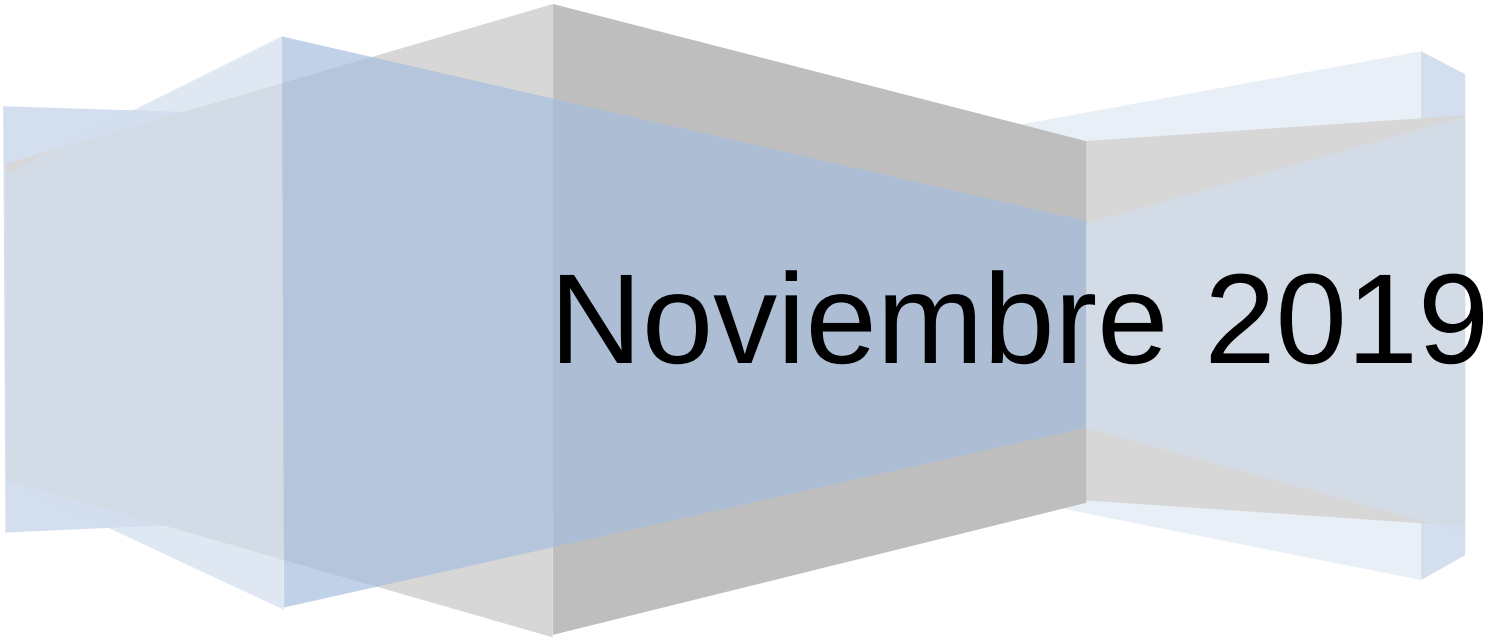
PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“Las Mujeres y el Sistema de Salud Pública.”

José Manuel Magallanes Alva.



Contenido

I. Introducción 3
II. Problemática abordada 6
III. Justificación 7
IV. Planteamiento del problema 12
V. Objetivo de la investigación 19
VI. Marco teórico y conceptual 20
VII. Hipótesis 33
VIII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis 34
IX. Conclusiones 51
X. Bibliografía 55

I. Introducción

En México se enfrentan retos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que sobresalen las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del envejecimiento de la población, así como de adquirir estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018).

Por otra parte, al día de hoy, aunque se ha avanzado en la construcción de un marco legal hacia la igualdad entre mujeres[1] y hombres, y en el acceso de ellas a una vida libre de violencia, no se ha logrado la igualdad en la práctica cotidiana de las familias, comunidades e instituciones.

En nuestro país, todavía muchas mujeres tienen grandes limitaciones para ejercer sus derechos debido a que persisten prácticas discriminatorias y excluyentes con base en el sistema tradicional de género. Estas prácticas discriminatorias se replican todos los días, sustentadas en las costumbres, la cultura y la inercia, y son reproducidas mediante roles y estereotipos de género por los medios de comunicación, las instituciones y la sociedad en su conjunto (Corona et. al, 2014).

Por lo que, la violencia contra la mujer es un problema social que tiene gran impacto en la salud de las mujeres en México y el resto del mundo. Este tipo de violencia encuentra sus raíces en la desigualdad entre los géneros, es decir, en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas (Carlessi, 1986).

[1] En América Latina y el Caribe, las mujeres son mayormente (90%) quienes cuidan a los adultos mayores, y asumen una carga física y económica sin remuneración ni reconocimiento, por otra parte los programas de reducción de la pobreza han contribuido a que las mujeres tengan mayor control sobre sus recursos, lo que incluye el acceso a la atención de la salud y la educación (OPS, Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014-2019).

Además, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está fragmentado[2] y es uno de los que tiene mayores deficiencias de financiamiento público en el mundo: en 2016, destinó 5.8% del PIB a salud, del cual sólo 3% fue gasto público (IMCO, 2017).

Esta fragmentación se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios (Corona, 2017).

Para contrarrestar esa fragmentación el Sistema de Salud de México debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable.

En este sentido, el nuevo gobierno en su Plan Nacional de Desarrollo a 2024 crea el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi) que permita al gobierno cumplir la meta de una cobertura para cerca de 20 millones de personas que hoy no tienen acceso a servicios de salud. Sin embargo, el gasto público en salud equivale a apenas 2.5% del PIB, muy por debajo del 6% que, estima la OCDE, se necesita para proveer un sistema de salud óptimo[3] (Forbes, 2019). Además, según datos de la OCDE, 41% del gasto total en salud corresponde a gasto de bolsillo[4].

---

[2] Se encuentran tanto instituciones públicas de seguridad social como instituciones públicas de protección social en salud. Las instituciones de seguridad social dan acceso a servicios médicos a los trabajadores asalariados y a sus familias, además de otras prestaciones sociales, en tanto las instituciones de protección social en salud dan acceso a servicios de salud a las personas que no tienen afiliación obligatoria al sistema de seguridad social (Gómez-Dantés O, 2011). Las instituciones que prestan los servicios de salud están desarticuladas y prestan sus servicios de salud a sus beneficiarios en función de su condición laboral. Esta fragmentación tanto jurídica como institucional genera una serie de inequidades, ineficiencias y rezagos en el acceso a los servicios de salud (Chertorivski, 2012)

[3] En el sexenio de Enrique Peña Nieto el presupuesto dedicado a salud bajó 2%, de 580,000 millones de pesos en 2012 a 569,000 millones el año pasado, en términos reales. En tanto, las necesidades aumentaron; los mexicanos beneficiarios de la salud pública aumentaron en 6.3 millones, según el Centro de Investigación Económica Presupuestaria (CIEP).

[4] Un estudio de Xu et al. (2010) muestra que tanto un gasto público menor a 5% del PIB como una proporción de gasto de bolsillo (se refiere al gasto directo de las familias para solventar requerimientos de la atención de la salud y no incluye seguros médicos privados) superior a 20% del gasto total en salud aumentan considerablemente la proporción de hogares con gastos elevados en salud. Esto último

Finalmente, como se sabe el sector salud es clave para la competitividad del país, pues estimula el ingreso personal y nacional a través de una serie de efectos en educación, inversión, productividad, disponibilidad de recursos y demografía.

se refiere a hogares que destinan más de 40% de su gasto de no subsistencia para cubrir servicios de cuidado de la salud, lo cual puede tener implicaciones patrimoniales serias para los hogares. México cumple con ambas condiciones.

II. Problemática abordada

En México existe desigualdad entre mujeres y hombres para acceder a la prevención y atención de padecimientos, así como importantes brechas de bienestar y disfrute efectivo de derechos en salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta una fragmentación que hace que falle la coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales.

Se observa una transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

III. Justificación

Dentro del marco de la equidad de género en el derecho a la salud, se consideran aspectos como el ciclo de la vida para identificar la heterogeneidad entre hombres y mujeres, sus diferencias biológicas, las condiciones socioculturales, las brechas de desigualdad y la discriminación, entre otros, que influyen de forma significativa en el acceso y atención a la salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para alcanzar el grado máximo al derecho a la salud se deben considerar la disponibilidad de servicios de salud, condiciones seguras de trabajo, una vivienda adecuada y alimentos nutritivos. Aquí han de tomarse diferentes condiciones ya sea sanitarias, biológicas, socioeconómicas, ecológicas, de educación y violencia para una mejor calidad de vida, puesto que la salud, no solo se refiere a la ausencia de enfermedad, sino a un estado completo de bienestar físico y mental (Frode, 2016).

No obstante, la definición propuesta por la OMS, las inequidades se refieren a aquellas diferencias sistemáticas en salud, considerando resultados, pero también el proceso para la generación de los mismos, entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas (ONIS, Primer informe sobre las desigualdades en salud, 2019)

Ahora bien, algunos datos generales hacen referencia a la tasa de fecundidad en la región de las Américas[5] la cual disminuyó de 2.6% en 1995 a 1.9% en 2019, por debajo del nivel de fecundidad de reemplazo de 1.9%, cuyo valor representa el promedio de hijos por mujer, garantizando un tamaño estable de la población, lo que implica que la población disminuirá

[5] Países que forman parte de la Región de las Américas de la OMS: Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia (Estado Plurinacional de); Brasil; Canadá, Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Estados Unidos de América; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; Saint Kitts y Nevis; San Vicente y las Granadinas; Santa Lucía; Suriname; Trinidad y Tobago; Uruguay y; Venezuela (República Bolivariana de)

en el transcurso del tiempo, en México esta tasa es de 2.1%. La tasa anual de crecimiento poblacional en 2019 es de 0.8% en la Región de las Américas y de 1.1% en México, y con relación a la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, es de 62.1% en América Latina y de 71.1% en México ver Tabla 1.

Tabla 1.

	Tasa de crecimiento poblacional	Tasa total de fecundidad	Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos /1,000 mujeres de 15 a 19 años)
Región de las Américas	0.8%	1.9%	48.3%
América Latina	0.9%	2.0%	62.1%
México	1.1%	2.1%	71.1%

Indicadores básicos internacionales 2019 (Porcentajes)

Fuente: Elaboración propia con información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por otra parte, se considera a la esperanza de vida, como un determinante sobre la equidad de la salud, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en México la esperanza de vida para las mujeres es mayor, con 77.9 años, mientras que la de los hombres es de 72.2, lo que prueba el hecho de que las mujeres necesiten en mayor medida de atención médica ya que su vida es más longeva y tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades. Se ha de mencionar que esta característica se muestra en la Región de las Américas y para América Latina ver Tabla 2.

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres (años)

Región	Esperanza de vida al nacer	
	Hombres	Mujeres

Región de las Américas	74.0	79.0
América Latina	72.5	78.8
México	72.2	77.9

Fuente: Elaboración propia con información de la OPS

Con respecto a la razón de mortalidad materna esta se refiere al número de mujeres fallecidas por causas relacionadas al alumbramiento y es ampliamente considerada como uno de los principales marcadores de inequidad en el ámbito mundial, donde las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo[6], México tiene una razón de 34 registros, sin embargo, en América Latina ese valor se eleva al doble a 69.3 ver Tabla 3 (ONIS, Primer informe sobre desigualdades en salud en México, 2019).

Tabla 3. Razón de mortalidad materna notificada en 2018 (mujeres fallecidas por cada 100,000 nacidos).

Región	Razón de mortalidad materna notificada
Región de las Américas	67.2
América Latina	69.3
México	34.0

Fuente: Elaboración propia con información de la OPS

De igual manera se tiene información de la atención prenatal con personal capacitado, que, de acuerdo con la información de la OPS, en México la atención prenatal ascendió a 90% y en partos hospitalarios en 93% ver Tabla 4.

Tabla 4. Atención prenatal y partos hospitalarios en 2017 (Porcentajes)

	Atención prenatal con personal capacitado	Partos hospitalarios

[6] Además, las mujeres con desventajas socioeconómicas suelen tener menos contacto con el sistema de salud durante uno de los períodos más críticos de su vida, el embarazo y el parto, como las consultas prenatales y asistencia en el parto (ONIS, Primer informe sobre las desigualdades en salud, 2019). A pesar de que muchos países han progresado considerablemente en cuanto a la reducción de la mortalidad materna. Cada día mueren en la Región de las Américas alrededor de 30 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto. Como se ha mencionado los grupos vulnerables son las poblaciones rurales, grupos indígenas y adolescentes (OPS, Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Región de las Américas	87.1%	94.1%
América Latina	85.1%	92.4%
México	90.0%	93.0%

Fuente: Elaboración propia con información de la OPS

En 2018, en México se registró una población total de 125,327,797 habitantes de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2018. Al analizar la población por sexo, se sabe que el 49% de los habitantes son hombres y el 51% mujeres, lo que significa que hay 96 hombres por cada 100 mujeres como se observa en la Tabla 5 (CONEVAL, 2018).

Tabla 5. Población por sexo de México en 2018 (Millones de habitantes y porcentajes)

	Habitantes	%
Mujeres	63,958,933	51%
Hombres	61,368,864	49%
TOTAL	125,327,797	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de CONAPO, 2018.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriatría se reportó que sólo 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres mayores de 60 años consideran que tienen buena salud. La mayoría de los adultos mayores padece una o más enfermedades principalmente diabetes, enfermedad isquémica del corazón y 30% alguna discapacidad (INSP, 2018).

Ahora bien, en México, la reforma de salud más importante en los últimos años fue la introducción del Seguro Popular[7] en 2004, la cual extendió el aseguramiento financiado

[7] Este seguro no cubre infartos cardíacos en personas mayores de 60 años, los accidentes cerebrovasculares, la diálisis después de la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón (OCDE, 2016). El IMSS cubre las contingencias y proporciona servicios mediante prestaciones en especie y en dinero. La seguridad social protege la seguridad económica de los trabajadores y de sus familias en 4 formas principales: con atención médica gratuita, con prestaciones económicas temporales o permanente cuando los trabajadores no pueden obtener ingreso por sí mismos, ya sea por maternidad, enfermedad, accidente, vejez o muerte, con guarderías para que las mujeres puedan participar en el mercado laboral (Levy, 2008, citado por CONEVAL, 2018)

públicamente a 50 millones de mexicanos que se encontraban sin seguro, el paquete de servicios cubierto por este programa cubría el 95% en clínicas y hospitales y 97% de los que lo usaban reportaban satisfacción con los servicios recibidos. El aumento a dicha afiliación pasó de 5 millones de personas en 2004 a 50 millones en 2014, lo que representaba una mayor cobertura universal de salud -CUS- (OCDE, 2016).

Algunos indicadores sobre la afiliación[8] obtenidos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social realizada por INEGI, se sabe que en 2017, el 15.38% de las mujeres se encontraban sin afiliación, y 84.55% de ellas estaban afiliadas a distintas instituciones, donde alrededor de 13,400,263 millones de ellas acudieron al Seguro Popular. Por último, 0.09% no específico su situación, siendo una de las razones el desconocimiento de su afiliación ver Tabla 6.

Tabla 6. Población por sexo de México en 2018 (porcentajes)

Condición de afiliación	Hombres	Mujeres
Con afiliación	80.75%	84.55%
Sin afiliación	19.16%	15.38%
No especificado	0.09%	0.07%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de ENESS 2017.

En términos generales, a pesar del esfuerzo realizado por el gobierno federal al gasto público en salud, este depende de la condición laboral de las personas, por lo que existe población asegurada como resultado de una relación laboral y población no asegurada, que no es beneficiaria de programas de salud. Se conoce que la tasa de crecimiento promedio del gasto para población asegurada, durante el periodo de 2013 a 2018, fue de 0.1% mientras que la de población no asegurada es de 1.5%, así pues, en 2018, el 57% del gasto se destina para la población asegurada y 43% para la no asegurada.

[8] La afiliación es la primera dimensión de análisis de la Cobertura Universal de Salud (CUS) y hace referencia a la derechohabiencia de una persona a una institución de salud o a los inscritos oficialmente en un programa de salud (CIEP, 2018).

Además se sabe que, el gasto público en salud equivale a 2.5% del Producto Interno Bruto (PIB), debajo del 6% que estima la OCDE para un sistema de salud eficiente (Forbes, 2019).

IV. Planteamiento del problema

En los últimos años el tema de la salud en México ha cobrado mayor relevancia, en el presente sexenio se tiene como objetivo garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, establecido en 1983, para cumplir con ello, el Programa de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral es central, ya que la población que cuenta con un seguro de servicios médicos tiene mayores beneficios que las personas afiliadas al Sistema Nacional de Protección Social en Salud o Seguro Popular (ONIS, Primer informe sobre desigualdades en salud en México, 2019).

Lo anterior se muestra como una de las principales diferencias en la desigualdad en el acceso a los servicios en México, factor que influye en el retraso de la población para acceder a los servicios de salud que pueden agravar los padecimientos en un futuro (ONIS, Primer informe sobre desigualdades en salud en México, 2019).

Ahora bien, se observa además una polarización en el acceso a los recursos en salud, esto es, la desigualdad entre mujeres y hombres para poder acceder a la prevención y atención de padecimientos, por lo que debe incluirse el concepto de equidad de género, el cual no está relacionado a la igualdad en la distribución de recursos, sino aquel que determina la forma de asignación diferencial según las necesidades particulares de cada sexo, en donde las mujeres han sido las más afectadas (Gómez, 2002).

Siguiendo esta tendencia, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud[9] trabajan por reducir estas inequidades teniendo como objetivos: el acceso equitativo a servicios de salud integrales, recursos humanos para la salud, financiamiento, medicamentos, vacunas, tecnologías, enfermedades no transmisibles, las transmisibles y las desigualdades respecto a la atención primaria y la salud universal (OPS, Informe anual , 2019).

Esta equidad en la salud no debe traducirse en iguales indicadores sobre la morbilidad o natalidad, sino en las mismas oportunidades a la población en distintos contextos socioeconómicos, para ser atendidos de acuerdo a sus padecimientos y poder tener acceso a servicios de la salud antes de que se ponga en peligro la recuperación pronta de los pacientes.

Las inequidades existentes no son propias de un entorno específico, sino que, han dado lugar en diferentes aspectos, como el económico, geográfico y cultural, los cuales influyen en la creación o reestructuración de reformas, pero posiblemente no se esté considerando la complejidad del verdadero problema, es decir, deben tomar relevancia las necesidades particulares entre hombres y mujeres, según sus aspectos fisiológicos[10], hay que destacar que las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida, y debido a ello, hay mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad (Gómez, 2002).

Tratando de profundizar en lo anterior, con referencia a la morbilidad por egreso hospitalario[11] se sabe que 63.87% correspondió mujeres y 36.13% de hombres en 2018, en

[9] Un elemento central de la cooperación técnica de la OPC en 2019 fue su incesante labor hacia la salud universal y la reducción de las inequidades en materia de salud, en donde no solo procura la cobertura universal de salud, sino también el acceso universal a servicios integrales para todos, en el momento en que se los necesita y sin riesgo de ruina financiera (OPS, Informe anual , 2019).

[10] Por ello, la Secretaría de Salud ha conformado el Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS), como un medio para monitorear las inequidades observables entre personas y grupos que experimentan distintas realidades socioeconómicas, (Moctezuma, 2016).

[11] La información sobre egresos hospitalarios permite conocer la demanda de atención de los servicios de hospitalización, además de que brinda apoyo para la planeación y toma de decisiones en el ámbito de la salud, la información de morbilidad comprende todos los casos atendidos en hospitalización, ya que la mortalidad se refiere a los casos en los que el motivo de egreso fue la defunción por tanto, la

efecto son las mujeres quienes tienen registro de mayor demanda de servicios de la salud como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Morbilidad por egreso hospitalario en hombres y mujeres en 2018 (porcentajes)

Causa	Mujeres	Hombres
Morbilidad	63.87%	36.13%

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

Si se reconocen las diferencias entre estos dos géneros sobre la percepción de la enfermedad, se deberán contemplar los factores que influyen en este, es decir, en como es el cuidado de la salud en diferentes culturas, regiones geográficas y estratos socioeconómicos, incluso sobre la misma socialización de género, ya que las expectativas culturales y el ejercicio de estas en cuanto al rol de "cuidadoras" de la salud hacen que las mujeres detecten síntomas de enfermad. En cambio, los hombres lo relacionan con manifestaciones de debilidad, lo que repercute en que sean atendidos con menor frecuencia (Gómez, 2002).

Un ejemplo de ello es repetir los estereotipos de género, como asignar a las mujeres el cuidado de menores de edad y pacientes, como si fuera algo natural a su condición, de tal forma que la responsabilidad deja de ser un compromiso para los hombres, por otro lado, se encuentra la sexualidad, que como se señaló en diferentes culturas no se puedan tomar decisiones sobre la salud sexual, siendo las más afectadas las mujeres de menores ingresos y escolaridad, que viven en zonas rurales o marginadas (CNEGySR, 2005).

afección principal y la causa básica de muerte son variables relevantes en las estadísticas de egresos, éstas se pueden relacionar con variables como el sexo y edad del paciente, así como con los días de estancia en el hospital (DGIS, 2019).

Otro aspecto relevante, es la desventaja que existe en la división de trabajo, es decir, sobre la responsabilidad femenina en el trabajo doméstico, restringiendo las oportunidades en el mercado laboral, pudiéndose reflejar sobre la desvalorización social del trabajo. Una de las consecuencias es el acceso a beneficios de seguro de salud a largo plazo, el cual es más limitado para las mujeres, debido a las discontinuidades laborales ocasionadas principalmente por la gestación y la crianza de los hijos (Gómez, 2002).

La distribución por sexo sobre la condición de actividad económica en hombres y mujeres reafirma las oportunidades en el mercado laboral, es decir, el 40.60% de ellas se considera como población económicamente activa, mientras que en hombres esto representa el 79.80%, de tal forma que solo el 20.20% de estos se encuentra en la población no económicamente activa, en cuanto a las mujeres, más del 50% se encuentra en esta condición como se observa en la Tabla 8.

Tabla 8. Población de 15 y más años según sexo y condición de actividad económica en 2018 (porcentajes)

Condición	Mujeres	Hombres
Población económicamente activa	40.60%	79.80%
Población no económicamente activa	59.40%	20.20%
TOTAL	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

Cuando se enfoca la salud desde la óptica del género, se observarán estas problemáticas mencionadas con explicación en factores culturales relacionados con creencias, valores y asignaciones de género profundamente arraigadas (CNEGySR, 2005).

Cabe hacer mención de los diferentes problemas en la vida de las mujeres, uno de ellos, es la violencia que pone en peligro sus vidas, trayendo consigo un mayor uso de servicios de salud. Adicionalmente, se encuentra la mortalidad materna, que puede estar relacionada con la pobreza. Otro caso es el aborto, como consecuencia de embarazos no deseados, la planificación familiar ineficiente, y la subordinación sobre la salud sexual.

En conjunto con lo anterior, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada por la Dirección General de Epidemiología es de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, representa un decremento de 12.8% respecto de los registrado a la misma fecha del año 2018. Las entidades federativas que notifican mayor número de defunciones son: Estado de México, Jalisco y Veracruz, Baja California y Michoacán. Mientras que las entidades que presentan una RMM mayor a la nacional son: Baja California, Coahuila, Ciudad de México, Durango, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas (DGE, 2019). Y las principales causas de defunción son la hemorragia obstétrica, la enfermedad hipertensiva y la enfermedad del sistema respiratorio como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Principales causas de defunción sobre mortalidad materna en 2019 (porcentajes)

Causas de defunción	Porcentaje
Hemorragia obstétrica	22.50%
Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio	20%
Enfermad del Sistema Respiratorio	15%

Fuente: Elaboración propia con datos del DGE.

A todo ello, se sabe que 42.4% de las mujeres se encuentran en situación de pobreza, 35% de ellas de forma moderada y 7.4% en pobreza extrema, por otro lado, este porcentaje disminuye a 33.9% en el caso de la pobreza moderada en hombres y en total se registra un 41.4% de este género en situación de pobreza ver Tabla 10. Como se mencionaba tiene un efecto en el acceso a la seguridad social.

Tabla 10. Población en situación de pobreza 2018 (Porcentajes)

Situación	Mujeres	Hombres
Pobreza moderada	35.0%	33.9%
Pobreza extrema	7.4%	7.5%
Total	42.4%	41.4%

Fuente: Elaboración propia con datos de la CONEVAL 2018.

La situación descrita, pone énfasis en la atención sobre las enfermedades transmisibles y no transmisibles, que pueden originarse por contagios o infecciones, así pues, el acceso que se pueda tener para una detección temprana y atención oportuna infiere en las necesidades personales sobre la propia protección de la salud.

Sin embargo, lo anterior puede ser resultado en buena medida de la poca valoración en las tareas (trabajo doméstico, cuidado de los hijos, cuidados de enfermos, entre otras), que limitan su participación económica y política, por otro lado, los hombres tienden a verse afectados por estar expuestos a accidentes laborales, explotación y dedicación compulsiva al trabajo (CNEGySR, 2005).

De tal forma que en la actualidad, uno de los mayores retos en México hace referencia a como se proporcionan los niveles de atención, precios y resultados de acuerdo a los subsistemas que integran al sistema de salud[12], ya que esta configuración representa un gran obstáculo para la implementación de una reforma sustantiva del Sistema Nacional de Salud, que exhiben el nivel diferenciado de cobertura, financiamiento y calidad, buscando transitar de un sistema que prioriza la atención curativa a uno orientado a las actividades de

[12] Los individuos asalariados en el sector privado (y sus familias) están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de prestadores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), si estos perdían su empleo tenían la posibilidad de afiliarse al Seguro Popular, con un paquete diferente. Después están las personas que se encuentran trabajando en el gobierno federal, que se encuentran afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado –ISSSTE- (OCDE, 2016).
Finalmente, el gobierno federal considera fundamental garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre hombres y mujeres y disipar las brechas de género en todos los ámbitos, incluido el de la salud. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es el primero en incorporar la perspectiva de género evitando la desigualdad, exclusión o discriminación (SS, 2014).

prevención y promoción, centrado en las necesidades particulares en hombres y mujeres (CONEVAL, 2018).

Ahora bien, se puede expresar en la cobertura efectiva de los servicios de salud, una métrica utilizada para evaluar el avance de la cobertura universal de los servicios de salud, dicho cálculo refleja el porcentaje de la población que ante una necesidad de atención de salud utiliza servicios de calidad (por el tiempo de espera y la percepción de calidad de los servicios recibidos). La cobertura que existe por afiliación a las instituciones públicas federales de salud es del 89.5% y una cobertura universal del sistema público de salud del 22.5% la cobertura efectiva por tiempo de espera es de 17.3% y por percepción de calidad de 18.9% (CIEP, 2018).

En torno al Plan Nacional de Salud 2019-2024, se sabe que cerca de 20 millones de mexicanos no cuentan con cobertura en salud, en consecuencia, no se está cumpliendo de forma efectiva con el artículo 4° constitucional: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de la salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Varela, 2019).

V. Objetivo de la investigación

Conocer y analizar la situación que guardan las mujeres dentro del Sistema de salud Pública. La perspectiva de género en el área de la salud resalta las diferencias socioculturales entre mujeres y hombres y se centra en la desigualdad en el cuidado de la salud y el acceso a servicios de salud, observando distinciones en la prevención, atención y promoción para comprender cómo interactúan factores biológicos y sociales en distintos aspectos de la salud y entender la relación entre ésta y el género.

VI. Marco teórico y conceptual

El acceso a los servicios de salud no debe basarse solo en la cobertura universal, sino también en la calidad y equidad con la que se brinda, para ello, es indispensable contar con un sistema de salud eficiente que logre reducir la fragmentación y segmentación de este sector.

Además de que el acceso a la salud es un derecho humano, cuyo fundamento reside en la dignidad humana, la cual mantiene sus bases en la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, donde se menciona a la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado. También se considera como un de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) considerados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Por tales motivos es parte del quehacer de las instituciones del Estado que su legislación, planeación, diseño de políticas y programas públicos y en sus diversas estrategias y acciones estén incluidos los derechos sociales como el de la salud (CONEVAL, 2018).

Por otro lado, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se encuentra el artículo 4° en donde se establece que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud, en términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se

refiere a que todos los mexicanos deben contar con acceso a las instituciones de seguridad social o de ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (ONIS, 2019).

Siguiendo con lo anterior, dentro de los antecedentes del Sistema Nacional de Salud (SNS), se encuentran 3 momentos revolucionarios en la historia, el primero de ellos son los cambios realizados en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el establecimiento de los primeros Institutos Nacional de Salud. En segundo lugar, los cambios que se generaron en 1983 y 1998 sobre la incorporación del derecho a la protección de la salud a la Constitución mexicana y la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada y, en tercer lugar, aquellos cambios que dan inicio a finales del siglo pasado y que se materializan en 2004 con la creación del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud. Esta primera etapa se complementa con la fundación del Instituto de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con la cual se termina de estructurar el SNS (FUNSALUD, 2013).

Este Sistema Nacional de Salud se compone de dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local. La rectoría de este se encuentra a cargo de la Secretaría de Salud, una dependencia del poder ejecutivo que se encarga principalmente de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población. Dicha Secretaría está dividida en 13 institutos nacionales:

- Cancerología
- Cardiología
- Nutrición
- Enfermedades respiratorias
- Geriatría
- Neurología
- Medicina Genómica
- Pediatría
- Perinatología
- Psiquiatría
- Rehabilitación
- Instituto Nacional de Salud Pública
- Hospital infantil

La rectoría tiene seis dimensiones: conducción, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, funciones de la salud pública y armonización de la provisión de servicios (INSP, Salud pública y atención primaria, 2018).

Por otro lado, están los hospitales federales de referencia como lo son:

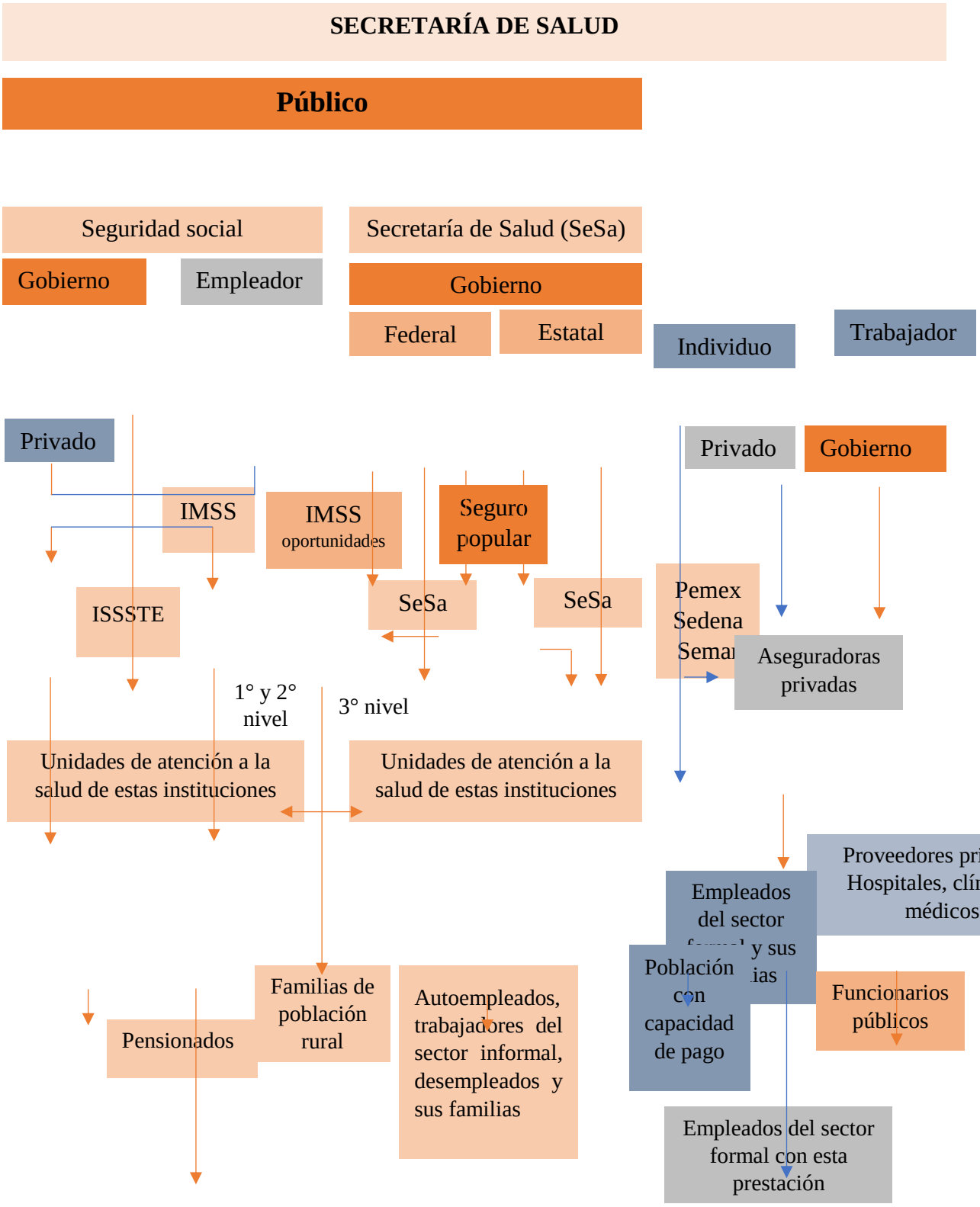
- Hospital de la Mujer
- Hospital General de México
- Hospital DR. Manuel Gea González
- Hospital Juárez

Hospitales regionales de alta especialidad ubicados en distintas zonas del país como:

- Chiapas
- Ciudad Victoria
- Península de Yucatán
- Oaxaca
- El bajío

(Frode, 2016)

Diagrama 1. Diseño institucional: Sistema de Salud en México.



Fuente: Diagrama obtenida de Fuentes, 2016.

De acuerdo con el Diagrama 1, entre las instituciones que vigilan la salud del país se encuentra:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es una institución del gobierno federal, autónoma, tripartita dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a trabajadores del sector privado y sus familias.
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), una organización gubernamental que ofrece a los trabajadores del gobierno federal, cuidados a su salud y seguridad social, así como asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y muerte.
- Instituto de Seguridad Social para las fuerzas armadas mexicanas.
- El Sistema de Salud Naval de la Secretaría de Marina y el servicio de salud de Petróleos Mexicanos (Frode, 2016).

De la primera base de la estructura se debe reconocer que el Sistema de Salud en México está fragmentado, se tiene dificultad en la continuidad de la atención por cambios en la afiliación, algunas duplicidades, falta de comunicación y no hay portabilidad, así también se encuentran diferencias en los paquetes de beneficios. Existe varianza, heterogeneidad, inequidad en acción y la atención entre localidades rurales, pequeñas o grandes ciudades, ausencia de un sistema óptimo de medición de desempeño, distintos criterios de atención, un modelo aún basado en elementos curativos, problemas sobre la rendición de cuentas, principalmente en gobiernos locales (Fuentes, 2016).

También se sabe que México cuenta con 32 Secretarías de Salud, por cada entidad federativa, algunas otras instituciones son:

- Consejo Nacional de Salud, que se encarga de la instrumentación de mecanismos de coordinación entre el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas.
- Consejo de Salubridad General, órgano que depende exclusivamente del Presidente de la República.

De igual modo, se han creado diversas Comisiones de Salud como:

- Comisión Nacional contra las Adicciones
- Comisión Nacional de los Institutos Nacionales de Salud
- Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro popular)
- Comisión Nacional de Bioética

Finalmente, dentro del SNS se encuentra un sistema privado[13] integrado por:

- El Centro Médico ABC (Hospital inglés)
- Hospital Ángeles
- Star médica
- Médica sur
- San Angel Inn
- Sanatorio Durango
- Hospital de la beneficencia española y otros (Frode, 2016)

En cuanto al financiamiento, este depende del régimen al que se pertenezca:

- Se encuentra el financiamiento de las instituciones de seguridad social que proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, Pemex e ISSFAM es el mismo gobierno), y contribuciones de los empleados.
- Las instituciones de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales (también puede ser a través de pequeñas contribuciones que pagan los usuarios al recibir algún servicio (cuotas de recuperación).

[13] La complejidad de la atención a la salud, en la cual participa distintos sectores como el público y privado, demanda de mejoras sobre la gobernanza de la Secretaría de la Salud. La gobernanza consiste en los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud. De tal manera que es indispensable reforzar el liderazgo de la Secretaría de Salud ante las demás Secretarías que forman parte de la estructura del Estado y ante los organismos de la sociedad civil para avanzar en las políticas intersectoriales relacionadas con los determinantes de la salud y fortalecer los sistemas de protección social (INSP, Salud pública y atención primaria, 2018).

- El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que se financia con recursos del gobierno federal, de gobiernos estatales y de cuotas familiares y compra de servicios de salud para sus afiliados a la Secretaría de Salud y a los SeSa.
- El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) se financia con recursos del gobierno federal y de primas familiares.
- Finalmente, el sector privado se financia con pagos que realizan los usuarios al momento de solicitar atención y con las primas de los seguros médicos privados y además ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (CONEVAL, 2018).
-

En el aspecto de la salud, el Programa de Acción Especifico (PAE) Igualdad de Género en Salud, bajo el marco del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las mujeres (PROIGUALDAD) y lo estipulado en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, busco hacer cumplir lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018.

Ahora bien, en el actual sexenio 2019-2024 el gobierno federal presentó su Plan Nacional de Salud, en donde contempla la problemática sobre el artículo 4° constitucional referente a la salud, es por lo que se realiza un análisis sobre la situación actual del sistema.

En dicho estudio se consideran como factores importantes a la corrupción y tráfico de influencias las cuales infieren para que existan instalaciones abandonadas por dejar de tener el suficiente apoyo económico; la sobrecarga de los servicios por falta de personal o la falta de medicamentos e insumos básicos, que son indispensables para la recuperación de los pacientes, además se consideran los tiempos de espera prolongados y/o atención deshumanizada como consecuencia de la sobrecarga de labores (Varela, 2019).

Sin embargo, en suma, a los antecedentes mencionados, se consideraba al Seguro Popular[14] como una propuesta para solucionar la desatención a la población sin seguridad social, pero aun con ello, los afiliados y la población no asegurada carecen de acceso a atención médica oportuna y de calidad. Así que de acuerdo con el Plan Nacional de Salud 2019-2024 se pretende dar acceso efectivo a los servicios requeridos para la población sin seguro social laboral con el siguiente objetivo: "que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica tengan acceso a los servicios integrales de salud".

Donde la política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos sustituye al Seguro Popular y requiere una reforma de la Ley General de Salud por lo que esperan que el acceso a los servicios se incremente paulatinamente, que todos los pacientes afiliados al Seguro Popular sigan recibiendo los servicios y que, además, los que sean de alta complejidad se vean garantizados y que los medicamentos sean gratuitos. Por otro lado, se especifica en el proyecto que se pondrá bajo el mando de la Secretaría de Salud Federal[15] la operación y planeación de los servicios de salud, en donde se federalizarán los Sistemas Estatales de Salud en un lapso de dos años (2019-2020) (Varela, 2019).

Se pretende trabajar, de tal forma que:

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud
- Se dignificarán los hospitales públicos de las diversas dependencias federales
- Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables, salud sexual y reproductiva.
- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones
- Se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades (SSA, 2019)

Así también, y con el objetivo de alcanzar el acceso universal a la salud se propone crear el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), derivado de una ampliación de 40 mil

[14] El esquema de financiamiento del Seguro Popular incluye dos vertientes: el flujo de recursos para los servicios de salud a la comunidad, en el que están incluidas las acciones de salud pública, y el flujo de recursos para los servicios de salud a la persona, que incluyen la prestación de atención a determinados padecimientos señalados en un paquete de intervenciones (FUNSALUD, 2013).
[15] Bajo el control de la SSA federal quedarán los recursos financieros de origen federal y estatal, los recursos humanos, materiales y las unidades de salud (Varela, 2019).

millones de pesos en el presupuesto[16], este organismo será descentralizado de la Secretaría de Salud con personalidad jurídica y patrimonio propios que responderá a las necesidades en cuestión de medicamentos y material de curación, personal médico, infraestructura y basificación del personal. Para lograr lo anterior el Insabi trabajara sobre tres ejes, el primero de ellos son compras públicas eficientes, planeación del suministro y distribución, así como la atención primaria de la salud[17].

Profundizando en la cobertura universal de salud como propósito principal del Plan Nacional de Salud en 2019-2024, se tiene mayor interés en la inequidad de género, ya que para ponderar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que padece una determinada población se basa en observar no sólo sus condiciones de salud sino también la situación de la inequidad (considerando las diferencias injustas, innecesarias, arbitrarias y que son remediables y evitables) sobre el acceso a la salud, dicho problema se transmite de generación en generación y es estructural porque se perpetúa a través de las instituciones políticas, económicas y sociales (Fuentes, 2016).

Cabe destacar que dentro del primer informe de desigualdad en salud en México se establecen determinantes estructurales de la salud, identificados de la siguiente manera:

- Condiciones materiales de vida (Hábitat, medio ambiente y satisfactores)
- Contexto socioeconómico y político (ventaja transitoria), el cual puede dividirse en:
  - ° Cultura y valores sociales (comportamiento pre condicionado)
  - ° Políticas provenientes del Estado de Bienestar (protección social)

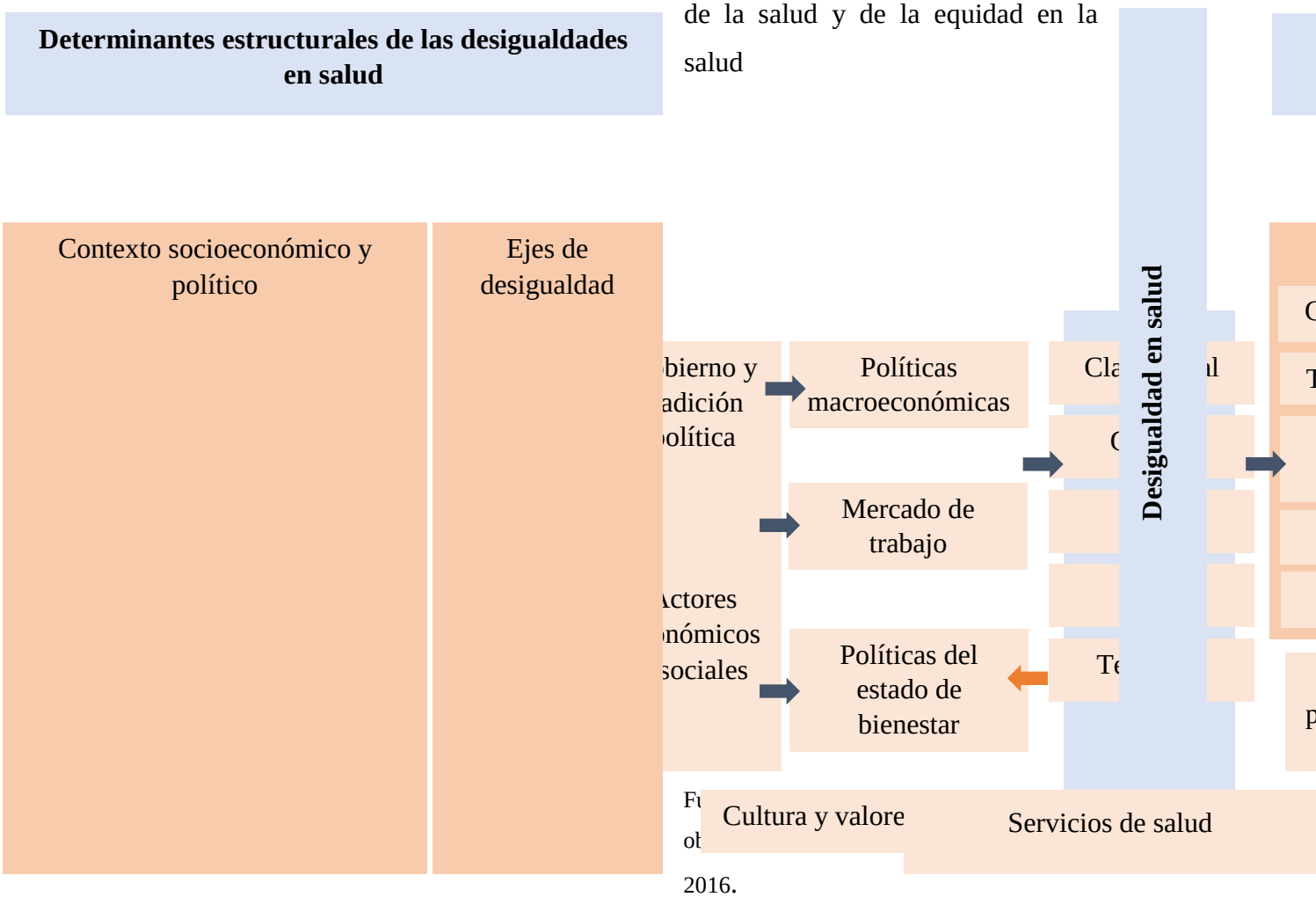
Dichos determinantes hacen referencia a los atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la población (ONIS, 2019).

[16] De acuerdo a proyecciones realizadas, el gasto en salud aumentará a un ritmo de 4.2% anual, considerando la transición epidemiológica y el cambio demográfico, situación que debe tomarse en cuenta para definir cómo se gastará en los siguientes años, considerando las presiones fiscales actuales y futuras. Además, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas representa 90% de las estimaciones del gasto, de tal forma que se vuelve indispensable incentivar la política de prevención y promoción de salud que contengan los niveles actuales de incidencia de cáncer, hipertensión, diabetes y depresión (CIEP, 2018).

[17] Cabe señalar que de acuerdo a la evaluación que hicieron, se encontraron diferencias entre las instituciones, una de ellas es el número de establecimientos de la salud, por ejemplo, los servicios estatales en las 32 entidades federativas y el IMSS-Bienestar atienden el 55% de la población mexicana, sin embargo, cuentan solo con el 21% de los hospitales del país (SSA, 2019).

De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que define como "las condiciones en que las personas, nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren" y en donde se ve involucrada la edad y sexo, los estilos de vida, actitudes y conductas de riesgos que afectan su salud, que al final determinaran el riesgo de enfermarse, rehabilitarse y la esperanza de vida (Fuentes, 2016).

Diagrama 2. Determinantes sociales de la salud y de la equidad en la salud



Fu
ob

2016.

Los determinantes estructurales de la inequidad en salud se ven influidos por 3 aspectos ver Diagrama 2: la transición demográfica y epidemiológica, la migración y el crecimiento urbano acelerado que afectan, influyen y condicionan la magnitud de los determinantes

intermedios de la salud o determinantes sociales de salud, refiriéndose a las condiciones materiales, como lo son la calidad de la vivienda y su ubicación en colonias, barrios o vecindarios, además se encuentran las posibilidades de consumo y los medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada y contar con un entorno seguro y digno de trabajo e ingresos como resultado de diferencias sociales, económicas y de salud de las personas, familias y comunidades (Fuentes, 2016).

Las inequidades presentes dominan a nivel mundial e involucran a países desarrollados y emergentes por igual, siendo Latinoamérica la de mayor desigualdad social del mundo. Un problema que se ha presentado en la actualidad es la sobrepoblación y el consecuente incremento de la pobreza siendo el detonador de las inequidades en salud, por ejemplo, en 2013 afectaron a 28.1% de la población de América Latina y el Caribe, el número de pobres alcanzó 165 millones de personas en la región según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) de las cuales, cerca de 69 millones se encontraban viviendo en situación de pobreza (Fuentes, 2016).

Si bien, se considera a la salud como un derecho humano en busca de una mayor equidad de género, debido a que han sido las mujeres las más afectadas en este rubro, la causa de este hecho deriva de las diferencias que existen entre hombres y mujeres que influye para que cada género tenga necesidades diferentes, además de ciertos aspectos que han desvalorizado el trabajo de la mujer y los roles que juega en la sociedad, los cuales determinan de alguna manera la atención a su propia salud y el acceso que pueda tener.

Así pues, el análisis de la equidad en la utilización de servicios tiene como fundamento central el concepto de necesidad, esto es, los grupos más vulnerables deben recibir más recursos considerando las particularidades de cada género en cuestión no solo de su función reproductiva, sino también de la incidencia y prevalencia de enfermedades, principalmente asociadas a una mayor longevidad de las mujeres, por lo que es realmente indispensable atenderlas en mayor medida que los hombres (Gómez, 2002).

Sin embargo en esta inequidad influyen aspectos de índole social y cultural que se han arraigado en la sociedad, poniendo barreras sobre el cuidado de la salud en las mujeres, por ejemplo, pueden vivir más tiempo sin compañía, casadas o permaneciendo solteras, por

otro lado, si vivieron asumiendo roles tradicionales, tienen mayor probabilidad de vivir en pobreza y con deficiente calidad de vida (SSA, 2014).

De acuerdo a Salguero (2019) se sabe además que las mujeres son las principales cuidadoras en los hogares y en las comunidades, esto ha sido asumido de esta forma por los estereotipos de género y una cultura que así lo ha concebido, generando desigualdad. Esta carga de trabajo doméstico y de cuidados puede representar un obstáculo para el desarrollo personal y profesional de las mujeres, quienes dedican casi 30 horas a la semana a las labores domésticas, esta sobrecarga les deja menos tiempo para la participación económica, política y social o bien otorgándoles dobles o triples jornadas de trabajo.

Aproximadamente 8 de cada 10 personas que se encargan de la enfermería son mujeres, así como 98% de las personas que se dedican al trabajo del hogar son mujeres, que muchas veces trabajan teniendo salarios precarizados y sin derechos laborales garantizados. De tal forma que es insuficiente pensar solo en la estructura del sistema de salud si no se consideran las diferentes condiciones laborales discriminatorias (Salguero, 2019).

Otro tema fundamental es la violencia contra la mujer, que influye de manera directa sobre su salud, tomando diferentes formas de expresión como:

- Un aborto selectivo por sexo
- Un embarazo forzado como son algunos casos de violación
- Infanticidio femenino
- Acceso diferencial a la alimentación y a la educación para niñas
- Abuso sexual infantil por parte de miembros de la familia o desconocidos
- Violación
- Maltrato por parte de la pareja
- Acoso sexual en el trabajo, entre otros.
-

Factores que pueden provocar efectos inmediatos sobre la salud como lesiones físicas como hematomas, fracturas, luxaciones, entre otros, hasta aquellas que pueden tener efectos de largo plazo como pérdida de la función de algún miembro o pérdida parcial o total auditiva, ocular, entre otros. Por tales motivos, se ha demostrado que mujeres sobrevivientes al

abuso sexual infantil y al incesto tienen incluso más probabilidades de sufrir de una enfermedad mental o adicción, en el caso de mujeres maltratas por sus parejas, es más probable que requieran de servicios psiquiátricos a diferencia de los hombres (INSP, Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas, 2008).

En suma, prevalece la vulnerabilidad de personas en la etapa de la vejez, donde para muchas mujeres es realmente difícil, llegan en su mayoría enfermas, sin un esquema de seguridad social, sin pensiones, sin bienes ni propiedades que les permitan hacer frente a las necesidades más básicas de la vida adulta, principalmente sucede en mujeres que dedicaron su vida a tareas domésticas y de cuidado (Gutierrez, 2019).

VII. Hipótesis

La salud ha mejorado tanto a nivel individual como poblacional, en los últimos años. Sin embargo, existen diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres que se ven reflejadas en distintos tipos de necesidades de atención; en patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención, y en factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud.

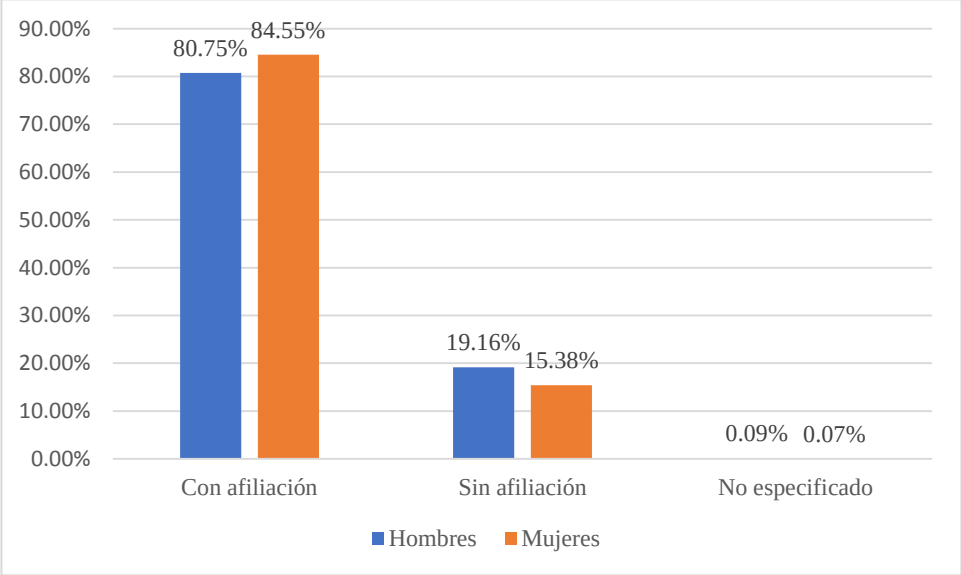
Asimismo, tradicionalmente la menor valoración la han recibido las mujeres, lo que ha derivado en consecuencias como discriminación, feminización de la pobreza, tardanza en los diagnósticos y tratamientos de padecimientos de salud, así como sobrecarga en el trabajo de cuidado de la salud de otras personas.

VIII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis

El derecho a la protección de la salud en México se ha ido transformando, al principio era concebido como una cuestión religiosa y de mera caridad, posteriormente lo adopta como una responsabilidad de cumplimiento bajo un aspecto individualista llevado a cabo mediante las acciones del Sistema Nacional de Salud que se compone de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local: de personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud y mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos. La coordinación del sistema de salud está a cargo de la Secretaría de Salud; una dependencia del poder ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población (Frode, 2016).

Para verificar la estructura de afiliación en estas instituciones de seguridad social se cuenta con información proporcionada por la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) del 2017 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se conoce que cerca del 84.55% de las mujeres se encuentra afiliadas a alguna institución de salud, este porcentaje es mayor que en los hombres, ya que 80.75% de ellos están afiliados lo que ayuda a conocer la demanda de servicios por parte de las mujeres como se observa en la Figura 1.

Figura 1.



Condición de afiliación de la población en 2017 (porcentajes)

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

Aunque se ve una mayor proporción en las mujeres, es necesario conocer a qué tipo de institución se encuentran afiliadas, es decir, 39.48% de ellas están afiliadas al Seguro Popular, lo que significa que tenían menor cobertura respecto al acceso y atención de la salud, en segundo lugar, se encuentra el IMSS con 35.94%. Los hombres presentan

diferencias poco significativas pero que permiten conocer que 36.66% de ellos se encuentra afiliados al IMSS y 36.01% al Seguro Popular como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11. Tipo de institución según afiliación en la población en 2017 (porcentajes)

Tipo de institución	Mujeres	Hombres
IMSS	35.94%	36.66%
ISSSTE	5.35%	4.44%
Seguro Popular	39.48%	36.01%
Otra institución pública	3.22%	3.05%
Institución privada	0.57%	0.60%
Sin afiliación	15.38%	19.16%
No especificado	0.07%	0.09%
TOTAL	100.00%	100.00%

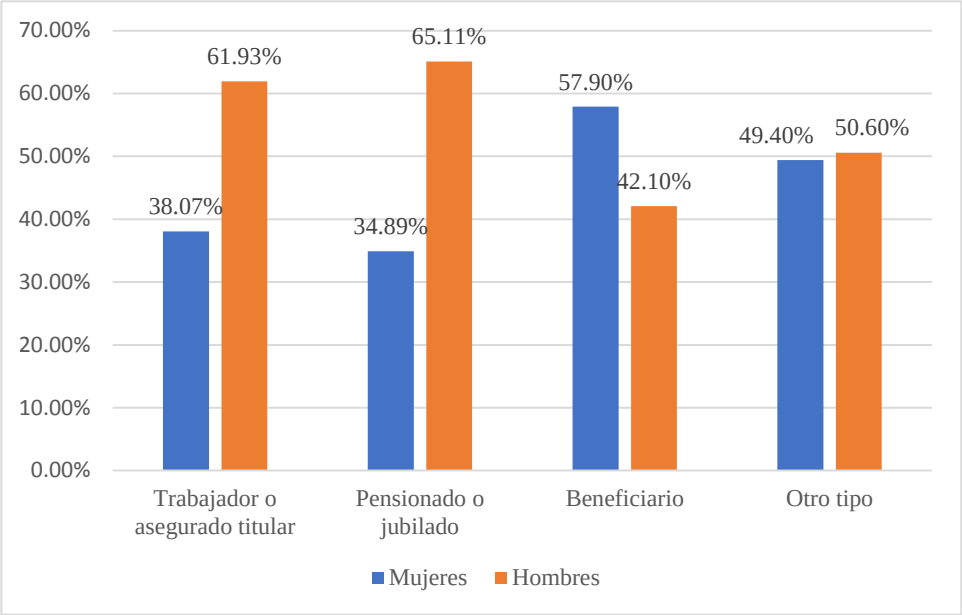
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

Se identifica, además, que el Sistema de Salud de México está estructurado como un conjunto de subsistemas, cada uno con niveles diferentes de atención, dirigidos a diferentes grupos, con precios y resultados distintos. La afiliación a una institución no está determinada por la necesidad, si no por el empleo de las personas (OCDE, 2016).

Asimismo, se clasifica a la población respecto al tipo de afiliación, en las diferentes instituciones, es decir, afiliados por ser trabajadores o asegurados titulares, el 61.93% lo representan los hombres y 38.07% las mujeres, en segundo lugar, de los pensionados o jubilados 65.11% corresponde a los hombres y cerca del 34.89% a mujeres, de acuerdo a las mujeres beneficiarias, estas representan la mayor proporción, aproximadamente el 57.90% y finalmente se hace referencia a otro tipo de afiliación, en donde se observa un comportamiento similar en ambos sexos ver Figura 2.

Figura 2.

Tipo de



afiliación de la población en 2017 (porcentajes)

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

Ahora bien, se puede hacer una comparación respecto al tipo de servicio médico al que acudió más frecuentemente en el último año la población, de tal forma que se sabe que de las mujeres que requirieron este servicio, 20.39% lo hicieron en el Seguro Popular,

porcentaje que disminuye en los hombres a 16.26%, por otro lado, 16.31% de las mujeres acudieron al IMSS en 2017 y solo el 13.78% de los hombres lo hizo para esta misma institución. Sobre la búsqueda de evidencias, fue el ISSSTE la institución donde menos se acudió a algún tipo de servicio médico que se reduce a menos del 3%, siendo 2.88% en mujeres y 2.11% en hombres, ha de observarse además que en todos los casos las mujeres han acudido en mayor porcentaje a un tipo de servicio médico ver Tabla 12.

Tabla 12. Tipo de servicio médico al que acudió la población según condición de asistencia en 2017 (porcentajes)

Tipo de institución	Mujeres	Hombres
IMSS	16.31%	13.78%
ISSSTE	2.88%	2.11%
Seguro Popular	20.39%	16.26%
Otra institución pública	4.57%	4.04%
Institución privada	14.47%	13.42%
Ninguno	41.39%	50.39%
TOTAL	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

Al mismo tiempo la ENESS 2017, clasificó a la población de acuerdo al monto del gasto médico trimestral en hombres y mujeres respecto al Salario Mínimo (S.M.), se obtuvo que las mujeres gastan menos de forma trimestral, es decir, el gasto hasta un S.M. es de 21.79% en mujeres y 64.93% en hombres, de 1 a 2 S.M. es del 50% en ambos géneros y de más de 2 S.M. fue mayor en el caso de los hombres elevándose a 58.24% ver Tabla 13.

Tabla 13. Monto del gasto médico trimestral en 2017 (porcentajes)

Monto del gasto médico	Mujeres	Hombres
Sin gasto	35.07%	64.93%
Hasta 1 S.M.	21.79%	78.21%
Más de 1 a 2 S.M.	50.00%	50.00%
Más de 2 S.M.	41.76%	58.24%
No especificado	41.27%	58.73%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

Por otro lado, se encuentra la población de 15 y más años que actualmente está cotizando según el tipo de institución, de forma general se observa una menor participación de las mujeres en la cotización en instituciones de seguridad social, tal es el caso del IMSS donde cerca del 36.28% de las mujeres estaba cotizando en 2017, por el contrario, este porcentaje se elevaba a 63.72% en el caso de los hombres. Esto es una muestra de la situación laboral de las mujeres respecto de los hombres y del efecto que trae consigo ver Tabla 14.

Tabla 14. Monto del gasto médico trimestral en 2017 (porcentajes)

Tipo de institución	Mujeres	Hombres
IMSS	36.28%	63.72%
ISSSTE	54.36%	45.64%
OTRA	38.07%	61.93%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

A causa de estos factores junto con los ingresos percibidos por ambos géneros, se puede tener un panorama sobre la atención de las mujeres a su propia salud, un dato relevante se basa en la mediana del ingreso mensual de las mujeres y los hombres ocupados en 2018, ya que las mujeres tienen un ingreso aproximado de $3,557 pesos mientras que el ingreso de los hombres es de $4,446. La mediana del ingreso se refiere al valor del monto percibido por la mitad del 50% de la población ocupada en el mercado laboral por hora trabajada en la población ver Tabla 15 (INEGI, Mujeres y hombres en México , 2018).

Tabla 15. Mediana del ingreso mensual real de las mujeres ocupadas en 2018 (porcentajes)

Población ocupada	Mediana del ingreso mensual
Mujeres	$ 3,557.00
Hombres	$ 4,446.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI

Teniendo en cuenta una aproximación de los ingresos percibidos, se puede analizar la pensión que puede percibir la población la cual esta ligada a la tabla anterior, donde resultarían menos favorecidas las mujeres. Tal es el caso que, 97.86% de las mujeres posee una pensión derivada que comprende pensiones por viudez, orfandad y ascendencia, mientras que el 33.84% de ellas corresponde a pensiones directas, que implican el retiro, vejez, cesantía, invalidez y riesgo de trabajo, así como pensiones análogas ver Tabla 16.

Tabla 16. Población pensionada según tipo de pensión en 2017 (porcentajes)

Tipo de pensión	Mujeres	Hombres
Directa	33.84%	66.16%
Derivada	97.86%	2.14%
No especificado	31.82%	68.18%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

Considerando lo anterior, el monto mensual de pensión en la población en conjunto de las instituciones se desagrega en Salarios Mínimos (S.M.), de tal forma que los hombres reciben mayores pensiones que las mujeres, como resultado de su cotización y del tipo de pensión a la que pertenecen, solo 8.57% de la población femenina recibe pensión de hasta 1 S.M., mientras que los hombres lo reciben en un 91.43%, además el 36.51% de las mujeres reciben pensión de más de 1 a 2 S.M. porcentaje que aumenta a casi el doble en el caso de los hombres, este hecho implica que las mujeres tienen menos recursos para su atención médica ver Tabla 17.

Tabla 17. Población pensionada según monto mensual de pensión en 2017 (porcentajes)

Monto mensual	Mujeres	Hombres
Hasta 1 S.M.	8.57%	91.43%
Más de 1 a 2 S.M.	36.51%	63.49%
Más de 2 S.M.	45.92%	54.08%
No especificado	47.09%	52.91%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

En cuanto a la población de 60 y más años que recibe algún tipo de ayuda para realizar actividades, para ello se pueden conocer los porcentajes sobre la condición de ayuda comparando a hombres y mujeres, recogiendo lo más importante, se sabe que solo 64.69% de las mujeres acepto requerir ayuda, del cual, el 65% de ellas necesita ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria y 64.45% para realizar actividades básicas de la vida diaria, mientras que 52.9% de la población femenina no requiere ayuda respecto de los hombres en 2017 ver Tabla 18.

Tabla 18. Población de 60 y más años por condición de ayuda en 2017 (porcentajes)

Condición de ayuda	Mujeres	Hombres
Sí requiere ayuda	64.69%	35.31%
Ayuda en actividades instrumentales de la vida diaria	65.00%	35.00%
Ayuda en actividades básicas de la vida diaria y otras	64.45%	35.55%
No requiere ayuda	52.90%	47.10%
No especificado	55.07%	44.93%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS.

El siguiente punto está relacionado con la salud de las mujeres, la cual puede dividirse en diferentes necesidades en cada etapa de sus vidas, en este primer caso se puede referir en

primer lugar a la tasa global de fecundidad. Esta tasa está relacionada con el potencial de crecimiento de un país, el tamaño de las familias y aspectos de la salud reproductiva, que representa al número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva-15 a 49 años- (ONIS, Primer informe sobre desigualdades en salud en México, 2019).

Ahora bien, en México muestra una disminución constante al pasar de 6.6 hijos por mujer en 1970 a 2.1 hijos en 2018 (Conapo, 2018, citado por CONEVAL, 2018).

Simultáneamente, está la tasa de fecundidad por grupo de edad específico, la cual, de 2000 a 2018, ha presentado una reducción que se ha mantenido en todos los grupos de edad según Conapo en 2018, los datos también permiten identificar que la mayor caída en el indicador se registra en el grupo de 20 a 29 años. Se observa en el grupo de 20-24 años una reducción de 149.7 a 119.4 en 2018, y del grupo de 25-29 una disminución de 137.6 en 2000 a 105.3 en 2018 ver Tabla 19.

Tabla 19. Tasa de fecundidad por grupo de edad (por cada 1,000 mujeres, 2000-2018 (porcentajes)

Edad	2000	2018
15-19	77.9	70.5
20-24	149.7	119.4
25-29	137.6	105.3
30-34	96.9	75.9
35-39	51.4	38.2
40-44	17.2	10.4
45-49	2.7	1.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Conapo, 2018.

Con relación a las causas de defunción, los padecimientos por las que fallece la población, varían según la edad y sexo de las personas, algunas se presentan en menor frecuencia con el paso de los años, otras comienzan a notarse conforme la edad de incrementa y otras son más comunes, en la Tabla 20 se presentan las principales causas en 2017 de acuerdo a la

encuesta realizada por el INEGI, donde se sabe que del total de defunciones registradas en mujeres, 28.47% de ellas fallecen por enfermedades del corazón, el 23.27% por Diabetes mellitus, además 18.48% tiene como causa tumores malignos y finalmente, la última causa de muerte son causadas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en un 2.39%, en los hombres se tiene el mismo orden sobre las principales causas, sin embargo, los porcentajes son menores a excepción de las afecciones en el periodo perinatal (2.47%) (INEGI, Características de las defunciones registradas en México, 2017).

Tabla 20. Principales causas de muerte por sexo en 2017 (porcentajes)

Causas de muerte	Mujeres	Hombres
Enfermedades del corazón	28.47%	24.95%
Diabetes mellitus	23.27%	17.34%
Tumores malignos	18.48%	13.62%
Agresiones (homicidios)	7.67%	9.46%
Enfermedades del hígado	4.78%	9.42%
Accidentes	4.47%	9.07%
Enfermedades cerebrovasculares	4.22%	5.76%
Influenza y neumonía	3.79%	4.00%
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2.47%	3.92%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2.39%	2.47%

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Cabe hacer mención del panorama sobre los establecimientos de salud en la república mexicana, de tal forma que del total, 93.39% corresponde hospitales generales, 5.17% a Gineco-obstetricia y los demás no sobrepasan el 1% (Pediatría, Psiquiatría y Traumatología) ver Tabla 21, además, de acuerdo a las Estadísticas de Salud en Establecimientos particulares realizada por el INEGI en 2018, existen 2,863 establecimientos, siendo el Estado de México donde se encuentran 460 del total nacional, por otro lado, Campeche es la entidad con menos establecimientos (9).

Tabla 21. Establecimientos de salud según tipo de especialidad en 2018 (porcentajes)

Tipo de Establecimiento	Nacional
General	93.39%
Gineco-obstetricia	5.17%
Pediatría	0.43%
Psiquiatría	0.43%
Traumatología	0.57%
TOTAL	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Con el objeto de mostrar el panorama de atención y acceso a la salud, se tienen los indicadores de atención hospitalaria a nivel nacional, donde 79.81% de los indicadores se refiere a pacientes egresados, el 14.90% a nacidos vivos, 3.18% a partos atendidos y 1.31% corresponde a abortos en 2018 ver Tabla 22.

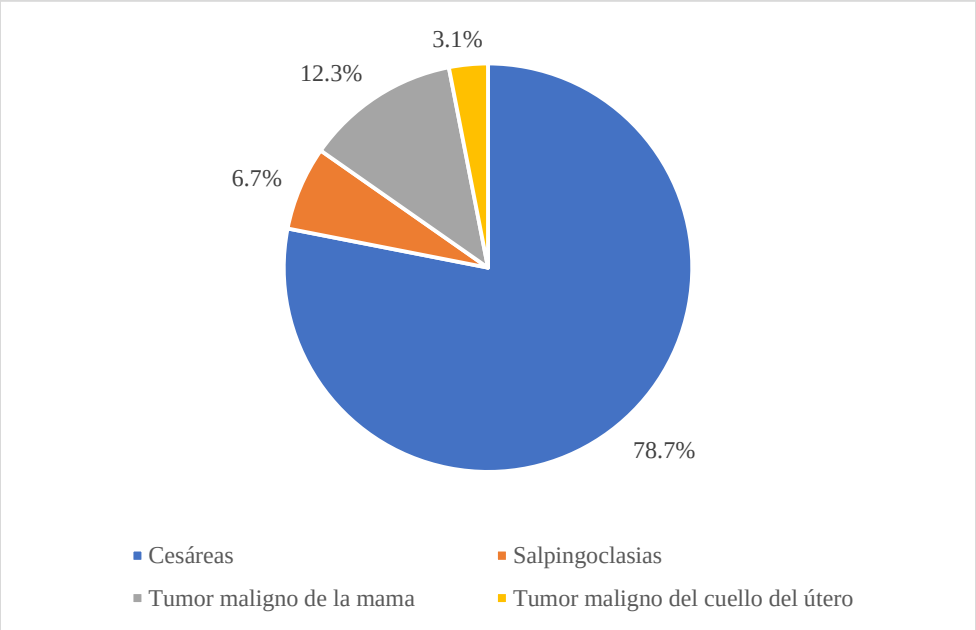
Tabla 22. Indicadores de atención hospitalaria en México, 2018 (porcentajes)

Indicadores de atención	Nacional
Pacientes egresados	79.81%
Partos atendidos	3.18%
Nacidos vivos	14.90%
Abortos	1.31%
Defunciones generales	0.75%
Defunciones fetales	0.05%
TOTAL	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Dentro de éstos indicadores, los padecimientos registrados por las mujeres que fueron atendidas, se encuentra que 78.7% fue por cesáreas, salpingoclasias por 6.7%, tumores malignos de la mama por 12.3% y tumores malignos del cuello de útero por 3.1%, de acuerdo con esta información en 2018, las mujeres fueron en mayor medida atendidas por cesáreas, aspecto a considerar sobre la salud sexual y reproductiva y sobre su eficiencia respecto de la tasa de natalidad ver Figura 3.

Figura 3.



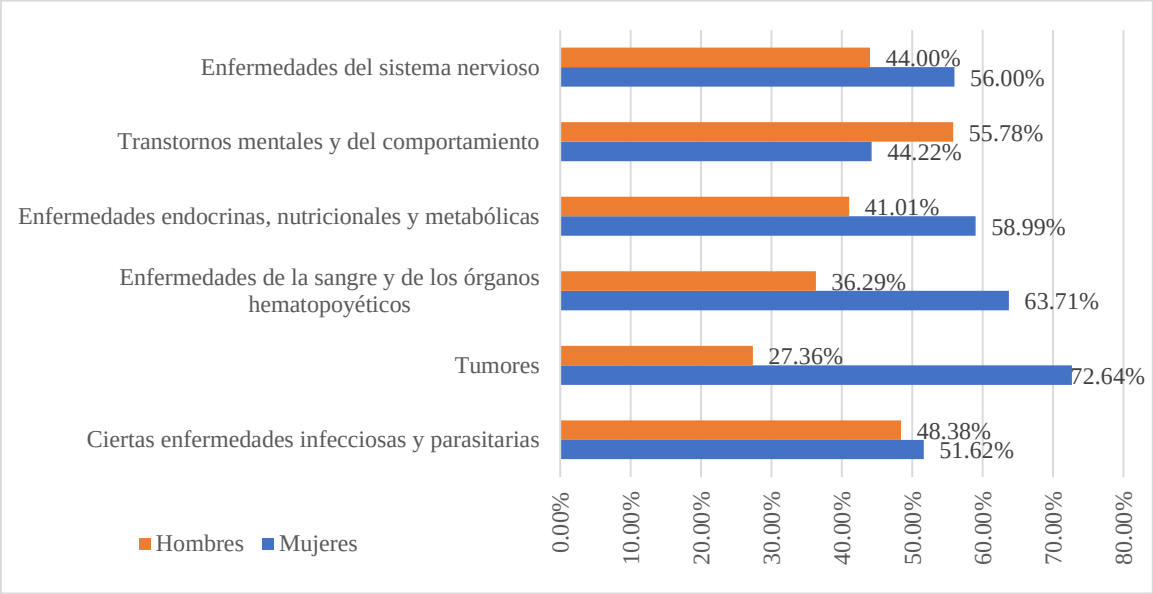
Indicadores de atención a la mujer en México, 2018 (porcentajes)

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI.

Otro aspecto relevante es la morbilidad por egreso hospitalario según sus diferentes causas, se enlistan algunas, entre las cuales se observa que, en la mayoría de ellas, las más vulnerables son las mujeres principalmente en enfermedades de la sangre y de los órganos

hematopoyéticos en 63.71% y tumores en 72.64%, ha de mencionarse que en el caso de enfermedades del sistema nervioso los hombres han sido atendidos en un 56% y las mujeres en 44% ver Figura 4.

Figura 4. Morbilidad por egreso hospitalario según capítulo de causa en México, 2018



(porcentajes)

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Ahora bien, del total de egresos hospitalarios en 2018 sobre ciertas enfermedades infecciones y parasitarias, se registraron 689,368 casos en hombres y 1,218,739 egresos de mujeres, por otro lado, se tiene un conteo sobre los días de estancia de 4,553,000 millones según INEGI por las Estadísticas de Salud en Establecimientos particulares de 2018.

Tratando de profundizar sobre la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población, se tienen algunos indicadores de recursos humanos y materiales, según el INEGI, en 2018

existen en México, 46,041 enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras generales, especializadas, pasantes de enfermería y otras, 89,846 médicos en contacto directo con el paciente en nómina y por acuerdo especial, 33,630 camas censables[18], de tal forma que hay 1.4 enfermeras entre camas censables[19] y 2.7 médicos en contacto directo[20] con el paciente entre camas censables ver Tabla 23.

Tabla 23. Indicadores de recursos humanos y materiales en México, 2018 (miles)

Indicadores de recursos humanos y materiales	Nacional
Enfermeras	46,041
Médicos	89,846
Camas censables	33,630
Enfermeras por camas censables	1.4
Médicos por camas censables	2.7

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Cabe considerar, la participación del personal médico según su clasificación, donde se desprende que el 82.91% del total del personal médico (90,784) corresponde a Especialistas y el 11.95% a médicos generales, además Nuevo León cuenta con el mayor personal (22,969) y Nayarit con el mínimo personal registrado (151) de acuerdo al INEGI en 2018 ver Tabla 24.

[18] Respecto a la capacidad instalada dentro de las unidades de salud, esta puede ser medida por el número de camas censables, o que permite, obtener un visión acerca del potencial productivo de los servicios, ya que son recursos para brindar atención diagnóstica, tratamiento y cuidado por parte del profesional de salud en padecimientos que requieren internamiento para su manejo médico (CONEVAL, 2018).
[19] Se refiere al personal de enfermería en contacto con el paciente, incluye: enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares (CIEP, 2018).
[20] Se refiere a los médicos en contacto con el paciente, incluye: médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, internos y residentes (CIEP, 2018).

Tabla 24. Personal médico según tipo de personal, 2018 (Porcentajes)

Personal médico	Nacional
Generales	11.95%
Especialistas	82.91%
Odontólogos	1.21%
Residentes	2.07%
Pasantes	0.83%
En otras labores	1.03%
TOTAL	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Otra forma de analizar los servicios médicos a la población es a través de los procedimientos médicos quirúrgicos realizados en 2018, INEGI dio a conocer que se realizaron 1,077,594 procedimientos de los cuales el 71.32% estuvo relacionado a la clasificación de otra intervención, el 26% a cesáreas, 2.49% a Salpingoclasias y apenas el 0.18% a vasectomías ver Tabla 25. Lo que hace relevancia al hecho de que las mujeres tengan más preocupación por su salud reproductiva que los hombres, además de que busquen tener una mejor atención con las cesáreas que con partos naturales, puesto que esto último implica poner en mayor riesgo su propia vida y la de su hijo.

Visto desde la perspectiva de la OPS, el uso excesivo de las cesáreas se ha convertido en un problema mundial de salud pública, ya que cerca de 18.5 millones de partos por cesárea que hubo en el mundo en 2008, 73% (13.5 millones) tuvieron lugar en 69 países con tasas de cesárea del 15% o mayores. Por otro lado, no se encontró ningún beneficio adicional por tales hechos en estos países, ya que las tasas elevadas presentan una relación con resultados de salud materno infantil negativos (OPS, Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014-2019).

Tabla 25. Personal médico según tipo de personal y establecimiento, 2018 (Porcentajes)

Procedimiento quirúrgico	Nacional
Cesáreas	26.00%
Vasectomías	0.18%
Salpingoclasias	2.49%
Otras intervenciones	71.32%
TOTAL	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Los temas tratados sobre la salud reproductiva[21], hacen hincapié sobre la preocupación de los gobiernos por otorgar mejores servicios preventivos para el control natal, en 2018, se registraron 140,534 consultas de planificación familiar, de las cuales 70, pertenecientes a las nuevas aceptantes (64,428) utilizaron anticonceptivos hormonales, DIU y otros, mientras que de las usuarias activas se tuvo un registro de 89,031 consultas de apoyo al uso de anticonceptivos ver Tabla 26.

Consultas de planificación familiar	Nacional
Consultas	140,534
Primera vez	70,188
Subsecuentes	70,346
Nuevas aceptantes	64,428
Hormonales	32,441

[21] En la Región de las Américas se necesitan estrategias con relación a la salud sexual y reproductiva, lo que implica un análisis de las necesidades particulares de las mujeres a lo largo de sus ciclos de vida, como la concepción, el periodo prenatal, el parto, el puerperio y la menopausia, debe incluirse además la anticoncepción y el aborto. Otro de los retos son la feminización de la epidemia de infección por el VIH, la salud mental, los cánceres ginecológicos y la violencia doméstica, por el compañero íntimo y la violencia sexual, por otro lado, están las enfermedades no transmisibles como la obesidad, la hipertensión y la diabetes (ONIS, Primer informe sobre las desigualdades en salud, 2019).

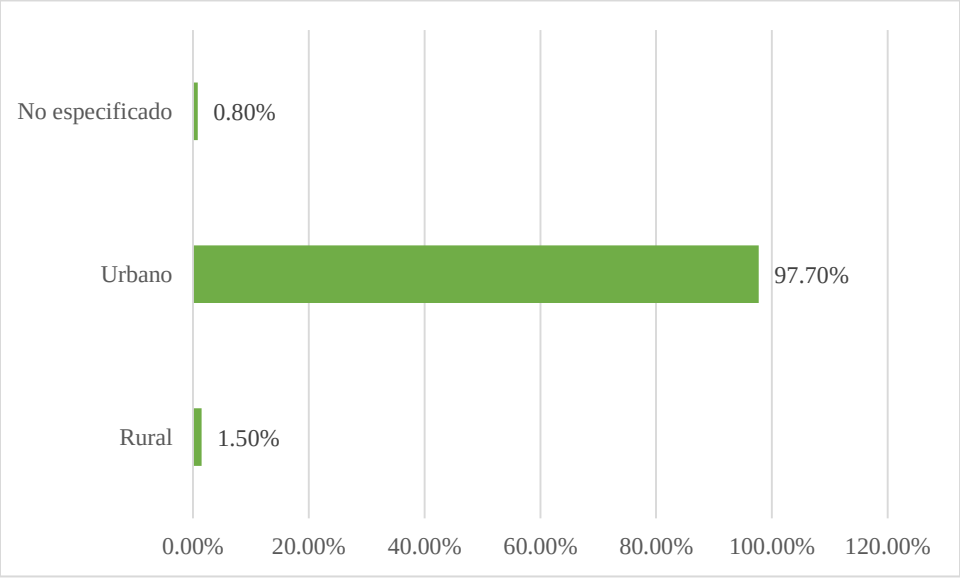
Tabla 26. Consultas de planificación familiar, 2018 (miles)

DIU	21,036
Otros	10,951
Usuarias activas	89,031
Hormonales	44,143
DIU	29,120
Otros	15,768

Fuente: Elaboración propia con datos de la INEGI.

Por último, se tienen las unidades de hospitalización por tipo de localidad en México, 2018, un indicador relacionado con la infraestructura en la disponibilidad de unidades de hospitalización, el cual brinda información pertinente sobre la prestación de servicios a pacientes que requieren ser internados para recibir atención médica o paramédica en la unidad, se observa una alta concentración urbana (97.7%), lo que podría generar desigualdades de disponibilidad entre localidades y regiones del país ver Figura 5 (CONEVAL, 2018).

Figura 5. Unidades de hospitalización por tipo de localidad, 2018 (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de (CONEVAL, 2018).

El gobierno federal en este sexenio 2019-2024 presentó su proyecto del Plan Nacional de Salud, que se basa en hacer efectivo el artículo 4° constitucional, ofreciendo servicios de salud y medicamentos gratuitos y federalizando los sistemas estatales de salud principalmente. La situación actual está siendo afectada por la corrupción y tráfico de influencias que repercute en instalaciones abandonadas, sobrecarga de los servicios, falta de personal, falta de medicamentos e insumos básicos, tiempos de espera prolongados y atención deshumanizada, recalcando además que se ha hecho poco énfasis en la promoción y prevención de la salud. Finalmente se busca reformar la Ley General de Salud quitando todas las referencias a la distribución de responsabilidades entre la federación y los estados en materia de salud (Varela, 2019).

Cabe mencionar que, si se logran tener avances sobre este proyecto, estos influirán en la equidad de género, en la cobertura y atención de la salud. Además de acuerdo a los datos presentados anteriormente sobre la heterogeneidad entre hombres y mujeres es pertinente incluir a los grupos más vulnerables en zonas rurales, debido a que el mayor porcentaje de las unidades de hospitalización se encuentran en localidades urbanas.

IX. Conclusiones

A pesar de que en México las mujeres afiliadas a algún tipo de seguridad social han aumentado a 63,836,388 millones del total de la población en 2017 (123,655,752) de acuerdo a los datos proporcionados por la ENESS en 2017, las cuales están recibiendo atención en las diferentes etapas de su vida como el embarazo, parto o la vejez, aún están presentes retos que alcanzar como el acceso a la salud en mujeres que viven en zonas rurales o marginadas, sabiendo que una de las entidades federativas con menos personal médico es Campeche y teniendo registradas 9,819,833 millones de personas sin algún tipo de afiliación[22].

[22] Altas concentraciones de médicos en las ciudades más grandes pueden resultar en tiempos de espera más largos, menores servicios y mayores distancias a recorrer para los habitantes de comunidades rurales (OECD, 2018 citado por CIEP, 2018).

Si bien, se había registrado un mayor porcentaje de mujeres afiliadas al Seguro Popular, el nuevo plan del gobierno federal en el presente sexenio 2019-2024, busca que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios integrales de salud, rebasando las inequidades de ingreso y género, por lo que ahora habría que esperar los resultados de dicha propuesta.

Por otro lado, el Sistema de Salud Nacional debe orientarse a construir un sistema de salud equitativo, eficiente, sostenible, erradicando la cobertura desigual entre los diferentes sistemas de aseguramiento, debido a que las instituciones brindan diferentes paquetes a los afiliados lo que diferencia el acceso y atención a la salud en la población, de tal forma que se ofrezca un cuidado continuo, personalizado y con orientación preventiva (Frode, 2016).

Además, es importante recalcar la atención primaria tanto en hombres como mujeres, ya que este es el primer punto de contacto que las personas tienen con los servicios de salud para brindarles diferentes niveles de atención y de servicio de forma continua, lo cual se convierte en una problemática de acuerdo con la OCDE ya que reporta que existen déficit de médicos en México, pues se estiman 2.2 médicos practicantes por cada 1,000 personas, cuando los países de esta organización tienen un promedio de 3.3 por cada 1,000 (INSP, 2018).

Aunque uno de los objetivos presentes es aumentar la cobertura de salud en el país, aún queda pendiente analizar las reformas pertinentes para hacer más eficiente al sistema de salud, por lo que es necesario que den a conocer avances de las propuestas hechas por el gobierno federal, considerando a la desigualdad socioeconómica entre las entidades federativas y con ello, saber cuál es el alcance de dichas propuestas para satisfacer las necesidades de salud, haciendo hincapié en las diferencias entre hombres y hombres y sobre su demanda en la atención preventiva y primaria.

Lo anterior debe incluir el fortalecimiento de las disposiciones para otorgar licencias médicas, la educación profesional continua, la acreditación de las unidades médicas, el desarrollo de normas, directrices nacionales y la planificación sobre la supervisión y mejora de la atención a la salud (OCDE, 2016).

Considerar a la pobreza en el país es indispensable para reconocer los rezagos y brechas existentes entre géneros que condicionan su bienestar y el acceso a servicios básicos como el ingreso percibido en cada sexo, lo que significa que el progreso que se ha tenido respecto a la cobertura salud no siempre implica una mayor calidad de esta, aun considerando su gratuidad, se sabe que 42.4% de las mujeres se encuentran en situación de pobreza, 35% de ellas de forma moderada y 7.4% en pobreza extrema.

De acuerdo con el programa sectorial de salud correspondiente 2013-2018, para lograr la igualdad en salud se requiere eliminar las inequidades, es decir, las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia de mujeres y hombres, la distribución y acceso diferencial a los recursos entre mujeres y hombres según sus necesidades específicas y diferenciadas, la contribución de mujeres y hombres para el financiamiento de su salud, según su capacidad económica y no se su necesidad de servicios y la distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de la población en el cuidado de la salud en el hogar, la comunidad y las instituciones de salud (SS, 2014).

Otro aspecto para considerar es la esperanza de vida, ya que las mujeres tienen una vida más longeva que los hombres es importante considerar el análisis sobre la cobertura de la salud y sobre las necesidades particulares en cada etapa de sus vidas, en los padecimientos y enfermedades más comunes incluyendo al ingreso como un determinando para que este género se atienda de forma preventiva, antes de poner en peligro su salud[23].

Teniendo estadísticas significativas sobre la salud sexual de hombres y mujeres es importante mencionar que, las mujeres son quienes deben preocuparse en mayor medida por su salud reproductiva, teniendo mayores registros de cesáreas y salpingoclasias a comparación de las vasectomías.

[23] Es necesaria entonces la revisión de paquetes de atención para conocer la eficiencia del gasto en salud, el uso de medicamentos apropiados y efectivos al precio justo, la sobredemanda o sobreuso de equipos, investigadores y procedimientos, la infraestructura disponible y el estado de esta (CIEP, 2018).

Por lo que las intervenciones esenciales en salud reproductiva deben estar encaminadas a la búsqueda oportuna de atención preconcepcional, embarazo, el puerperio, la etapa neonatal y obstétrica, suplementación con micronutrientes, inmunizaciones y provisión de métodos anticonceptivos, con el fin de reducir el riesgo de complicaciones, la mortalidad materna, neonatal y mejorar la nutrición durante la gestación (INSP, 2018).

Por último, deben eliminarse los factores cualitativos que inciden en las problemáticas de la inequidad en hombres y mujeres, es decir sobre los razones que influyen en la manera en como cada género percibe la autoconcepción de enfermedades, sobre la atención médica a tiempo y que están arraigados a las distintas culturas, creencias, valores y asignaciones de género como ejemplo, el que a las mujeres se les asigna una mayor responsabilidad para cuidar a hijos o adultos mayores, también sobre el acceso a través del trabajo a beneficios de seguro de salud a largo plazo es cual es más limitado debido a las discontinuidades laborales ocasionadas por la gestión y crianza de los hijos (Gómez, 2002).

Posibles soluciones propuestas

Construir un Sistema de Salud Universal totalmente integrado que garantice una atención centrada en la persona, equitativa, eficiente, oportuna, integral, integrada, sostenible y permanente a lo largo de su vida, sin interrupciones independientemente de su condición laboral, en el que se respete el derecho a la protección de la salud de la población mexicana.

Tener personal capacitado y, sobre todo, sensibilizado ante las necesidades específicas de la población que atiende, ya que se persigue fomentar la capacitación y formación en temas de género en salud y derechos humanos, por medio de la dotación de herramientas que permitan el desarrollo de habilidades para la atención a la salud con perspectiva de género y con enfoque de derechos humanos.

Documentar la situación de salud con el fin de descifrar inequidades entre mujeres y hombres, es labor importante para iniciar con las tareas de incorporar y transversalizar la

perspectiva de género. Favorecer la información en salud desagregada por sexo como elemento fundamental para su análisis con perspectiva de género.

Rendir cuentas en el uso de los recursos, proporcionando de manera pública, comprensible, accesible y oportuna la información que resulten de los objetivos, indicadores y metas en él establecidas.

Fortalecer y mejorar la infraestructura de los servicios de salud para las mujeres en todos sus ciclos de vida.

Fomentar estímulos y recompensas en las dependencias que promuevan la igualdad y la paridad.

Establecer medidas para erradicar la discriminación y violencia en la Administración Pública Federal, entidades federativas y municipios.

X. Bibliografía

Carlessi C. (1986), Mujeres, violencia y alternativas. En: Mujer y violencia (Documento de trabajo): Centro de Planificación y Estudios Sociales: 53-66.

Chertorivski Woldenberg S., G. Fajardo Dolci (2012): El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?. Gaceta Médica de México; 148.

CIEP. (2018), Sistema Universal de Salud. México.

CNEGySR. (2005), Una introducción para tomadores de decisiones. México.

CONEVAL. (2018), Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud. México.

Corona Vázquez Teresa, Medina Mora María Elena, Ostrosky Wegman, Sarti Gutiérrez Elsa Josefina y Uribe Zúñiga Patricia (2014), La Mujer y la Salud en México, CONACYT.

DGE. (2019), Informe sobre la vigilancia Epidemiológica. México.

DGIS. (2019), Obtenido de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

Forbes. (2019), México sin dinero para un sistema de salud universal. Obtenido de: https://www.forbes.com.mx/foro-forbes-salud-2019-mexico-sin-dinero-para-un-sistema-de-salud-universal/

Frode, C. G. (2016), El sistema de Salud en México. CONAMED, 129-135.

Fuentes, M. U. (2016), Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud. México: Academia Nacional de Medicina (ANM).

FUNSALUD. (2013), Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México, E1-E64.

Gómez, E. G. (2002), Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Panamericana de Salud Pública, 327-334.

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. (2011), Sistema de salud de México. Salud Pública Mex; 53 supl 2: S220-S232.

Gutiérrez, P. N. (2019), Mujeres en desventaja. Suplemento TODAS, pág. 2.

Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), 2017, Pequeños pasos para transformar al Sistema de Salud.

INEGI. (2017), Características de las defunciones registradas en México durante 2017. México.

INEGI. (2018), Mujeres y hombres en México 2018. México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2018), Salud pública y atención primaria. México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2008), Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. Morelos.

Moctezuma, J. M. (2016), Conformación del Observatorio de Inequidades en Salud en México. Salud Pública de México, 606-607.

OCDE. (2016), Estudios de la OCDE sobre los sistemas de Salud: México.

ONIS. (2019), Primer informe sobre desigualdades en salud en México. México: Secretaría de Salud.

ONIS. (2019), Primer informe sobre desigualdades en salud en México. México: Secretaría de Salud.

OPS. (2014), Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2019), Indicadores básicos: Tendencias de la salud en las Américas. Washington.

OPS. (2019). Informe anual.

Salguero, F. (2019), Hacia cambios fundamentales. Suplemento TODAS, págs. 10-11. Noviembre.

SSA. (mayo de 2019), Obtenido de https://www.gob.mx/salud/articulos/atencion-medica-y-medicamentos-gratuitos

Varela, J. C. (2019), Plan Nacional de Salud 2019-2024. México.

Xu et al, "Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk", Organización Mundial de la Salud, 2010. En: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf, págs. 5-7.