

BORRADOR
Versión: Enero 2003

**PROPUESTA DE INDICADORES BÁSICOS PARA EL
MONITOREO DE LA SITUACIÓN DE LAS SALUD
DE LAS MUJERES**

Mujer
salud, y desarrollo



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

PROPUESTA DE INDICADORES BÁSICOS PARA EL MONITOREO DE LA SALUD DE LAS MUJERES¹

El logro de la equidad de género en la salud hace necesario realizar periódicamente una evaluación de los impactos de las intervenciones que se desarrollan en el ámbito de la salud, sobre la salud de las mujeres. Es fundamental conocer el progreso hacia el logro de la equidad en la salud, considerando su situación de salud de las mujeres, su rol como usuarias de los servicios, sus aportes para el financiamiento de los servicios de salud, y su participación como proveedoras de la atención.

De acuerdo a las necesidades y realidades en cada país, esta lista básica de 18 indicadores para monitoreo puede ser ampliada con otros que permitan medir los cambios ocurridos en el campo de la salud de las mujeres, como consecuencia de las intervenciones u omisiones con respecto a las principales afecciones de salud y recursos que permiten el logro y mantenimiento de la salud.

En general, los indicadores de mortalidad no son muy recomendables para monitoreo, sin embargo, por la relevancia para el caso de las mujeres, y por sugerencia de expertas de la Región, se han incluido indicadores de algunas causas de mortalidad.

¹ Esta lista de indicadores forma parte de una propuesta amplia de indicadores para análisis y monitoreo de la equidad de género en salud, en el que se incluye el marco conceptual.

**PROPUESTA DE INDICADORES DE MONITOREO
DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES**

SITUACIÓN DE LA SALUD

Mortalidad evitable

Mortalidad evitable por detección y tratamiento oportunos

1. Tasa de mortalidad materna
2. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del útero

Mortalidad evitable en menor grado

3. Tasa estimada de mortalidad por cáncer de mama
4. Tasa estimada de mortalidad por hipertensión, por sexo

Morbilidad y lesiones evitables

Nutrición

5. Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia
6. Porcentaje de la población adulta afectada por obesidad, por sexo

Enfermedades no transmisibles

7. Tasa de incidencia de neoplasias malignas de cuello de útero

Violencia intrafamiliar y abuso sexual

8. Tasas de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Salud mental

9. Tasa de depresión, por sexo

Salud reproductiva

10. Porcentaje de mujeres en unión, que usa anticonceptivos modernos
11. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que ha tenido por lo menos un hijo
12. Incidencia de VIH/SIDA, por sexo

ATENCIÓN DE LA SALUD

ACCESO Y UTILIZACIÓN

Utilización de servicios

Promoción y servicios

13. Porcentaje de mujeres que ha recibido atención de personal de salud capacitado en el parto
14. Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se ha realizado un Papanicolau en los últimos 3 años

Calidad

15. Satisfacción de usuarios y usuarias sobre la calidad de los servicios
16. Número de cesáreas con respecto al número de partos vaginales

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN

Sector Privado

17. Gasto de bolsillo en salud, por sexo

GESTIÓN DE LA SALUD

18. Participación laboral femenina en diferentes profesiones del sector salud

SITUACIÓN DE LA SALUD

MORTALIDAD EVITABLE

MORTALIDAD EVITABLE POR DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNOS

Tasa de mortalidad materna

Definición:

Número de defunciones de mujeres mientras están embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debidas a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, su interrupción o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, con respecto al número de nacidos vivos, expresado por 100000 nacidos vivos, en un determinado territorio y año. Se debe incluir la *defunción materna tardía*, después de los 42 días y antes de los 365 días posteriores al parto o al aborto; y la *defunción relacionada con el embarazo*, en el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto, independientemente de la causa (CIE-10).

Relevancia:

Es un indicador significativo de los riesgos de salud reproductiva de las mujeres. La disparidad que muestra este indicador entre los países con diferentes niveles de desarrollo significa que la mayoría de estas muertes podría ser evitada si se toman medidas preventivas y de cuidado de manera oportuna.

El hecho de que en la región la mortalidad por factores relacionados con complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, continúe figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva constituye una evidencia indiscutible de inequidad, si se considera que dichas muertes son esencialmente prevenibles ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos y desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para evitarlas. La posibilidad del acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad que detecten el riesgo en forma temprana, podría reducir sustancialmente el número de defunciones maternas mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para la prevención de los embarazos no deseados.

La dificultad para lograr una determinación del número real de mujeres que mueren en el proceso de embarazo, parto y lactancia es un reflejo de la baja prioridad relativa que continúa otorgándose a este tema. En América Latina y el Caribe se han detectado subregistros del orden de 39% a 72%, pese a lo cual las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen una de las cinco primeras causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años en 8 países de la región. A pesar de este subregistro, por las disparidades entre países, es un indicador de desarrollo humano que muestra diferencias significativas entre los desarrollados y los menos desarrollados.

El aborto, como causal de defunción adolece de un subregistro aún mayor, debido al carácter de ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas, sin embargo según cifras oficiales, figura entre las principales causas de mortalidad materna. Por ejemplo,

según datos de OPS (OPS, 1998) la mortalidad por aborto aporta con 67% al total de mortalidad materna en Trinidad y Tobago.

Datos requeridos:

Número de muertes maternas en un específico período de tiempo. Número de nacidos vivos en ese mismo período.

Fuentes de datos:

- Registros vitales que pueden complementarse con autopsias verbales o auditorías de mortalidad materna.
- Censos
- Comités/Comisiones de Estudios y Prevención de la Mortalidad que tienen datos cualitativos que contribuyen al subregistro

Las tasas de mortalidad materna para cada país se pueden encontrar estimadas en la Página Web de OPS: Programa Especial de Análisis de Salud – SHA; y en la Página Web de CEPAL: Unidad Mujer y Desarrollo.

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia; urbano y rural
- Causas específicas de mortalidad materna: hemorragia, toxemia, aborto, infecciones, y complicaciones por la lactancia y el puerperio
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49

Comentarios:

En términos estadísticos, es más preciso hablar de razón que de tasa. La tasa de mortalidad materna sería el número de muertes maternas con relación al total de mujeres en edad fértil (15-49 años), expresada por 100000, es decir, estaría midiendo exposición al riesgo.

Por la alta incidencia de abortos inseguros en edades cada vez más tempranas en varios países de la región, se sugiere construir un indicador complementario sobre tasa de mortalidad por aborto inseguro en el tramo etareo de 12 a 49 años.

Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del útero

Definición:

Número de defunciones estimadas debidas a neoplasias malignas de útero (cuello y cuerpo), entre las mujeres de una determinada edad, con respecto al total de esa población, expresada por 100000, para un año y territorio determinado.

Relevancia:

En América Latina y el Caribe, el cáncer del cuello uterino representa un problema de salud pública todavía más extendido que el del cáncer de mama. Esta realidad persiste, pese a que desde hace más de 50 años existe una tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases que ofrecen una probabilidad de curación de 100%: la prueba de la citología vaginal ideada por Papanicolau.

La trascendencia de este problema, en términos de salud pública, estriba no solo en la alta frecuencia de este cáncer, sino también en el hecho de que la población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos.

En un grupo de países de la región con información disponible, las tasas más bajas de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre las mujeres de 35 a 64 años, en contraste con el cáncer de mama, corresponden a Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico, y las más altas a Jamaica, México, y Nicaragua. En Canadá y Estados Unidos, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino ha disminuido sustancialmente desde los años 60, debido principalmente a programas de detección y acceso a servicios de manera oportuna.

Datos requeridos:

Muertes por causa de neoplasia malignas del útero. Población femenina en la edad de referencia.

Fuentes de datos:

- Sistemas de registros vitales
- Encuestas

El indicador, a nivel de país, se puede encontrar en la Página Web de OPS: Programa Especial de Análisis de Salud –SHA.

Niveles de medición sugeridos:

- Grupos de edad: 30-49, 50-64, 65 y más años
- Área de residencia: urbano y rural
- Nivel de instrucción
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)

MORTALIDAD EVITABLE EN MENOR GRADO

Tasa estimada de mortalidad por cáncer de mama

Definición:

Razón entre el número de defunciones estimadas debidas a cáncer de mama en una determinada edad y el total de mujeres de esa población, expresada por 100000, para un año y territorio determinado.

Relevancia:

El cáncer de mama cada vez afecta a más mujeres en la región. Si bien las tasas de mortalidad son mayores entre las mujeres de los países más desarrollados, las tasas están creciendo rápidamente entre los países de relativo desarrollo dentro de la región. Entre 1965 y 1985, las tasas de mortalidad por cáncer de mama, en Canadá y Estados Unidos, se incrementaron en 1,3%; Uruguay presentó un incremento de 3,7%; Chile registró un incremento de 3,9%; Puerto Rico, 14,7%; y Costa Rica, y 17,1%.

Entre los 9 países seleccionados (PAHO, 1998), Canadá, Estados Unidos y Argentina, presentaron las tasas más altas de mortalidad por cáncer de mama, en todos los grupos de edad. Las tasas más bajas fueron para México y Colombia. En números absolutos, las muertes por cáncer de mama es más común entre mujeres de 50 y más años (OPS, 1998)

Asociados al cáncer de mama, a más del componente hereditario, están una temprana menarquia, una menopausia tardía, tener un primer niño después de los 30 años de edad. También existe literatura que asocia el cáncer de mama a presencia de factores de estrés como malas relaciones conyugales, abandono del cónyuge, muerte de un hijo; asimismo, pueden tener relación con el cáncer de mama los problemas de contaminación ambiental, el hábito de fumar, tipos de alimentación, y uso de hormonoterapia de reemplazo en el climaterio.

Datos requeridos:

Número de muertes por cáncer de mama. Población femenina en los diferentes grupos de edad.

Fuentes de datos:

- Sistemas de registros vitales
- Encuestas

La mortalidad por cáncer de mama, a nivel de total para cada país, se puede encontrar en la Página Web de OPS: Programa Especial de Análisis de Salud – SHA.

Niveles de medición sugeridos:

- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más
- Área de residencia: urbano y rural
- Nivel socioeconómico
- Nivel de instrucción
- Estado civil

Tasa estimada de mortalidad por hipertensión, por sexo

Definición:

Razón entre el número de defunciones estimadas debidas a hipertensión en mujeres y el total de la población femenina, expresada por 100000. Igual para los hombres.

El indicador de disparidad sería la razón entre la tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas de las mujeres con respecto a la tasa de los hombres.

Relevancia:

Entre las mujeres, la hipertensión tiene mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos, y de menor educación. La alimentación con agregados de cloruro de sodio en demasía marca razones concretas en la aparición de los síntomas, así como el climaterio.

De acuerdo a datos de OPS (PAHO, 1998), la tasa de años de vida potencialmente perdidos (YPLL) por enfermedades relacionadas con la hipertensión, en el período 1960-1994 se ha incrementado únicamente en Nicaragua. En Colombia, El Salvador, México y Venezuela las tasas de YPLL se han mantenido sin cambio; y en los otros países analizados, Estados Unidos, Canadá, Chile, Argentina, Trinidad y Tobago, Barbados, Costa Rica, y Cuba, las tasas han disminuido. En Barbados, Colombia, México y Nicaragua, las tasas de YPLL para las mujeres fueron consistentemente más altas que para los hombres en todo el período en referencia.

En Estados Unidos y Canadá se registran las tasas más altas de mortalidad por hipertensión, con un incremento significativo para los hombres; en Canadá, en el período 1990-1994, por cada año de vida potencialmente perdido por las mujeres, los hombres perdieron dos. La prevalencia es mayor entre las mujeres de raza negra.

Datos requeridos:

Número de muertes por hipertensión en hombres y mujeres. Población por sexo.

Fuentes de datos:

- Sistemas de registros vitales
- Encuestas

Niveles de medición sugeridos:

- Grupos de edad: 35-49, 50-64, 65 y más
- Área de residencia: urbano y rural
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)
- Estado marital
- Nivel de instrucción
- Nivel socioeconómico
- Condición de actividad

MORBILIDAD Y LESIONES EVITABLES

NUTRICIÓN

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia

Definición:

Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad con niveles de hemoglobina bajo 12 gramos/100 ml de sangre para mujeres no embarazadas y bajo 11 gramos/100 ml de sangre para mujeres embarazadas.

También se puede clasificar en: Anemia severa: < 7.0g/100 ml; Anemia moderada: 7.0-9.9g/100 ml; Anemia leve: 10.0-11.0g/100 ml.

Relevancia:

La deficiencia de hierro, para la mayoría de casos de anemia, es la forma más común conocida de deficiencia nutricional. Su prevalencia es más alta entre niños y niñas, y entre mujeres en edad fértil, especialmente entre las embarazadas. En las mujeres blancas puede aparecer anemia macrocítica por deficiencias gástricas, stress severo y carencia de vitaminas del Complejo B mientras en mujeres negras, la anemia falsiforme puede aumentar la incidencia derivada de carencias nutricionales varias.

Con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan y se intensifican durante el embarazo y la lactancia. Entre la menstruación y la menopausia, las mujeres necesitan absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, y más aún cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos. Con mucha frecuencia, para algunos grupos de mujeres, la satisfacción de estos requerimientos se ve limitada por patrones culturales que perpetúan o agravan el déficit existente. Por ejemplo, en los sectores pobres, el déficit nutricional para las mujeres por la escasez de recursos es agravado por patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal del hierro.

La anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de las mujeres, particularmente de las embarazadas. Más de la cuarta parte de las mujeres de la región padecen anemia ferropénica, no obstante, sólo en los servicios prenatales, cuya cobertura es muy limitada, se presta atención a este problema, cuando la corrección de la carencia de hierro y la educación sobre valores nutricionales de los alimentos debería iniciarse en la niñez. Para América Latina, se estimó que un 34% de mujeres estaba afectado de anemia, y entre mujeres embarazadas un 50% (WHO, 1995)

También existen otras formas de desórdenes alimentarios autoimpuestos, como son la anorexia y bulimia, principalmente entre las mujeres. Estos desórdenes se están presentando en todos los países de la región, aún entre personas menores de 15 años, que llevan a la morbilidad, esterilidad y frecuentemente son letales.

Datos requeridos:

Prevalencia de deficiencia de hierro en las mujeres encuestadas en los hogares o servicios de salud. Edad de las mujeres.

Fuentes de datos:

- Encuestas de epidemiología y salud familiar
- Encuestas nutricionales
- Sistemas de vigilancia nutricional

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia: urbano y rural
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)
- Condición marital
- Nivel socioeconómico
- Años de instrucción
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49

Comentarios:

Hoy se cuenta con instrumentos clínicos para medir la concentración de hemoglobina y hematocrito, forma de los eritrocitos, utilizando sangre venosa o capilar, a bajo costo, y precisión.

Porcentaje de la población adulta afectada por obesidad, por sexo

Definición:

Número de mujeres mayores de 15 años afectadas por obesidad con respecto al correspondiente total de mujeres de un territorio y edad determinados, medidos en base al índice de masa corporal (IMC). Igual para el caso de los hombres.

El indicador de disparidad sería la razón entre el porcentaje de las mujeres afectadas por obesidad y el porcentaje de los hombres.

Relevancia:

El sobrepeso, especialmente la obesidad es un predictor de la salud, que disminuye la esperanza de vida al nacer. La obesidad en personas adultas incrementa el riesgo para morbilidad y mortalidad asociadas con hipertensión, afecciones del corazón, problemas cerebrovasculares, diabetes mellitus, afecciones respiratorias, afecciones de la vesícula, algunos tipos de cánceres, gota, artritis y otras enfermedades crónicas.

Existe evidencia que la obesidad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Asimismo, se ha observado que se registra una mayor incidencia entre los grupos de menores ingresos. En situaciones de penuria económica, las mujeres recurren a una ingesta mayor de hidratos de carbono de diferente origen según la costumbre y uso regional. En Uruguay, un 38% de casos de obesidad se encontró entre las mujeres de bajos niveles socioeconómicos; en un estudio realizado en un barrio pobre de Lima, la prevalencia de mujeres afectadas por la obesidad alcanzó el 13%. En Barbados, entre los años 1968, 1981 y 1987, la obesidad entre los hombres se incrementó de 7%, a 16%, y a 17%; para las mujeres, la prevalencia pasó de 32%, a 38%, y a 46%. La OMS ha reconocido que la obesidad se está incrementando rápidamente en los países en desarrollo y ciertos sectores de los países desarrollados (WHO, 1995). A más de los problemas de salud, la imagen de sus cuerpos afecta más a las mujeres ya que en el mercado laboral, los empleadores exigen determinados estereotipos de belleza.

Datos requeridos:

El peso y la altura de las personas mayores de 12 años. Población de 12 años y más por sexo y edad.

Fuentes de datos:

- Encuestas

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia: urbano y rural
- Nivel socioeconómico
- Grupos de edad: 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 más

Comentarios:

Las mujeres embarazadas y aquellas que tienen un tiempo menor de tres meses del parto, son excluidas.

El IMC es la medida antropométrica definida como el cociente del peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la altura expresado en metros. Para la OMS, un IMC mayor o igual a 30 es un indicativo de obesidad (mayor o igual a 25 sería sobrepeso).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE MAYOR PREVALENCIA EN LAS MUJERES

Tasa de incidencia de neoplasias malignas de cuello de útero

Definición:

Razón entre el número de casos nuevos de tumores malignos de cuello de útero registrados durante un año específico, y el número de mujeres residentes en esa población, expresada por 100000.

Relevancia:

El cáncer del cuello uterino es un problema de salud pública importante que persiste pese a que por más de 30 años se cuenta con la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou, tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases que ofrecen una probabilidad de curación de 100%. Además, para el tratamiento en esas fases tempranas preinvasivas se cuenta con tecnologías relativamente sencillas generalmente disponibles en todos los países, mientras que la tecnología que se requiere para el tratamiento de las formas avanzadas de la enfermedad es de mayor complejidad y de alto costo.

La población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos, justamente por enfrentar mayores limitaciones para el acceso a los servicios de salud y atención ginecológica para la detección temprana de cáncer cérvico uterino. Para el año 2000, las tasas de incidencia más bajas fueron para Canadá y Estados Unidos, 7,8 y 8,2 respectivamente; y las más alta se presentaron para Haití con 93,9 y Nicaragua con 61,1 (OPS, Página Web). Al interior de los países también se reproduce esta relación inversa entre frecuencia de cáncer de cuello uterino y nivel socioeconómico. Según varios estudios, se ha demostrado que en Estados Unidos, las tasas de incidencia de cáncer invasivo son más altas entre las mujeres negras que entre las blancas.

Los factores de riesgo que comúnmente se vincula al cáncer cérvico uterino se relacionan con la promiscuidad sexual femenina y masculina, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el número elevado de partos, y todavía en controversia, el consumo de anticonceptivos orales.

Datos requeridos:

Número de nuevos casos de neoplasias malignas de cuello de útero. Población femenina por grupos de edad.

Fuentes de datos:

- Sistemas de registros administrativos
- Encuestas

La tasa de incidencia de cáncer de cérvico uterino por países se puede encontrar en la página Web de OPS: Programa Especial de Análisis de Salud – SHA.

Niveles de medición sugeridos:

- Grupo de edad: 30-49, 50-64, 65 más
- Nivel socioeconómico
- Área de residencia: urbano y rural
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)
- Estado civil

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL

Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Definición:

Número de mujeres atendidas por violencia intrafamiliar (física, psicológica y sexual) en el último año, dividido por la población femenina total, por 1000.

Relevancia:

Las diferentes intervenciones que se han realizado en la región sobre el tema de la violencia intrafamiliar han contribuido para que este problema se ventile en el ámbito público, y que las mujeres, principales afectadas, acudan a instancias creadas para atender estos casos. Entre las intervenciones están la promulgación y aplicación de las Leyes de Violencia contra las Mujeres, las campañas masivas realizadas para la prevención y orientación de las mujeres afectadas, la creación de modelos de atención que incorporan la participación comunitaria para la atención y prevención de violencia intrafamiliar, la creación y/o adaptación de instancias estatales de atención y sanción a casos de violencia intrafamiliar, la capacitación a las personas de los sectores de la salud, educación, policial y judicial, y otras. Todo este cúmulo de intervenciones promocionada, la mayoría de las veces, desde las ONGs de mujeres, han incidido para que las mujeres cada vez más acudan a centros de atención para denunciar casos de violencia y solicitar apoyo psicológico y legal; por ejemplo, en Guayaquil, la ciudad más grande del Ecuador, el número de denuncias de violencia intrafamiliar registrado para 1994 fue 6000, y para 1997 fue 16400.

El número de denuncias por violencia intrafamiliar no es una medida de la prevalencia o incidencia de este tipo de violencia, pero sí, por un lado, del nivel de apertura y disponibilidad y accesibilidad que existe para denunciar, y por otro lado de la demanda efectiva por servicios de atención de la violencia intrafamiliar. La información que se está recolectando sobre violencia intrafamiliar es crucial para la formulación de políticas orientadas a la prevención, atención y eliminación de la violencia y facilitar el ejercicio de los derechos de las mujeres.

Datos requeridos:

Numero de mujeres y hombres que han denunciado ser víctimas de violencia intrafamiliar.
Número de personas atendidas en el sector público y en las ONGs.

Fuentes de datos:

- Registros de denuncias reportadas en la policía, comisarías de familia, comisarías de la mujer, u otras instancias
- Registros epidemiológicos del sector salud
- Fichas de registro de las ONGs especializadas

Niveles de medición sugeridos:

- Condición de pobreza de los hogares (pobres y no pobres)
- Relación con el agresor
- Lugar donde se dio la agresión
- Nivel de severidad de la violencia
- Grupo de edad: menores de 15, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-64, 65 y más
- Área de residencia; urbano y rural
- Condición de actividad (trabajo remunerado o trabajo doméstico no remunerado)

- Nivel de instrucción (sin educación, primaria, secundaria, superior)
- Situación de embarazo (mujeres embarazadas o no embarazadas que sufren violencia)
- Tipo de atención demandada
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)

Comentario:

Si fuera posible contar con la información, se podría complementar con otros indicadores que midan la demanda de llamadas de emergencia y consejería telefónica para atención de violencia contra las mujeres.

SALUD MENTAL

Tasa de depresión, por sexo

Definición:

Razón entre el número de mujeres que han tenido episodios de depresión en un territorio y tiempo determinado y el número de mujeres residentes en esa población, expresada por 100. Igual para los hombres.

El indicador de disparidad sería la razón entre el porcentaje de mujeres que ha tenido episodios de depresión y el porcentaje de los hombres.

Relevancia:

La más común de las afecciones mentales es la depresión que puede ser leve hasta muy grave, y reviste particular importancia en la salud mental de las mujeres, pues la prevalencia es mayor entre ellas. Según el Global Burden Disease 2000, se ha estimado que la prevalencia puntual de depresión unipolar entre las mujeres alcanza el 3,2% y entre los hombres, el 1,9%, y que experimentarán un episodio depresivo en un período de 12 meses un 9,5% de las mujeres y 5,8% de los hombres. Asimismo, el GBD pone de manifiesto que el trastorno depresivo unipolar está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades, pues se trata de una afección responsable del 4,4% del total de años de vida ajustados por discapacidad y la causa principal de los años perdidos por discapacidad (11,9% de los APD).

En un estudio realizado en cinco sitios de los Estados Unidos por el Instituto Nacional de Salud Mental, se confirmó que el número de mujeres deprimidas es mayor que el de hombres en una relación 2 a 1, y que ese grupo sufrió especialmente episodios graves de depresión y distimia, ansiedad, sobre todo agorafobia y pánico, y somatización; particularmente entre las mujeres ancianas y pertenecientes a minorías (OPS, 1993). Se estima que aproximadamente 8% de la población de los Estados Unidos sufre de depresión y de trastornos afectivos y que dos tercios dejan de recibir tratamiento. A través de investigaciones se ha llegado a plantear la asociación de la depresión con infertilidad, situación marital conflictiva, jefatura de hogar sin cónyuge, violencia física y abuso sexual, pobreza, y soledad entre las adultas mayores por abandono familiar, pérdida del rol y síndrome de “nido vacío”(WHO, 1995). La mayoría de estos cuadros obedecen a roles asignados a las mujeres y desgaste por la multiplicidad de tareas en condiciones de carencias relacionadas con el género.

Datos requeridos:

Número de mujeres y hombres que han sido afectados por depresión. Población femenina y masculina por grupos de edad.

Fuentes de datos:

- Encuestas
- Registros de consulta hospitalaria
- Sistemas de salud nacionales
- Investigaciones cualitativas e historias de vida

Niveles de medición sugeridos:

- Grupo de edad: 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 más
- Nivel socioeconómico
- Condición marital

- Nivel de instrucción
- Área de residencia: urbano y rural
- Número y edad de los hijos
- Condición de actividad
- Participación en grupos sociales

Comentario:

Se podría asociar los niveles de depresión y la presencia de síntomas de anorexia y bulimia que se presentan con mayor frecuencia en mujeres.

SALUD REPRODUCTIVA

Porcentaje de mujeres en unión que usa anticonceptivos modernos

Definición:

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) en unión que usa anticonceptivos modernos y el número total de MEF en unión, por 100.

Relevancia:

La capacidad de planear el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos constituye un derecho fundamental de las parejas que se ha plasmado en algunos instrumentos internacionales. El acceso a información, la disponibilidad de un rango de métodos, y la alta calidad de servicios de planificación familiar son aspectos cruciales para facilitar a las mujeres y los hombres el ejercicio de su derecho a planificar los nacimientos. Además, el uso de métodos anticonceptivos es un ingrediente fundamental para asegurar el cuidado de la salud reproductiva.

Existe una variedad en las preferencias y evaluación de los riesgos y beneficios de cada método de anticoncepción. Este indicador mide la cobertura de uso de métodos de contracepción y la distribución de los métodos utilizados, por lo que, una fuerte concentración de usuarias en uno o dos métodos, podría ser una señal de limitación en la oferta o en el acceso.

Desde una perspectiva de género, es importante la oferta de métodos que provean la posibilidad de compartir la responsabilidad de la planificación familiar entre hombres y mujeres, por lo que sería útil calcular el uso de anticonceptivos por grupos de métodos orientados hacia las mujeres y métodos controlados por hombres. Los orientados a las mujeres son: pastillas, DIU, inyectables, métodos vaginales, y esterilización femenina; los métodos que involucran la cooperación de los hombres son; esterilización masculina, condón.

En América Latina y el Caribe, solamente el 22% de parejas utilizan métodos que requieren la participación de los hombres (United Nations, 1999c). La mayoría de métodos modernos dejan bajo la responsabilidad de las mujeres la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo.

Datos requeridos:

Número de mujeres en unión entre los 15 y 49 años que usan anticonceptivos modernos. Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años.

Fuentes de datos:

- Encuestas
- DHS

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia: urbano y rural
- Nivel socioeconómico
- Grupos de edad: 15-19, 20-34, 35-49
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Tipos de métodos anticonceptivos
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)

Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que ha tenido por lo menos un hijo

Definición:

Cociente entre el número de mujeres adolescentes comprendidas entre 15 y 19 años que ha tenido por lo menos un hijo, en un período determinado, con respecto al total de mujeres en este grupo de edad, por 100.

Relevancia:

La maternidad adolescente está asociada con mayores posibilidades de complicaciones durante el parto y de mortalidad materna agravado porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria.

El embarazo adolescente puede tener un efecto devastador, pues las jóvenes madres podrían perder su autonomía al buscar la ayuda de los padres o de otras personas, y por otro lado, muchas veces se ven obligadas a interrumpir sus estudios, limitando su desarrollo personal y social, y en el futuro, su progreso económico. Los riesgos particulares incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; además, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentarse otras complicaciones como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico.

De acuerdo a las encuestas DHS realizadas en 9 países, la proporción de mujeres adolescentes que tuvo un hijo o estuvo embarazada antes de los 20 años en relación con el total de mujeres adolescentes presentan rangos que van desde el 27% en Nicaragua, al 13% en Perú. A través de otros estudios, en Estados Unidos se ha estimado que el número de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años supera el millón todos los años, alrededor de dos tercios de este millón de embarazos terminan en nacimiento y alrededor de un tercio, en aborto provocado; a este grupo debe agregarse unas 30000 adolescentes embarazadas menores de 15 años.

Datos requeridos:

Número de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años que han tenido por lo menos un hijo.
Población femenina entre 15 y 19 años.

Fuentes de datos:

- Sistema de registros administrativos
- Censos de población

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia: urbano y rural
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)
- Nivel socioeconómico
- Estado civil
- Deseo de embarazo
- Años de instrucción
- Ocurrencia del parto: sector público o privado

Comentarios:

Se podría utilizar la tasa de fecundidad en adolescentes, que se calcula entre el número de nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años, dividido para el número de mujeres en esa edad, multiplicada por 1000.

Un indicador complementario podría ser el rol del padre durante el embarazo y la crianza, de tal manera que se pueda caracterizar la situación de las jóvenes adolescentes que son madres con respecto a la corresponsabilidad paterna.

Incidencia de VIH-SIDA, por sexo

Definición:

Número de casos nuevos de mujeres y hombres portadores de VIH-SIDA registrados durante un año específico y para un territorio determinado.

El indicador de disparidad sería la razón entre el número de casos de VIH-SIDA de los hombres con respecto al de las mujeres.

Relevancia:

Aunque la mayoría de casos de VIH-SIDA ocurre entre los hombres, su propagación se está incrementando rápidamente entre las mujeres. Una relación decreciente de los casos de hombres sobre los casos de mujeres con SIDA ha sido observado en varios países de América Latina (PAHO, 2000). En Argentina, por ejemplo, la relación pasó de 23,1 en 1988 a 3,7 en 1993; en Ecuador, estas cifras fueron de 31,0 y 4,7, respectivamente. Las proporciones más altas de mujeres afectadas por el SIDA se han venido registrando en los países del Caribe anglófono, el Caribe latino, y el Istmo Centroamericano y, dentro de éste último, particularmente Honduras.

La transmisión de la epidemia ha pasado de los grupos considerados con prácticas de alto riesgo (uso de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres) a la población general heterosexual. Las mujeres tienen que recurrir más frecuentemente que los hombres a transfusiones de sangre especialmente por las complicaciones del embarazo y el parto; en México, por ejemplo 62,6% de los casos de SIDA en mujeres, y sólo 6,7% de los casos de hombres han sido atribuidos a transfusión sanguínea.

Desde el punto de vista social, el desbalance de poder determinado por las relaciones de género, y mediado por la raza, la clase social, la edad y ciertas prácticas culturales, impide a muchas mujeres protegerse, y más bien las pone en una situación de mayor vulnerabilidad a la transmisión sexual del SIDA. Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA en parte responde a características biológicas por la mayor exposición de mucosa vaginal al momento de las relaciones sexuales, especialmente en edades jóvenes, pero también a las limitaciones en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, y la orientación hacia un comportamiento sexual pasivo y sin capacidad de negociación sobre sexo seguro.

A esta mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH-SIDA, se debe añadir que también son sujetas de mayor discriminación y estigmatización que los hombres cuando son portadoras del virus.

Datos requeridos:

Número de nuevos casos de SIDA de mujeres y hombres durante un período determinado. Población por sexo. Vías de transmisión.

Fuentes de datos:

- Sistemas de vigilancia

El número de casos, desagregado por sexo, se puede encontrar en la página Web de OPS: Programa Especial de Análisis de Salud – SHA

Niveles de medición sugeridos:

- Vías de transmisión
- Condición de actividad
- Trabajadores/as sexuales
- Área de residencia: urbano y rural
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)
- Grupos de edad: menores de 12, 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más
- Nivel socioeconómico
- Nivel de instrucción

Comentarios:

Este indicador, respondiendo a las diversas vías de transmisión, podría estar ubicado en enfermedades transmisibles, complementando con un indicador sobre prevalencia de VIH-SIDA.

Para monitorear el impacto de SIDA en mujeres y hombres, los datos de prevalencia de SIDA obtenidos de lugares centinelas pueden proveer mejores indicadores. Si los datos no son de buena calidad para uno de los sexos, se debe tener mucha precaución para su interpretación. Se podría estimar la tasa de incidencia anual con respecto a 100000 habitantes por sexo.

ATENCIÓN DE LA SALUD

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Porcentaje de mujeres que ha recibido atención de personal de salud capacitado en el parto

Definición:

Cociente entre el número de partos atendidos por personal de salud capacitado² y el total de partos en un determinado período, por 100.

Relevancia:

Algunas complicaciones no prevenibles durante el embarazo pueden presentarse al momento del parto, y la presencia de personal capacitado es crucial para el manejo de estas complicaciones. El personal apropiadamente entrenado para atender estas emergencias puede salvar las vidas de las madres y de los niños durante los partos. Estas intervenciones pueden ser provistas en centros de salud o facilidades pequeñas, si una mujer no puede llegar a los centros hospitalarios de servicios de salud.

Pese a que las deficiencias de la información dificultan la comparación entre países, se ha evidenciado la existencia de una relación inversa entre la magnitud de las tasas de mortalidad materna y la cobertura de atención del parto. Los países que muestran una tasa de mortalidad alta, la cobertura en el parto por personal capacitado es bajo. También son evidentes las diferencias en el acceso a atención capacitada en el parto entre los diferentes niveles socioeconómicos y área de residencia dentro de un mismo país.

Datos requeridos:

Número de mujeres cuyos partos fueron atendidos por personal de salud capacitado. Número total de mujeres que tuvieron un parto.

Fuentes de datos:

- Encuestas de hogares
- DHS

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia de la madre: urbano y rural
- Edad de la madre
- Nivel socioeconómico
- Nivel de instrucción
- Condición de actividad
- Estado civil
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)

Comentarios:

Se podría complementar con un indicador sobre el porcentaje de partos institucionales realizados por personal capacitado.

² Incluye parteras tradicionales que han recibido capacitación

Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se ha realizado un Papanicolau en los últimos 3 años

Definición:

Cociente entre el número de mujeres de 30 años y más que se ha realizado un Papanicolau (PAP) en los últimos 3 años y el total de mujeres de 30 años y más, por 100.

Relevancia:

El cáncer cervical es uno de los más comunes que afectan a las mujeres. Este cáncer que generalmente se desarrolla lentamente y es precedido por una condición tratable, puede ser detectado oportunamente a través de una citología vaginal o PAP.

En países con programas efectivos de detección, la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha disminuido entre un 50 y 60 por ciento. Las principales barreras para la implementación de programas efectivos incluyen la infraestructura para los PAP, ausencia de servicios de tratamiento para condiciones precánceres y cánceres, y el costo de la implementación del programa. El tratamiento del cáncer cérvico uterino en las etapas pre-invasivas es muy exitoso y de bajo costo, mientras que el requerido en las etapas avanzadas implica cirugía o radiación y resulta bastante más costoso. En general, en América Latina y el Caribe, los programas para el control de este cáncer se caracterizan por una baja cobertura en cuanto a citologías, agravado por la ineficiencia para procesar las pruebas dentro de un plazo que permita el diagnóstico y tratamiento oportunos. Al interior de los países tienen mayor acceso a un PAP las mujeres de mejores niveles económicos y residentes del área urbana.

Una de las principales causas del cáncer cervical es el virus papilloma humano que infecta las células en el útero. Las mujeres son usualmente infectadas con este virus en la adolescencia y en las siguientes dos décadas, y el desarrollo de la enfermedad puede tomar 20 años, por lo que el riesgo de desarrollar el cáncer cérvico uterino es más alto entre mujeres entre 30 y 50 años.

Datos requeridos:

Número de mujeres de 30 y más años que se han realizado un PAP en los últimos 3 años.
Población femenina de 30 y más años de edad.

Fuentes de datos:

- Encuestas de salud
- Encuestas de hogares

Niveles de medición sugeridos:

- Grupos de edad, a partir de los 30 años
- Área de residencia: urbano y rural
- Nivel socioeconómico
- Nivel de instrucción
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)

Comentarios:

El indicador debería ser adaptado de acuerdo a las guías para los exámenes de cada país. Algunos programas de detección de cáncer cérvico uterino han optado, por ejemplo, en focalizar a mujeres entre 35 y 39 años. Otros programas están focalizando a todas las mujeres adultas por lo menos una vez en sus vidas.

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD

CALIDAD

Satisfacción de usuarias y usuarios sobre la calidad de los servicios

Este indicador cualitativo permite conocer la percepción de las usuarias y los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud.

Por tratarse de un aspecto importante en el campo de la salud, en algunos países de la región se están realizando encuestas que incluyen preguntas respecto al grado de satisfacción de la población con respecto a los servicios de salud. Esta información, complementada con las razones para sus percepciones, es crucial para formular intervenciones orientadas a mejorar la calidad de los servicios y promover que las personas que requieren atención de salud acudan a los servicios correspondientes.

Número de cesáreas con respecto a número de partos vaginales

Definición:

Razón entre el número de cesáreas y el número de partos vaginales, en un período de tiempo y territorio determinado.

Relevancia:

A partir de estudios realizados por OMS, se ha llegado a establecer que la relación entre el número de partos por cesáreas con respecto al número de partos vaginales, no debe ser mayor a 15% .

Una mayor relación significa que se estaría realizando una práctica inadecuada en la atención de los partos.

La información disponible para 1991 sobre frecuencia de cesáreas en 20 países de la región muestra un rango que oscila entre 5% en Jamaica y 34% en Brasil. 10 países superan el 15%.

De acuerdo a estudios realizados por Germán Mora y Joao Yunes (OPS, 1993), uno de los factores que contribuyen al mantenimiento de elevadas tasas de mortalidad materna por complicaciones del puerperio es “el exceso de intervención médica durante el parto, y en particular la práctica indiscriminada de la cesárea”, pues el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en el parto por cesárea, en relación con el parto vaginal.

Datos requeridos:

Número de partos por cesáreas y número de partos vaginales realizados en un determinado tiempo y territorio.

Fuentes de datos:

- Encuestas de salud
- Encuestas de hogares
- Registros de los sistemas de salud

Niveles de medición sugeridos:

- Nivel nacional

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN

SECTOR PRIVADO

Gasto de bolsillo en salud, por sexo

Definición:

Razón entre la magnitud del gasto del hogar en la salud de las mujeres y la magnitud del gasto en la salud de los hombres.

Relevancia:

Desde la equidad de género, los aportes al financiamiento del sistema de atención de la salud deberán corresponder a la capacidad económica de las personas, y no a la necesidad o riesgo diferencial por sexo.

Este principio de equidad en la salud, para las mujeres, no se cumple, pues se ha evidenciado que:

- a) las mujeres pagan más en sistemas no solidarios
- b) las mujeres tienen menor capacidad de pago que los hombres

Por un lado, la menor capacidad de pago por parte de las mujeres producido porque, en su gran mayoría, ellas están insertadas en el mercado laboral en posiciones menos reconocidas y con menores remuneraciones, no se corresponde con el gasto de bolsillo que generalmente es mayor para ellas.

Por otro lado, el costo de la mayor necesidad de atención de la salud de las mujeres debido a su función reproductiva, recae principalmente sobre las mujeres, contrariamente a que este costo de la reproducción de la fuerza de trabajo sea asumido socialmente.

Para 4 países de América Latina y el Caribe, el gasto de bolsillo en salud es 16% a 40% más alto para mujeres que para hombres. En Estados Unidos, en edad reproductiva, las mujeres pagan 68% más que hombres en gastos de bolsillo por salud.

Datos requeridos:

Gasto de los hogares en salud para hombres y para mujeres.

Fuentes de datos:

- Encuestas de ingresos y gastos. Encuestas con módulos de salud.

Niveles de medición sugeridos:

- Área de residencia: urbano y rural
- Nivel socioeconómico
- Tipos de gasto: consulta, exámenes, medicamentos, otros
- Grupos específicos de la población (pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados)

GESTIÓN DE LA SALUD

Participación laboral femenina en diferentes profesiones del sector de la salud

Definición:

Cociente entre el número de mujeres ocupadas como médicas, odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, y personal de enfermería (auxiliares y técnicas) con respecto al total de personas ocupadas en cada una de las profesiones correspondiente, por 100.

Relevancia:

Por el proceso de socialización que condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y los hombres en la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género, las mujeres tienen una propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios. De allí que es evidente la alta proporción de la fuerza laboral femenina dedicada al trabajo en el campo de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria. No obstante, por las jerarquías de género, existen diferencias en términos de profesiones y especializaciones, y en los niveles de autonomía, decisión y remuneración.

Las mujeres, tradicionalmente, han estado subrepresentadas en ocupaciones en el sector salud relacionadas con mayor poder y capacidad de decisión, situación que las pone en desventaja en la definición de prioridades y asignación de recursos y en circunstancias de reducciones de personal. En la región, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores de la salud, pero están concentradas en los tramos de más baja remuneración, capacidad de decisión y prestigio. En Brasil, en 1980, las mujeres representaban el 94% de la categoría enfermero/a (11361 enfermeras), el 84% de personal de enfermería (252253 auxiliares y técnicos de enfermería) que son los grupos que perciben menores ingresos en el sector salud.

Datos requeridos:

Número de mujeres y hombres, en calidad de médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros y personal de enfermería, que trabajan en el sector de la salud.

Fuentes de datos:

- Estadísticas oficiales de la salud
- Censos de población
- Encuestas de empleo