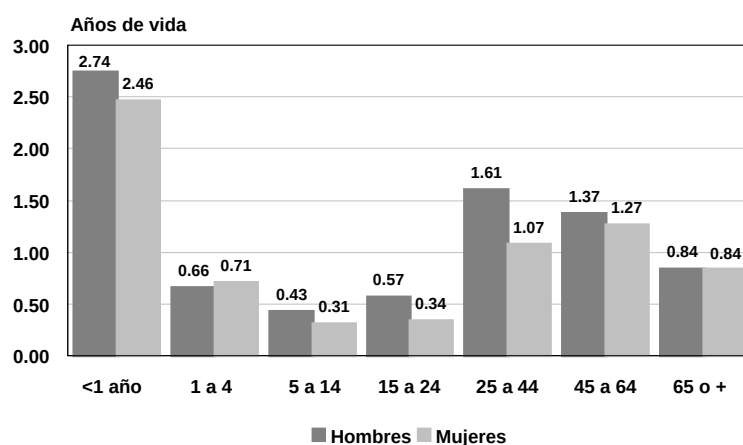
ganancia de 8.21 años mientras que las mujeres solo incrementaron su esperanza de vida en 7.01 años.

Cada uno de los grupos de edad y sexo de la población ha contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población nacional. El mayor número de años ganados se debe al descenso de la mortalidad del grupo de menores de un año. En el caso de la esperanza de vida de los hombres, los infantes aportaron 2.74 años, lo que en términos relativos significa 33 por ciento de los 8.21 años totales ganados por la población masculina. En tanto, la reducción de la mortalidad entre las niñas menores de un año contribuyó con 35 por ciento (2.46 años) de los 7.01 años adicionales de la esperanza de vida femenina (véase gráfica 23).

El segundo grupo que contribuye con más años de vida al aumento de la esperanza de vida de la población masculina son los adultos jóvenes (25 a 44 años) con 1.61 años, seguidos por el grupo de adultos maduros (45 a 64 años) con 1.37 años y por los adultos mayores (65 años o más) con 0.84 años. El resto de los grupos también contribuyeron en la ganancia de la esperanza de vida, aunque en menor proporción, sumando 1.65 años.

En el caso de esperanza de vida femenina las mayores contribuciones, después de las infantiles, son por el grupo de adultas maduras (1.27 años), posteriormente el grupo de adultas jóvenes (1.07 años) y el grupo de adultas mayores ocupan el cuarto lugar en la reducción de la mortalidad donde aporta 0.84 años a la esperanza de vida. En el resto de los grupos la disminución de la mortalidad fue menor, lo que se refleja en una ganancia en la esperanza de vida de 1.36 años en conjunto.

• Gráfica 23
República Mexicana: ganancias en la esperanza de vida
Por grandes grupos de edad y sexo, 1980 - 2005



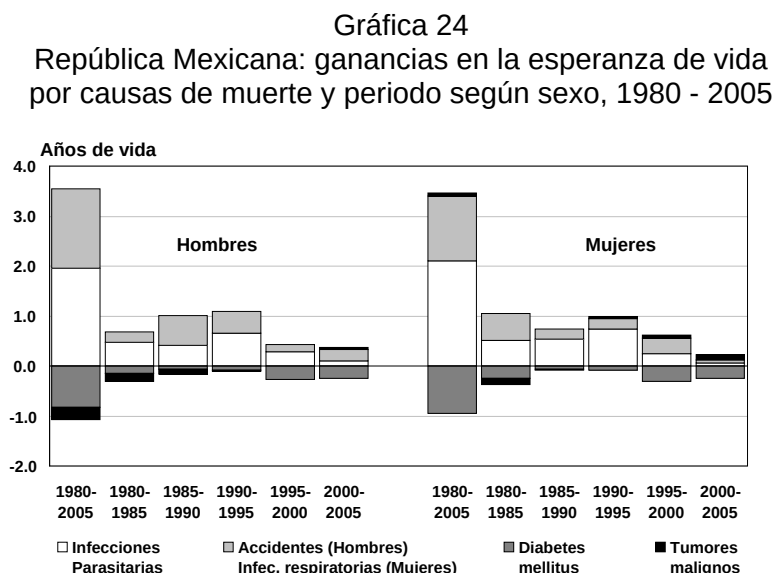
Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Así como se encuentran diferencias en las ganancias en la esperanza de vida por sexo también la contribución por causas de muerte es diferente. El grupo de causas que contribuyó en mayor medida al aumento en la esperanza de vida de los mexicanos fue el descenso de las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales.

En el caso de los hombres, el descenso de las muertes por enfermedades transmisibles contribuyó con 3.77 años, es decir, con 46 por ciento de la ganancia total en el periodo de estudio. Al interior de este grupo de enfermedades, por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se ganaron 1.96 años, este aumento pudo ser mayor; sin embargo, la aparición del VIH/SIDA ocasionó que se perdieran 0.2 años de vida, principalmente durante el quinquenio 1990-1995 (-0.12 años).

El segundo grupo de causas de muerte que debido a su descenso contribuyó de manera importante en el aumento de la esperanza de vida masculina fue el de los accidentes y lesiones con 2.56 años, donde la disminución de los accidentes contribuyó con 62 por ciento de ésta ganancia y en menor medida los homicidios (22 %).

En cambio, la diabetes mellitus y los tumores malignos han ocasionado pérdida de años entre los hombres mexicanos: 0.82 años y 0.25 años, respectivamente (véase gráfica 24). Entre los tumores malignos destacan los de próstata e hígado.



Fuente: García López, J.; Gloria Hernández, L., CONAPO, 2007

Para las mujeres mexicanas, el descenso de las muertes por enfermedades transmisibles contribuyó con 57 por ciento a la esperanza de vida durante el periodo 1980-2005. Donde destacan la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y las infecciones respiratorias, ocasionando una mayor contribución a la esperanza de vida (2.10 y 1.30 años, respectivamente). Como segundo grupo de causas que por su descenso tuvieron más impacto en la esperanza de vida femenina están las enfermedades no transmisibles (1.30 años) contribuyendo con 19 por ciento de la ganancia femenina, al interior de este grupo destaca la ganancia por el descenso de muertes ocasionadas por enfermedades cardiovasculares (1.24 años) y, en menor medida, las enfermedades digestivas (0.37 años).

El aumento de las muertes por diabetes mellitus entre las mujeres en el periodo 1980-2005 ocasionó que se perdieran 0.95 años, intensificándose durante el quinquenio 1995-2000 cuando la pérdida fue de 0.31 años. A diferencia de los hombres, los

tumores malignos presentan un balance positivo a lo largo del periodo, registrando cambios importantes. Durante la primer decenio (1980-1990) se perdieron 0.15 años de vida y en el periodo 1990-2005 hay una ganancia de 0.21 años, esto se debe principalmente al combate a los tumores malignos de cuello de útero y estómago; aunque es necesario tomar medidas en la atención y prevención de tumores malignos de mama, hígado y leucemia.

INDICADORES PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD FEMENINA

Rosario Cárdenas Elizalde
Posgrado en Población y Salud
Universidad Autónoma Metropolitana

La información estadística constituye la pieza angular para el conocimiento de las características de la población, el diseño de programas y la evaluación de su impacto. En el caso de México pese a que la producción organizada de información estadística se lleva a cabo desde hace más de un siglo, ésta aún presenta deficiencias de cobertura y calidad. Las transformaciones sociodemográficas observadas en el país, particularmente en décadas recientes, conllevan la necesidad de incorporar aspectos adicionales en la producción de información estadística.

Este documento revisa y propone algunos de los elementos que se requiere mejorar o ampliar para estudiar las condiciones de salud de la población femenina, dar seguimiento a los programas de gobierno en curso, planear intervenciones o reconocer el efecto de éstas sobre los grupos a los cuales van dirigidas.

La mortalidad ha sido el indicador empleado con mayor frecuencia para analizar las condiciones de salud de la población. El hecho de que se trate de un evento irrepetible e irreversible para cada persona, para el cual es posible identificar una causa específica explica en parte lo amplio de su utilización. Pero también lo es el hecho de que la recopilación de esta información forma parte de uno de los sistemas de producción de datos estadísticos de más larga tradición, las estadísticas vitales.

Sin embargo, varios son los elementos que en torno a la información sobre mortalidad requieren ser mejorados a fin de poder dar cuenta de la situación que guarda la salud de la población femenina en el país.

La mortalidad materna constituye un ejemplo de lo anterior. Las defunciones debidas a causas maternas presentan uno de los subregistros más importantes en el país, lo que dificulta conocer la intensidad con la cual ocurre este problema de salud. Varios son los aspectos que pueden aludirse como subyaciendo a esta situación. Uno de ellos atañe al hecho de que aún en la actualidad ocurren defunciones que no son registradas en el sistema de estadísticas vitales de nuestro país. Si bien se considera que este fenómeno afecta de manera más importante a las defunciones de menores de edad, también se ha detectado para el caso de defunciones adultas, particularmente en zonas rurales. Otro aspecto igualmente importante es la calidad de certificación de la causa de muerte. Las defunciones por causas maternas conforman una situación particular en tanto la definición de su ocurrencia conlleva la ubicación temporal de su presentación en función del embarazo parto o posparto. Al margen del acceso diferencial a los servicios de salud y los obstáculos a la utilización de los mismos, la ausencia de un sistema de seguimiento a mujeres usuarias de servicios de salud durante el posparto, la inexistencia de un sistema de información que identifique a los usuarios que acuden a distintos niveles de atención de una misma institución o entre instituciones y la atención de partos fuera de unidades de salud, son problemas que incrementan las dificultades para la identificación de la ocurrencia de defunciones por estas causas maternas.

Parte de estas dificultades se traducen en lo que podría caracterizarse como un desplazamiento de las causas de muerte. Es decir, la ocurrencia de una defunción por una causa materna es registrada como debida a una causa de otra naturaleza. En algunos casos, el desplazamiento de causas de muerte se da en el contexto de la carencia de información adicional que permita reconocer que se trata de una defunción materna. Esta pudiera ser la situación cuando quien certifica no haya sido el médico tratante o se trate de una persona sin entrenamiento médico autorizada para elaborar certificados de defunción. También cabe que pueda haber una modificación en la

causa de muerte asentada en el caso de defunciones ocurridas como consecuencia de abortos inducidos en condiciones de ilegalidad. De igual forma, de acuerdo a algunos estudios llevados a cabo para otros aspectos de salud, pudiera ser que el planteamiento de metas de reducción o la vinculación entre presupuestos otorgados y disminución de la mortalidad materna operen incentivando el subregistro de estas causas reduciendo artificialmente con ello la intensidad de su ocurrencia.

Estudios que analizan o han observado la asociación entre incremento de la violencia doméstica durante el embarazo o el inicio de ésta coincidiendo con la gestación han permitido documentar la ocurrencia de muertes de mujeres embarazadas registradas como homicidios. Si bien en sentido estricto dichas defunciones son debidas a actos de violencia en contra de mujeres embarazadas y no secundarias a complicaciones debidas al embarazo, parto o puerperio, desde el punto de vista de acciones de salud orientadas a mejorar las condiciones de salud de las mujeres es fundamental el reconocimiento de la coexistencia de ambas condiciones, es decir que se trata de una defunción por una causa violenta ejercida en contra de una mujer embarazada.

La estabilidad del nivel de mortalidad materna observada en el país esencialmente durante la última década constituye un elemento adicional de preocupación. Al hecho de que la intensidad de la mortalidad materna registrada en México supera en varias veces la reportada en otros países de la región y es hasta 10 veces mayor que la observada en algunos países europeos, se añade la ausencia de mejora del mismo.

En materia de producción de información estadística, la identificación de los niveles de subregistro de la mortalidad por estas causas debe ser considerado un elemento central de las acciones emprendidas para su reducción. De igual forma, fuentes aparentemente distantes para el estudio de la salud femenina como puede ser el volumen de nacimientos registrados requiere ser mejorada, también, toda vez que

estos conforman el denominador de algunos de los indicadores empleados en el análisis de la salud reproductiva.

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores más sensibles de desarrollo social. Para el caso de nuestro país, el hecho de que éste sea el único indicador de salud incluido en la iniciativa de los Objetivos del Milenio que se reconozca como difícilmente alcanzable refleja el rezago habido para su atención y, con ello, la desigualdad social que enfrentan muchas mujeres en México.

Se ha comentado el caso de la mortalidad materna por considerarlo emblemático de varios de los problemas que presenta la información estadística sobre mortalidad y, por ende, la construcción de indicadores. Sin embargo, es importante enfatizar que todo esfuerzo encaminado a mejorar la calidad de cobertura y registro de información de los datos estadísticos sobre mortalidad redundará en una imagen más certera no sólo de los problemas que aquejan a la población femenina, así como de los diferenciales por sexo o entre subgrupos, sino también de la evaluación del impacto de los programas emprendidos y la identificación de las posibles características de escenarios futuros.

Aunque como se ha señalado la mortalidad es una fuente muy valiosa de información sobre salud, los cambios sociodemográficos registrados en el país propician que sea indispensable el contar con información detallada sobre morbilidad y discapacidad.

Sería deseable tener un registro de información sobre morbilidad similar en cuanto al tipo de variables recabadas al que actualmente existe para mortalidad. Si bien se reconoce la envergadura de esta acción, la conformación de una base como ésta será en el futuro próximo la que de mejor manera refleje las condiciones que afectan la calidad de vida de las personas respecto a su salud. Es posible proponer una lista de

causas de morbilidad selectas con las cuales dar inicio a este registro. Entre aquellas que sería indispensable incluir se encuentran no solamente aquellas que afectan de manera exclusiva a la población femenina, tales como los cánceres cérvicouterino o de seno, sino también dada la magnitud con la que actualmente ocurren sería necesario incorporar otro tipo de cánceres como del aparato digestivo así como la diabetes mellitus y los problemas hipertensivos. Dicha lista también debe incorporar la morbilidad relativa a la reproducción (secundaria a embarazos, partos o abortos) así como aquella que pudiera estar potencialmente reflejando problemas en la calidad de la atención médica o el acceso a los servicios de salud. Esta propuesta está orientada a posibilitar reconocer, por una parte, la intensidad de ocurrencia de ciertas patologías y, con ello, el papel que desempeñan en la demanda de servicios de salud, pero también el efecto de las mismas sobre las condiciones de vida de la población, aspecto éste que actualmente se encuentra ausente de los registros estadísticos disponibles. Adicionalmente a la selección de las patologías propuestas y los mecanismos de actualización de la misma, es necesario definir criterios que permitan hacer compatible la información proveniente desde las distintas instituciones que conforman el sector salud, es decir no cubrir exclusivamente aquella demanda atendida por los denominados servicios a población abierta sino también los prestados como parte de la derechohabencia a la seguridad social e inclusive los otorgados a través de los servicios privados.

La experiencia reportada en la literatura señala que es posible emplear identificadores personales del tipo de las claves de afiliación a los sistemas de seguridad social para, a través de combinar bases de datos, obtener una mayor cobertura de información al tiempo que se elimina la duplicidad de registro.

La recolección organizada de información sobre discapacidad permitiría conocer la magnitud de ésta en el país y su efecto sobre las condiciones de vida de la población.

En la actualidad no se cuenta con información estadística sobre este aspecto de la salud a nivel poblacional. Los intentos por medir su ocurrencia se han dado en el contexto de encuestas o censos de población. Sin embargo, cabría esperar que dada la situación de desigualdad social que padecen las mujeres en algunos ámbitos del país y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud algunos tipos específicos de discapacidades tuvieran una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. La medición de la discapacidad constituye entonces otro espacio de oportunidad para analizar la situación de salud de la población femenina así como para a partir del cual identificar condiciones de rezago o discriminación respecto a la masculina.

Los cambios observados en la dinámica de la epidemia de VIH/SIDA en el país, así como los patrones reportados para otras infecciones de transmisión sexual demandan ampliar la información estadística relativa al ejercicio de la sexualidad. De igual forma, es necesario contar con datos que permitan evaluar el impacto que para el ejercicio de una sexualidad libre de riesgos hayan podido tener los programas e intervenciones orientados a educar en salud a la población, así como identificar las necesidades que esta materia sea necesario subsanar.

Aunado a la información sobre demanda de servicios de salud vía el acopio de los datos sobre morbilidad, la afectación a la calidad de vida a través de la discapacidad es necesario contemplar la recolección de manera sistemática de elementos que permitan reconocer las deficiencias en la calidad de los servicios de salud, incluyendo aquellos aspectos que fungen como barreras al acceso o uso de la atención médica. A los elementos tradicionalmente reconocidos, tales como la distancia a las unidades médicas, los costos de transporte o secundarios al tiempo de espera y las dificultades derivadas de las características de las vías de comunicación o el aislamiento de las comunidades, es necesario añadir las asociadas a aspectos culturales. Frecuentemente es obviado el hecho de que las poblaciones indígenas conforman una

proporción importante de la población, con lo cual a la heterogeneidad sociodemográfica evidenciada por diversos estudios se requiere incorporar aquella derivada de las distintas maneras de explicar la enfermedad y las prácticas empleadas para recuperar la salud.

Distinguir las características del estado de salud de las poblaciones indígenas conlleva un quehacer adicional al que demanda el análisis de la población femenina en general. Recabar información sobre los proveedores de servicios de salud que emplean estas poblaciones, las medidas terapéuticas adoptadas y el ejercicio de toma de decisión sobre aspectos de salud son elementos fundamentales para la planeación de intervenciones que al tiempo de ser culturalmente sensibles sean también eficaces.

El estudio de la información sobre salud muestra que, pese a la mayor longevidad promedio de las mujeres, expresada en indicadores resumen como la esperanza de vida al nacimiento, su condición de salud refleja el grado de desigualdad en el que crecen y viven. Los resultados de las estimaciones de años de vida libre de discapacidad muestran que son las mujeres las que padecen una mayor afectación. Ello significa que pese a tener una vida más larga viven un número mayor de años con limitaciones funcionales o cognitivas. Para el caso de nuestro país la valoración integral de las condiciones de salud de la población femenina demanda el mejoramiento de los sistemas de información estadística actuales y la ampliación de ésta hacia áreas para las cuales se cuenta con información limitada o inclusive nula.

Espacios como el que provee este foro son críticos para el intercambio de ideas y experiencias entre los productores y usuarios de la información estadística y el uso de los resultados de investigación como insumos para el diseño de programas y la toma de decisiones.

LAS ASIGNATURAS PENDIENTES DEL REGISTRO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

Beatriz Figueroa Campos
Profesora – Investigadora
El Colegio de México

Para todo país es indispensable contar con un registro confiable de los hechos vitales de nacimientos y muertes. La cobertura debe ser completa y el registro oportuno, estas son dos características indispensables para poder estimar adecuadamente el crecimiento natural de la población. Pero no solo el crecimiento natural de una población, sino para obtener otros indicadores demográficos con una perspectiva de género, indispensables para el diseño y puesta en práctica de las políticas de salud, económicas y sociales con una perspectiva de género como son por ejemplo: las tasas de fecundidad, de mortalidad, de mortalidad infantil y de mortalidad materna.

En numerosos escritos (Figueroa: 1982, 1994, 1998, 2003, 2006; Partida: 1994, en prensa; Echarri: en prensa; Cárdenas: en prensa; Galindo 2004; Conapo: 2006) y en varios foros como “El dato en cuestión: un análisis de las cifras sociodemográficas” llevado a cabo en el 2004 y en casi todas las reuniones Nacionales de Investigación Demográfica organizadas por la Sociedad Mexicana de Demografía se han comentado los problemas que presentan los registros de nacimientos y muertes -- subregistro, registro tardío o extemporáneo y en algunas ocasiones doble registro-- y la imperiosa necesidad de mejorar dichos registros. Ya que los problemas mencionados impiden tener una estimación adecuada de diversos indicadores relevantes para estimar las brechas existentes entre hombres y mujeres en la medición del estado de su estado de salud-enfermedad, de su fecundidad, etc., tanto a escala nacional (que pueden ser estimados con datos de numerosas encuesta disponibles) como a escala de divisiones administrativas menores como la entidad federativa o municipio, para los cuales no hay otra fuente de información que los registros que se llevan a cabo de estos hechos vitales por el Registro Civil.

Para ilustrar algunos de los problemas antes mencionados, así como su magnitud, a continuación presentamos algunos datos sobre nacimientos. En primer lugar se presentan algunos datos para ilustrar la falta de oportunidad en el registro de nacimientos.

Desde mediados de los años setenta se ha venido observando una gran cantidad de registros de nacimientos de personas con un año y más de edad³, podemos observar que el porcentaje de registrados con un año y más de edad desde esa época no es menor del 20% del total de registrados en cada año. Aún más, en lo que va del siglo XXI ha habido un aumento de este porcentaje elevándose en el primer quinquenio hasta el 25 por ciento (véase Gráfica 1).

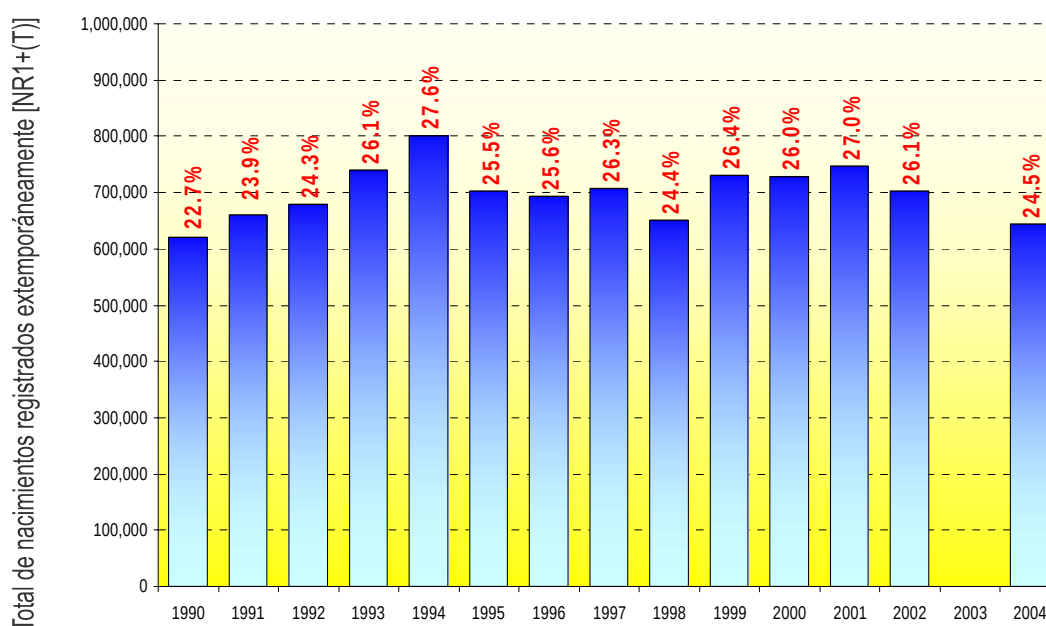
Es decir, hablamos de que 700 mil nacimientos son de registro extemporáneo. Se podría esperar que este porcentaje disminuyera con el tiempo, porque el registro de los nacimientos se hace a edades más tempranas por las exigencias de la vida urbana. Una explicación para este aumento es que se ha presentado un incremento del registro de nacimientos de personas de 50 años y más de edad. Entre el año 2000 y el 2005 se han registrado cada año más de 95 000 personas con cincuenta y más años de edad, lo que representa el casi 20% del registro extemporáneo.

También se puede observar que es considerable el número de personas de setenta años y más que se están registrando, en este mismo período, pues son en promedio más de 50 000 al año (es decir la mitad de los que se registran después de los cincuenta años). En contraste, se ha constatado que la edad al registro de los nacimientos ocurridos en la década de los 90, se ha venido reduciendo.

Al comparar las diferentes generaciones la edad promedio al registro es cada vez menor, una gran mayoría se hace en los primeros tres años de vida, no se espera como antes a ingresar a la primaria o a salir de ella para obtener el acta de nacimiento.

³ Podemos considerar como poco oportuno el registro de personas de un año y más de edad, ya que el tiempo límite para registrar un nacimiento y que no se considere extemporáneo, de acuerdo con los Códigos Civiles vigente de las diferentes entidades federativas, es menor que ese lapso, véase (Naciones Unidas, 1995: 23-24)

GRÁFICA 1
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1990-2004
Nacimientos registrados extemporáneamente [NR1+(T)]



Un problema fundamental en el análisis de los registros administrativos de los nacimientos tiene que ver con el nivel de análisis de la información, cuando se trabaja a nivel nacional o estatal se pueden construir diversos indicadores, en cambio cuando se baja a la escala municipal cualquier tipo de análisis se vuelve imposible pues se puede tener 5 o 3 nacimientos, es decir que el registro extemporáneo es increíblemente grande y dificulta la construcción de indicadores de categorías adecuadas.

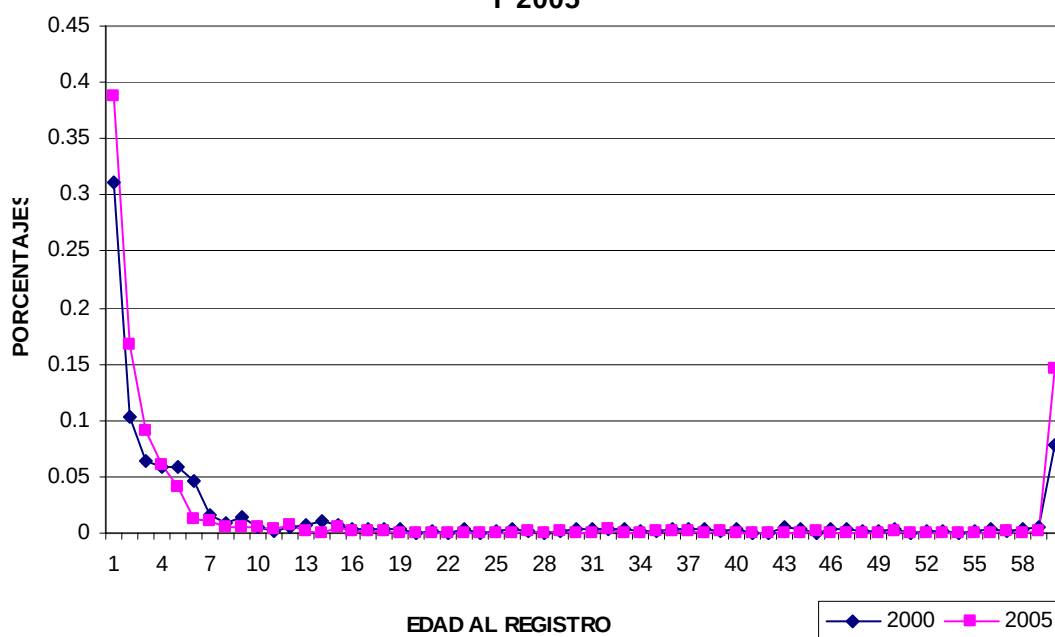
Para ilustrar el patrón por edad de registro extemporáneo se seleccionaron 3 estados de la república: Aguascalientes, Campeche y Morelos, en el análisis que se desarrolla se muestran los patrones a nivel estatal, gráficos comparativos entre los estados, datos y gráficos del registro oportuno y del registro extemporáneo de los municipios de cada una de las entidades señaladas, así como la contrastación a nivel municipal de la población femenina en edad reproductiva y los nacimientos registrados. Finalmente se presenta un análisis gráfico de las diferencias por sexo del registro tanto extemporáneo como oportuno a nivel estatal.

Del análisis podemos señalar lo siguiente:

1. Se aprecia un claro aumento en el registro oportuno (entre los niños y niñas de 0 a 1 año de edad) en el periodo 2000 – 2005. Además podemos constatar este fenómeno aún sin estudiar específicamente el incremento considerable del registro de las personas de 60 años y más de edad que podría tratarse tanto de un registro extemporáneo, o de de una duplicación del registro (Ver gráficas 2, 3 y 4)
2. Al comparar el número de mujeres en edad reproductiva en relación con los nacimientos registrados (que se supone son el producto de las gestaciones de estas mujeres), se puede afirmar que no se encuentra ninguna relación o concordancia entre ellos, ya que los nacimientos registrados no cumplen ni siquiera con el reemplazo de la población (si estimamos las tasas globales de fecundidad y las tasas brutas de reproducción), lo que indica un alto subregistro, constatado tanto a nivel estatal como municipal, (Ver cuadros 1, 3, 4 y 5)
3. Se constata la imposibilidad de construir indicadores demográficos (incluidos aquellos que nos indican diferencias de género), principalmente a nivel municipal porque el registro de nacimientos resulta insuficiente como lo muestran las distribuciones porcentuales a nivel estatal y municipal del registro oportuno y extemporáneo de nacimientos (Ver cuadro 2 y gráficas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12).
4. Cabe hacer notar, en lo que a cuestiones de género se refiere, la inexistencia de discriminación femenina en el registro de nacimientos en los menores de un año que apreciamos en las gráficas 13, 14 y 15. Sin embargo, cabe hacer notar que los registros extemporáneos de las mujeres mayores de un año a partir de los años 90 han aumentado de manera considerable, la causa es aun desconocida pero habrá que analizarlo.

GRÁFICA 2

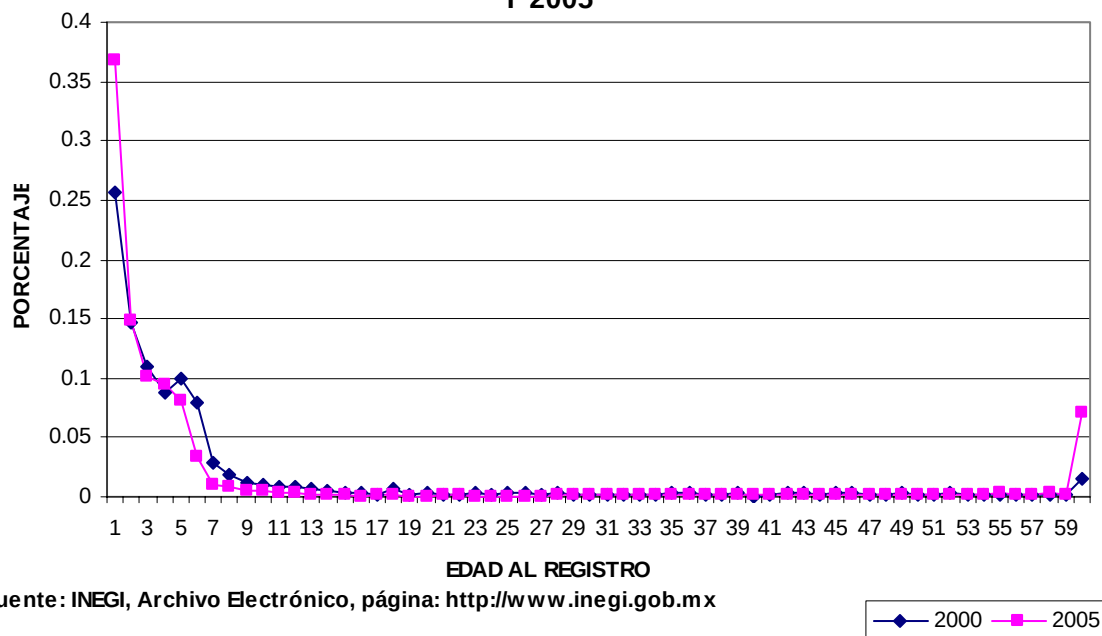
AGUASCALIENTES PATRÓN POR EDAD DE REGISTRO EXTEMPORÁNEO. AÑOS 2000 Y 2005



Fuente: INEGI, Archivo Electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

GRÁFICA 3

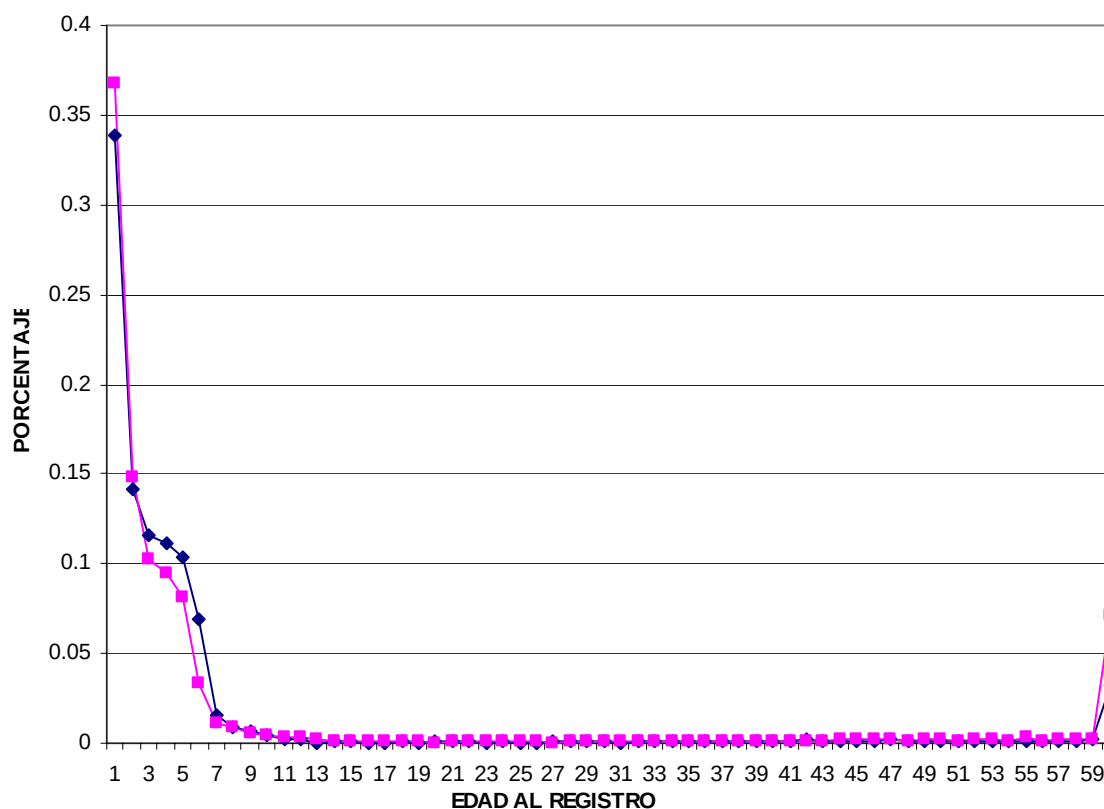
CAMPECHE PATRÓN POR EDAD DE REGISTRO EXTEMPORÁNEO. AÑOS 2000 Y 2005



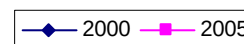
Fuente: INEGI, Archivo Electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

GRÁFICA 4

MORELOS PATRÓN POR EDAD DE REGISTRO EXTEMPORÁNEO. AÑOS 2000 Y 2005



Fuente: INEGI, Archivo Electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>



CUADRO 1 POBLACIÓN TOTAL Y NACIMIENTOS REGISTRADOS. 2005

Entidad Federativa	Población	Población Femenina 15-49	Nacimientos Registrados
Aguascalientes	1,065,416	290,121	28,002
Campeche	754,730	207,346	17,045
Morelos	1.612,899	432,669	36,338

Fuente: INEGI, Censo de Población, datos en línea

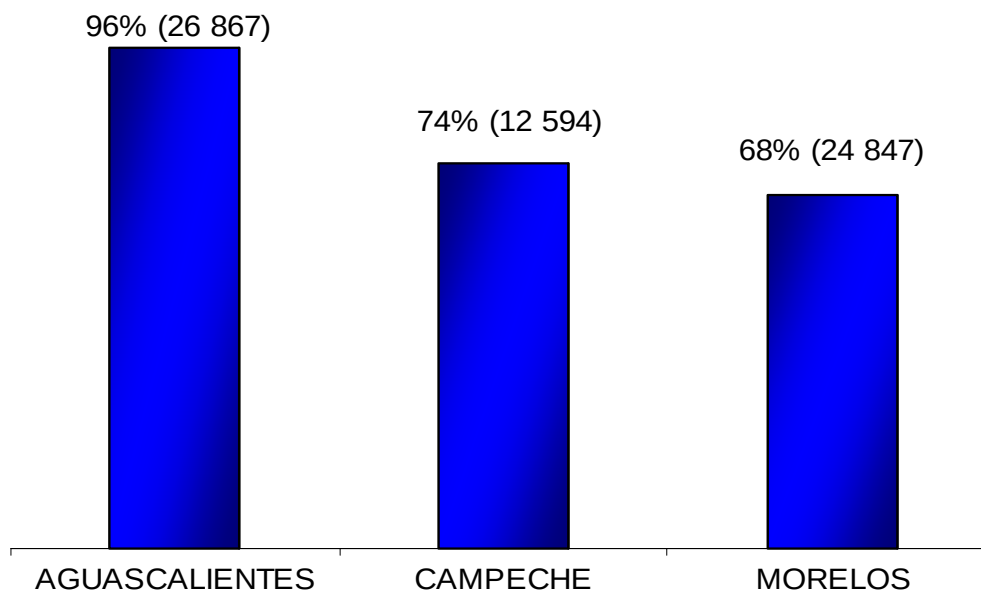
CUADRO 2
TOTAL DE NACIMIENTOS REGISTRADOS, REGISTROS DE MENOS DE UN AÑO
Y REGISTROS CON UN AÑO Y MÁS DE EDAD. 2005

Porcentajes

Entidad Federativa	Total de Nacimientos Registrados	Nacimientos registrados de un año, con porcentajes		Nacimientos registrados de un año y más, con porcentajes	
Aguascalientes	28,002	26,867	% 95.9	1,135	% 4.1
Campeche	17,045	12,594	73.9	4,451	26.1
Morelos	36,338	24,847	68.4	11,491	31.6

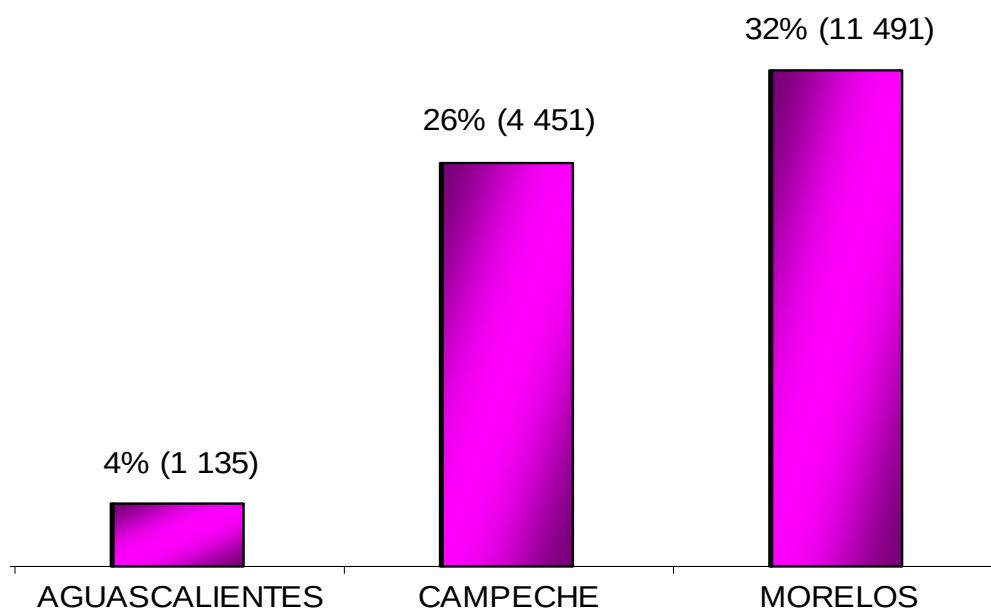
Fuente: INEGI, Censo de Población, datos en línea

GRÁFICA 5
AGUASCALIENTES, CAMPECHE Y MORELOS 2005
Registro de nacimientos de un año de edad



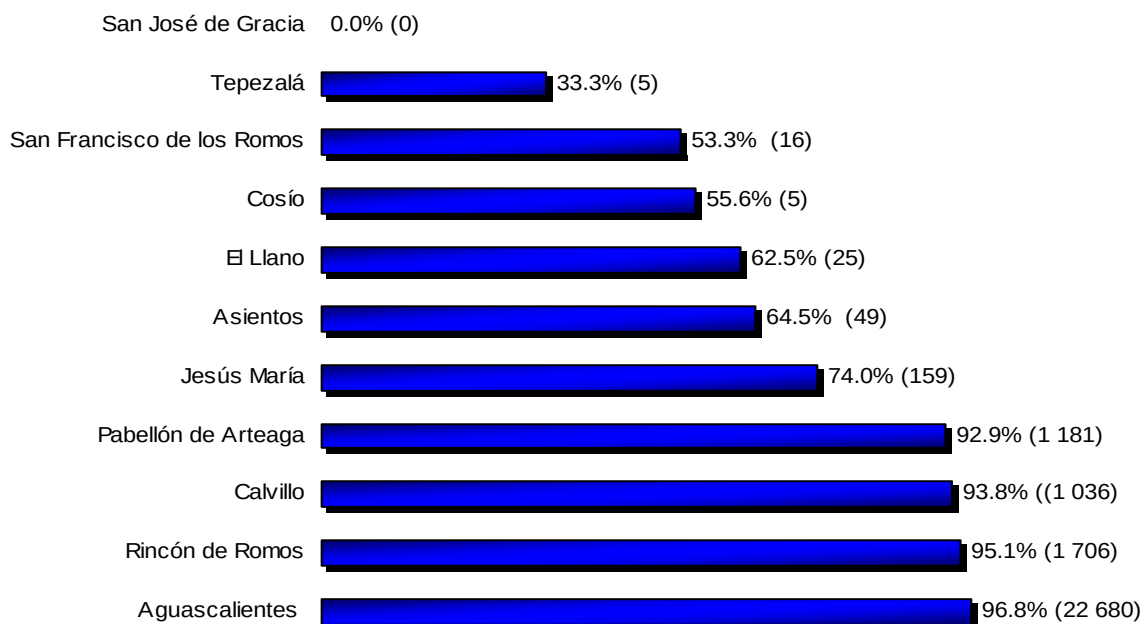
Fuente: INEGI, archivo electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

GRÁFICA 6
AGUASCALIENTES, CAMPECHE Y MORELOS 2005
Registro extemporáneo de nacimientos (1 año y más de edad)



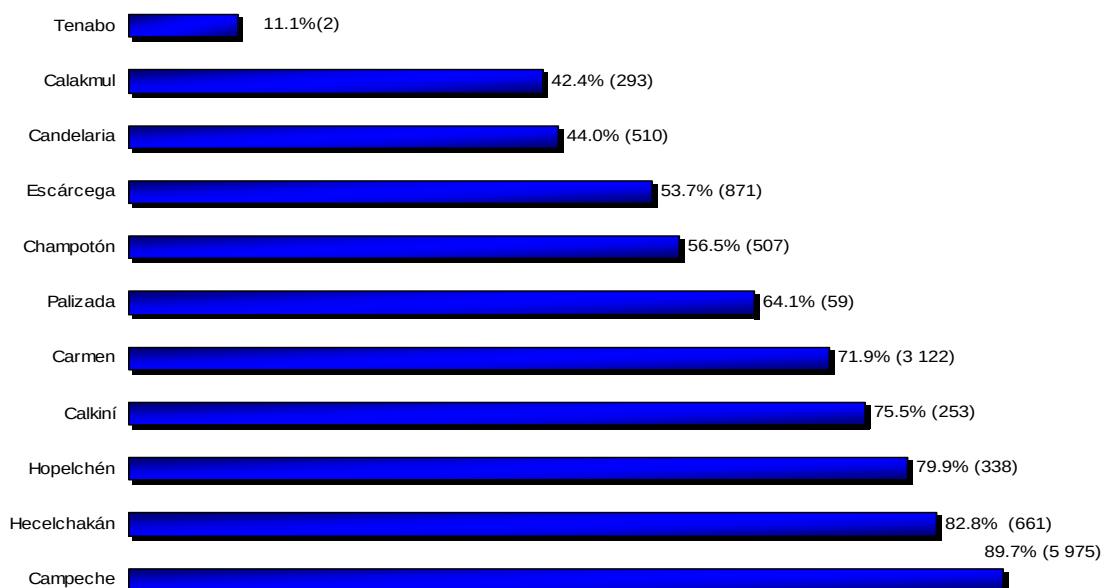
Fuente: INEGI, archivo electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

GRÁFICA 7
AGUASCALIENTES 2005
Registro de nacimientos de menores de un año de edad
Distribución Porcentual



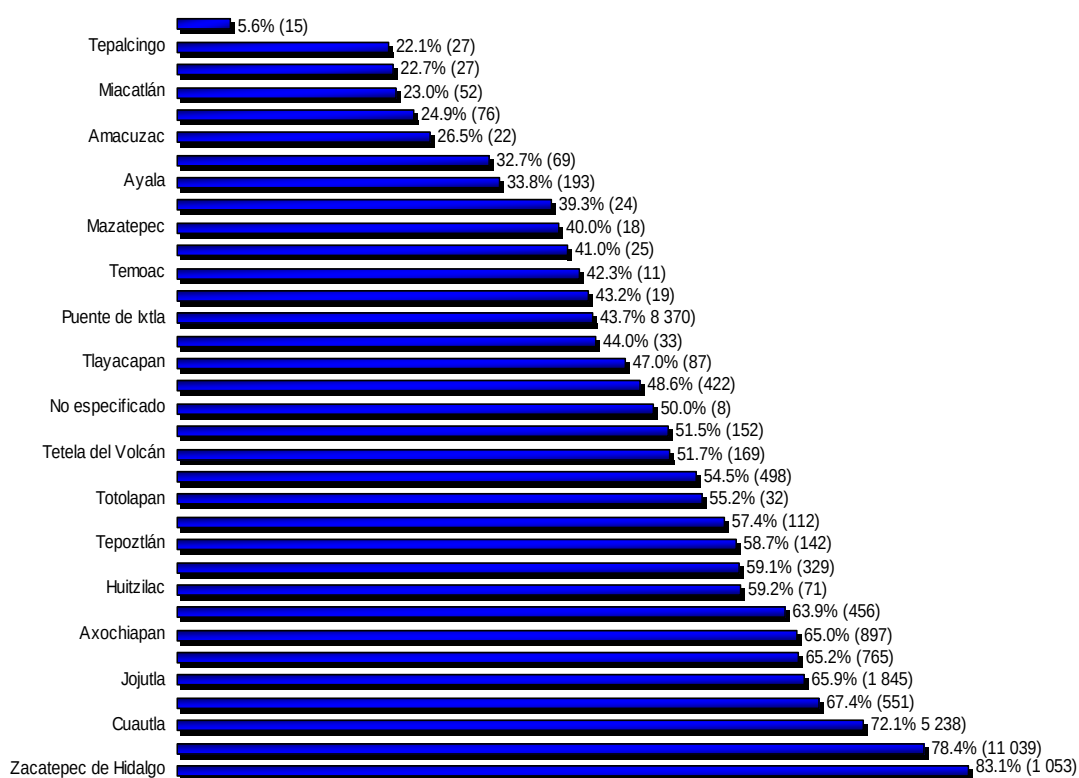
Fuente: INEGI, archivo electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

GRÁFICA 8
CAMPECHE 2005
Registro de nacimientos de menores de un año de edad
Distribución Porcentual



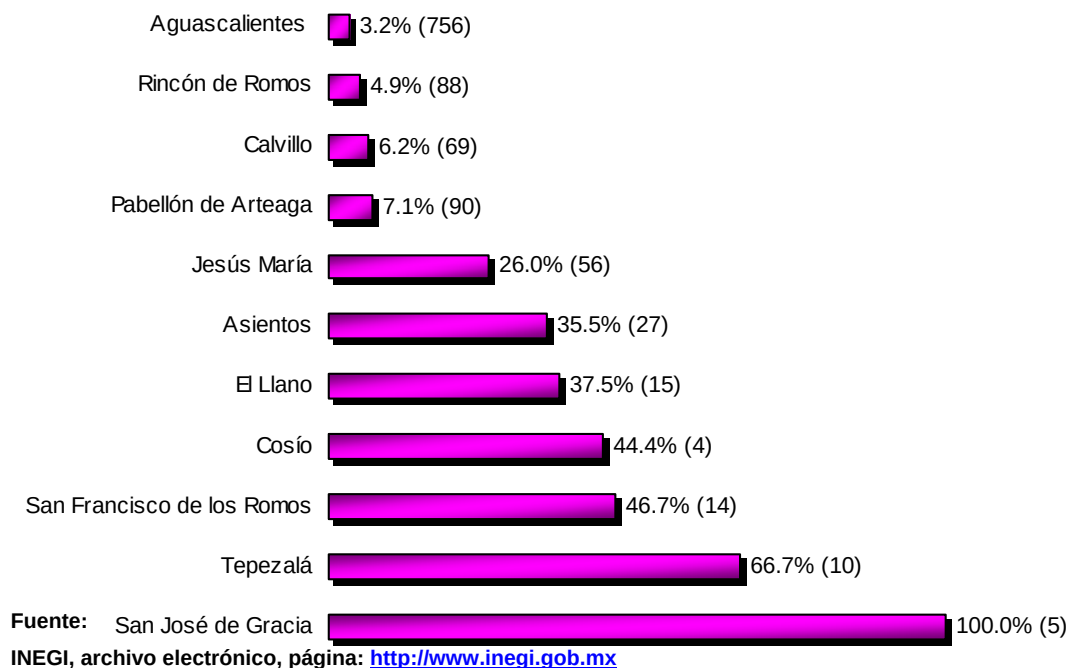
Fuente: INEGI, archivo electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

GRÁFICA 9
MORELOS 2005
Registro de nacimientos de menores de un año de edad
Distribución porcentual

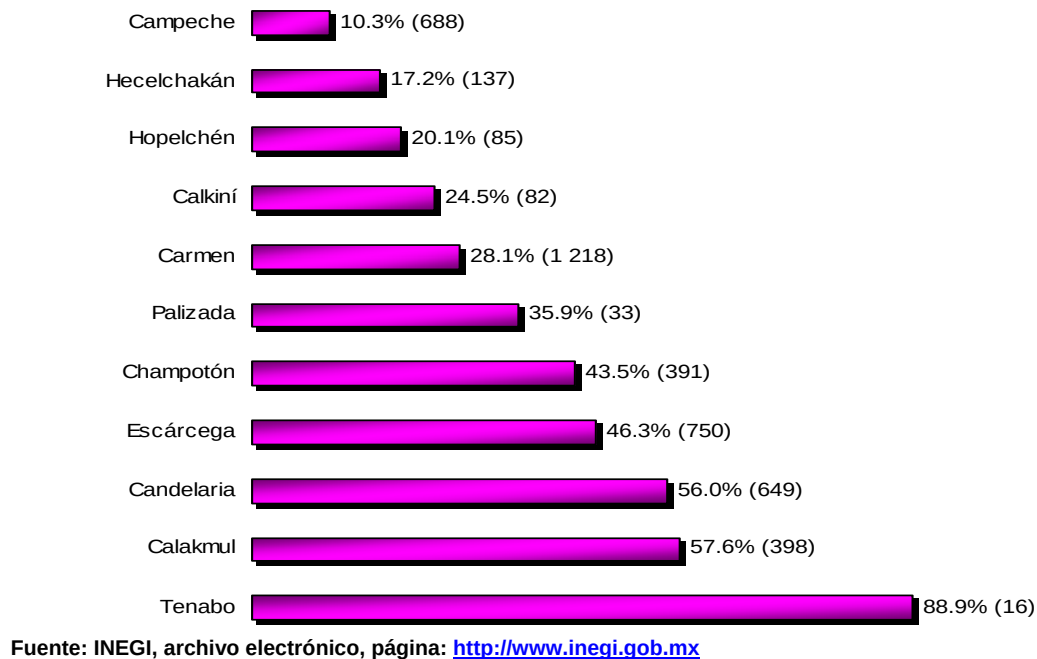


Fuente: INEGI, archivo electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

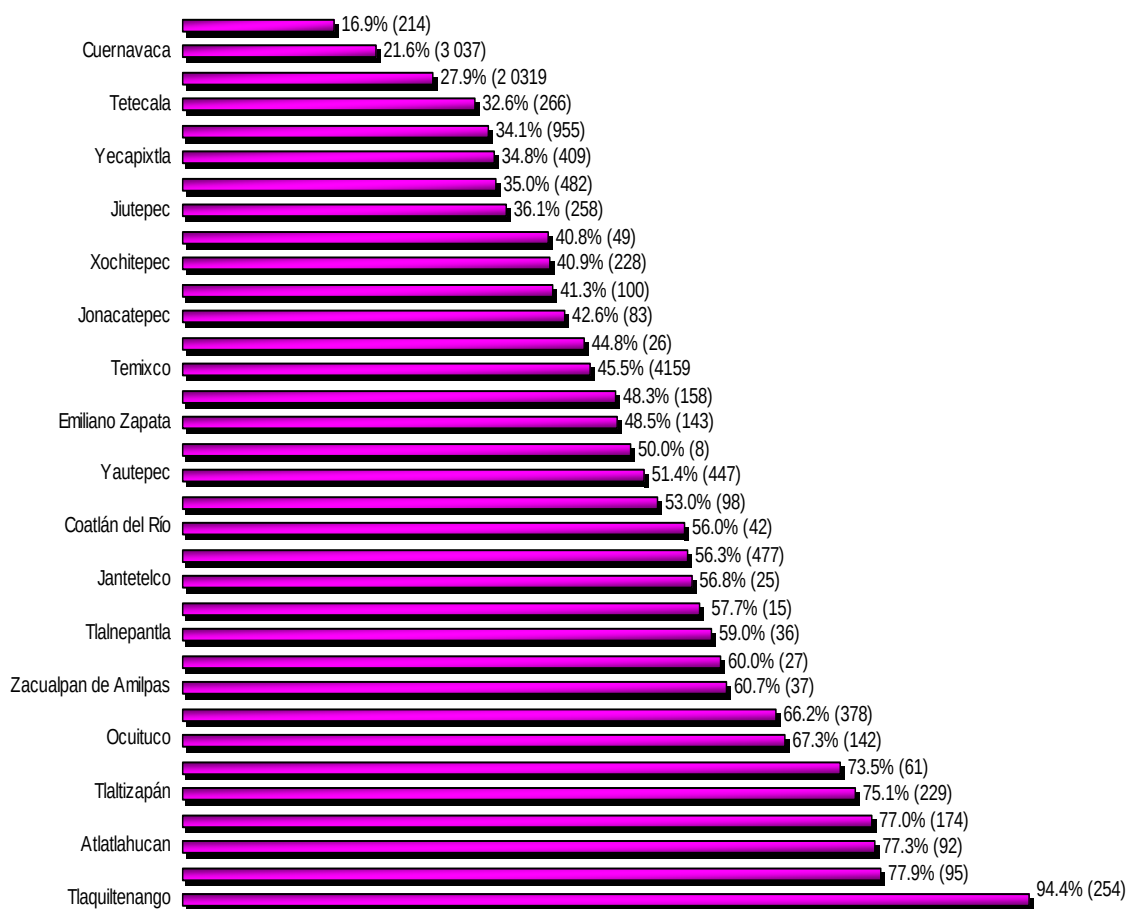
GRÁFICA 10.
AGUASCALIENTES 2005
Registro extemporáneo de nacimientos (1 año y más de edad)
Distribución porcentual



GRÁFICA 11
CAMPECHE 2005
Registro extemporáneo de nacimientos (1 año y más de edad)
Distribución porcentual



GRÁFICA 12.
MORELOS 2005
Registro extemporáneo de nacimientos (1 año y más de edad)
Distribución porcentual



Fuente: INEGI, archivo electrónico, página: <http://www.inegi.gob.mx>

CUADRO 3.
AGUASCALIENTES 2005
Población Femenina de 15-49 y total de
nacimientos registrados según edad al registro

Municipio	Pob. Fe. 15-49	Total Nac. Reg.	Edad al registro	
			0-1	1 y más
Aguascalientes	179846	23436	22680	756
Asientos	9329	76	49	27
Calvillo	13120	1105	1036	69
Cosío	3203	9	5	4
Jesús María	16617	215	159	56
Pabellón de Arteaga	8906	1271	1181	90
Rincón de Romos	10632	1794	1706	88
San José de Gracia	1743	5	0	5
Tepezalá	4042	15	5	10
El Llano	3694	40	25	15
San Francisco de los Romos	5083	30	16	14
No especificado		6	5	1
Total	256215	28002	26867	1135

Fuente: INEGI, conteo de población 2005 y Nacimientos registrados. Datos en línea.

CUADRO 4.
Campeche 2005
Población Femenina de 15-49 y total de
nacimientos registrados según edad al registro

Municipio	Pob. Fem. 15-49	Total Nac. Reg.	Edad al registro			
			0-1		1 y más	
				%		%
Palizada	2140	92	59	64.1	33	35.9
Tenabo	2476	18	2	11.1	16	88.9
Calakmul	5503	691	293	42.4	398	57.6
Hecelchakán	7348	798	661	82.8	137	17.2
Hopelchén	8568	423	338	79.9	85	20.1
Candelaria	8939	1159	510	44.0	649	56.0
Escárcega	13172	1621	871	53.7	750	46.3
Calkiní	13442	335	253	75.5	82	24.5
Champotón	19931	898	507	56.5	391	43.5
Carmen	56620	4340	3122	71.9	1218	28.1
Campeche	69207	6663	5975	89.7	688	10.3
No especificado		6	3	50	3	50.0
Total	207346	17044	12594		4450	

Fuente: INEGI, conteo de población 2005 y Nacimientos registrados. Datos en línea.

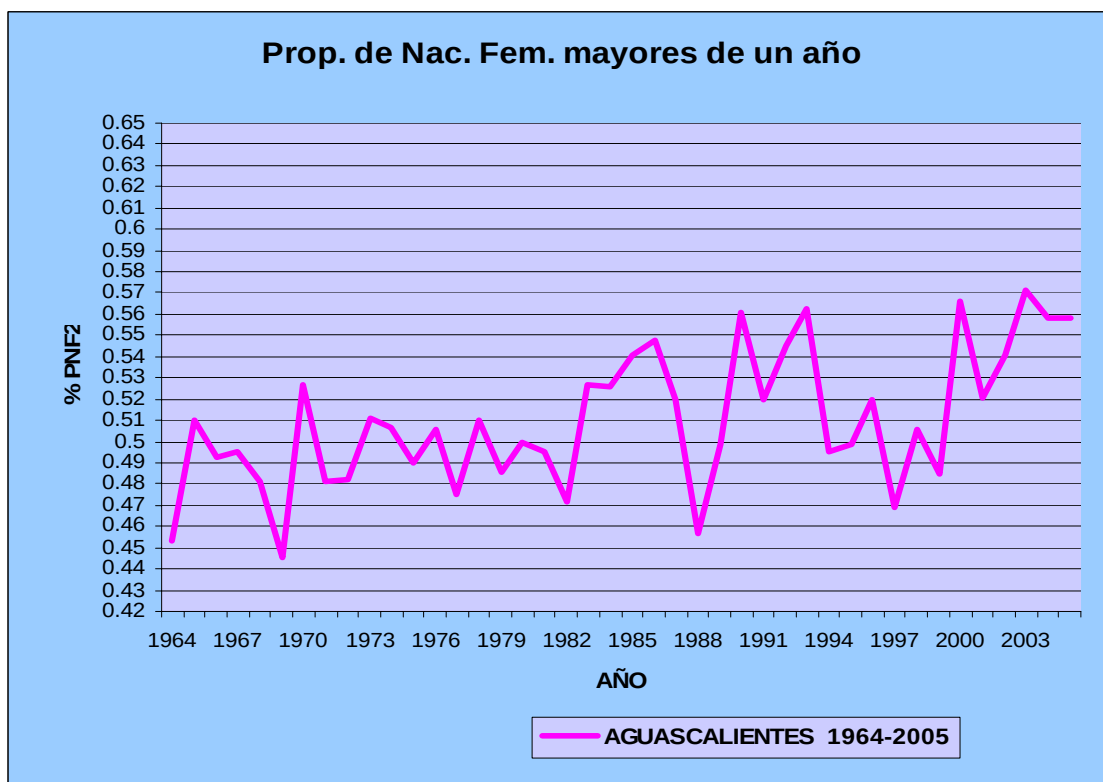
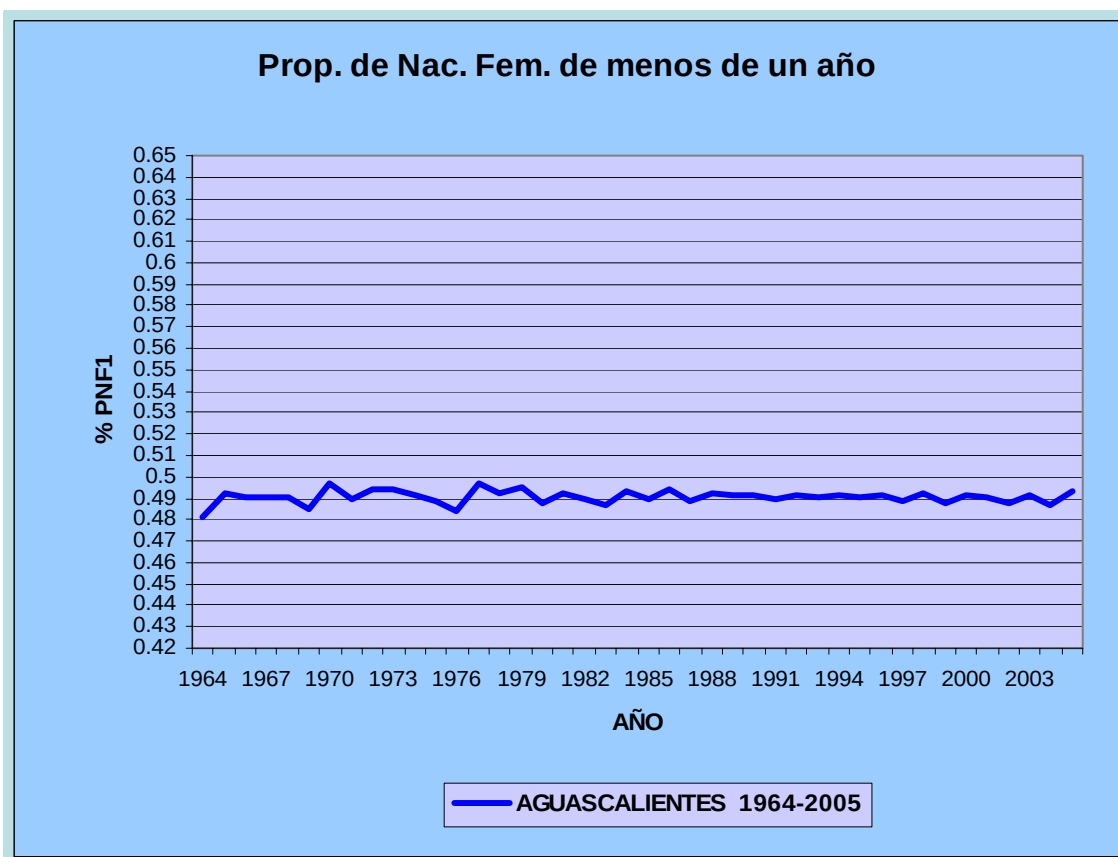
CUADRO 5.

MORELOS 2005
Población Femenina de 15-49 y total de
nacimientos registrados según edad al registro

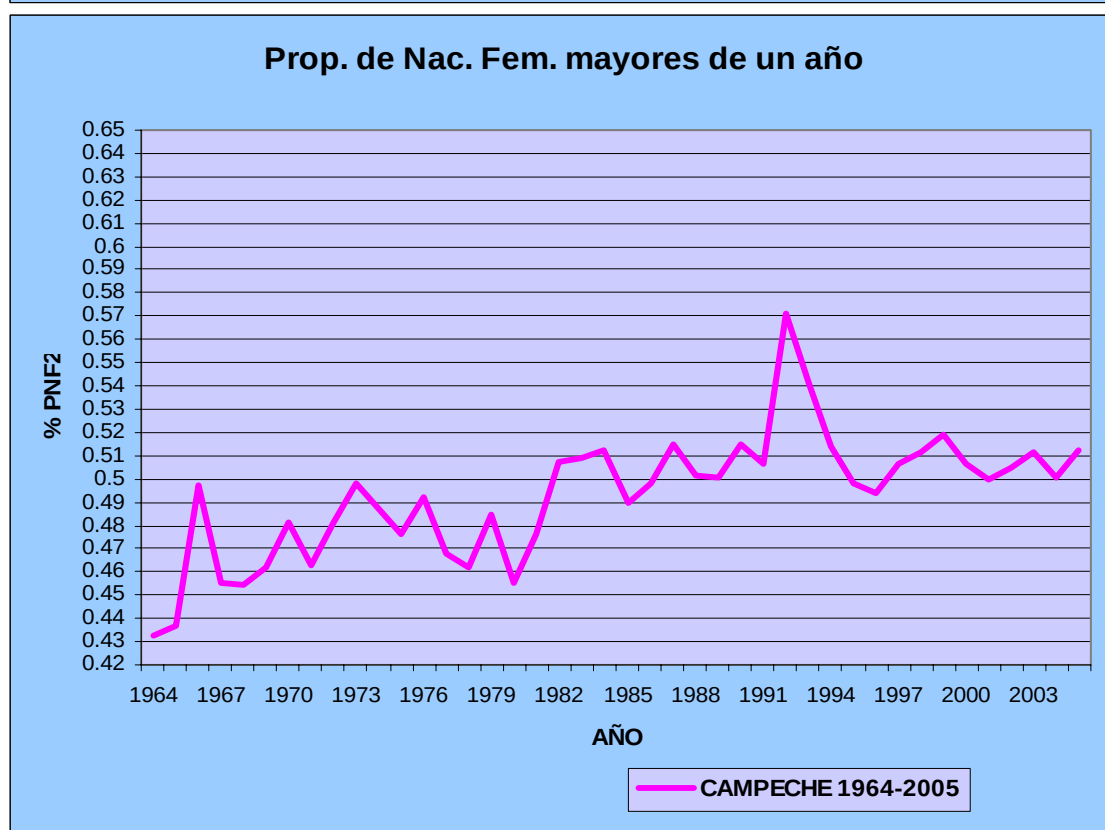
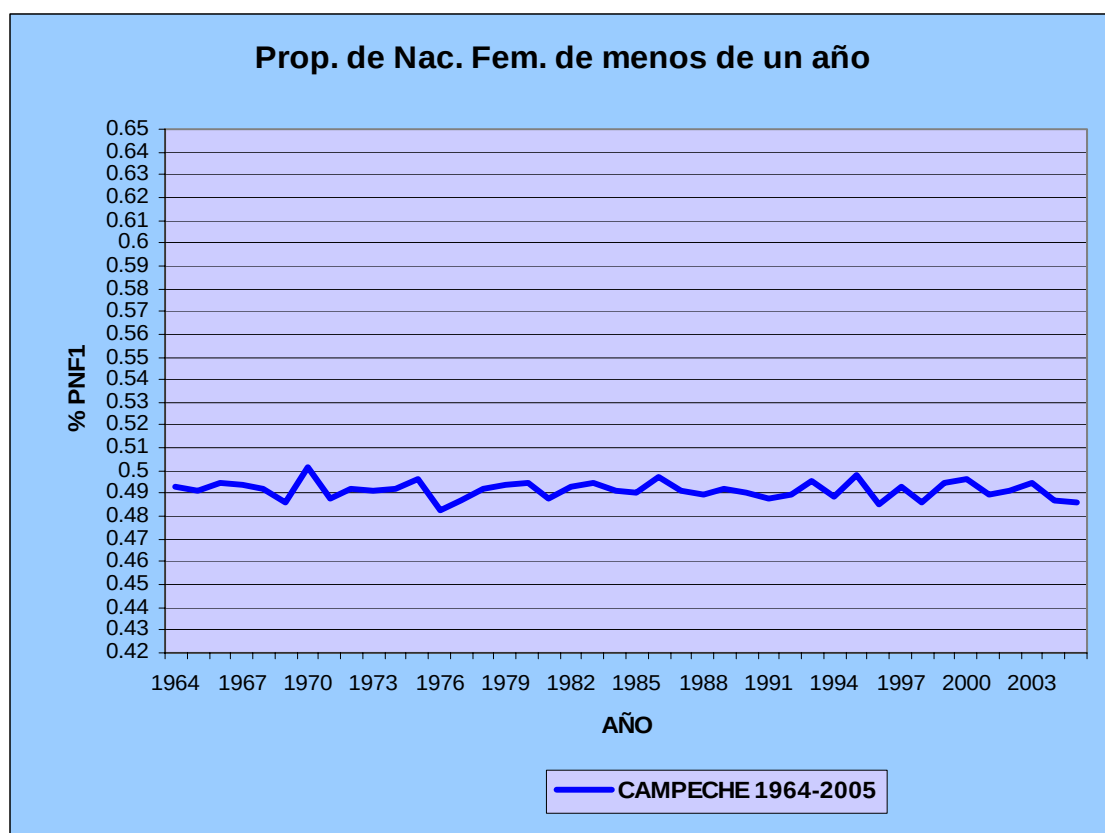
Municipio	Pobl. Fem. 15-49	Total Nac. Reg.	Edad al registro			
			0-1		1 y más	
Tlalnepantla	1333	61	25	41.0	36	59.0
Tetecala	1676	817	551	67.4	266	32.6
Coatlán del Río	2046	75	33	44.0	42	56.0
Zacualpan de Amilpas	2122	61	24	39.3	37	60.7
Mazatepec	2296	45	18	40.0	27	60.0
Totolapan	2653	58	32	55.2	26	44.8
Temoac	3395	26	11	42.3	15	57.7
Atlatlahucan	3553	119	27	22.7	92	77.3
Jantetelco	3748	44	19	43.2	25	56.8
Jonacatepec	3842	195	112	57.4	83	42.6
Tlayacapan	3851	185	87	47.0	98	53.0
Huitzilac	3852	120	71	59.2	49	40.8
Ocuituco	3988	211	69	32.7	142	67.3
Amacuzac	4005	83	22	26.5	61	73.5
Tetela del Volcán	4460	327	169	51.7	158	48.3
Miacatlán	5939	226	52	23.0	174	77.0
Tepalcingo	6156	122	27	22.1	95	77.9
Tlaquiltenango	7674	269	15	5.6	254	94.4
Axochiapan	8144	1379	897	65.0	482	35.0
Zacatepec de Hidalgo	9188	1267	1053	83.1	214	16.9
Tepoztlán	9612	242	142	58.7	100	41.3
Yecapixtla	10653	1174	765	65.2	409	34.8
Tlaltizapán	11981	305	76	24.9	229	75.1
Xochitepec	13637	557	329	59.1	228	40.9
Jojutla	13684	2800	1845	65.9	955	34.1
Puente de Ixtla	15131	847	370	43.7	477	56.3
Emiliano Zapata	18485	295	152	51.5	143	48.5
Ayala	18923	571	193	33.8	378	66.2
Yautepec	21776	869	422	48.6	447	51.4
Temixco	26528	913	498	54.5	415	45.5
Cuautla	43740	7269	5238	72.1	2031	27.9
Jiutepec	49936	714	456	63.9	258	36.1
Cuernavaca	94662	14076	11039	78.4	3037	21.6
No especificado		16	8	50.0	8	50.0
Total	432669	36338	24847		11491	

Fuente: INEGI, conteo de población 2005 y Nacimientos registrados. Datos en línea.

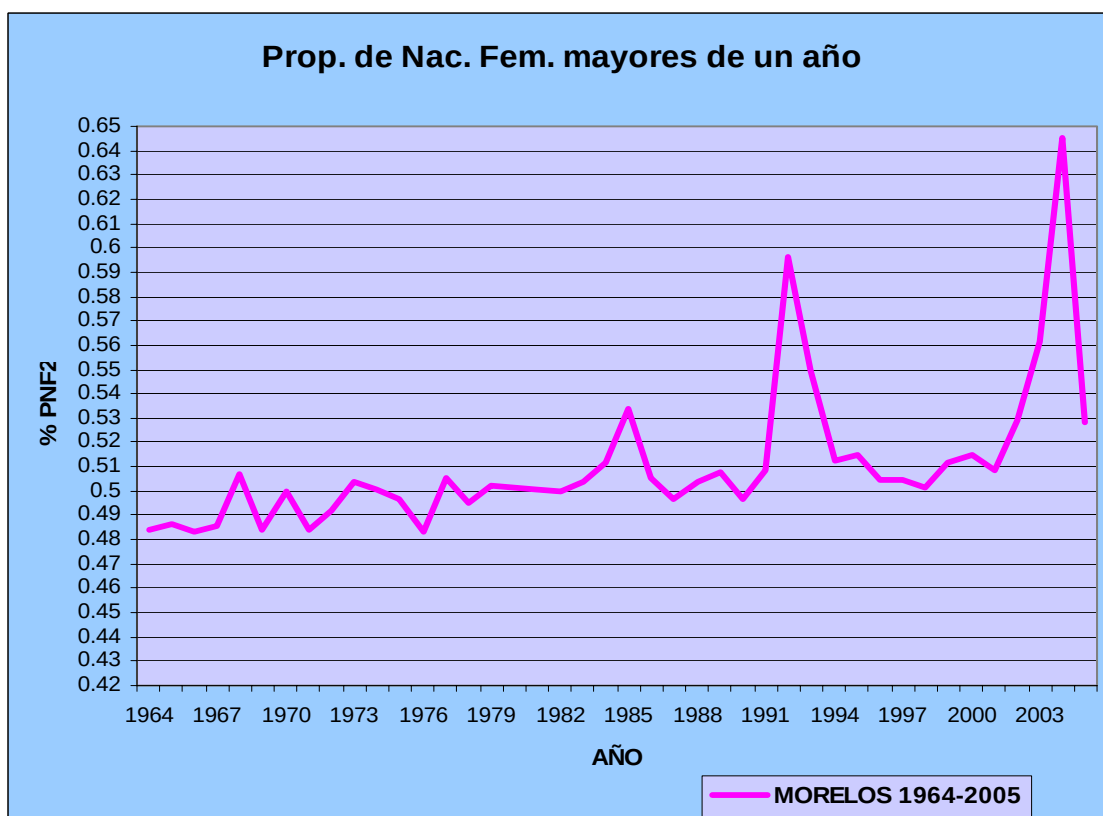
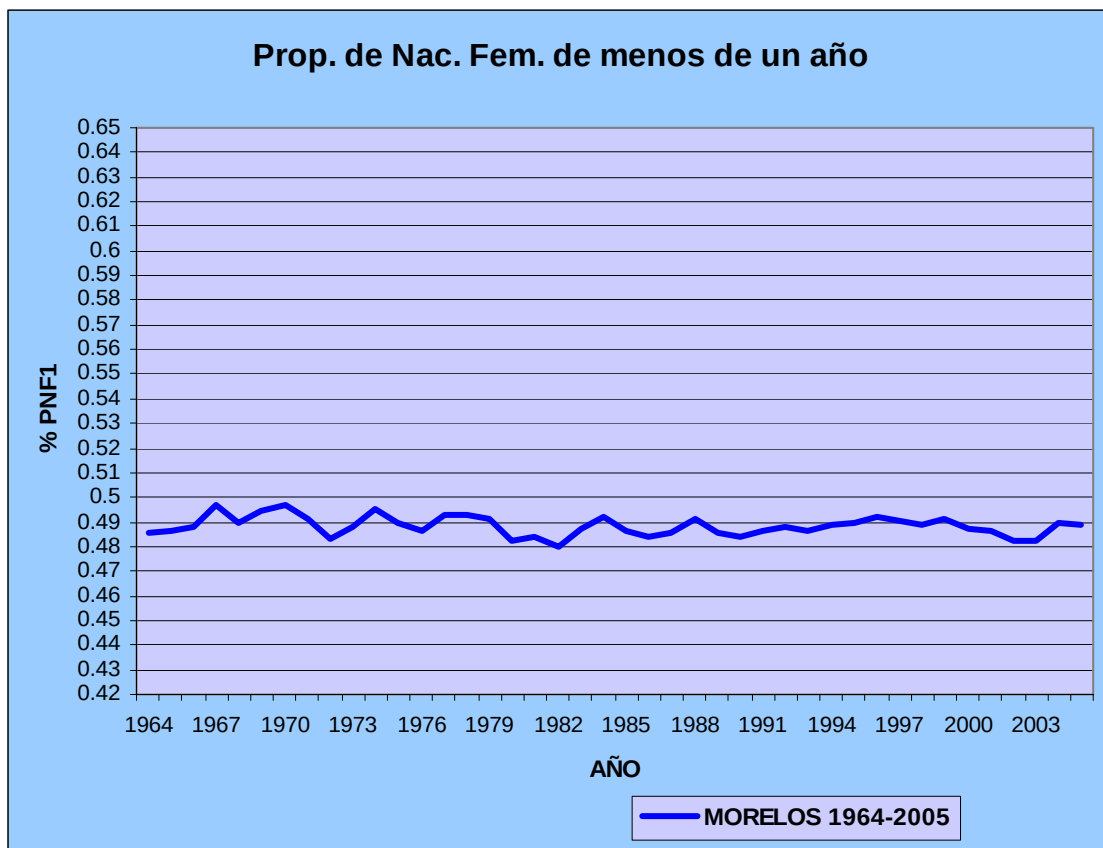
GRÁFICA 13.
AGUASCALIENTES 1964-2005
Registro de Nacimientos de Hombres y Mujeres



GRÁFICA 14.
CAMPECHE 1964-2005
Registro de Nacimientos de Hombres y Mujeres



GRÁFICA 15.
MORELOS 1964-2005
Registro de Nacimientos de Hombres y Mujeres



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de los datos presentados, podemos concluir que el registro de los nacimientos es muy incompleto.

1. Hay un fuerte subregistro.
2. Carece de oportunidad, ya que hay una gran cantidad de nacimientos que se registran después de varios años de haber ocurrido.
3. En cuestiones que tienen que ver con un análisis de género, consideramos que es necesario estudiar las causas que originan el mayor registro de mujeres mayores de un año, a partir de la década de los noventa.

Recomendaciones:

1. Para contar con información oportuna y confiable sobre nacimientos y muertes, es necesario en primer lugar, fortalecer las instituciones que ya existen, como son:
 - El Registro Civil. Se necesita invertir en el registro civil para solucionar el problema de subregistro, registro extemporáneo y duplicación de registros, en lo que concierne a defunciones, nacimientos y matrimonios registrados. Es de suma importancia la modernización del Registro Civil, puesto que este es quien proporciona los datos para la construcción de casi todos los indicadores demográficos con perspectiva de género, pueden las instituciones como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática funcionar proporcionando los datos, pero mientras no se tengan muertes y nacimientos reales, el trabajo realizado se vuelve inútil.
 - Es necesario reevaluar el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO). Esta institución por el papel que tiene, es imprescindible para organizar y coordinar el funcionamiento de las oficinas del registro civil. Se tiene que trabajar con el RENAPO y asignarle el papel central que le corresponde en la producción de información para alimentar los registros administrativos en salud, para buscar mejorar el registro de nuestro país.

2. En segundo lugar, realizar una campaña en la población para dar a conocer la importancia de registrar tanto de los nacimientos como de las muertes, sin distinción entre mujeres y hombres. En especial hay que dar a conocer con mayor amplitud la importancia del acta de nacimiento como documento oficial de identidad y filiación.
3. La participación ciudadana es indispensable para que mejoren los registros. Se necesita adicionalmente una campaña en la que se promueva el registro oportuno, la utilidad y la importancia que este tiene, dirigida específicamente a la población femenina porque son las mujeres las que manejan el papeleo de las familias.
4. La clave CURP. Es indispensable que se promueva su uso, buscando establecerla como llave única de registro en todos los formatos institucionales, para mejorar el funcionamiento de los sistemas evitando la duplicación de registros, sin embargo, para llevar a cabo este punto, es necesario que el RENAPO tenga control y cobertura en sus registros, diseñando un buen sistema de altas y bajas para evitar la duplicación de registros.
5. Un problema fundamental que se identifica, es que aunque se supone que el formato para estos registros ya es único, se ha identificado que en algunos lugares se ha cambiado, así que un reto es homogeneizar de nuevo este formato, esta función es una tarea exclusiva del RENAPO.

ALGUNAS REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE REALIZAR MODIFICACIONES A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD, PARTICULARMENTE EN LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS

Maria de la Paz López
Asesora Regional de UNIFEM

Desde el año 2000, el Proyecto de Estadísticas de Género que conduce UNIFEM ha señalado de manera reiterada la importancia de modificar los registros administrativos con la idea de que éstos estén más orientados a visibilizar las condiciones de salud específicas de las mujeres, los obstáculos que éstas enfrentan así como las desigualdades en el acceso a la salud, que se observan por razones de género. Desde la publicación del texto “EL enfoque de género en la producción de estadísticas sobre salud en México. Una Guía para el uso y una referencia para la producción de información” -publicada conjuntamente por UNIFEM e INMUJERES-, se planteó que “la cuantificación de una parte importante de los aspectos de género que intervienen en las asimetrías del estado de salud observado en hombres y mujeres enfrenta serios problemas que van desde la **ausencia de desagregación por sexo en los datos, hasta la falta de información regular sobre variables asociadas con las causas y consecuencias de las diferencias en el estado de salud de hombres y mujeres.**” En particular, se han señalado los alcances y limitaciones de la información para cuantificar cabalmente aspectos de género en la prevención y atención de la salud que recogen los registros administrativos.

ALGUNAS LIMITACIONES EN LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS

o **Falta de homogeneidad en los formatos de registro.** Uno de los aspectos urgentes a considerar es la homogeneización de conceptos y clasificaciones entre distintos formatos de registros administrativos utilizados por el sector salud. La falta de homogeneidad deriva, en buena parte del hecho que **la información sobre salud, mortalidad y morbilidad contiene presenta diferencias entre las poblaciones que aborda, las definiciones y clasificaciones que utiliza** en diferentes años, lo que impide hacer estudios con series de tiempo. Por ejemplo, **la información sobre causas de muerte** se presenta de acuerdo con la **Clasificación Internacional de Enfermedades**, la cual ha sufrido diversas revisiones y esto hace difícil hacer comparaciones precisas.

o La información en ocasiones se presenta en grandes grupos de edad lo cual limita el tipo de análisis que pudiera realizarse para estudios específicos. lo cual impide diferenciar a los adolescentes de los jóvenes adultos y de los adultos maduros.

o La información sobre salud desagregada por tamaño de localidad o municipio omite, en muchos casos, la variable sexo, impidiendo o limitando el estudio de la situación de la salud de las mujeres con relación a la de los hombres en áreas geográficas en dónde se planifican los servicios de salud.

o **Certificado de defunción.** Se sugiere que para ahondar en el estudio del feminicidio se registre de manera abierta la especificación del lugar donde ocurrió la defunción cuando se trata de la vía pública. Sobre todo se sugiere que el campo dedicado a establecer la relación de la víctima con el agresor, cuando se trata de muertes accidentales o violentas, se especifique la relación, consignando si se trata de pareja o expareja de la víctima, un(a) desconocido(a), vecino o compañero de trabajo.



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2004
FOLIO

040000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)											
	Nombre(s)				Apellido Paterno				Apellido Materno			
	2. SEXO			3. NACIONALIDAD			4. FECHA DE NACIMIENTO					
	Masculino ☐ 1 Femenino ☐ 2 Desconocido ☐ 9			Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 Especifique _____			Día _____		Mes _____		Año _____	
	5. EDAD CUMPLIDA			6. CURP DEL FALLECIDO(A)								
	Para menores de un día _____ Horas			Para menores de un mes _____ Días			Para menores de un año _____ Meses			Para personas de un año o más _____ Años cumplidos		
	5.1 PESO _____ Gramos											
	7. ESTADO CIVIL											
	Soltero(a) ☐ 1 Viudo(a) ☐ 2 Divorciado(a) ☐ 3 En unión libre ☐ 4 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9											
	8. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))											
8.1 Calle y número _____												
8.2 Localidad o Colonia _____												
8.3 Municipio o Delegación _____												
8.4 Entidad Federativa _____												
9. OCUPACIÓN HABITUAL _____												
10. ESCOLARIDAD												
Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) ☐ 2 Primaria completa ☐ 3 Secundaria incompleta ☐ 4 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 6 Profesional ☐ 7 No aplica ☐ 8 Se ignora ☐ 9												
11. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA												
Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 ISSSTE ☐ 3 PEMEX ☐ 4 SEDENA ☐ 5 SECMAR ☐ 6 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 Se ignora ☐ 9												
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora ☐ 99												
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN												
Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS Oportunidades ☐ 2 IMSS ☐ 3 ISSSTE ☐ 4 PEMEX ☐ 5 Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12												
SEDENA ☐ 6 SECMAR ☐ 7 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad Médica privada ☐ 9 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99												
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN												
14.1 Calle y número _____												
14.2 Localidad o Colonia _____												
14.3 Municipio o Delegación _____												
14.4 Entidad Federativa _____												
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN												
Día _____			Mes _____			Año _____			15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN			
						Hora _____			Minutos _____			
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?												
Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9												
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?												
Sí ☐ 1 No ☐ 2												

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		código CIE-10	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Debido a (o como consecuencia de)							
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
b) Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo							
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?	
Espacio para código CIE-10		El embarazo ☐ 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4		El parto ☐ 2 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte ☐ 5		El puerperio ☐ 3 Sí ☐ 1 No ☐ 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Institución residencial ☐ 1 Áreas deportivas ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9		23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7. En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
23.7.1 Calle y Localidad o Colonia							
23.7.2 Municipio o Delegación				23.7.3 Entidad Federativa			

o Se sugiere incorporar la variable sexo no sólo en los formatos de registro sino también en las publicaciones que difunde la SSA; Una parte importante de la difusión de datos, hasta ahora, omite desagregación por sexo.

o Se sugiere revisar con cuidado los conceptos y clasificaciones contenidos en el SISVEA. No sólo se aprecian inconsistencias conceptuales entre un formato y otro, sino que algunas clasificaciones y definiciones de algunas variables captadas en los formularios no corresponden a las utilizadas en las fuentes de datos regulares-oficiales. Tal es el caso de tipo de familia (disfuncionales y funcionales para el caso del formulario del Consejo Tutelar de Menores; o lo referente a la mortalidad vinculada con consumo de drogas, en donde los conceptos y definiciones no corresponden a los certificados de defunción, sólo citar unos ejemplos).

Se sugiere revisar también las posibilidades que ofrecen los formatos del SISVEA para ahondar en el análisis de género:

- Cuestionario sobre consumo de drogas.
- Cuestionario servicio médico forense
- Cuestionario puesto centinela de urgencias
- Cuestionario para consejo tutelar de menores
- Cuestionario para hospitales psiquiátricos

- Cuestionario sobre consumo de alcohol
- Cuestionario sobre el consumo de tabaco

En estos formatos, se sugiere integrar aspectos relacionados con la violencia de género.

- o También se sugiere revisar los formatos de registros hospitalarios (tanto egresos como ingresos) para identificar situaciones de violencia contra las mujeres.
- o Un aspecto importante en materia de estadísticas de género es la revisión cuidadosa de la divulgación de resultados, buscando evitar los sesgos de género. A manera de ejemplo, se señala la conveniencia de modificar usos equívocos del lenguaje como ocurre con el condón, cuando se refiere a los métodos anticonceptivos que usan las mujeres, y entre ellos se consigna el condón. Dado que se trata, por lo general, del condón masculino, la leyenda en la clasificación debería ser: *método utilizado por la pareja....* La importancia de este cambio radica en el mensaje que debe estar presente en la divulgación de la información acerca de la corresponsabilidad en materia de salud reproductiva.

OTRAS RECOMENDACIONES GENERALES

La construcción de un sistema de información en salud con sensibilidad de género requeriría **tomar en cuenta los aspectos de género que están detrás de las decisiones de la búsqueda de la atención, así como los riesgos diferenciados entre hombres y mujeres**, que afectan su salud y que son producto de la conjunción de sus roles y responsabilidades y sus características biológicas. Es un hecho reconocido la poca información regular que existe sobre cómo hombres y mujeres perciben, buscan y practican la salud, aun cuando la experiencia y el sentido común muestran que existe una vasta diferencia.

Para estar en posibilidad de dar cuenta de las condiciones de asimetría social y de género en materia de salud, resulta de fundamental **importancia que la publicación de resultados se ofrezca diferenciada por sexo y grupos de edad que distingan cada una de las etapas del ciclo de vida de las personas (infantil, preescolar, escolar, adolescente, joven, adulta y anciana)**. Para contar con un sistema de información de salud con enfoque de género es necesario un **diálogo continuo y fluido entre los productores y usuarios de información**, especialmente entre los

académicos y los responsables de la elaboración de políticas públicas; también se necesita el **apoyo decidido del Estado y la permanente capacitación de recursos humanos especializados en el análisis de la desigualdad de género en el espacio de la salud**. Adicionalmente, se sugiere retomar la propuesta de conformar un grupo de trabajo que analice de manera profunda las modificaciones necesarias para dar un enfoque de género a los registros administrativos del sector salud. Se sugiere eliminar el lenguaje sexista en los formularios.

EL FUTURO DE LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS EN SALUD

Patricia Fernández Ham
Consultora Independiente

En las ultimas reuniones internacionales de estadística destaca que las nuevas formas de gobierno y participación democrática están construidas en un proceso participativo que se esta constituyendo a través de una sociedad con mejor educación, mayor información y que demanda cada vez mas desagregaciones tanto de mayores variables explicativas como de desagregación geográfica, desagregación por paciente, por clínica, etc. Es necesario mencionar que en esta actividad el concepto de comunicar sustituye el de diseminar o distribuir estadísticas, es decir, el objetivo no solo es la publicación de las estadísticas y que sean utilizadas solo por cierto sector de la población sino comunicarlas para obtener una cobertura total de la población a fin de informarla apropiadamente para que pueda participar en la toma de decisiones.

Así, el reto es presentar pocos indicadores pero entendibles, que toda la población pueda comprender, para que por medio de estos indicadores se le de un verdadero seguimiento a los programas. Estos deben de ser contruidos con la información actual y no con estimaciones, que a veces son muy poco apegadas a la realidad, a menos que estas estimaciones se asemejen a los resultados reales.

Por este motivo, las nuevas formas de gobierno y participación social han exigido gobernantes más cercanos a las comunidades y mayor demanda de información desagregada y que “le haga sentido a las personas”, lo cual ha implicado que en muchos países las estadísticas más importantes provengan de registros administrativos, con ello:

- Se aprovecha la inversión administrativa
- Se evitan costos de levantamiento
- Se asegura la periodicidad de los datos

La propuesta para el proceso de producción – consulta de información sobre registros administrativos se esquematiza a continuación, sugiriendo la evaluación continua de la información y poniendo especial énfasis en las cuestiones de confiabilidad, calidad y veracidad de esta, a través de diversos métodos de análisis.



Dentro de este esquema, el registro civil es una piedra fundamental y es la manera mediante la cual los países no pierden de vista los nacimientos, las muertes y el estado civil de su gente. Estos sistemas son la mejor manera de producir las estadísticas vitales- cuentas de nacimientos y de muertes y causas de la muerte -. Tal estadística es necesaria para demostrar si los programas de salud están trabajando y cumpliendo sus objetivos. Ella es también esencial para determinar si la inversión en el desarrollo ha sido bien utilizada.

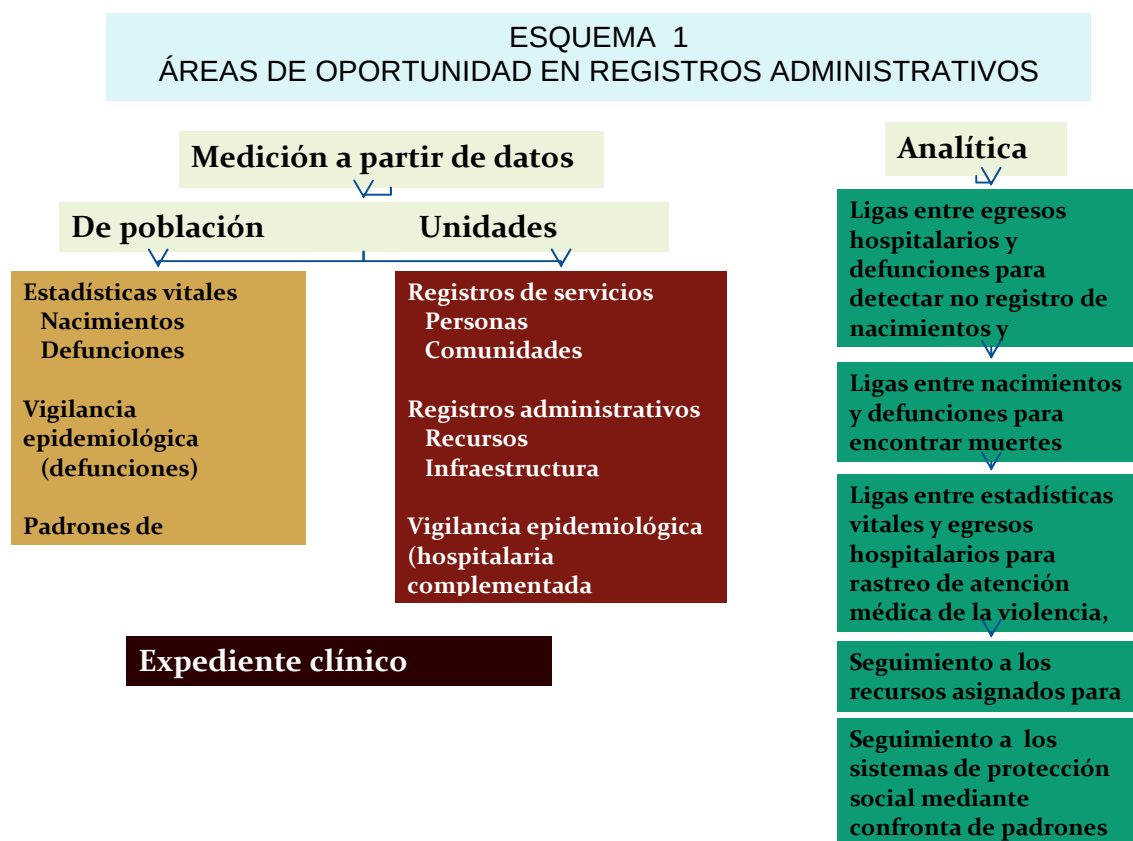
Las carencias de los sistemas de registros civiles a nivel mundial significa que cada año, cerca del 40% (48 millones) de los 128 millones de nacimientos globales están sin registrar. La situación es incluso peor para el registro de la muerte. En términos generales, dos tercios (38 millones) de los 57 millones de muertes anuales no se realiza su registro adecuado. La organización mundial de la salud recibe estadística confiable de la causa de muerte de solamente 31 de sus 193 Estados miembros.

La ausencia del registro civil tiene otras implicaciones; con ello es menos probable que se respeten los derechos humanos básicos - sociales, políticos, cívicos o económicos.

En el otro extremo, cuando analizamos la esperanza de vida, cuando existe una muerte no registrada, las causas de la muerte no se documentan, los gobiernos no pueden diseñar políticas sanitarias eficaces, medir su impacto o no saber si los presupuestos de salud están siendo bien invertidos.

Otro punto que debemos tomar en cuenta en este momento es la mejora de los registros administrativos (véase Esquema 1), que pueden disminuir el gasto tan elevado que se produce al levantar una encuesta, invirtiendo en estos registros que de todos modos deben de hacerse.

Dentro esta cuestión, el reto es para los investigadores que debemos prepararnos para la automatización de los registros porque se convertirán en grandes cúmulos de información, además de que considero que es tiempo de que se definan dentro de estos registros electrónicos las variables tal cual las necesitamos sobretodo para las cuestiones de género, porque puede ocurrir que suceda esta transición y después tengamos que corregir estos sistemas porque no proporcionan suficiente información o la información adecuada.



La importancia de la inversión en el registro civil radica en que muchas de las decisiones de salud se toman tomando como base las estadísticas de mortalidad además de muchas otras decisiones ligadas a las políticas públicas que desarrolla nuestro gobierno.

El seguimiento de los padrones y programas de nacimientos y defunciones, nos llevan a mirar hacia el futuro y mirar de veras cómo se van integrando estos sistemas, porque si no seguimos el proceso de complementación de dichos sistemas de información cuando la automatización entre en vigor va a ser imposible manejar las enormes cantidades de información que proporcionan.

Se sugieren en cuestiones de análisis de estos sistemas:

- Ligas entre egresos hospitalarios y defunciones para detectar el registro de nacimientos y mortalidad infantil,
- Ligas entre nacimientos y defunciones para encontrar muertes maternas,
- Ligas entre estadísticas vitales y egresos hospitalarios, etc. que son todas estas cuestiones que tienen que ver con interés de género.

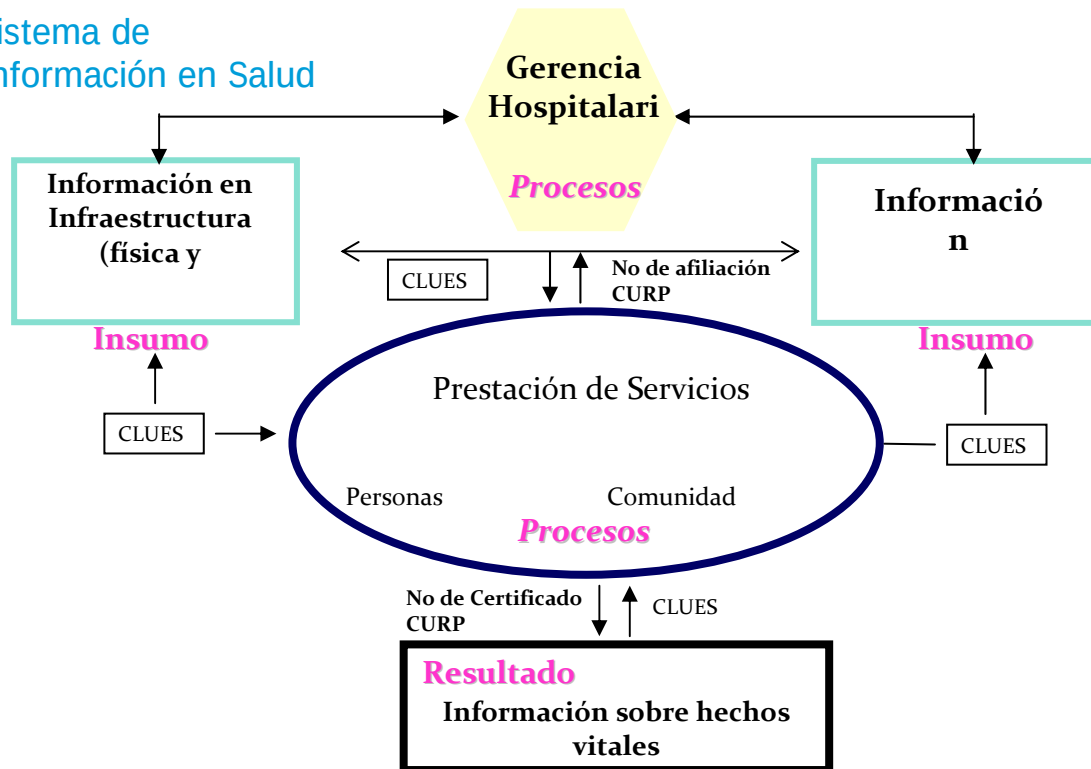
Específicamente, para las cuestiones de género y salud se deben de estar analizando diversos niveles no sólo el individual, sino que habría que incluir el hogar, la comunidad y el sistema de salud, puesto que muchas veces se olvida que las mujeres participan de trabajos comunitarios que no son remunerados.

Hasta hace poco, la información en salud y indicadores estaban dirigidos a medir la productividad de la unidad médica o del sistema de salud y no la atención de la salud de la población; menos aún a captar las diferencias en la atención entre hombres y mujeres, donde se busca distribuir equitativamente RESPONSABILIDADES, ACCESO y FINANCIAMIENTO en atención formal e informal en el hogar, la comunidad y el sistema de salud.

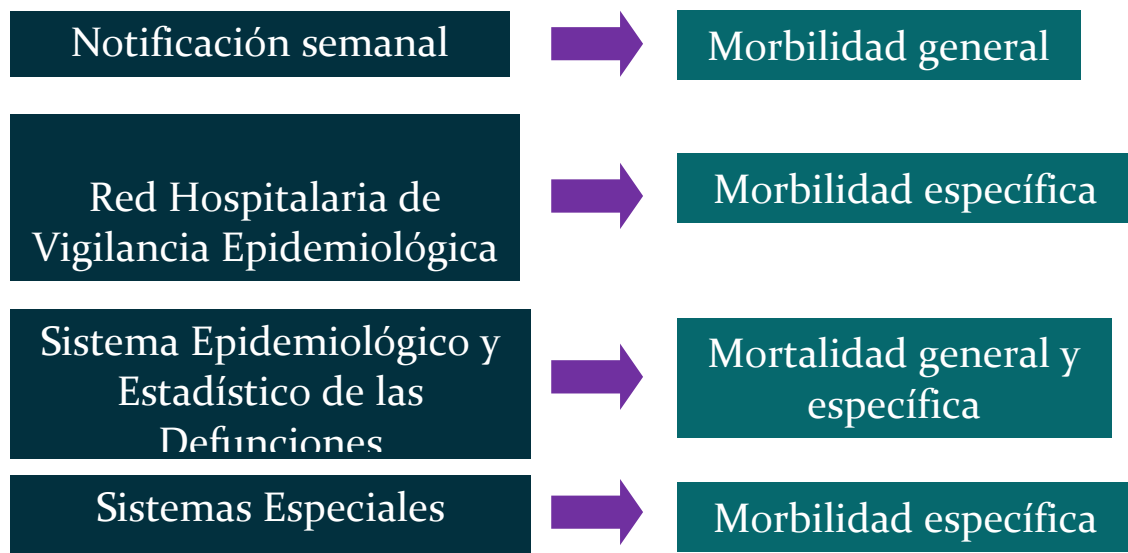
Transformaciones en marcha

El nuevo sistema de información en salud, como se observa a continuación, trata de corregir esas deficiencias, redefiniendo su perspectiva en cuanto a salud, atención y tratamiento. Además este sistema requiere de reformular el proceso de obtención de la información a partir de los datos que se generan de los expedientes clínicos.

Sistema de Información en Salud



Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica



Las transformaciones ocurridas en el sistema de salud que se pueden observar en el siguiente cuadro han fomentado el surgimiento de una nueva forma de estadística en la que México se ha ido formando (2002).

Sistema de salud

ANTES		AHORA	
• ENFERMEDAD	→	• SALUD	
• LUGAR DE CUIDADO	→	• FORMA DE VIDA (CON CUIDADOS A LA SALUD	
• SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	→	• SEGUIMIENTO DE LA SALUD - ENFERMEDAD	
• SEGUIMIENTO DE LA OFERTA	→	• SEGUIMIENTO DE LA DEMANDA	
• TOMA DE DESICIONES VERTICAL	→	• TOMA DE DESICIONES CONJUNTA: BASA EN EVIDENCIA	
• EFICIENCIA	→	• EFECTIVIDAD	
• CUIDADO GENERALIZADO	→	• CUIDADO ESPECIALIZADO	
• ENFOCADO EN EL PROVEEDOR	→	• ENFOCADO EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA	

Debemos dirigir el sistema a lograr una cobertura efectiva, un verdadero seguimiento del paciente, de la calidad de la atención, etc. Sin embargo hay bajo uso de la información ya que plantea nuevos retos éticos, informáticos y estadísticos, sobretodo en el ámbito de lo ético pues es el motivo por el cual no se proporcionan las bases de datos.

Existen grandes saltos y desperdicios entre lo que se pregunta al paciente, se registra, se procesa y se difunde. En este camino los detalles que interesan a la perspectiva de género suelen perderse.

Se tienen que buscar puntos entre los expedientes en los que se establezcan variables mínimas a reportar y dentro de estas deberíamos estar pensando aquellas variables de género que son estrictamente necesarias en el análisis para incluirlas dentro de este paquete que se debe capturar forzosamente, esto debe hacerse ahora que es el momento de planeación de este nuevo expediente, no después de que se eche andar y se muy difícil incluir estas nuevas variables.

- El primer paso es medir y describir mejor las situaciones introduciendo más dimensiones en las nuevas visiones, entre ellas las particularmente relevantes a género, condición étnica, pobreza y derechos humanos.
- Aprovechar la condición de universalidad de los registros para desagregar geográficamente y culturalmente, entre otras dimensiones, para brindar mayores elementos a los tomadores de decisiones y a las personas
- Debemos aprovechar las oportunidades de seguimiento al gasto en salud por razones de equidad y de eficiencia económica

Para aprovechar las potencialidades de la automatización de los registros bajo una perspectiva de género es necesario prever y planificar, que es un trabajo que se debe hacer interinstitucionalmente e interdisciplinariamente.

Se debe prever los marcos conceptuales que destacan los problemas de género y salud y las variables que es necesario añadir y las posibles interconexiones entre sistemas de trabajo, justicia, protección social, educación, etc. y se debe planificar la capacitación de personal que son los que pueden echar a perder, si se hacen mal, todo el trabajo, los sistemas de indicadores y los sistemas de difusión.

Finalmente, se deben considerar los procesos que fomentan la cultura de la información promoviendo: la calidad de los datos, el uso de la información generada, la comparación entre fuentes alternativas/complementarias de información, la generación de información dirigida a la solución de problemas específicos, la retroalimentación del sistema a partir de los productores de la información, de la comunidad especializada y del público en general, el empoderamiento y la negociación a partir de la información.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD EN LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS EN SALUD UNA AGENDA PENDIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Patricia Noemi Vargas Becerra
Directora del Centro de Estudios de Población. DER-INESER
Universidad de Guadalajara

1. Los registros administrativos en salud son indispensables para la construcción de estadísticas con perspectiva de género que sirvan de base para el diseño de políticas públicas. Es imprescindible fomentar la cultura de calidad de los registros y uso de esta información, fortaleciendo el proceso de mejora continua de los registros para alcanzar mayor cobertura y mejor calidad, lo que fortalecerá la construcción de indicadores que no sólo muestren la desigualdad entre los sexos en el ámbito de la salud, sino que hagan posible la explicación de los fenómenos que producen estas inequidades.

2. La automatización de los sistemas de producción de información es una de las nuevas tendencias, al respecto la Secretaría de Salud está trabajando en un proyecto para el establecimiento del expediente clínico electrónico, para que a partir de este instrumento de captación de información en salud se alimente el sistema integrado de información en salud y se construya una base de datos nacional. En este sentido, se considera prioritario que el Instituto Nacional de las Mujeres promueva una reunión interinstitucional e interdisciplinaria para conocer y discutir este proyecto, así como el formato del expediente para sugerir que tipo de información sería necesaria que se incluyera en el mismo, o en su caso, que datos son relevantes - de los ya considerados en este instrumento - para la construcción de indicadores de género. Es de esperarse que en el transcurso de los próximos 10 a 15 años, el expediente electrónico sea un depositario de datos muy completo con perspectiva de género.

3. Se considera oportuno gestionar ante las instancias gubernamentales pertinentes la inclusión del Instituto Nacional de las Mujeres como parte del Grupo Interinstitucional de Información en Salud, para que la perspectiva de género premie estos ámbitos relacionados directamente con la producción de información en salud y consensar la incorporación de las variables necesarias en la obtención de información en salud que permitan los análisis con un enfoque de género.

4. Un área de oportunidad es la exploración de los registros administrativos en salud para la construcción de indicadores positivos de salud que reflejen las diferencias de

género en las ganancias en salud por un lado y por el otro que se pueda responder a la interrogante: ¿cuántos de los que necesitaban recuperar su salud, realmente lo lograron?

5. Un espacio de exploración que tiene un enorme potencial para general estadísticas en salud desde un enfoque de género es el de registro de egresos hospitalarios, ya que se puede crear un registro que nos muestre los egresos hospitalarios debidos a violencia. El contar con este tipo de datos estadísticos permitiría cruzar la información con las diferentes encuestas sobre Violencia en México. Para evaluar la declaración de la información en las encuestas de violencia y contrastar lo anterior con las denuncias de estos hechos.

6. Un tema central que deben incorporar los registros administrativos en salud es la dimensión étnica, ello requiere incluir información que nos permita realizar la diferenciación por etnia y género, porque las estadísticas que en este tema se presentan son ficticias pues no datos al respecto, ningún registro administrativo información que posibilita presentar análisis con los diferenciales por etnia y género. Para esto es necesario elabora una definición única y agregarla sobre este tema en todos los registros, que sea conciliada entre las instituciones a las que concierne este trabajo.

7. El certificado de nacimiento tiene una gran deficiencia, pues no cuenta con información alguna sobre el padre, que es muy relevante para los estudios de género.

8. Otra área relevante que se relaciona con los registros administrativos de salud específicamente con la mortalidad y su registro es el lugar de ocurrencia del deceso que es fundamental para el estudio de las muertes violentas especialmente de las mujeres.

Se ha señalado que las mujeres que tienen muertes violentas fallecen mucho mas en sus domicilios. Esta información al ser registrada podría cruzase con la denuncia y el seguimiento de casos por homicidio que tiene que ver con los términos de procuración e impartición de justicia, por lo que sería conveniente contar con un documento metodológico elaborado por la Secretaría de Salud que permitiera acceder a esta información.

9. Otro punto de interés es explorar el monitoreo y medición de las muertes evitables en nuestro país especialmente las maternas. El estudio de las muertes evitables podría ser un indicador que nos permitiera estudiar la violencia institucional en la prestación de los servicios de salud.

10. Las estadísticas sobre morbilidad es quizá el área en la que se debe insistir más por las dificultades en su registro oportuno, ya que nos permitiría obtener la información para prevenir las causas de enfermedad al máximo o bien para evitar los factores de riesgo o la exposición a ellos que permitan modificar los patrones de enfermedad y muerte. Pero esta información debe de estar sujeta a una evaluación continua de su calidad, porque se origina a partir de los diagnósticos de consultas. Es posible que con el expediente electrónico se mejore la calidad del registro de la morbilidad.

11. Se considera oportuno insistir en la importancia de la modernización del Registro Civil, puesto que este es quien proporciona los datos que alimentan una parte importante del sistema de información en salud tanto de la Secretaría de Salud como del INEGI.

12. Otro asunto relevante sería complementar la información de los registros administrativos en salud con la utilización de otros indicadores de género y salud provenientes de otras fuentes de información como las encuestas de salud. Al respecto, México se caracteriza por tener una amplia producción de encuestas que incluyen cuestiones de salud y que han sido subutilizadas, por lo que sería de gran utilidad la exploración y explotación de estas fuentes de información que aún no han sido trabajadas desde una perspectiva de género tal es el caso de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, que contiene información sobre las características de diferentes grupos poblacionales relacionados con factores ambientales, socioeconómicos, culturales y de estilos de vida asociados con la salud y las enfermedades. Además de proporcionar información diferenciada por sexo de variables relacionadas con el acceso y utilización de los servicios de salud, la evaluación de la calidad de los servicios de salud, el estado nutricional de la población y factores de riesgo de enfermedad, adicciones, el embarazo adolescente y la violencia sexual.

13. Existen estadísticas construidas a partir de las encuestas de evaluación de la calidad de atención en salud y de otras relacionadas con el seguro popular que

cuentan con información valiosa, que puede ser analizada desde el enfoque de género y que no son accesibles y son guardadas con recelo por parte de la Secretaría de Salud, por lo que es necesario que el Instituto Nacional de las Mujeres cuente con las bases de datos de esas encuestas para realizar los estudios correspondientes.

14. Es importante promover la incorporación de la perspectiva de género como parte de los estudios de los profesionales de la salud, para que la atención a la salud coadyuve a disminuir las inequidades de género en este campo. Asimismo, es de primera importancia la capacitación y difusión de la perspectiva de género entre los funcionarios de nivel medio y superior de las diversas instituciones, normativas y operativas, del sector salud para el cumplimiento del objetivo de institucionalizar la perspectiva de género.

15. En el ámbito de la salud una información que se debe de registrar es la relativa a la necesidad, la demanda, la utilización y la atención en salud con enfoque de género (actualmente solo se cuenta con alguna información sobre utilización de servicios y muy pocos datos de atención). Esto permitiría evaluar la calidad, cobertura y alcance de las instituciones de salud.

16. Un fenómeno de la transición epidemiológica y demográfica en nuestro país es el desplazamiento de las enfermedades, la discapacidad y la muerte a las edades avanzadas. Al respecto, un rasgo de la vejez es la discapacidad, 20% de ancianos mexicanos tienen dificultades con las actividades de la vida diaria (Patel y cols., 2006), y la auto-percepción de mala salud oscila entre 4% y 39% (WHO, 2006; Reyes y cols., 2004).

En este sentido, la atención de largo plazo a edades avanzadas es definida como aquellas actividades dirigidas a satisfacer las incapacidades crónicas de las personas, ya sea a través de cuidadores informales (familia y amigos) o cuidadores formales como son profesionales y paraprofesionales, terapeutas tradicionales y voluntarios. Incluye una amplia gama de servicios como son los de cuidado personal (bañarlos), actividades domésticas (preparación de alimentos y limpieza de la casa), manejo de actividades extra-domésticas (compras, transportación), aparatos de apoyo (bastones y andaderas), la aplicación de la más avanzada tecnología (sistemas de alerta de urgencias, sistemas computarizados de recordatorio de medicamentos), y modificaciones del hogar (rampas y barandales). Esta mezcla de servicios pueden ser proporcionados en los hogares, en la comunidad o en instituciones, y están diseñados

para minimizar, restaurar o compensar la falta de independencia física o de funcionamiento mental (Kodner, 2003; WHO, 2002). Al respecto, son las mujeres de los hogares las que principalmente se encargan del cuidado de los enfermos y personas en edad avanzada.

En este sentido, otro campo de trabajo de género y salud sería utilizar las encuestas de uso del tiempo para generar estadísticas en salud con un enfoque de género con especial énfasis en el cálculo de indicadores relacionados con el trabajo no remunerado en el cuidado de enfermos.

17. Se reconoce que sería oportuno que el INMUJERES se propusiera un proyecto de agrupamiento de diferentes fuentes y bases de datos que les de seguimiento y evaluación, que incluyera todas las variables que en bajo la mirada de género se necesitan trabajar. En este sentido se expresa la necesidad de la creación de un observatorio de equidad de género en salud (Ver esquema 1) que tenga entre alguno de sus objetivos:

- Sistematización de información en salud disponible sobre inequidades de género en salud con una amplia participación de las instituciones gubernamentales productoras de información en salud, sectores de la sociedad civil y la academia.
- Formar una base de datos con series cronológicas de indicadores de género y salud de diferentes fuentes de información para dar seguimiento a la situación de salud de mujer y hombres y de su entorno.
- Buscar entender y catalogar los obstáculos que impiden y/o dificulten la equidad de género en salud.
- Trata de analizar los determinantes de género en la salud de las mujeres y los hombres.
- Proporcionar insumos que sean de utilidad para diseño, puesta en práctica y evaluación de políticas en salud con un enfoque de género.

ESQUEMA 1

