PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“Inequidad en el Acceso de las Mujeres a la Seguridad Social”

Mónica Paola Acosta Carrillo.

Diciembre 2020

PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Contenido

I.- Introducción 3

II.- Justificación de la realización de la investigación. 5

III.- Planteamiento y delimitación del problema 6

IV.- Objetivo 12

V.- Marco teórico 13

VI.- Formulación de la hipótesis 14

VII.- Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis: Desarrollo de la investigación: 15

VIII.- Conclusiones 29

IX.- Bibliografía 31

I.- Introducción

El Derecho a la salud, es considerado un derecho humano universal y para ello la definición de “salud” es importante en su aplicación, pues sin un acuerdo de lo que se puede o no considerar como salud el respeto a este derecho quedaría fracturado. En este sentido, la idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de diferentes factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos (Alcántara-Moreno, 2008, p.95), es decir, “ la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Briceño-León, como se citó en Alcántara-Moreno, 2008, p.95).

Ante lo anterior, debemos comprender que todos esos procesos no están aislados, sino que se imbrican unos con otros, entonces la salud depende de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social; por lo que se vuelve un fenómeno social, en el que entran en acción una gran cantidad de variables con fuertes interacciones entre ellas (Alcántara-Moreno, 2008, p.95). Además de lo antes expuesto, también se debe considerar que la idea de lo que es salud va a responder a una condición histórica, pues en cada época, una determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma (Alcántara-Moreno, 2008, p.95).

En México las mujeres viven un rezago en torno a diversos sectores económicos, políticos y, por supuesto de salud. En ese sentido, la implementación de políticas y programas de salud se debe observar como una manera de enriquecer la atención a las problemáticas particulares de este sector, pero desde un enfoque que favorezca la equidad entre hombres y mujeres -entendiendo que inequidad no es lo mismo que desigualdad-.

Lo anterior resulta una forma relativamente nueva de ver la salud a partir de las diferencias en las relaciones entre los géneros, lo que se traduce en un recurso de análisis que permite identificar en la población las distintas problemáticas del

proceso de salud que enfrentan, así como la atención que reciben en los servicios de salud, y las situaciones de la vida cotidiana que impactan en su salud de acuerdo con su género.

Problemática abordada

Asimismo, buscamos que este documento sirva como una introducción a la comprensión de los conceptos género y equidad, y su vínculo con los aspectos relacionados con la salud. Con lo anterior se podrá identificar cómo es que las diferencias de género y los roles de género impactan en la salud de hombres y mujeres, los riesgos y vulnerabilidades, así como su participación en los servicios de salud. Pero se debe tener presente que para poder generar políticas adecuadas, además de los elementos antes mencionados, también se debe recurrir a la interseccionalidad, pues existe más de una experiencia de ser mujer.

Finalmente, en la participación para la producción de la salud, la equidad de género exige que se distribuya con equilibrio y justicia entre los sexos, desde las responsabilidades de trabajo hasta el poder de decisión.[1]

[1] Los elementos expuestos sobre la equidad de género en el ámbito de la salud se han planteado tomando en cuenta las consideraciones sobre el tema que hace la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

II.- Justificación de la realización de la investigación.

Se reconoce que existe la inequidad entre la salud de las mujeres y los hombres, y estas no son consecuencias de su sexo -es decir, de sus características biológicas, sino del lugar diferente que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad. Tal situación se refleja en patrones distintos, y a menudo inequitativos, relacionados con los riesgos para la salud, con el acceso a los recursos y servicios sanitarios y el control de los mismo. También se traduce en asimetrías en la forma en que hombres y mujeres contribuyen a la salud de sus familias y sus comunidades y en la manera en que se retribuye ese aporte.

Por lo tanto, es urgente y necesario estudiar y comprender la forma en que interactúan los factores biológicos y sociales de género en las diferentes dimensiones de la salud. Entender la relación entre el género y la salud, permitirá reconocer las consecuencias que tiene tanto para la salud de las mujeres como para la de los hombres, y solo así será posible tener salud en un marco de equidad, el cual no debe dejar de abordarse desde una mirada interseccional, en donde además del género se consideren otras características como la raza y/o casta (constructos sociales, también) , y la clase económica.

III.- Planteamiento y delimitación del problema

Desde el siglo XIX, las ciencias de la salud se han preocupado por el problema de la inequidad en el ámbito de la salud. En aquel momento en que se reconoció que las diferencias entre el estado de salud de los ricos y los pobres estaban generalizadas. Además, se considera que esas distinciones interactúan causalmente con otros factores determinantes de la desigualdad, como la raza. No obstante, esta atención a la equidad en materia de salud, sobre la base de clase económica o raza, no se ha reflejado en una consideración eficaz de género.

De acuerdo con investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud, una razón empírica válida para prestar atención a las diferencias en la salud entre mujeres y hombres es que no cabe duda de que esas diferencias existen, incluso cuando el gradiente socioeconómico pueda no ser marcado. Por ejemplo, en Suecia, país conocido por su mayor igualdad de clases, el riesgo de sufrir de depresión en cualquier momento antes de los 80 años es de 28% para los hombres y de 49% para las mujeres. Así, diversos estudios en diferentes momentos de las desigualdades en materia de la salud han revelado que, aunque la clase puede ser el factor determinante principal de las desigualdades en la salud, siguen existiendo diferencias significativas en los resultados de salud por raza y género dentro de cada nivel de clase.

En este marco, es necesario que se reconozca al género como un factor social de peso. Esto se debe en parte a la falacia común de fusionar el género con la diferencia biológica. La distinción entre el sexo (determinado biológicamente) y el género (como un constructo sociocultural) se ha utilizado ampliamente a partir de los años 80 del siglo XX. Tal distinción, desarrollada particularmente en el campo de las Ciencias Sociales, permite distinguir y comprender las bases sociales de las diferencias entre mujeres y hombres, va más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica para llegar hasta las bases sociales más profundas del poder y la desigualdad. Y lograr lo anterior en el campo de la salud plantea dos retos:

- La salud, a diferencia de la educación, por ejemplo, tiene una base biológica, o al menos, referentes biológicos. Nadie creería seriamente que las diferencias educacionales entre razas o los sexos tienen una base biológica. Pero, en el campo de la salud, la biología no puede sencillamente descartarse como sesgo, Por consiguiente, nos vemos obligados a analizar las formas complejas en que interactúan los factores biológicos y sociales cuando se intenta comprender las diferencias relacionadas con la salud entre mujeres y hombres.

- Dentro de las Ciencias de la Salud, las diferencias entre los hombres y las mujeres tienen más influencia de la biología que las diferencias entre ricos y pobres. Hasta las diferencias debidas a la raza probablemente son más similares a la clase en este sentido que al sexo, a pesar de la influencia conocida de la genética en ciertas enfermedades que se diferencian racialmente.

No obstante, los factores y procesos sociales pueden ser tan importantes para los diferenciales hombre-mujer como para otras diferencias. Por ejemplo, es importante observar que, aparte de ser biológicamente más vulnerables debido al embarazo, las mujeres pobres son también más vulnerables a padecer la malaria -en comparación con las mujeres ricas y los hombres pobres-, debido a que su acceso a servicios de atención de salud de calidad y a una nutrición adecuada es más limitado. Por lo tanto, los factores determinantes de carácter social exacerban las vulnerabilidades biológicas.

En realidad, en muchas circunstancias las desventajas sociales son los factores determinantes primordiales de los resultados de salud injustos. En realidad, en muchas circunstancias las desventajas sociales son los factores determinantes primordiales de los resultados de salud injustos. Por ejemplo, la menos autonomía social de las mujeres y la desventaja estructural agravan su sensibilidad biológica al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). **Rara vez**

la biología actúa sola en la determinación de las desigualdades en materia de salud.

De ser cierto, como aducimos, que muchos resultados de salud no son el resultado de presiones biológicas naturales, sino que se deben a influencias sociales, pueden y deben cambiarse mediante políticas sanitarias y sociales. Por lo tanto, un enfoque de la salud relacionado con el género, es decir, que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora sus interacciones y que tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud, sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública.

Una manera en la que se pone de manifiesto el sesgo de género en la esfera de la salud es el lento reconocimiento de los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular. Un ejemplo no tan distante y bien conocido es el caso de las infecciones de los órganos genitales, especialmente entre las mujeres pobres de los países en desarrollo. A pesar de que los programas de planificación familiar, con apoyo mundial y nacional, y de la amplia investigación afín acerca del comportamiento anticonceptivo, a penas en los años noventa se realizaron investigaciones serias acerca de la prevalencia de esas infecciones. Otro ejemplo es el de la violencia doméstica, de su prevalencia y sus consecuencias para la salud física y mental de las mujeres. Las investigaciones actuales sobre esta esfera apuntan hacia una prevalencia alta, una gama de causas sociales y consecuencias en todo un extenso espectro de resultados de salud. La falta de reconocimiento de los problemas de salud de la mujer es solo una de las maneras en que las relaciones de género influyen en la investigación en salud. Los enfoques mal orientados o parciales incluyen algunos de los grandes problemas en toda una amplia gama de subcampos de salud.

En la esfera de la salud ambiental, las normas y las pruebas relativas a la contaminación del aire, ignoraron el problema de la contaminación del aire en los locales cerrados y las cocinas llenas de humo, que es crucial para la salud de

un gran número de mujeres pobres de los países en desarrollo. En general, se suponía que, en materia de contaminación del aire, las zonas rurales están más limpias que las zonas urbanas y que, debido a que el problema es ocasionado por la industria y el tráfico automotor en las zonas urbanas, no discrimina entre mujeres y hombres. Se trata de un ejemplo clásico de enfoque parcial que excluyó una fuente importante de riesgo ambiental para las mujeres porque no partió de una preocupación relacionada con el género en cuanto a dónde pasan mujeres y hombres gran parte de su día de trabajo. Las pruebas indican que la contaminación del aire en locales cerrados no solo se puede asociar con mayor morbilidad cardiovascular en las mujeres, sino que también se puede relacionar con mayor riesgo de tuberculosis, niveles más altos de ceguera e inhibición de la absorción de los nutrientes.

De igual manera, la salud ocupacional fue miope al no reconocer las consecuencias de las diferencias entre los lugares de trabajo de mujeres y hombres, y entre sus responsabilidades. Por ejemplo, el estrés ocupacional tiene causas y modelos diferenciales debido a los diferentes roles de mujeres y hombres y a su capacidad para combinar el trabajo dentro y fuera del hogar[2]. Un estudio realizado en Suecia determinó que los niveles de estrés de los hombres en cargos de gerencia tienden a bajar hacia el final del día de trabajo remunerado mientras que, en el caso de las mujeres gerentes, tienden a aumentar bruscamente ante las exigencias de las labores domésticas que las esperan al final del día de trabajo remunerado. Además, si bien las horas de sobretiempo en el caso de los hombres conducen a una incidencia más baja de ataques cardíacos, en las mujeres esas horas generan un riesgo más alto.

En efecto, las ocupaciones de las mujeres generalmente han recibido menos atención en cuanto a la medición de sus consecuencias para la salud en comparación con las de los hombres, a pesar de las numerosas pruebas de la persistencia de la segregación ocupacional que se demuestra en el hecho de que,

[2] En este sentido hay que considerar que investigadoras feministas y de los estudios de género han señalado la existencia de la doble y triple jornada (trabajo doméstico, desarrollo laboral y participación política).

en términos generales, las mujeres y los hombres sencillamente no realizan la misma clase de trabajo. Por lo tanto, sabemos muy poco acerca del efecto en la salud del trabajo de las mujeres como trabajadoras agrícolas, o en el gran número de fábricas y empresas pequeñas y medianas (el llamado sector informal) donde está empleada la abrumadora mayoría de las mujeres en muchas regiones del mundo. Si se trata del trabajo doméstico, se ha supuesto de manera característica que es más cómodo, de ritmo más lento y que está bajo el control de las mujeres. Las pruebas en constante aumento indican que la realidad es bastante diferente. Las consecuencias para la salud incluyen una combinación, hasta ahora mal investigada, de estrés y depresión.

Como es bien sabido, los primeros supuestos en el terreno de la salud mental atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción, según lo muestra la misma palabra histeria. Esas presunciones carentes de fundamento y casi axiomáticas todavía no están tan lejos de nosotros como cabría pensar o desear. Hoy en día, la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el embarazo y la menopausia, y las tasas más altas de depresión en las mujeres. Sin embargo, ninguno de esos fenómenos por sí solos explican la diferencia entre los sexos en cuanto a la depresión. En cambio, la investigación sobre la depresión postnatal identificó el apoyo de la pareja y social, los sucesos de la vida, la experiencia de la maternidad y el temperamento del lactante como factores críticos de riesgo de depresión.

Ese sesgo no solo ha contribuido a que se descuide el rol que tiene la reproducción en la salud mental de los hombres, sino que también ha conducido al retraso en descubrir los aspectos no reproductivos de la experiencia de depresión de las mujeres, tal como su riesgo más alto de morbilidad cardiovascular. Quizás ningún subcampo de la investigación en salud esté tan colmado de contradicciones como la salud reproductiva cuando se examina desde una perspectiva de género. La investigación sobre la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos tendía a suponer hasta hace muy poco, y quizás continúa, que las quejas de las mujeres

acerca del malestar o el dolor eran imaginarias y podían ignorarse. Por lo tanto, el descubrimiento de la amplia prevalencia de las infecciones de los órganos genitales se retrasó por mucho tiempo, aunque la poca aceptación de las mujeres de los dispositivos intrauterinos (DIU) debería haber servido como una temprana señal de alerta si los investigadores de planificación de la familia no hubieran rechazado esas quejas como irracionales o psicosomáticas.

Irónicamente, mientras la biología reproductiva de las mujeres se vinculaba de manera dudosa a su comportamiento y su salud mental, se ignoraban las verdaderas consecuencias de las relaciones de poder de género en torno a la sexualidad y la reproducción para la violencia y la depresión. Las permanentes investigaciones sobre la violencia doméstica indican que hay fuertes vínculos entre el abuso físico, emocional o psicológico, por un lado, y la depresión, por el otro, mediante una potente mezcla de humillación y atrapamiento.

IV.- Objetivo

- Mostrar que las mujeres viven un rezago en el sistema de seguridad social mexicano
- Ofrecer un panorama general sobre la inequidad en el acceso que sufren las mujeres en el acceso al sistema de salud en México
- Demostrar que los roles de género sí afectan en la distribución de bienes y servicios entre mujeres y hombres.

V.- Marco teórico

Esta investigación fue realizada con base en la perspectiva de género, siendo el género lo que denomina las relaciones sociales (basadas en construcciones culturales) entre hombres y mujeres.

Cabe mencionar que las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres han sido construidas a través de las formas de educación, normas y cultura que se han transmitido por instituciones como la familia y los medios de comunicación, entre otros. Pero esta vulnerabilidad se ha tratado de combatir en los últimos años para lograr una equidad entre mujeres y hombres.

La mirada teórica para la investigación se sustenta en el concepto de salud partiendo de la definición de la OMS, la cual se ha referido en el planteamiento del problema; además de entenderla como un Derecho humano, el cual debe ser garantizado por el Estado mediante un sistema de salud pública susceptible de ser evaluado. Asimismo, se recuperan dos categorías de análisis: género y equidad.

VI.- Formulación de la hipótesis

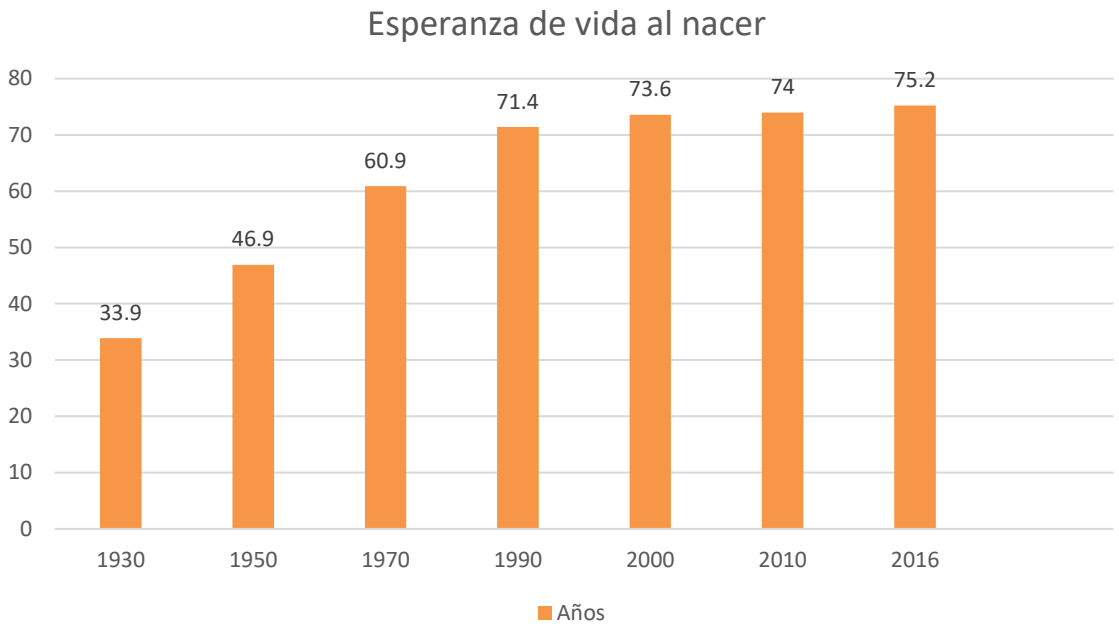
Existe la necesidad urgente de reformular los roles de género que sugieren que las mujeres tienen menos valor social frente a los hombres. De este postulado se derivan una serie de diferencias de acceso a los derechos universales y políticas públicas entre hombres y mujeres; hecho que se conoce como inequidad. Este fenómeno, también, se encuentra en el acceso a la seguridad social de las mujeres en México.

Sin embargo, las mujeres que participan de los nuevos roles de género han desarrollado una importante lucha por el respeto a sus derechos y han motivado al resto a hacer valer los suyos

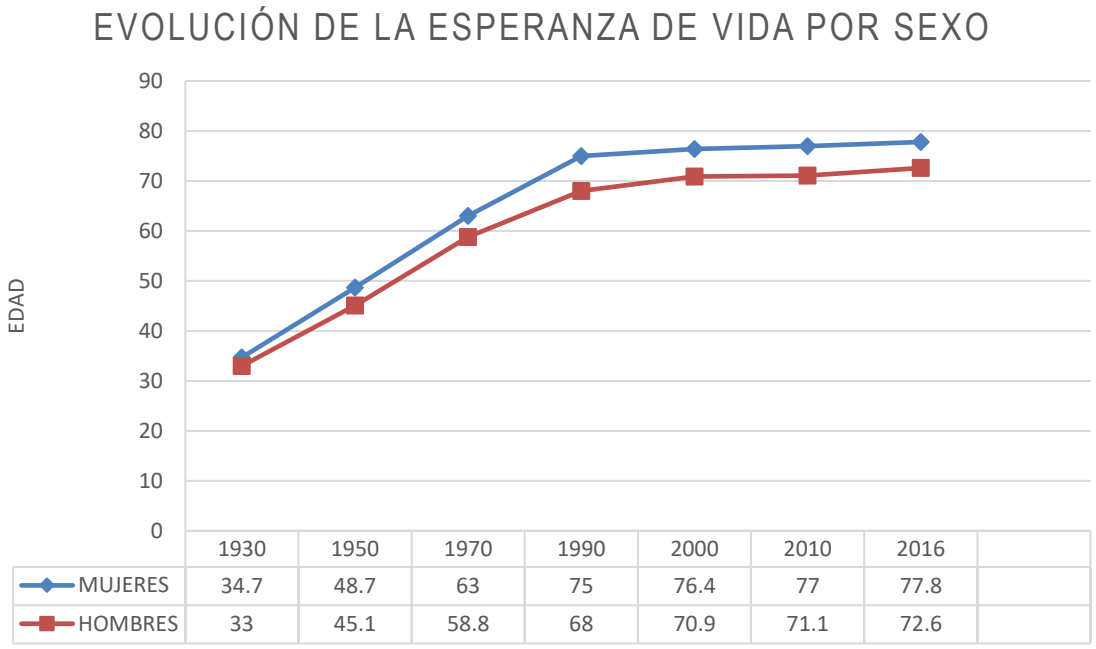
VII.- Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis: Desarrollo de la investigación:

De acuerdo con el diagnóstico elaborado por la Secretaría de Salud, la misión de dicha entidad es propiciar y proteger la salud de la población, por lo que deben conocer la distribución de las causas de la enfermedad y muerte a nivel geopolítico, socioeconómico, por edades y por sexo; además de profundizar en el análisis de los elementos socioculturales. Ante lo anterior, al análisis desde la perspectiva de género es de valor, ya que permitirá comprender los factores que determinan las diferencias de exposición a riesgos y vulnerabilidad de mujeres y hombres ante diversas enfermedades y sus implicaciones con las políticas y las acciones de salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanos (Secretaría de Salud, 2014, p. 29).

Entonces, al considerar lo anterior es importante revisar la situación de la población para poder conocer las tendencias y causas de daños a la salud para mujeres y hombres (Secretaría de Salud, 2014, p. 29). En México la esperanza de vida se ha incrementado, en 1930 las personas vivían en promedio 34 años, para la década de 1970 este indicador se ubicó en 61, para el año 2000 llegó a 74 y en 2016 fue de 75.2 años (INEGI). Al desagregarse este indicador por sexo se observa que e 2016 fue de casi 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres (INEGI).



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía.



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Como se observa, “las mujeres viven más tiempo sin compañía, pues tienden a casarse con hombres mayores, o permanecen solteras, y son más longevas, Además, si vivieron asumiendo roles tradicionales, tienen mayores posibilidades de vivir en pobreza y con deficiente calidad de vida” (Secretaría de Salud, 2014, p. 29). Así, al ser más elevada la esperanza de vida para ellas, constituyen la mayoría de la población de personas adultas mayores; además a nivel nacional, las tres primeras causas de muerte para mujeres y hombres son: enfermedades de corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Secretaría de Salud, 2014, p. 29).

Ahora bien, sobre el acceso a los servicios de salud, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2018 (ENSANUT)[3] se estimó 8 de cada 10 personas en el país declaran tener derecho al servicio médico (102.3 millones), siendo la edad de entre 20 a 29 años los que presentan una cobertura más baja. De la población de derechohabiente a los servicios de salud, el 56.6% se atiende en los servicios públicos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SS) entre otros; y 54.3 millones son mujeres (83%) -de un rango de edad de o a 60 y más años- (ENSANUT, 2018). Asimismo, la ENSANUT 2018 reflejó que son las mujeres quienes tienen la tasa más alta de uso de servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios.

[3] En 1986 se creó el Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES), el cual ha permitido tener acceso a la información referente a las condiciones de salud de la población, así como el desempeño del Sistema Nacional de Salud, periódicamente el SNES aplicó las encuestas Nacionales de Salud y de Nutrición. Y en 2006, con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), se unieron ambas temáticas dando paso a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, mejorando los ejercicios anteriores al incluir lo referente a nutrición, además de programas nacionales de salud y desarrollo social, y fue diseñada para llevarse a cabo cada seis años.

Porcentaje de población derechohabiente a servicios de salud, por sexo y grupos de edad

54.3 Millones			48.0 Millones
83.0%	83.2%	0 a 9 años	82.1%
	81.2%	10 a 19 años	80.3%
	78.4%	20 a 29 años	70.6%
	83.9%	30 a 59 años	77.4%
	87.6%	60 y más años	86.5%
			78.8%

Fuente: ESANUT 2018

Tasas de uso de servicios de salud ambulatorios y hospitalarios por sexo 2012 y 2018

	Servicio ambulatorio		Servicio hospitalario	
	2012	2018	2012	2018
Mujeres	9.6%	**7.6%**	4.9%	**5.8%**
Hombres	6.6%	**5.1%**	2.6%	**3.3%**
Total	8.2%	**6.4%**	3.8%	**4.6%**

Fuente: ESANUT 2018

Siguiendo este orden de ideas, la Secretaria de Salud identificó las principales cusas de mortalidad en el país, las cuales se presentan en el siguiente cuadro, y fueron desagregadas considerando el sexo, y analizadas tomando en cuenta la perspectiva de género, lo cual permitirá tener más información sobre el género y la salud en el contexto nacional.

Principales causas de mortalidad en México 2011

Mujeres				Hombres			
No	Causa /[1]	Defunciones	Tasa/[2]	No	Causa /[1]	Defunciones	Tasa/[3]
1	Enfermedades del corazón	50,175	84.8	1	Enfermedades del corazón	55,320	97.9
	Enfermedades isquémicas del corazón	31,208	52.7		Enfermedades isquémicas del corazón	39,695	70.2
2	Diabetes mellitus	41,905	70.8	2	Diabetes mellitus	38,813	68.7
3	Tumores malignos	36,444	61.6	3	Tumores malignos	34,785	61.5
	De la mama	5,213	8.8				
	Del cuello del útero	3,926	6.6				
	Del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	2,845	4.8				
4	Enfermedades cerebrovasculares	16,322	27.6	4	Accidentes	28,003	49.5
					De tráfico de vehículos de motor	13,079	23.1
5	Enfermedades del hígado	8,977	15.2	5	Agresiones (homicidios)	24,154	42.7
6	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	8,498	14.4	6	Enfermedades del hígado	23,711	42.0
					Enfermedad alcohólica del hígado	10,937	19.4
7	Accidentes	8,378	14.2	7	Enfermedades cerebrovasculares	14,885	26.3
	De tráfico de vehículos de motor	3,405	5.8				
8	Neumonía e influenza	6,806	11.5	8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	9,979	17.7
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6,331	10.7	9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8,462	15.0
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	3,275	5.5		Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	4,437	7.9
10	Insuficiencia renal	5,334	9.0	10	Neumonía e influenza	8,214	14.5

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Tasa por cien mil mujeres estimadas.
3/ Tasa por cien mil hombres estimados.

Fuente: Secretaría de Salud, 2014

Lo anterior es importante para generar políticas de salud pública, conocer y analizar la mortalidad por grupos de edad y sexo, señala las medidas específicas necesarias de prevención -por sexo-. Por ejemplo,

En el grupo de 15 a 24 años mueren tres veces más hombres que mujeres y entre las primeras cinco causas de muerte para ambos sexos se encuentran las relacionadas con la socialización y la conducta, y por ello evitables: accidentes en vehículo, agresiones, lesiones autoinfligidas intencionalmente, y embarazo, parto y puerperio, en el caso de las mujeres, y para los hombres, agresiones, accidentes –en particular en vehículos de motor-, lesiones autoinfligidas y enfermedades derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Secretaría de Salud, 2014, p. 31).

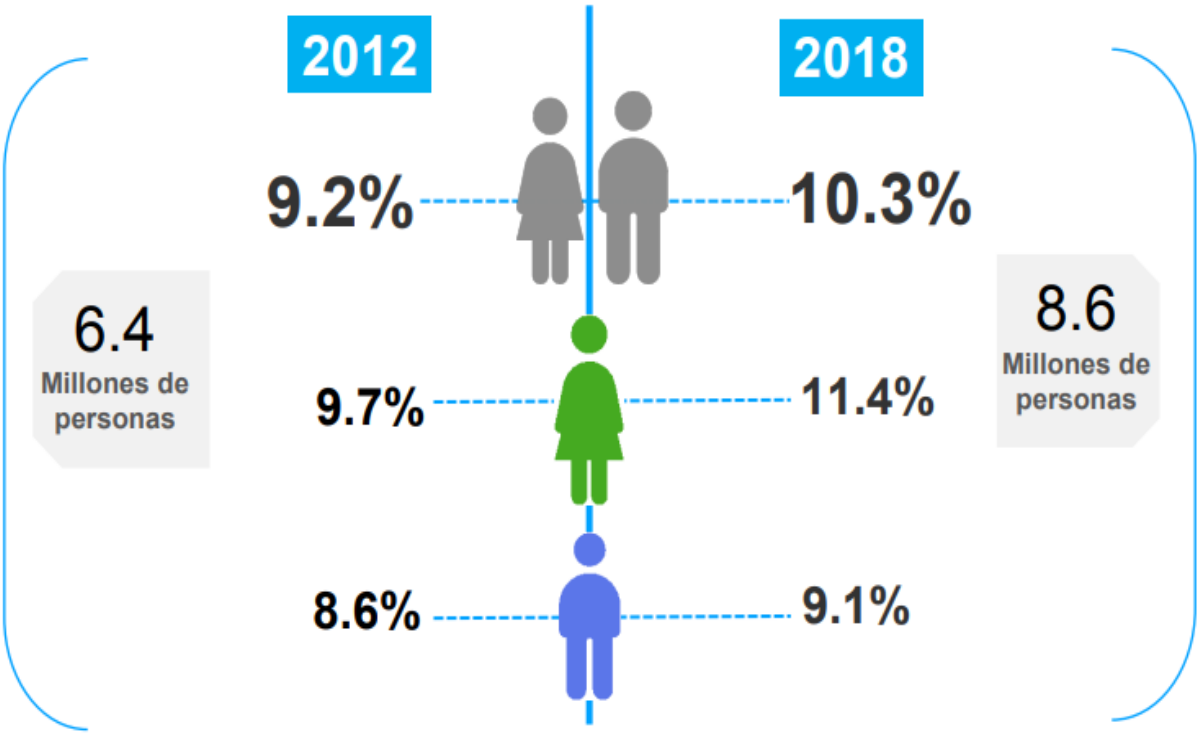
Considerando lo anterior, la Secretaría de Salud señaló que los estereotipos de masculinidad impactan en las cifras, lo cual se evidencia al considerar que los accidentes se ubicaban en el cuarto lugar de las causas de mortalidad de los hombres (49.5), lo que se relaciona con "su mayor exposición a riesgos laborales, aunque los accidentes de tráfico de vehículos de motor contribuyen con una tasa de 23.1 y se deben a conductas peligrosas vinculadas con el consumo de alcohol" (Secretaría de Salud, 2014, p. 31); mientras que en el caso de las mujeres los accidentes ocurridos en tránsito constituían una tasa de 5.8, cuatro veces menor que la de los hombres (Secretaría de Salud, 2014, p. 31).

Por otro lado, la Secretaria de Salud resaltó la importancia de estudiar lo referente a la diabetes mellitus[4], la cual es una "enfermedad crónica no transmisible con una base biológica fundamental, pero relacionada con el estilo de vida de cada persona y, por lo tanto, vinculada con los roles de género, en la cual las mujeres presentan

[4] La diabetes es una enfermedad crónica, que afecta la capacidad del cuerpo para transformar el alimento en energía, y tiene causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves -infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura-. Además, se ha estimado que la esperanza de vida de las y los individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años, para el país se considera que el promedio son 10 años. (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013, p. 131)

una tasa mayor (70.8) a la de los varones (68.7)" (Secretaría de Salud, 2014, p. 31). Si bien, los datos antes referidos se publicaron en el año 2014, la ENSAUT de 2018 reflejó que esta tendencia se mantiene, tal como lo muestra el siguiente diagrama:

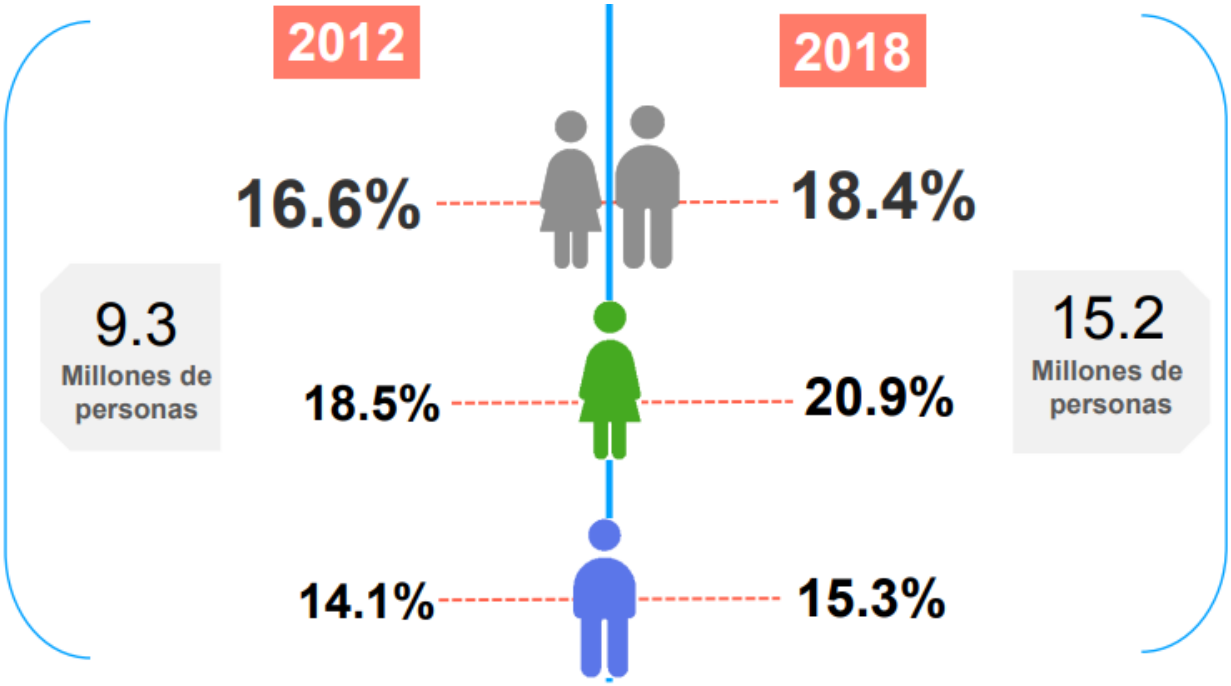
Porcentaje de la población de 20 años y más con diagnostico médico previo de diabetes por sexo



Fuente: ESANUT 2018

Asimismo, la ENSANUT 2018 reportó que las mujeres tienen mayor incidencia en otras afecciones de gran impacto en la población como la hipertensión, los altos índices de colesterol y triglicéridos, así como la obesidad.

Porcentaje de la población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión, por sexo



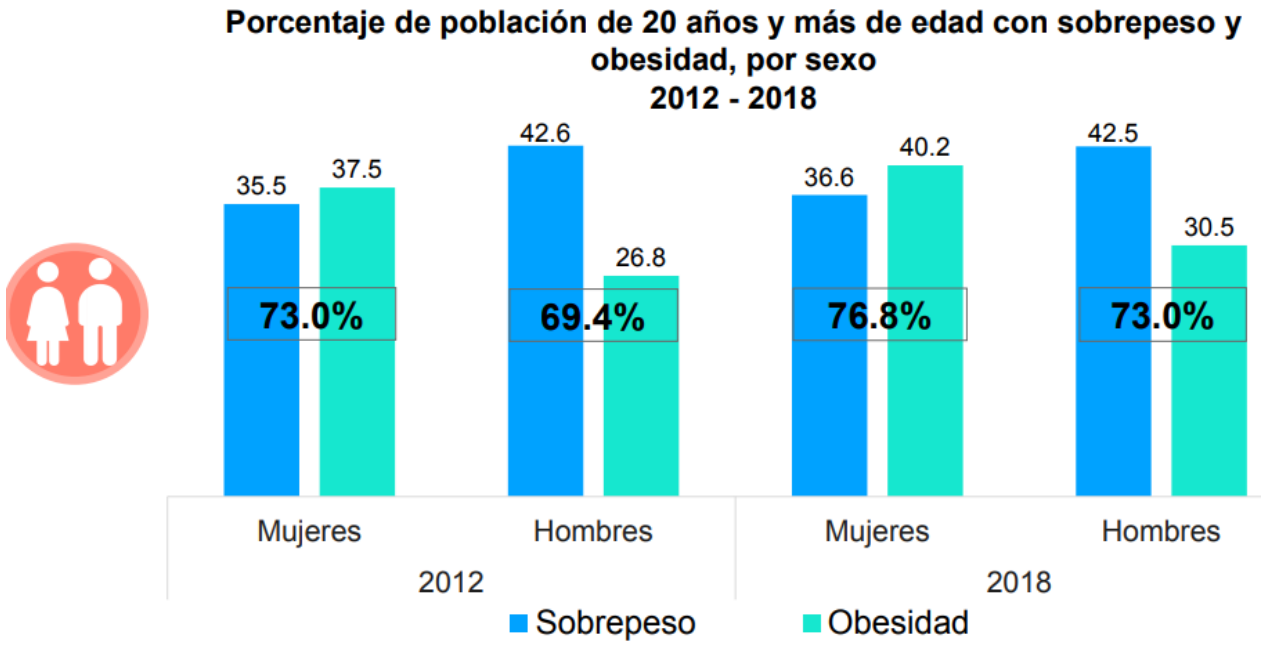
Fuente: ESANUT 2018

Distribución porcentual de la población de 20 y más años de edad según condición de reporte de medición de colesterol y triglicéridos y su resultado, por sexo 2012 y 2018

Medición de colesterol y triglicéridos	2012	2018	2012	2018	2012	2018
Sí, normal	37.0%	32.7%	38.6%	34.8%	35.1%	30.3%
Sí, alto	13.0%	19.5%	14.1%	21.0%	11.7%	17.7%
No	50.0%	47.7%	47.3%	44.2%	53.2%	52.0%

Fuente: ESANUT 2018

En cuanto al sobrepeso y la obesidad a nivel nacional, en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 estaba 3.9% por debajo de la antes señalado (71.3%) (ENSANUT 2018); siendo las mujeres las que presentan mayor incidencia en obesidad.



Fuente: ESANUT 2018

Por otro lado, a partir de los diferentes rangos de edad de la población, la Secretaría de Salud identificó algunas particularidades que responden al sexo, y en las que se debe prestar atención considerando el género, además de otros elementos como la etnia y la clase (interseccionalidad). A continuación, se expone parte de tales resultados:

- En las y los niños de cinco a nueve años se perfila un patrón mixto de pérdidas de salud más vinculado a aspectos del cuidado físico, emocional y afectivo que a riesgos biológico-infecciosos. Así, se observa el incremento en trastornos de la conducta, depresión y accidentes de tráfico que en conjunto aportan el 16% de años de vida saludable (AVISA).
- Para las y los adolescentes (10 a 19 años) se proyectan rezagos en los cuidados a la salud en la edad infantil y escolar, incluyendo pérdidas de salud vinculadas con esta etapa de diferenciación sexual e identidad

psicológica y se vislumbran problemas en la adultez. Se observa que las enfermedades transmisibles prácticamente desaparecen y en términos de discapacidad predominan los problemas de salud mental: depresión, trastornos de ansiedad y de la conducta, distimia y el uso de alcohol y drogas.

- En términos de discapacidad entre las y los jóvenes de 15 a 24 años, la depresión, los trastornos de ansiedad, la migraña, la epilepsia, el trastorno bipolar y la distimia tienen mayor importancia para las mujeres (38%) que para los hombres (30%), mientras que el consumo de drogas y alcohol es más relevante para ellos (14%). Respecto a las causas de muerte prematura, destacan los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal, el suicidio y los ahogamientos, responsables de 58% de los AVMP -años de vida que se pierden debido a muertes prematuras- en los hombres y 59% en las mujeres.

- Los problemas de salud mental y bienestar neuroconductual son relevantes para las mujeres de 15 a 49 años, pues no son atendidos, se diagnostican poco, son invisibles a los proveedores de servicios de salud y ajenos a los programas de salud de la mujer en su etapa reproductiva.

- El perfil de personas adultas jóvenes (25 a 49 años) muestra reacomodos. En 2010, las primeras causas de discapacidad para los hombres fueron la lumbalgia (10%), el uso de drogas (7%) y la depresión unipolar mayor (6%), que demandan servicios de consulta externa ambulatoria y urgencias, pero en pocas ocasiones se expresan en servicios de especialidad u hospitalización. Así, los indicadores ofrecen las principales causas de AVISA perdidos en 2010 y en las mujeres se observa un perfil combinado con la depresión, los trastornos músculoesqueléticos y la diabetes mellitus y destaca el tumor maligno de mama con poco más de 2% de los AVISA en este grupo de edad.

- El grupo de mujeres y hombres de 50 a 69 años muestra un perfil de salud complejo en su composición por sexo y por la naturaleza de las prioridades. Hacia 2010, entre las causas de discapacidad para los hombres destacan la lumbalgia y la diabetes mellitus con 9% a 10 % del total de AVD -años de vida perdidos por discapacidades- cada una, seguidas por osteoartritis y depresión mayor. Lo anterior se complementa con las causas de muerte prematura, donde destacan las enfermedades isquémicas del corazón (14%), la cirrosis del hígado (13%), la diabetes mellitus (11%) y la enfermedad renal crónica (11%) (Secretaria de Salud, 2014, p. 32).

Un problema que merece mención aparte es la **violencia obstétrica,** la cual es:

es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión que cause un daño físico o psicológico a la mujer, que se exprese en falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

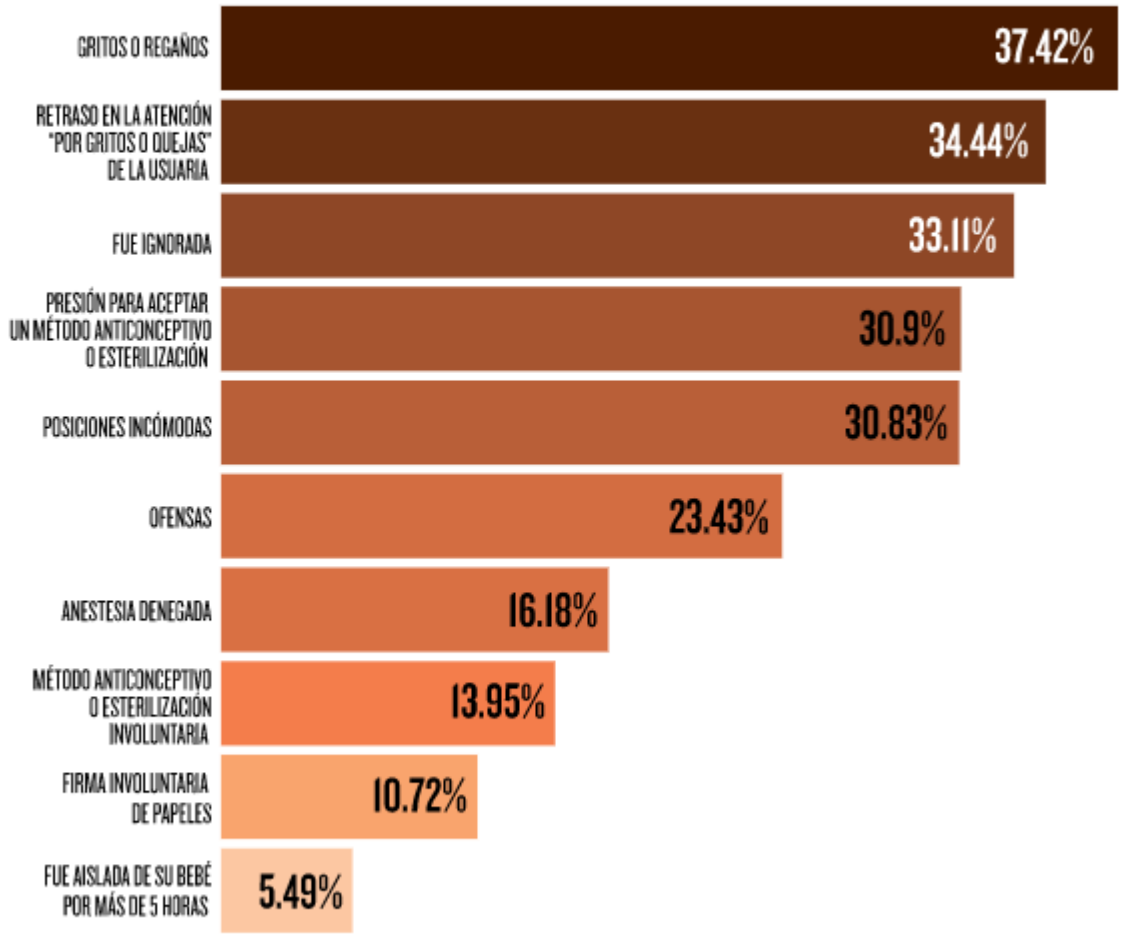
Entre las manifestaciones de este tipo de violencia se encuentran las prácticas invasivas y suministro injustificado de medicación, la negativa de tratamiento o aplazamiento de la atención médica, no respetar los tiempos del parto, los regaños, burlas, insultos, manipulación de la información, falta de respeto por la privacidad de las mujeres, así como la coacción para obtener su “consentimiento” y otros tratos discriminatorios y humillantes.49 Estas formas de violencia pueden derivar en muerte materna: fallecimientos prevenibles relacionados con el embarazo, parto y puerperio (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018).

En 2016, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) incorporó preguntas destinadas a evaluar aspectos de la experiencia de las mujeres durante su último parto; los datos reflejados por la encuesta y diferentes investigaciones -previas y actuales- apuntan a que el país enfrenta un problema de violación a los derechos humanos de las mujeres en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018). De acuerdo con la ENDIREH 2016, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 en México, 33.4% refirieron haber sufrido maltrato por parte de quienes las atendieron (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018).

Además, ante los contextos que han surgido a causa de la pandemia por COVID-19 se ha dejado a las mujeres sin opción a elegir sobre su parto. En el país se han incrementado los nacimientos por cesáreas, en el presente año (2020), por primera vez los nacimientos por cesáreas superaron al de partos naturales y llegó a ser más del 50%, esto a pesar de que la OMS recomienda que dicho método no supere el 15% de los nacimientos en un país (Arteta, 2020). En total, en México han nacido hasta agosto 498 mil 748 bebés por vía vaginal y 508 mil 402 por abdominal país (Arteta, 2020). En este sentido, hay que tener claro que “Someter a una mujer a una cirugía no justificada para tener un hijo en lugar de seguir el curso de su embarazo hasta llegar a término natural se considera por la ONU una posible forma de violencia obstétrica, un tipo de violencia contra las mujeres” (Arteta, 2020).

MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

2016 / MUJERES QUE REPORTARON SUFRIR AL MENOS UN TIPO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la ENDIREH 2016.

VIII.- Conclusiones

Como se demostró a lo largo del presente documento, indiscutiblemente la consideración de los roles de género es relevante en el análisis de la equidad en la salud; pues la aplicación de los principios de equidad exige considerar la correspondencia entre servicios y necesidades particulares de mujeres y hombres en las diferentes etapas de la vida. Asimismo, se deben considerar otros elementos como el pago por servicios y capacidad económica de las personas.

Lo anterior va más allá de identificar las necesidades diferenciales resultantes del sexo biológico, sino que hay que examinar los factores socio-culturales del género como: la mayor carga en el trabajo doméstico y de cuidados -prioriza a otros sobre ella- que enfrentan las mujeres; el menor poder adquisitivo de muchas mujeres para poder acceder a servicios de salud, así como las características laborales de algunos empleos en los que predomina la contratación de mujeres que no proporcionan planes de aseguramiento; entre muchas otros; y así se crean las inequidades en el acceso a la salud, tratamiento y prevención. Por otro lado, el hecho de que las mujeres representen un mayor porcentaje de derechohabientes de los servicios de salud pública que los hombres, responde a un mayor nivel de necesidad.

Ahora bien, en términos de la atención que las mujeres reciben en los servicios de salud, se ha documentado que el trato que reciben mujeres y hombres por parte del personal de salud inequitativo, teniendo mayor desventaja las mujeres, sobre todo si son indígenas. Asimismo, la violencia institucional en los servicios de salud hacia las mujeres, se ve expresada en la atención que reciben durante el embarazo y parto: violencia obstétrica -mediante la cual se violan los derechos humanos y reproductivos de las mujeres-, la cual como se ha mencionado en el actual contexto de pandemia ha ido en aumento. Finalmente, considerando todos los elementos hasta aquí expuestos, es posible concluir que hacen falta más indicadores que permitan un análisis del carácter y necesidad de los requerimientos en salud

particulares de mujeres y hombres, y por lo tanto así tener un acceso a la salud desde la equidad.

Posibles soluciones propuestas

- Formular programas educativos que permitan una reeducación social que contemple los problemas que han surgido en la sociedad, a partir de una estructuración inequitativa de posibilidades de acceso los derechos y políticas públicas entre hombres y mujeres.
- Generar políticas de salud que contemplen la perspectiva de género.
- Contemplar en el sector salud, los diagnósticos y análisis generados por los observatorios de políticas públicas desde una perspectiva de género y, con base en ellos construir una real seguridad social para las mujeres.

IX.- Bibliografía

Alcántara Moreno, Gustavo. (junio 2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. 9* (1), pp. 93-107.

Arteta, Itxaro. (21 de octubre 2020). Más cesáreas que partos naturales en México. Por la pandemia el sector salud deja a las mujeres sin opciones a elegir. *Animal Político.* Recuperado de: https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/aumento-cesareas-sin-opcion

Buquet Corleto, Ana. (2018). Equidad. En *Conceptos clave en los estudios de género Vol. 2* (pp. 81-95). México: Universidad Nacional Autónoma de México – Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Recuperada de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2018). La pieza faltante Justicia Reproductiva. Recuperado de: https://justiciareproductiva.gire.org.mx/#/

Gutiérrez, Juan Pablo. (2013). Editorial. Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. Salud pública de México, v. 55 (n.2), pp. 153-154. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2/153-154/es/

Hernández-Ávila, Mauricio, Gutiérrez, Juan Pablo, Reynoso-Noverón, Nancy. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud pública de México,* v. 55 (suplemento 2), pp. 129-136. Recuperado de: http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5108/4934

INEGI. Indicadores sociodemográficos de México. https://www.inegi.org.mx/

INEGI. (2015). Encuesta Intercensal. Recuperada de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf

Izquierdo Martínez, Maravillas, Avellaneda Fernández, Alfredo, Sánchez Sangrado, Teresa. (2015). *Desarrollo de indicadores poblacionales en Salud Pública*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.

Lamas, Marta. (2017). Género. En *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. -155-170). México: Universidad Nacional Autónoma de México – Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2013/report/es/

Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1

Prosalud-Cruz Roja-AECID (2014). Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud. Recuperado de: https://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf

Secretaria de Salud. (2014). Programa de Acción Específico. Igualdad de Género en Salud 2013-2018. Recuperado de: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/IgualdaddeGenero/IgualdaddeGeneroenSalud.pdf

Sen, Gita, George, Asha y Pirosko, Östlin. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la salud / Harvard Center for Population Development Studies.