



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ECONOMIA

INDICADORES DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE
GENERO EN MEXICO 2004, REFLEXIONES PARA EL DISEÑO
DE POLITICAS DE SALUD PUBLICA

E N S A Y O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ECONOMIA
P R E S E N T A:
MARIA TERESA DAMIAN GARCIA

ASESOR: MTRD. ALFREDO CORDOBA KUTHY

CUIDAD UNIVERSITARIA

DICIEMBRE 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Maria Teresa Domán

FECHA: 6-02-2009

FIRMA: [Firma manuscrita]

INDICE

Presentación	3
Antecedentes	3
Objetivos	8
1. Metodología para el levantamiento de la Encuesta Continua del Sector Salud	8
2. Análisis comparativo entre los Indicadores Sociodemográficos y de Salud utilizados en encuestas realizadas en España e indicadores publicados por la Organización Panamericana de la Salud respecto de la Encuesta Continua	15
3. Resultados de la Encuesta Continua considerando la perspectiva de género	19
4. Consideración de las prioridades de Salud en base a los indicadores analizados de la Encuesta Continua retomando la perspectiva de género	25
Conclusiones	30
Glosario	31
Bibliografía.....	31
Agradecimientos	33

PRESENTACIÓN

Se presenta el siguiente ensayo para obtener el grado de licenciatura en Economía en la Facultad de Economía de la UNAM elaborado en la modalidad de Seminario de Titulación.

Originalmente esta Encuesta se diseñó para obtener información para el programa Seguro Popular de Salud y a mi me fue permitido analizar la información proveniente del levantamiento llevado a cabo en octubre de 2004 analizando los resultados con un enfoque de género en salud con la finalidad de obtener el grado de licenciatura en economía. Esta autorización estuvo a cargo de la Dra. Rosalba Rojas, quien era titular del de la Dirección de Análisis del Instituto Nacional de Salud Pública. Yo laboraba en su área y ahí se realizaba el análisis de los datos con la finalidad de presentar los informes de resultados de las encuestas.

ANTECEDENTES

Un análisis de la salud que no integre la dimensión de género no puede dar cuenta cabal de la realidad, y más aún, que desde una perspectiva de justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos, sin que paralelamente se aborden dentro de tales grupos, las desigualdades entre hombres y mujeres.

El concepto de género se entiende, como la construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad.¹ El término de construcción social se refiere a los roles femenino y masculino que pueden variar en algunos contextos sociales y culturales. Uno de los aspectos importantes a resaltar, es que la construcción social, es adquirida mediante el

¹ Ríos R. Género, Salud y desarrollo: un enfoque en construcción. Washington: OPS 1993 p. 13

aprendizaje de estos roles, y que no están determinados de forma genética, sino aprendida, por lo que se puede incidir sobre ellos.

La equidad es otro concepto importante, en el estudio del género que abarca la igualdad, es importante establecer que se plantea que los conceptos de igualdad y equidad no es lo mismo. La equidad de género significa trabajar para que las mujeres y los hombres puedan modificar su posición dentro de la sociedad hacia relaciones más equilibradas.² A continuación se describe la inequidad que contempla el estudio de la desigualdad visto en tres niveles: la desigualdad innecesaria, inevitable e injusta. De acuerdo a la propuesta de la OMS.³ Margaret Whitehead en 1992, hizo explícitas las desigualdades, al mismo tiempo que plantea la siguiente definición: equidad se define como la posibilidad de ofrecer, idealmente, a todo el mundo la oportunidad de realizar su máximo potencial. Para Whitehead las desigualdades que pueden ser aceptables (son aquellas, que provienen de la libre elección de los individuos); las injustas e innecesarias (que resultan de una desigual distribución de los determinantes de la salud y escapan, por lo general, al control de los individuos), y las inevitables (las cuales son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los genéticos).⁴

Para la elaboración de las políticas de salud se observó que era necesario estudiar las diferencias entre hombres y mujeres desde una perspectiva social, es decir de las relaciones establecidas entre los sexos mediante la división social del trabajo y la relación de poder y subordinación que se deriva de esta relación, que se circunscriben en el ámbito del estudio de género.

El género tiene una historia reciente, data de finales de S. XX.⁵ Los estudios en este tema han versado su interés en las mujeres, porque se ha evidenciado que son un grupo que se encuentra en condiciones de desventaja respecto del desarrollo de los

² Robledo Vera C., Rojas Bravo M.I. Género Salud-Enfermedad. Elementos para entender su relación. CONAMED, Vol. 9, Núm. 1, ene-mar, 2004.

³ Gómez E. Equidad, Género y Salud. Marzo 2001, p. 1

⁴ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 11(3), pp. 429-445.

⁵ Robledo Vera C., Rojas Bravo M.I. Género Salud-Enfermedad. Elementos para entender su relación. CONAMED, Vol. 9, Núm 1, ene-mar, 2004.

hombres; aún cuando existen diferencias culturales y sociales que modifican la desigualdad, se ha demostrado que esta situación de desigualdad es más evidente en los países en vías de desarrollo. La idea más aceptada es que, las desventajas de las mujeres se encuentran presentes desde las sociedades más igualitarias y comparativamente ricas, como en las que aún padecen niveles extremos de pobreza, ignorancia y desigualdad socioeconómica.⁶ Permittiéndonos observar que este problema rebasa el ámbito económico y de desarrollo de los países, pareciendo más un problema cultural.

Desde el punto de vista de la salud pública, la perspectiva de género es esencial para el estudio del proceso salud-enfermedad porque permite comprender integralmente las funciones tradicionalmente asignadas a hombres y mujeres, sus características, responsabilidades y la relación de todo ello con la enfermedad. También contribuye al logro de una mayor equidad en materia de salud y asistencia sanitaria.

La investigación de indicadores de salud con perspectiva de género implica vincular la división del trabajo por sexo y del poder adquisitivo, con los perfiles epidemiológicos, y con las características de accesibilidad al sistema de salud entre otros. La exploración y actualización de la información disponible apoyará los procesos de formulación de los programas de atención a las mujeres⁷ y a los hombres, conociendo necesidades específicas y diferenciales por sexo.

La salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud, en el que el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante. Lo que distingue el abordaje de género es el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que éste también define desigualdades en salud.

⁶ Maldonado V. Desarrollo y desigualdad de género en México. Datos, Hechos y Lugares. INEGI 2003. p. 48.

⁷ Rohfs I., Borrell C., Anitua C., Artazcoz L., Colomer C., Escriba V., García-Calvente M., Llacer A., Mazarrasa L., Pasarín M.I., Peiró R., Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14(2): 146-155.

Cerón y cols. describen algunas de las diferencias en el comportamiento de la enfermedad entre mujeres y hombres como son: que ellos presentan mayor mortalidad y por lo tanto menor esperanza de vida que las mujeres, mientras que en las mujeres se reporta una mayor morbilidad. Y por lo tanto una proporción mayor de utilización de los servicios de salud. Se plantea que algunas de estas diferencias corresponden a diferencias biológicas, como es la mayor vulnerabilidad del sexo masculino ante las infecciones en la infancia o las evidentes enfermedades asociadas al sexo, como el cáncer de próstata en hombres y las enfermedades relacionadas con el embarazo en las mujeres.⁸ Aspectos que se retomara en los resultados encontrados en la ENCOS de Salud, así como mostrar algunas otras diferencias que no se han mencionado, en el comportamiento de las enfermedades por sexo. Algunas de estas evidencias serán útiles como indicadores ya que la literatura muestra claras diferencias en el comportamiento de algunas enfermedades por sexo. Lo que permitiría que se propongan programas para apoyar a hombres y mujeres de forma diferente, como es la propuesta de realizar exámenes de detección de diabetes mellitus y de hipertensión en los lugares de trabajo, para apoyar a los varones que tienen escasez de tiempo para acudir a los servicios o tal vez poco interés en conocer su estado de salud. Y a las mujeres apoyándolas con programas que les incentiven el autocuidado, para tener una mejor calidad de vida y la consecuente disminución de la presencia de enfermedades que pueden ser prevenibles como es el cáncer de mama o cérvico uterino.

La necesidad de tomar decisiones en el campo de la salud requiere cada vez más la incorporación de diversas disciplinas del área social como son: la antropología, sociología, psicología, economía, que permitan que este trabajo se vea enriquecido con aspectos como es el comportamiento cultural provisto por el enfoque de género. La consideración de la necesidad de resolver asuntos cotidianos para el cuidado de niños, ancianos, enfermos y/o discapacitados en las familias que requieren de tiempo y recursos humanos y financieros para su resolución. Representan una carga que frecuentemente es resuelta mediante el cuidado de las mujeres y que aun no esta dimensionado desde una perspectiva económica. Con la consideración de la carga

⁸ Cerón-Mireles P., Sánchez-Carrillo C., Robledo-Vera C., Reyes-Zapata H., Pedrosa-Islas L., Del Río A., Cerón-Mireles B., Ordaz-Hernández G., Olaiz-Fernández G. Aplicación de la perspectiva de género en la investigación en salud. Enviado para publicación.

financiera que tendría para el hogar, si no fuera una persona de la familia quien se encargue de realizar este tipo de atención y no cobra salario por ello. El trabajo doméstico tiene una consideración semejante a la anterior. Ya que principalmente lo llevan a cabo las mujeres y en este sentido tendría que analizarse desde la perspectiva económica del costo de oportunidad. Es decir cuánto están dejando de percibir las mujeres por dedicar tiempo al trabajo en el hogar.

A continuación se realiza un análisis comparativo de indicadores que se utilizan actualmente en los estudios de género y salud. Asimismo se indica cuáles de ellos se han recogido en la Encuesta Continua de Salud (ENCOS) de Sakud. Es importante señalar, que algunos de los indicadores señalados en el cuadro son de difícil acceso a través de una encuesta; sin embargo, se incluyen con fines comparativos.

OBJETIVO GENERAL-

Describir y analizar algunos indicadores obtenidos de la ENCOS de Salud en Colima, Jalisco y Sinaloa en 2004 con la finalidad de presentar algunas reflexiones para el diseño de políticas de salud desde la perspectiva de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Mediante la utilización de los resultados obtenidos del primer levantamiento de la Encuesta Continua de Salud, mostrar el comportamiento de algunos indicadores sociodemográficos y de salud por sexo y en particular para diabetes mellitus.
- 2.- Sugerir la elaboración de políticas de salud en las que se consideren los riesgos a la salud, el estudio de la utilización de los servicios de forma diferencial por género como mecanismo de equidad de género.

1. METODOLOGÍA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA ENCOS DE SALUD

La ENCOS es un estudio transversal que se diseñó con la finalidad de obtener información de carácter general con respecto a la salud de la población y sus necesidades de atención, para la implementación del Seguro Popular. En particular la información para el programa Seguro Popular tenía como propósito estimar el impacto del programa en el acceso, calidad de los servicios y la protección financiera en los hogares afiliados, a través de la comparación de hogares beneficiarios y no beneficiarios del programa.

Tamaño y selección de la muestra

El tamaño de muestra para la encuesta en hogares se estimó en función a los siguientes parámetros:

P	Proporción a estimar	Nacional: Prevalencias menores al 2% Estatat: Prevalencias de menos del 10%
$Z_{\alpha/2}^2$	Nivel de confianza	95.0%
r	Error relativo máximo	20%
deff	Efecto de diseño	1.5
TNR	Tasa de no respuesta	20%
$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (1-P) deff}{r^2 P TR}$ Con lo que se obtuvo un tamaño de muestra de 714 viviendas por entidad federativa		

Para la selección de las viviendas se utilizó un diseño muestral polietápico estratificado y por conglomerados. En la primera etapa del muestreo se seleccionaron a las entidades federativas a estudiar utilizando el marco muestral de la ENCOS de salud, la cual incluye a más de 50,000 viviendas, de éstas y se seleccionaron aleatoriamente las entidades en forma proporcional al tamaño poblacional que está afiliada al Seguro Popular de Salud. Los 14 estados que resultaron seleccionados fueron: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz. Lo que dió una adecuada representación geográfica y del nivel de desarrollo del Programa.

Se seleccionaron 714 viviendas por entidad que se encuentran distribuidas en 20 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), según definición del INEGI, estas 20 AGEB's tienen una probabilidad conocida de ser seleccionadas de acuerdo a la proporción de la población que habita las zonas de influencia del Sistema de Protección Social en Salud, esto significa que las AGEB's que se seleccionaron al estudio tienen, predominantemente, población afiliada al SPS, aún cuando no necesariamente son mayoritariamente afiliados al Programa. El segundo nivel de selección se refiere a las manzanas ubicadas en las AGEB's, estas se seleccionan aleatoriamente, esto permite que un importante número de afiliados y no afiliados sean integrados al estudio. El tercer nivel de muestreo es la vivienda, estas se seleccionaron al azar en las manzanas que se integraron al estudio, finalmente la selección del individuo a nivel de la vivienda se realizó con una tabla de números aleatorios. Es importante señalar que en estudios

de seguimiento, como lo es la ENCOS de salud, se presentan bajas debido a la dinámica poblacional. La recuperación de viviendas de los levantamientos previos alcanzó el 85% de los originalmente entrevistados en la primera etapa del levantamiento (2003), el resto del tamaño de muestra se obtuvo reemplazando los hogares y familias que cambiaron su residencia.

Los resultados que se presentan son los obtenidos del levantamiento llevado a cabo en Colima, Jalisco y Sinaloa. Es importante mencionar que esta encuesta tenía la finalidad de obtener información de morbilidad para el Seguro Popular de Salud. Cuya finalidad era generar información para la investigación de problemas de salud pública conocidos y señalar aquellos emergentes, para su atención.

En las viviendas se aplicaron los cuestionarios del hogar e individual, el cuestionario general del hogar y el segundo que especifica los niveles de salud individual. En el primero se captó información demográfica, económica y del gasto en salud de cada uno de los integrantes del hogar y un apartado sobre las características de la vivienda, el cuestionario individual se aplicó a un hombre o a una mujer mayor de 18 años que fue seleccionado(a) al azar, los tópicos que se incluyeron en este cuestionario son: Características demográficas de la población en estudio, estados de salud en general, enfermedades crónicas, factores de riesgo (alcoholismo, tabaquismo, actividad física), inventario de medicinas y fármacos, cáncer cérvico-uterino y de seno, salud reproductiva, salud infantil (para mujeres con hijos menores de 5 años), capacidad de respuesta del sistema de salud y utilización de servicios de salud.

Capacitación, supervisión y codificación

Para el reclutamiento y selección del personal que participó en el levantamiento de la información del estudio de hogares, se consideró la experiencia y habilidades del personal en el manejo de la entrevista y cuestionarios, así como la experiencia previa en actividades similares. Las estrategias de supervisión incluyeron: la observación directa, la verificación de la no respuesta y la revisión de cuestionarios, en la codificación se revisó exhaustivamente la información recabada, eliminando errores,

omisiones e inconsistencias cuidando de no modificar la información recolectada y mantener la veracidad y confiabilidad de la misma.

Metodología para la selección de variables sociodemográficas y de salud de la ENCOS en este trabajo

Para el análisis de los resultados de la Encuesta se exploraron varias relaciones por sexo, pero para mi trabajo seleccione solo algunos indicadores. Los correspondientes a jefatura de hogar, promedio de ingresos anuales según jefe de familia, tiempo dedicado al trabajo doméstico, factores de riesgo (adicciones y obesidad) y prevalencia de diabetes mellitus (personas diagnosticadas por un médico al momento de la entrevista).

Datos Sociodemográficos:

Promedio de ingresos anuales según sexo del jefe de familia

Jefatura de hogar según sexo

Horas a la semana que la población ocupada dedica al trabajo doméstico de acuerdo con el sexo

Datos de salud:

Consumo diario de alcohol según sexo

Tabaquismo actual según sexo

Consumo de tranquilizantes en el último año según sexo

Consumo de cocaína en el último año según sexo

Consumo de anfetaminas según sexo

Consumo de marihuana en el último año según sexo

Diabetes diagnosticada por un médico según sexo

Obesidad por sexo

Para realizar este trabajo se retoma la definición de indicadores propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que nos menciona que son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas,

evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".⁹

Algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, es indicador del estado de salud de la población, sensible también para evaluar el bienestar global de una población.

Sin embargo, puede no ser específico respecto de ninguna medida sanitaria determinada porque la reducción de la tasa puede ser consecuencia de numerosos factores relacionados con el desarrollo social y económico.

Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos.

Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de *validez* (debe medir realmente lo que se supone debe medir), *confiabilidad* (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), *sensibilidad* (ser capaz de captar los cambios) y *especificidad* (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación).

En la práctica los indicadores disponibles no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real.

Fuentes de información

Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

1. Registros de sucesos demográficos (registro civil).
2. Censos de población y vivienda (1992, 2002).

⁹ OMS* Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000* 1981.

3. Registros ordinarios de los servicios de salud.
4. Datos de vigilancia epidemiológica.
5. Encuestas por muestreo (encuestas poblacionales).
6. Registros de enfermedades.
7. Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social).

Estas fuentes constituyen generalmente las fuentes primarias de información, vale decir, aquellas que recogen sistemáticamente información con una finalidad determinada. Si estos datos no son confiables o simplemente no existen, se pueden buscar fuentes alternativas que generalmente son estimadores indirectos del valor real.

Cuando se debe recoger información específica respecto de una situación por no disponer de información de datos rutinarios, nos referimos al uso de fuentes de información secundarias.

Los indicadores pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos, es decir, contruidos sobre la base de varios indicadores simples, generalmente utilizando fórmulas matemáticas más complejas.

Por ejemplo, son indicadores complejos la expectativa de vida de una población, los años de vida potencial perdidos (AVPP) e indicadores más recientes como los "Disability Adjusted Lost Years" (DALY'S, AVAD en español) que intentan objetivar globalmente el verdadero impacto de la pérdida prematura del estado de salud en la población.

Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores. A continuación se citan algunos ejemplos de ellos en cada rubro:

Indicadores que evalúan:

- La política sanitaria.
- Las condiciones socioeconómicas.
- Las prestaciones de atención de salud.

- El estado de salud.

- Indicadores de Política Sanitaria: ejemplo de éste tipo de indicadores lo constituye la asignación de recursos, expresada como la proporción del producto nacional bruto invertido en actividades relacionadas con servicios de salud. La distribución de recursos, con relación a población es otro indicador que puede ser expresado como la relación entre el número de camas de hospital, médicos u otro personal de salud y el número de habitantes en distintas regiones del país.

- Indicadores Sociales y económicos: se pueden mencionar la tasa de crecimiento de la población, su producto geográfico bruto, la tasa de alfabetismo de adultos, indicadores de las condiciones de vivienda, de pobreza, de disponibilidad de alimentos. Las fuentes de información para elaborar estos indicadores suelen estar disponibles en instituciones relacionadas con seguridad social, políticas económicas y planificación y demográficas.

- Indicadores de prestación de Salud (de actividad): por ejemplo, la disponibilidad de servicios, su accesibilidad (en términos de recursos materiales), indicadores de calidad de la asistencia, indicadores de cobertura. Pueden ser desagregados por subgrupos de población de acuerdo a políticas de focalización de recursos en determinados grupos. Indicadores de cobertura: la cobertura se refiere al porcentaje de una población que efectivamente recibe atención en un período definido. Por ejemplo, la cobertura de vacunación BCG (Tuberculosis) en recién nacidos en 1998 fue de 96,1%.

- Indicadores del Estado de Salud: estos indicadores son los más usados. Se pueden distinguir operacionalmente al menos cuatro tipos:

1. Indicadores de Mortalidad: son ampliamente utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra habitualmente en forma sistemática.
2. Natalidad: en este rubro son importantes los indicadores que miden la capacidad de reproducción de una población. Existe una asociación positiva entre altas tasas de natalidad y nivel sanitario, socioeconómico y cultural. Son importantes también, los indicadores que reflejan el estado de la salud materno-infantil, como

por ejemplo, la tasa de bajo peso al nacer, la que requiere de un registro confiable de nacimientos (vivos o muertos o defunciones fetales).

3. Morbilidad: son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad.
4. Calidad de vida: son indicadores generalmente compuestos que intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida, y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio. Son ejemplos sencillos de este tipo de mediciones la "calidad material de la vida" que se construye a partir de la mortalidad infantil, la expectativa de vida al nacer y la capacidad de leer y escribir.

Para este trabajo se utilizaron los datos generados en la ENCOS como son indicadores de Morbilidad y su relación con Políticas en Salud e Indicadores de Mortalidad.

2. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD UTILIZADOS EN ENCUESTAS REALIZADAS EN ESPAÑA E INDICADORES PUBLICADOS POR LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD RESPECTO DE LA ENCOS

En España se han realizado encuestas que están incorporando algunas variables que tienen intención de medir aspectos culturales respecto de las obligaciones en el hogar, como son el tiempo dedicado al trabajo doméstico e indagar quien a lleva a cabo el cuidado de menores de 5 años, de personas de 65 años y más, el cuidado de discapacitados(as), si en el hogar cuentan con ayuda externa para el trabajo doméstico. Cabe aclarar que en estas encuestas no hay utilización de variables de salud.

De las variables que maneja la Organización Panamericana para la Salud las que coinciden con la ENCOS son: el porcentaje de hogares urbanos encabezados por

mujer, aunque no están divididos por nivel de pobreza como en los de la OPS. Y el porcentaje de hogares con acceso de agua potable y de saneamiento básico.

Y de las variables en salud utilizadas en la ENCOS y la Organización Panamericana de la Salud fueron el porcentaje de mujeres y hombres en unión entre 15 y 49 años que usan algún anticonceptivo y porcentaje de obesos (entre 15 y 49 años), aunque cabe aclarar que en la ENCOS se aplicó el cuestionario individual a personas de 18 y más. Un aspecto innovador fue que esta encuesta introdujo preguntas sobre violencia intrafamiliar.

Variables Sociodemográficas	Diversas Encuestas de salud 1992-99 del Estado Español *	Género, salud y desarrollo en las Américas **	Encuesta Continua ***
Población total		X	
Población urbana		X	
Esperanza de vida al nacer (años) 2002		X	
Estado civil	X		X
Nivel de estudios	X		X
% de población alfabeta (15 y más años)		X	X
Ocupación	X		
Promedio de horas trabajadas	X		
% de la población en actividad económica		X	
Salario población ocupada		X	
Cuidado de los < 5 años	X		
Cuidado \geq 65 años	X		
Cuidado de discapacitados/as	X		
Reparto de cuidados	X		
Trabajo doméstico	X		X
Distribución al interior del hogar del trabajo doméstico	X		
Disponibilidad de ayuda externa para trabajo doméstico	X		
Ingreso nacional bruto per cápita		X	
% de la población que vive bajo US\$1 diario o debajo de la línea nacional de pobreza		X	
% de hogares urbanos encabezados por mujer (total, pobres, no pobres)		X	X
% de la población con acceso a agua potable		X	X
Saneamiento básico		X	X
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)		X	

Fuente: *Rohlf, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000; 14(2):146-155.

**Unidad de Género y Salud de la OPS.

*** ENCOS / Seguro Popular Octubre 2004.

Variables de Salud	Encuestas de salud del Estado Español*	Género, salud y desarrollo en las Américas**	Encuesta Continua***
Tasa de mortalidad estimada por 100,000 mujeres para cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata		X	
Número de nuevos casos de SIDA		X	
% de adultos con VIH Sida (entre 15 y 49 años)		X	
% de jóvenes con VIH/SIDA (entre 15 y 24 años)		X	
% de mujeres y hombres en unión entre 15 y 49 años que usan algún anticonceptivo		X	X
Atención de salud por personal capacitado (%) Atención prenatal y de parto		X	
% de nacimientos por cesárea		X	
% de adolescentes que fuman		X	
% de la población que fuma 20 cigarrillos a la semana o más			X
% de adultos obesos (entre 15 y 49 años)		X	X
Población que ha consultado al dentista en el último año			X
Población >65 años con pérdida total de dientes			X
Número de consultas ambulatorias			X
Promedio de días de hospitalización			X
Número de accidentes atendidos en servicios de emergencia por lugar de atención			X
Mujeres de 18 y más con Mamografía			X
Mujeres de 18 y más con papanicolaú			X
Diagnóstico de primera vez para enfermedad renal			X
Diagnóstico por un médico para enfermedad cardiovascular			X
Diagnóstico por un médico para asma			X
Diagnóstico por un médico para diabetes			X
Diagnóstico por un médico para hipertensión			X
Diagnóstico por un médico para cataratas			X
Diagnóstico por un médico para cáncer de próstata			X
Mortalidad para enfermedad cerebrovascular		X	
Mortalidad para enfermedad isquémica del corazón		X	
Mortalidad por causas externas		X	
Mortalidad por diabetes mellitus		X	
Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado		X	
Mortalidad por cáncer de pulmón		X	
Número de defunciones por VIH/SIDA		X	
Violencia intrafamiliar			X

Fuente: *Rohlfis, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000; 14(2): 146-155.

**Unidad de Género y Salud de la OPS.

*** ENCOS / Seguro Popular Octubre 2004.

3. RESULTADOS DE LA ENCOS CONSIDERANDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Indicadores sociodemográficos de la ENCOS 2004

Distribución de la muestra por entidad federativa según sexo (Cuadro 1)

La información de la distribución de la muestra para Colima, Jalisco y Sinaloa se presenta en el cuadro No. 1. Se observa una leve mayoría de mujeres respecto de los hombres. Siendo mayor la diferencia entre mujeres y hombres en el estado de Colima. La diferencia en la proporción de hombres y mujeres difiere discretamente con los datos del censo

Cuadro 1. Distribución de la muestra por entidad federativa según sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Colima	268766	316658	585424
	45.9%	54.1%	100.0%
	5.6%	5.9%	5.8%
Jalisco	3198731	3606048	6804779
	47.0%	53.0%	100.0%
	66.4%	67.6%	67.1%
Sinaloa	1348200	1410137	2758337
	48.9%	51.1%	100.0%
	28.0%	26.4%	27.2%
Total	4815697	5332843	10148540
	47.5%	52.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

nacional del 2000. El índice de masculinidad en Colima para el año 2000 de acuerdo con el censo fue de 97.7, mientras que en la ENCOS es de 84.9, esto significa que la ENCOS captó un mayor número de mujeres que el censo. De similar forma, en Jalisco, de acuerdo con el censo, el índice de masculinidad fue de 94.4, mientras que la ENCOS, lo reporta como 88.7. La menor diferencia entre ambas fuentes de información se observa en Sinaloa, donde el índice de masculinidad de acuerdo con el censo fue de 99.3, mientras la ENCOS lo reporta en 95.6.

Población Urbana y Rural por sexo (Cuadro 2)

En el estrato urbano se percibe una mayor proporción de mujeres (53%) que de hombres (47%). En el estrato rural no se observan diferencias en la proporción de hombres y mujeres, 50.9% y 49.1% respectivamente).

Cuadro 2. Población urbana y rural según sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Urbano	3787577	4266572	8054149
	47.0%	53.0%	100.0%
	78.7%	80.0%	79.4%
Rural	1028120	1066271	2094391
	49.1%	50.9%	100.0%
	21.3%	20.0%	20.6%
Total	4815697	5332843	10148540
	47.5%	52.5%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

Promedio de ingresos anuales según sexo del jefe de familia

El promedio de ingresos anuales en dólares fue mayor cuando el jefe de familia fue hombre 6672.48, (DE= 68,638.25) comparados con 5324.95 dólares (DE=5830.27) si el jefe de familia fue mujer.

De acuerdo a lo reportado en la literatura las mujeres se concentran en ocupaciones de baja remuneración o perciben salarios inferiores por el mismo trabajo –el ingreso medio de las mujeres como porcentaje del ingreso de los hombres varía entre el 57% en México y el 79% en Colombia, y el ingreso por remuneración de las mujeres representa el 70% del ingreso masculino en la Región.¹⁰

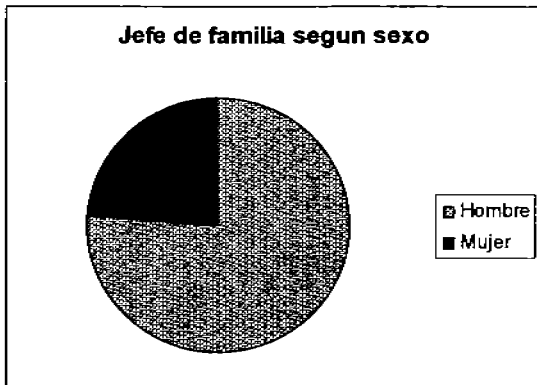
Y el dato de que el impacto de un ingreso extra en el hogar sobre la supervivencia infantil es 20 veces mayor si proviene de la madre que si proviene del padre.¹¹

Otro indicador importante es la jefatura de hogar que culturalmente esta asignada a una figura masculina. Aspecto que se venido modificando siendo la proporción de mujeres

¹⁰ Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública. Vol. 11 no. 5-6 Washington May/Jun 2002.

¹¹ Hofbauer H., Sánchez-Hidalgo D., Zebadúa V. Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos p. 37

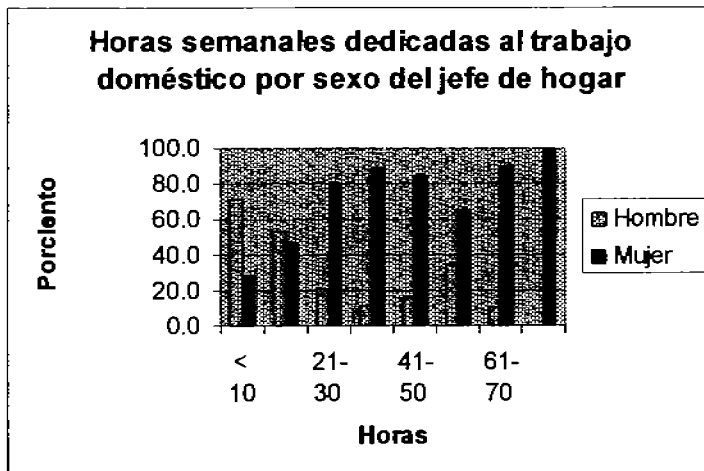
jefas de hogar es del 24% en la ENCOS, dato discretamente mayor a lo reportada en la Encuesta de Empleo 2003 de 20.6%. Y que del total de mujeres entrevistadas que refirieron ser jefas de familia, 28.4% de las mujeres tuvieron pareja e hijos, comparadas con el 96.2% de los hombres, mientras que el 71.6% de las mujeres jefas de familia no tienen pareja y tienen hijos, comparadas con el 3.8% de los hombres.



Fuente. Encuesta Continua de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública 2004

Uso del tiempo

Tradicionalmente se ha observado que son las mujeres las responsables del trabajo doméstico en los hogares y las cifras de la ENCO muestran que los patrones culturales se mantienen con muy pocos cambios. El 48.3% de los hombres dedican menos de 10 horas a la semana al trabajo doméstico, mientras que solamente 16.3% de las mujeres dedican ese tiempo a las tareas domésticas, proporción que se va incrementando para las mujeres en la medida que se dedican más horas al trabajo doméstico. La proporción de mujeres que dedican 61-70 horas a la semana fue de 3.8 % y de solamente 0.5% de hombres. Un 0.3% de las mujeres refirieron realizar de 71-80 horas a la semana de trabajo doméstico y ningún hombre refirió dedicar esta cantidad de tiempo a las tareas domésticas.



Fuente. Encuesta Continua de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública 2004

De los indicadores de salud de la ENCOS retomaremos los que se refieren a las enfermedades crónicas y particularmente describiremos con más detalle lo reportado en la literatura para diabetes. Y este dato se refiere a los casos diagnosticados por un médico para el momento en que se llevó a cabo la entrevista.

Factores de riesgo

Consideramos importante definir en primer lugar que es factor de riesgo, para después continuar con la explicación de los factores de riesgo reportados en la literatura y su relación con las enfermedades crónicas. Se llama factor de riesgo a una condición biológica, de estilo de vida, socioeconómica o de otro tipo, que se halla asociada con un incremento de la probabilidad de enfermar.¹²

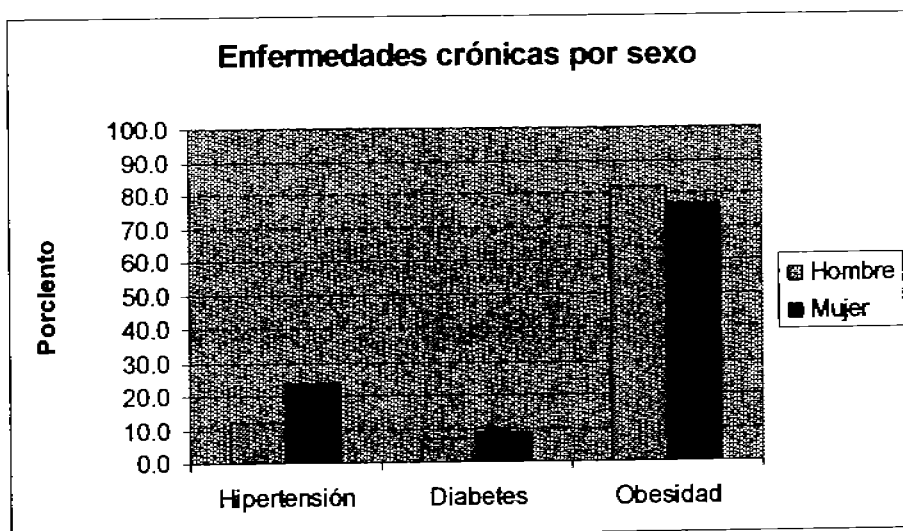
Las enfermedades crónicas o también denominadas enfermedades no transmisibles como son: diabetes mellitus, cardiovasculares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y algunos tipos de cáncer, etc. Hay una asociación importante entre consumir alimentación poco saludable y falta de actividad física con enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes tipo 2 o mellitus.

¹² Gil Piédrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a edición. p. 654

A nivel mundial ha aumentado rápidamente la carga de enfermedades no transmisibles. En 2001, éstas fueron la causa de casi el 60% de los 56 millones de defunciones anuales y del 47% de la carga mundial de morbilidad.¹³

En México las enfermedades no transmisibles incrementaron representando el 73.3% de la mortalidad proporcional en el año 2000 (vs 49.8% en 1980). La prevalencia de hipertensión arterial (30%), diabetes (10.1%) e hipercolesterolemia (43%) son altas y diabetes representa la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres.¹⁴

Para diabetes diagnosticada por un médico en la ENCOS se observa una ligera mayor proporción de para las mujeres, 9%, respecto de los hombres que reportaron 7.1%. La presencia de obesidad, definida como índice de masa corporal mayor a 30.0 se presenta en mayor porcentaje en las mujeres, 23.2% respecto de los hombres que lo manifiestan en 18.4% de mujeres. Y en hipertensión es casi el doble de la de los hombres, 23.9% y 12% respectivamente.



Fuente. Encuesta Continua de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública 2004

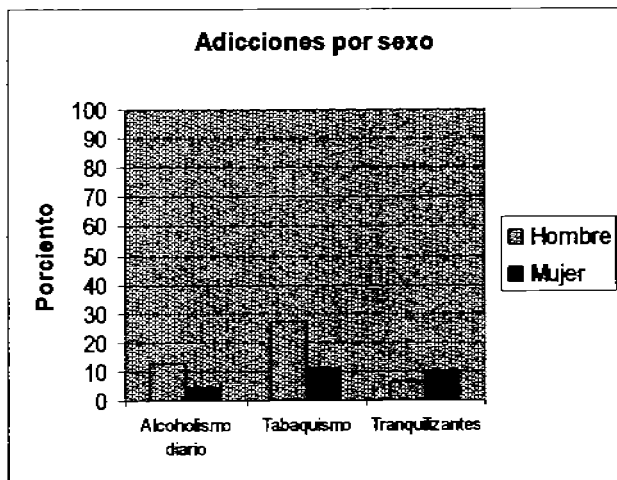
¹³ OMS. Estrategia Mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud Pag. 2

¹⁴ www.paho.org/spanish/d/csu/BriefMEX.Esp.pdf

Riesgos a la salud diferenciados por género

La socialización diferenciada tiene como consecuencia que hombres y mujeres vivan de manera diferente el concepto de riesgo. Esto es lo aprendido y la forma de enfrentar la vida y sus actividades, expone a hombres y mujeres a riesgos distintos. A continuación presentaremos el consumo de drogas lícitas por sexo, en donde podemos observar que los hombres reportan que consumen más alcohol (12.8 vs 4.3%), tabaco (27 vs 11.2%) y las mujeres (9.9 vs 6.5) consumen más tranquilizantes.

En este apartado solo revisaremos los factores de riesgo que considere tienen mayor relevancia en el análisis de género.



Fuente. Encuesta Continua de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública 2004

Respecto al consumo de drogas ilícitas también fueron los hombres quienes reportaron haber consumido más durante el último año. En cuanto a cocaína (1.2 vs 0%), marihuana (2.2 vs 0.3%) solo en el consumo de anfetaminas se reportó un consumo ligeramente mayor en mujeres (1.2 vs 1.5%).

De acuerdo a lo reportado en la literatura podemos observar que se menciona que son los hombres quiénes se exponen más a conductas de riesgo como son el consumo de drogas, el participar en actos violentos.

Indicadores de uso de servicios en la ENCOS

En esta Encuesta se preguntó por aspectos de acceso a los servicios y los resultados muestran muy poca diferencia en la apreciación sobre el tiempo para llegar al lugar de atención así como el tiempo de espera para recibir la atención.

4. CONSIDERACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE SALUD EN BASE A LOS INDICADORES ANALIZADOS DE LA ENCOS RETOMANDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El responder a este planteamiento de dar sugerencias para la formulación de políticas en salud es muy ambicioso. Y he de reconocer que los hallazgos encontrados en la encuesta no son válidos por sí solos para realizar en base a estos resultados, una propuesta de política que pueda integrar el enfoque de género para reducir la inequidad.

Por lo que a partir de este momento retomare solamente lo reportado para diabetes, hipertensión y obesidad en la ENCOS e intentaré relacionar estos problemas de salud con los aspectos de género que lo determinan.

Las enfermedades no transmisibles como obesidad, hipertensión y diabetes tienen en común factores de riesgo que mencione anteriormente y que son la falta de actividad física, bajo consumo de frutas y verduras, consumo de tabaco y alcohol. Aspectos importantes que están siendo tomados en cuenta para el diseño de políticas en salud. Y que se integran en los planes de salud ya sea a nivel preventivo o curativo.¹⁵

¹⁵ OMS. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Macroeconomía y Salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra, 2001. p. 2

Respecto a la ENCO la pregunta que se realizó fue si alguna persona en el hogar había sido diagnosticada por el médico durante los últimos doce meses. Y los resultados que se obtuvieron son que 81.6% de hombres fueron diagnosticados con obesidad siguiéndolos muy de cerca 76.8% de mujeres. En el caso de diabetes 7.1% hombres respondieron afirmativamente al diagnóstico médico y 9% mujeres. Y respecto a hipertensión se observa que la proporción de mujeres es de casi el doble siendo de 23.9% y 12% para hombres.

Las encuestas son un instrumento que nos permite conocer información de primera mano, que a veces no puede ser accesible mediante la búsqueda de estadísticas. Es por esto que se abre una posibilidad muy interesante de medir aspectos que no han sido contemplados como es el trabajo reproductivo, el trabajo productivo, la clase social, el apoyo social, el estado de salud autopercebido, la calidad de vida, la salud mental y los trastornos crónicos.¹⁶

Una vez que conocemos la dimensión de los problemas de salud es posible analizar estos resultados desde la perspectiva de las diferentes áreas involucradas. En mi caso haré referencia a algunos estudios de economía de la salud que tiene diversos métodos para calcular costos de tratamiento, o la inserción de nuevas categorías para el análisis macroeconómico. Y que tienen relevancia porque si se conoce mejor un problema puede destinarse mayor cantidad de recursos monetarios, materiales o humanos para su resolución. Así como incluir el análisis macroeconómico sobre todo en lo referente a la elaboración de presupuestos que incluyan la perspectiva de género.

Ya que la macroeconomía trata con los agregados de la producción de bienes y servicios de un país. Los elementos principales que la conforman son la política de tipo de cambio, la política monetaria y la política fiscal. Y los presupuestos para salud los elaboran expertos en política fiscal. Sabemos que hay muchos criterios que influyen en la determinación de presupuestos encaminados a resolver prioridades, pero consideramos que reducir la inequidad debe ser una prioridad en salud y educación.

¹⁶ Rohfs I., Borrell C., Artazcoz L., Colomer C., Escribá V., García-Calvente M., Yacer A. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14(2): 146.

Una macroeconomía sensible al género debe incluir además a los hogares, la llamada "economía del cuidado".¹⁷ Es en los hogares que se realiza la mayor parte de los cuidados a niños, ancianos, enfermos.

Otro elemento importante en la toma de decisiones es el costo de tratamiento, que exponemos a continuación. La Diabetes tiene severas repercusiones en salud a nivel individual que se traduce en un alto costo económico para las personas que lo padecen y para las economías representa una pesada carga financiera. A Estados Unidos la diabetes le costo cerca de 132,000 millones de dólares al año, 92,000 millones de los cuales por concepto de gastos médicos directos y 40,000 millones de costos indirectos como consecuencia de la pérdida de productividad. El costo promedio anual por concepto de atención médica de una persona con diabetes ascendió a \$13,243 dls en 2002, en comparación con \$2,560 dls para una persona que no sufre diabetes. Los gastos por concepto de diabetes representaron el 11% de los gastos del sector salud a nivel nacional durante el año 2002.¹⁸

El costo directo de la atención es el costo en que incurre el prestador de la atención médica para la producción de un servicio y el costo indirecto es el costo en que incurre el consumidor para obtener el servicio de atención médica incluyendo tiempos de espera, de tratamiento, de traslado¹⁹ y que como se menciona se ven reflejados en la pérdida de productividad.

En México se realizó un estudio en 2005 en el que se calculó el costo de la atención incluyendo a tres instituciones de salud Instituto Mexicano del Seguro social, Instituto de Seguridad Social al Servicio del Estado y la Secretaría de Salud y se calculó que el

¹⁷ Hofbauer H., Sánchez-Hidalgo D., Zebadúa V. Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos p. 25

¹⁸ Gerberding J.L. MD. Diabetes incapacitante, mortal y en aumento. CDC. www.cdc.gov/diabetes/Spanish/glance.htm

¹⁹ Drummond MF. Principles of economics appraisal in health care. New York: Oxford University Press, 1980: 47-58.

costo total de la atención en dólares sería de \$317,631,206, que incluía \$140,410,816 de costos directos y \$177,220,390 de costos indirectos.²⁰

Los costos de tratamiento como se han venido estudiando hasta ahora contemplan los costos directos e indirectos de la atención para hombres y mujeres. Y creo que sería pertinente investigar si hay diferencias en el comportamiento del costo para hombres y mujeres. Ya sea considerando si en el comportamiento del caso promedio es semejante por sexo o si se presentan diferencias por ejemplo en las complicaciones para cada sexo. Tal vez esto permita el cálculo de presupuestos con un enfoque en el que se den recursos de forma diferencial para la atención de hombres y mujeres de acuerdo a sus necesidades. Y también se establezcan diferencias respecto a los programas preventivos dependiendo de los comportamientos de autocuidado o de exposición a riesgos.

La equidad es el aspecto central que hay que atender para en base a este planteamiento se considere para el diseño de políticas públicas. En palabras de Elsa Gómez el eje central de la atención de la salud es el impacto de la división del trabajo por sexo y del poder sobre el acceso diferencial a recursos que posibilitan el pago directo de servicios o la participación en planes contributivos de aseguramiento público o privado. Esto es la capacidad de pago de hombres y mujeres y de su capacidad para insertarse en el modelo de atención ya sea mediante el trabajo asalariado y teniendo derechohabencia al IMSS o ISSSTE o bien mediante la contratación de algún seguro médico privado o al Seguro Popular de Salud.

Gómez expone que la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres puede tener explicación en hipótesis de necesidad diferencial, de socialización de género y a las barreras financieras y de acceso.²¹

²⁰ Arredondo A., Zúñiga A. Economic Consequences of Epidemiological Changes in diabetes in Middle-Income Countries.

²¹ Op cit p. 9

Es importante considerar este tipo de categorías cuando se calculan los costos de tratamiento ya que en la hipótesis diferencial se refiere que las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad²²

La socialización diferencial de mujeres y hombres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud. Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de "cuidadoras de la salud hacen que las mujeres más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud.²³ De acuerdo a lo reportado por Elsa Gómez en un estudio realizado en Colombia los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio, aspectos difíciles de dimensionar.

Y en cuanto a género y barreras financieras al acceso a la atención

La desventaja femenina en cuanto a la capacidad de pago se deriva en primer lugar de la división del trabajo por género, que descarga sobre las mujeres la responsabilidad principal del trabajo doméstico, restringiendo así sus oportunidades en el mercado laboral. El segundo factor, tal vez más importante aún, es la desvalorización social del trabajo que realizan las mujeres en el hogar y en el mercado de trabajo.²⁴

Gómez sugiere que el criterio de equidad se base en la *necesidad* de atención. No solo en función de la reproducción sino también en la incidencia y prevalencia de enfermedades, particularmente de las asociadas con la mayor longevidad.²⁵

La utilización diferenciada por sexo según tipo de servicio demandado, las mujeres tienden a utilizar más frecuentemente los servicios preventivos como terapéuticos. Los

²² Verbrugge L.M. Pathways in health and death. En: Apple R (ed). Women, health and medicine in America. New York: Garland, 1990.

²³ Gómez, Gómez, Elsa. Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation. *Rev Panam Salud Pública* [online]. 2002, vol. 11, no. 5 [cited 2007-11-05], pp. 327-334. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49892002000500008

²⁴ Op cit p. 6.

²⁵ Op cit p. 7

hombres, por su parte, tienden a utilizar más los servicios de urgencia y en algunos casos, los servicios de internamiento hospitalario.

Finalmente es importante resaltar que diabetes mellitus es la primer causa de mortalidad en mujeres y la segunda causa para hombres en 2002. Por lo que es importante implementar cada vez más trabajos multidisciplinarios en el estudio de equidad de género en salud.

Conclusiones

La importancia de generar estadísticas con perspectiva de género, esto es, a partir de indicadores que no solo muestren la desigualdad entre los sexos en el espacio de la salud, sino que además nos permitan acercarnos a la explicación de tales fenómenos y a su transformación. Trabajar para combatir la confusión de que un análisis estadístico con perspectiva de género es igual a un análisis por sexo. Análisis estadístico con perspectiva de género puede ayudarnos a trascender la descripción para acercarnos a la explicación.

Condición salud enfermedad: Además de las diferencias biológicas que pueden influir en los diferentes patrones de sexo en la vulnerabilidad y el pronóstico, hay diferencias de género en el conocimiento y las creencias sobre la enfermedad, así como en las actitudes cuando aparecen los primeros síntomas. Deben tomarse en serio estas diferencias biológicas y sociales en la planificación y provisión de servicios.

Aún se pueden incluir variables para conocer de forma más fina la percepción que tienen hombres y mujeres de su salud y de sus necesidades de atención particularmente en encuestas de salud o en las encuestas poblacionales llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Geografía e Informática y el Instituto Nacional de Salud Pública.

La incorporación en el análisis de técnicas de economía de la salud, pueden ayudar a conocer la dimensión cuantitativa de algunos aspectos relacionados.

La diabetes mellitus es una enfermedad que crece muy rápidamente por lo que se necesita conocer la percepción que tienen las personas diagnosticadas con este tipo de padecimientos para generar programas diferenciales por género, de forma que realmente se llegue a influir en aspectos preventivos y curativos. Conocer si el

comportamiento de la enfermedad es igual para hombres y mujeres. Así como explorar si las complicaciones del padecimiento tienen algún comportamiento por sexo.

Glosario

Estudio Transversal: Estos estudios se basan en la definición estricta de una población, a partir de la cual se selecciona un determinado número de personas representativas de esta población, y se estima, a partir de esta muestra, la frecuencia de individuos que padecen la enfermedad.²⁶

Morbilidad: Es la tasa de enfermos por 100,000 habitantes y año. Puede ser de incidencia o casos nuevos anuales y de prevalencia o número total de enfermos existentes.²⁷

Prevalencia: Es el número de casos (tanto antiguos como recientes) de una determinada enfermedad que existen en una población. Hay dos tipos de prevalencia: la prevalencia puntual y la prevalencia de período. La prevalencia puntual es el número de casos de una determinada enfermedad que existen en una población.²⁸

Bibliografía

1. Arredondo A., Zuñiga A. Economic Consequences of Epidemiological Changes in diabetes in Middle-Income Countries
2. Cerón-Mireles P., Sánchez-Carrillo C., Robledo-Vera C., Reyes-Zapata H., Pedrosa-Islas L., Del Río A., Cerón-Mireles B., Ordaz-Hernández G., Olaiz-Fernández G. Aplicación de la perspectiva de género en la investigación en salud. Enviado para publicación.
3. Drummond MF. Principles of economics appraisal in health care. New York: Oxford University Press, 1980: 47-58
- 4.- Género, salud y desarrollo en las Américas. Unidad de Género y Salud de la OPS.
- 5.- Ríos R. Genero, Salud y desarrollo: un enfoque en construcción. Washington: OPS 1993
6. Gil Piédrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a edición. p. 654, 511, 76, 84.

²⁶ Gil Piédrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a edición. p. 84

²⁷ Gil Piédrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a edición. p. 511

²⁸ Gil Piédrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a edición. p. 76

- 7.- Gómez E. Equidad, Género y Salud. Marzo 2001.
8. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Pública*. Vol. 11 no. 5-6 Washington May/Jun 2002.
9. Gómez, Gómez, Elsa. Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation. *Rev Panam Salud Pública* [online]. 2002, vol. 11, no. 5 [cited 2007-11-05], pp. 327-334.
10. Hofbauer H., Sánchez-Hidalgo D., Zebadúa V. Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos p. 37
- 11.- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 11(3), pp. 429-445.
- 12.- ENCOS / Seguro Popular Octubre 2004.
13. OMS "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000" 1981.
14. OMS. Estrategia Mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud Pag. 2
15. Maldonado V. Desarrollo y desigualdad de género en México. Datos, Hechos y Lugares. INEGI 2003. p. 48.
16. Ríos R. Género, Salud y desarrollo: un enfoque en construcción. Washington: OPS 1993 p. 13
- 17.- Rohlfs, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14(2):146-155.
18. Robledo Vera C., Rojas Bravo M.I. Género Salud-Enfermedad. Elementos para entender su relación. CONAMED, Vol. 9, N úm. 1, ene-mar, 2004.
19. Verbrugge LM. Pathways in health and death. En: Apple R (ed). *Women, health and medicine in America*. New York: Garland; 1990.
20. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 11(3), pp. 429-445
21. www.paho.org/spanish/d/csu/BriefMEX.Esp.pdf

Agradecimientos:

Principalmente a mi padre por dirigir mis pasos hacia un proceso de superación académica. Por su visión progresista al desarrollo profesional de sus hijos y de forma particular a sus hijas. Y a mi madre por ser quien realmente lo hizo posible con su ayuda diaria. A mis hijas para que esto las motive a lograr sus metas y a mi esposo por su comprensión y su amor. A mis hermanos (as) por su cariño y apoyo.

A Susana Cerón por compartir conmigo su interés por el tema de género en salud y ser una guía de aprendizaje. A Luis Alonso Vázquez, Margarita Márquez y Elizabeth Ortega por su amistad y ayuda y su fe en que esto sucedería. A Rosalba Rojas por permitirme el acceso a los datos de la encuesta. A Laura Mendoza por la disponibilidad de tiempo para realizar este trabajo. Y a María I. Hernández y a Aremis Villalobos por su ayuda y comentarios.