



PERFIL DE GÉNERO Y SALUD DE LA SUBREGIÓN ANDINA - 2010



www.remmandina.org



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

www.paho.org



www.unfpa.org



www.aecid.es



PERFIL DE GÉNERO Y SALUD DE LA SUBREGIÓN ANDINA - 2010

613

Or3 Organización Panamericana de la Salud

Perfil de género y salud de la Subregión Andina, 2010. --

Panamá : Organización Panamericana de la Salud, 2011.

118p. ; 27 cm.

ISBN 978-9962-642-50-3

1. GÉNERO - SALUD I. Título.

Elaborado por:

Raquel Hurtado La Rosa, Consultora
Miguel Ramos Padilla, Consultor

Edición:

Cecilia Heraud Pérez

Dirección, Revisión Técnica y Producción:

Virginia Borra Toledo, Ministra de la Mujer y Desarrollo Social de Perú (MIMDES)

/ Presidenta Pro Tempore de REMMA

Catharina Cuéllar Asesora de Género y Salud para LAC, OPS/OMS

Lilia Jara, Asesora de Género y Etnicidad, OPS/OMS

Vielka Jones Burkett STC de Género y Salud OPS/OMS

Revisión Técnica:

María Edith Baca, OPS/PER

Dora Caballero, OPS/BOL

Hernan Rodriguez, OPS/COL

Genevieve Grabman, OPS/OMS, Washington DC

Alessandra Guedes, Asesora Violencia Intrafamiliar, OPS/OMS, Washington DC

Amaia Lopez, Oficial de Comunicación, Programa de Emergencia y Desastres, OPS/OMS

Ana Atencio, Consultora Nacional de Nutrición OPS/OMS

José Baudilio Jardines, Asesor Regional RRHH OPS/OMS

Bertha Gómez, Asesora Regional VIH OPS/COL

Arte y Diagramación:

EDITORA SIBAUSTE, S.A.

Ciudad de Panamá, República de Panamá.

Una publicación de la oficina de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos (GDR) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y de la Red de Mecanismos de Mujer del Área Andina (REMMA)
Publicación Panamá, enero 2011

Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN. Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya cita o reproduzca cualquier parte a: Oficina de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos –GDR

Ancón. Ave. Gorgas, Edif. 261 - Ministerio de Salud. Piso 2

Apartado 0843-03441

Panamá, República de Panamá

Se reconoce el valioso aporte y apoyo de la Red de Mecanismos de la Mujer de cada país de la Subregión Andina y especialmente la presidenta Pro tempore (Perú).

Se agradece el apoyo financiero de La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

CONTENIDO

Prologo	i
Acrónimos	iv
Presentación	vi
Resumen Ejecutivo	vii
ASPECTOS GENERALES DEL PERFIL	xi
Objetivo general	xi
Objetivos específicos	xi
Metodología	xi
CAPÍTULO I Contexto Demográfico	3
CAPÍTULO II Determinantes Sociales.....	13
2.1 Educación	13
2.2 Empleo e ingresos.....	16
2.3 Pobreza	19
2.4 Participación política.....	21
2.5 Salud ambiental.....	22
2.5.1. Acceso a fuentes mejoradas de agua potable	22
2.5.2. Acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento	23
2.6. Emergencias y desastres	23
CAPÍTULO III Salud Enfermedad y Mortalidad.....	27
3.1 Tendencias de la morbilidad y mortalidad en la subregión andina.....	28
3.2 Esperanza de vida	29
3.3 Principales causas de mortalidad	30
3.4 Diferencias por sexo en la mortalidad por causas seleccionadas	32
3.4.1. Enfermedades cardiovasculares Diabetes Mellitus	32
3.4.2. Diabetes Mellitus.....	33
3.4.3. Tumores malignos	34

3.4.3.1. Neoplasia maligna del útero y de la mama.....	34
3.4.3.2. Neoplasia maligna de la próstata.....	36
3.4.3.3. Neoplasia maligna de pulmón, tráquea y bronquios.....	36
3.4.4. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	37
3.4.5. Mortalidad por SIDA	37
3.4.6. Mortalidad por causas externas.....	39
3.4.7. Accidentes de transporte terrestre.....	39
3.4.8. Homicidio.....	40
3.4.9. Suicidio.....	40
3.5. Problemas de malnutrición	41
3.6. Consumo de tabaco y alcohol	41
3.7. Tuberculosis	43
CAPÍTULO IV: Salud sexual reproductiva y acceso a servicios	47
4.1. Fecundidad	47
4.2. Embarazo y maternidad en la adolescencia.....	49
4.3. Uso de anticonceptivos	51
4.3.1. Necesidades insatisfechas de planificación familiar (NIPF)	53
4.4. Salud materna.....	54
4.4.1. Nacimientos con alto riesgo.	54
4.4.2. Anemia en las mujeres embarazadas.	55
4.4.3. Muerte materna	56
4.4.4. Muerte materna por aborto inseguro.....	57
4.5. Atención del embarazo parto y puerperio	58
4.5.1. Atención prenatal	58
4.5.2. Atención del parto.....	58
4.5.3. Nacimientos por cesárea	59
4.6. Infecciones de transmisión sexual	60
4.6.1. Acceso a antirretrovirales.....	61
4.6.2. Acceso y uso de condones.....	62
CAPÍTULO V: Violencia contra la mujer	65
5.1. Femicidio	67

CAPÍTULO VI: Recursos humanos Y Gastos en salud.....71

- 6.1. Recursos humanos.....71
- 6.2. Gasto en salud72

CONCLUSIONES.....77

RECOMENDACIONES80

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS82

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Países de la subregión andina: Población total proyectada al 2010	3
Gráfico No. 2: Países de la subregión andina: Evolución de la tasa global de fecundidad. 1955 – 2010.....	4
Gráfico No. 3: Países de la subregión andina: Evolución de la esperanza de vida al nacer. 1955 – 2010	4
Gráfico No. 4: Países de la subregión andina: Porcentaje de la población menor de 15 años. Años 1965 y 2010	5
Gráfico No. 5: Países de la subregión andina: Composición de la población por grandes grupos de edades. Estimaciones a 2010	5
Gráfico No. 6: Países de la subregión andina: Índices de dependencia demográfica estimadas a 2010.	6
Gráfico No. 7: Países de la subregión andina: Tasas de crecimiento de la población total y de 60 años y más. 2005 - 2010.....	6
Gráfico No. 8: Países de la subregión andina: Esperanza de vida al nacer según sexo. 2009	7
Gráfico No. 9: Países de la subregión andina: Índices de feminidad de la población adulta mayor, según grupos quinquenales. 2010.....	7
Gráfico No. 10: Países de la subregión andina: Evolución del porcentaje de la población urbana. 1950, 1980 y 2010	8
Gráfico No. 11: Países de la subregión andina: Porcentaje de población indígena según área urbana y rural. 2000-2001	8
Gráfico No. 12: Perú: Porcentaje de la población de 3 años y más, según idioma con el que aprendió a hablar y área de residencia. 2007	9
Gráfico No. 13: Perú: Población de 3 años y más, según lengua indígena con la que aprendió a hablar. 2007	9
Gráfico No. 14: Países de la subregión andina: Evolución de las tasas de analfabetismo de la población de 15 años y más. 1970 – 2010.....	14

Gráfico No. 15: Países de la subregión andina: Evolución de la razón mujer - hombre de las tasas de analfabetismo 1970 - 2010.	14
Gráfico No. 16: Perú: Tasas de analfabetismo de la población de 15 años y más, según condición de pobre y no pobre. 2008.....	14
Gráfico No. 17: Perú (2007) y Colombia (2005): Porcentaje de la población de 15 a 49 años con al menos educación secundaria, según grandes grupos de edad y de sexo	15
Gráfico No. 18: Perú (2007) y Colombia (2005): Razón mujer - hombre de la población de 15 a 49 años con al menos educación secundaria, según grandes grupos de edad	15
Gráfico No. 19: Perú (2007) y Colombia (2005): Porcentaje de la población de 20 a 49 años con estudios superiores universitarios y no universitarios según grandes grupos de edad y sexo.....	15
Gráfico No. 20: Perú (2007) y Colombia (2005): Razón mujer - hombre de la población de 20 a 49 años con estudios superiores universitarios y no universitarios, según grandes grupos de edad	16
Gráfico No. 21: Países de la subregión andina: Promedio de años de estudio de la pea de 15 años y más, según área urbana y rural. 2007	16
Gráfico No. 22: Países de la subregión andina: Evolución de las tasas de participación económica en el área urbana, según sexo. 1986-88 y 2006-2008	17
Gráfico No. 23: Países de la subregión andina: Estructura de la población ocupada urbana de 15 años y más, por categoría ocupacional y por sexo. 2008	18
Gráfico No. 24: Países de la subregión andina: Porcentaje de la población ocupada urbana en el sector informal según sexo. 2008.....	18
Gráfico No. 25: Países de la subregión andina: Porcentaje del salario de las mujeres asalariadas urbanas de 20 a 49 años, respecto al salario de los hombres, según años de estudio. 2005 - 2008	18
Gráfico No. 26: Países de la subregión andina: Tasas de desempleo abierto según sexo. 2007	19
Gráfico No. 27: Países de la subregión andina: Porcentaje de la población en pobreza y en pobreza extrema. 2008	19

Gráfico No. 28: Países de la subregión andina: Índice de feminidad de la pobreza y de la pobreza extrema. 2005 – 2008.....	20
Gráfico No. 29: Países de la subregión andina: Porcentaje de jefes de hogar del área urbana en situación de pobreza según sexo. 2007	20
Gráfico No. 30: Bolivia, Ecuador y Perú: Porcentaje de la población en pobreza extrema y no extrema, según área urbana y rural. 2008	20
Gráfico No. 31: Países de la subregión andina: Proporción de puestos ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales. Años 2000, 2005 y 2010	21
Gráfico No. 32: Países de la subregión andina: Porcentaje de mujeres en cargos ministeriales. 2008.....	21
Gráfico No. 33: Países de la subregión andina: Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%), 1990-2008	22
Gráfico No. 34: Países de la subregión andina: Población que usa fuentes mejoradas de saneamiento (%), 1990 2010	22
Gráfico No. 35: Países de la subregión andina: Esperanza de vida al nacer (evn) y esperanza de vida a los 60 años de edad (ev60), 2005-2010	30
Gráfico No. 36: Colombia, Venezuela, Ecuador y Perú: Mortalidad por embarazo, parto y puerperio en mujeres, tasas por 100,000 (como cinco primeras causas de mortalidad), 2003.....	32
Gráfico No. 37: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad corregida por enfermedad isquémica del corazón (por 100,000 habitantes) por sexo, 2000 – 2007	33
Gráfico No. 38: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad corregidas por enfermedad cerebrovascular por sexo (por 100,000 habitantes), 2000- 2007	33
Gráfico No. 39: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad corregida por diabetes mellitus (por 100,000 habitantes) por sexo, 2000-2007.....	33
Gráfico No. 40: Países de la subregión andina: Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 45-64 años de edad, por sexo (2004-2006)	34
Gráfico No 41: Países de la subregión andina: Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 65 años y más de edad, por sexo (2004-2006).....	34

Gráfico No. 42: Países de la subregión andina: Tasa de mortalidad por neoplasias malignas de útero y de mama (por 100,000 mujeres) en el grupo de edad de 45 a 64 años (2004-2006).	35
Gráfico No. 43: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad, por neoplasias malignas de útero y de mama (por 100,000 mujeres), en el grupo de edad de 65 años y más (2004-2006)	35
Gráfico No. 44: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad por neoplasia maligna de próstata en hombres de 45 a 64 años y de 65 años y más (2004 - 2006)	35
Gráfico No. 45: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad por neoplasia maligna de tráquea, bronquios, pulmón (cien mil habitantes) por sexo, 2000 - 2007	36
Gráfico No. 46: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad corregidas por cirrosis y otras enfermedades crónicas de hígado (por 100,000 habitantes), por sexo, (2000 - 2007)	36
Gráfico No. 47: Países de la subregión andina: Mortalidad por enfermedad por VIH en la población de 25-44 años por sexo (2004-2006)	37
Gráfico No. 48: Países de la subregión andina: Mortalidad por enfermedad por VIH en la población de 45-64 años por sexo (2004-2006).....	37
Gráfico No. 49: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad corregidas por accidentes de transporte terrestre 2000-2007.....	38
Gráfico No. 50: Países de la subregión andina: Razón hombre-mujer de las tasas de mortalidad por accidente de tránsito en dos grupos de edad: 15-24 y 25-44 (2004-2006)	38
Gráfico No. 51: Países de la subregión andina: Tasas de mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona 2000 - 2007.....	39
Gráfico No. 52: Países de la subregión andina: Tasas de suicidio por 100,000 habitantes, ajustadas según edad (2003-2005)	39
Gráfico No. 53: Países de la subregión andina: Prevalencia de obesidad (%) según sexo (2003-2008)	40
Gráfico No. 54: Países de la subregión andina: Prevalencia de uso de tabaco entre adolescentes de 13-15 años (%) según sexo (2002-2007)	41
Gráfico No. 55: Estudiantes de 13 a 15 años de edad que han tenido problemas como consecuencia de consumo de alcohol al menos una vez en su vida (%), según sexo en 4 países de la subregión andina (2003-2007)	42

Gráfico No. 56: Países de la subregión andina: Prevalencia de tuberculosis por 100,000 habitantes (2000-2008)	42
Gráfico No 57: Países de la subregión andina: Tasas globales de fecundidad 2009.....	47
Gráfico No. 58: Bolivia, Perú y Colombia: Tasa global de fecundidad según área urbana y rural 2005–2008	48
Gráfico No. 59: Bolivia, Colombia y Perú: Tasa global de fecundidad deseada y no deseada, según áreas urbana y rural. 2005–2008	48
Gráfico No. 60: Países de la subregión andina: Tasas estimadas de fecundidad adolescente (15 a 19 años). 2010	49
Gráfico No. 61: Bolivia, Colombia y Perú: Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazada según área de residencia urbano y rural. 2005–2008.....	49
Gráfico No. 62: Bolivia, Colombia y Perú: Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazada, según quintil de riqueza. 2005 – 2008	49
Gráfico No. 63: Países de la subregión andina: Adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez (2002-2009)	50
Gráfico No. 64: Países de la subregión andina: Mujeres (%) que dieron a luz, según grupos de edad (15-19) y (35-49) años (2009)	50
Gráfico No. 65: Colombia, Bolivia, Perú y Ecuador: Adolescentes que son madres o están embarazadas por 1ra vez (%) según educación y zona de residencia (2003-2009)	50
Gráfico No. 66: Países de la sub región andina: Mujeres en unión (%) de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos (2003-2009)	51
Gráfico No. 67: Bolivia, Ecuador, Perú y Colombia: Uso actual de anticonceptivos en todas las mujeres de 15-49 años, según tipo de método (2003-2009)	51
Gráfico No. 68: Bolivia, Perú y Colombia: Acceso a métodos anticonceptivos modernos y tradicionales en mujeres en unión por situación de pobreza (2005-2009).....	52
Gráfico No. 69: Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia: Acceso a métodos anticonceptivos modernos y tradicionales en mujeres en unión según zona de residencia (2005-2009)	52

Gráfico No. 70: Perú: Evolución del uso de anticonceptivos en mujeres casadas o unidas (1986-2009)	52
Gráfico No. 71: Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia: Uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas, según nivel de educación (2004-2009)	53
Gráfico No. 72: Ecuador: Mujeres de 15 a 49 años en unión que usan métodos anticonceptivos por grupos étnicos (2005-2006)	53
Gráfico No. 73: Bolivia, Colombia y Perú: Demanda insatisfecha en planificación familiar en mujeres de 15-49 años en unión por características seleccionadas (2005-2009)	53
Gráfico No. 74: Necesidad insatisfecha de planificación familiar según nivel de educación, Perú (1996-2009)	54
Gráfico No. 75: Países de la subregión andina: cobertura de la atención prenatal (%) al menos una visita y al menos 4 visitas (2000-2010)	55
Gráfico No. 76: Bolivia, Ecuador, Perú y Colombia: Nacimientos de orden mayor a 3 e intervalos menor de 24 meses desde el nacimiento anterior (%) (2000-2007)	55
Gráfico No. 77: Países de la subregión andina: Prevalencia de anemia (%) en mujeres de 15 a 49 años embarazadas y no embarazadas (2000-2008)	55
Gráfico No. 78: Países de la subregión andina: Tasa de mortalidad materna estimada, 2008	56
Gráfico No. 79: Países de la subregión andina: Mortalidad materna por aborto (%) y avpp hasta los 75 años, por c/defunción por aborto, (2005)	57
Gráfico No. 80: Países de la subregión andina: Atención prenatal por personal calificado (%) (2004-2009)	58
Gráfico No. 81: Colombia, Perú, Bolivia y Ecuador: Partos atendidos por profesionales (%) (2004-2009)	59
Gráfico No. 82: Países de la subregión andina: Nacimientos por cesárea (%), (2004-2009)	60
Gráfico No. 83: Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú: Nacimientos por cesárea (%) según características seleccionadas (2005-2009)	60
Gráfico No. 84: Países de la subregión andina: Tasas de incidencia de sida por un millón de habitantes (2006)	60

Gráfico No. 85: Países de la subregión andina: Cobertura de tratamiento antiretroviral (%) entre las personas con infección por VIH avanzada (2007)	61
Gráfico No. 86: Bolivia, Colombia y Perú: Conocimiento y uso del condón en las mujeres unidas, (2005-2009).....	61
Gráfico No. 87: Países de la subregión andina: Porcentaje de mujeres que alguna vez sufrieron violencia física y fueron forzadas a tener relaciones sexuales por parte de sus parejas. 2003-2008	65
Gráfico No. 88: Perú, Colombia y Bolivia: Prevalencia de toda la vida de violencia física a mujeres de 15 a 49 años de parte de su pareja según quintil de riqueza. 2003 - 2008	66
Gráfico No. 89: Países de la subregión andina: Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia física y que acudieron a una institución solicitando ayuda. 2003 - 2008	66
Gráfico No. 90: Colombia (2005) y Perú (2008): Violencia emocional. Formas de control hacia la mujer de parte de la pareja	66
Gráfico No. 91: Colombia (2005) y Perú (2007-2008). Violencia emocional-amenazas con irse de la casa, o quitarle los hijos o la ayuda económica, contra la mujer de parte de la pareja.....	66
Gráfico No. 92: Países de la subregión andina: Número de casos de feminicidio 2009	67
Gráfico No. 93: Países de la subregión andina: Personal médico, de enfermería y partería por 10,000 habitantes (2000-2010).....	71
Gráfico No. 94: Países de la subregión andina: Camas hospitalarias por 100,000 habitantes (2000-2009)	71
Gráfico No. 95: Perú, Colombia, Chile y Ecuador: Razón personal médico: Personal de enfermería (2005)	72
Gráfico No. 96: Países de la subregión andina: Gasto total, público y privado en salud (como % del pbi)	72
Gráfico No. 97: Países de la subregión andina: Gasto directo de los hogares (%) del gasto privado en salud (2007)	73
Gráfico No. 98: Países de la subregión andina: Gasto total y gasto del gobierno en salud per capita (2007)	73

■ ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1: Exposición a los desastres naturales en la subregión andina (2009)23

Cuadro No. 2: Diez causas principales de defunción según sexo y posición de las mismas, sub región andina (1999-2003)29

Cuadro Nº 3: Cinco causas principales de defunción y proporción del total de defunciones, según sexo, subregión andina, alrededor de año 2002.....31

PROLOGO

El estudio sobre salud y género: "Perfil de Género y Salud de la Subregión Andina", inicialmente desarrollado en Centroamérica, encontró entusiasta acogida en nuestra Región cuando en abril de 2009, durante el IV Encuentro de Ministras y Altas Autoridades de la Región Andina, en Ecuador se organizó un conversatorio sobre la experiencia de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud - OPS y el Consejo de Ministras de la Región Centroamericana - COMMCA.

Durante ese Encuentro, se definieron las líneas de apoyo de la OPS hacia la Red Intergubernamental de los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de la Mujer en la Región Andina - REMMA, incorporando esta última instancia en su agenda de trabajo, el fortalecimiento de los equipos técnicos de los Mecanismos Nacionales en sistemas de monitoreo y seguimiento en el ámbito de la salud.

Es en ese contexto y como coordinadora Pro Tempore de la REMMA, tengo la satisfacción de presentar este estudio que tiene una especial trascendencia para el conocimiento de la problemática y la formulación de políticas de salud más equitativas e inclusivas en la Región Andina. El estudio "Perfil de Género y Salud de la Subregión Andina", es una investigación comparativa de la realidad de salud en los países de la Región Andina -Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela- con énfasis en las particulares diferencias de la salud entre mujeres y hombres.

Este estudio ha sido promovido por la REMMA y la OPS desde las individuales propuestas programáticas. La primera, comprometida en incidir políticamente en los organismos regionales y/o multilaterales para impulsar y consensuar temas comunes para la Región, como la salud y las barreras que impiden su universalidad y acceso igualitario e inclusivo. La OPS, mientras tanto, promoviendo los objetivos y contenidos de la "Agenda de Salud para las Américas 2008-2017".

El estudio, ofrece importantes conclusiones basadas en la identificación diferenciada de las causas de las inequidades en salud. Así, confirma por ejemplo que ciertos comportamientos específicos de cada sexo, determinados por factores culturales y sociales, perjudican su salud.

En el caso de las mujeres, su doble rol (en el trabajo profesional y en sus actividades como madre y/o esposa en el hogar) tiene como consecuencia un mayor desgaste físico y mental, que va en detrimento de su salud y bienestar general. En el hombre, son otros los factores sociales y culturales que lo exponen a causas de muerte generalmente externas y violentas, las que definitivamente impactan en su menor esperanza de vida.

Otra de las conclusiones importantes para la Región, es la alerta que se hace a los países acerca del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2015, ya que si no logramos erradicar la pobreza extrema, esta tendrá importantes consecuencias en el estado de la salud de la población, principalmente en los grupos más vulnerables.

Tanto el primer estudio realizado en la región centroamericana, como el que ahora se presenta, nos muestran las posibilidades del trabajo conjunto que puede impulsarse desde mecanismos intergubernamentales como el COMMCA en Centroamérica, y la REMMA en la Región Andina. Es en este sentido que consideramos esta experiencia como un primer emprendimiento fructífero y constructivo en esa perspectiva. Quiero agradecer el apoyo decidido y desinteresado de la OPS para la realización de este estudio, así como el trabajo desplegado por los investigadores que estuvieron a cargo de esta tarea.

Estoy segura que al abordar la temática de la salud pública y hacer visibles las diferencias estructurales que aún mantenemos, nos impulsará como Estados y naciones a mantenernos firmes en la convicción de continuar la senda de lo que nos da resultados y enmendar el rumbo en aquello que aún tenemos como agenda pendiente.

VIRGINIA BORRA TOLEDO

*Ministra de la Mujer y Desarrollo Social de Perú (MIMDES)
Presidenta Pro Tempore de REMMA*

PROLOGO

Me complace presentar este Perfil de Género y Salud de la Subregión Andina, que muestra el compromiso de la Subregión de continuar canalizando sus esfuerzos para visibilizar las desigualdades, abordar los retos específicos para reducir las inequidades, y priorizar temas de la agenda inconclusa, en el tema de igualdad de género en salud. Este compromiso, liderado por las ministras que conforman la Red de Mecanismos de Mujeres del Área Andina (REMMA), cuenta con la colaboración técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La información cuantitativa y cualitativa permite analizar las raíces de las diferencias de salud entre los grupos sociales, e identificar las causas que originan las inequidades en salud, y por lo tanto definir dónde y cómo intervenir para disminuir tales inequidades. De allí la gran importancia de la información para la salud pública.

En esa línea, este Perfil revela desigualdades, y también describe avances en el desarrollo de la salud en la Subregión Andina. Las conclusiones contemplan dos ámbitos, las de fácil reconocimiento, y las que conducen a una apreciación nueva de las desigualdades sociales y la urgencia de enfrentar tales desigualdades, en particular, las que impactan en la salud. La OPS/OMS insta a los países de la subregión a continuar fortaleciendo sus capacidades y prácticas para desagregar, analizar e utilizar datos para entender y responder mejor a las necesidades de salud de las poblaciones, especialmente las más desatendidas. Pese a ciertos vacíos de información, la implementación de la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, y del Plan Estratégico de REMMA, podrán beneficiarse de los insumos que se presentan en este perfil.

Invito a otros actores de los Estados, de la sociedad civil, y de la cooperación internacional, a sumarse a este esfuerzo de recoger, analizar, presentar, y utilizar información en temas específicos de salud regional o nacional desde una perspectiva de igualdad de género. Quiero, además, reiterar mi reconocimiento especial a la REMMA por el compromiso con la igualdad de género en salud.

MARIJKE VELZEBOER-SALCEDO

*Coordinadora Oficina de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*

ACRÓNIMOS

ALAP	Asociación Latinoamericana de Población
AVPP	Años de Vida Potenciales Perdidos
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CELADE	Centro Latinoamericano de Población (División de Población de la CEPAL)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina (Comisión Regional de las Naciones Unidas)
CEPALSTAT	Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas de la CEPAL
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (Ecuador)
CONAPO	Consejo Nacional de Población de México
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia
DEPUALC	Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (CELADE)
DHS	Demographic and Health Surveys
DOTS	Directly observed treatment shortcourse. (En español: TAES - Terapia administrada estrictamente supervisada)
ECV	Enfermedades cardiovasculares
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares (Perú)
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Ecuador)
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Perú)
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud (Bolivia)
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Bolivia)
ENEMDU	Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (Ecuador)
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
IDD	Índice de dependencia demográfica
INE	Instituto Nacional de Estadística (Venezuela, Chile y Bolivia)
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú
INSTRAW	International Research and Training Institute for the Advancement of Women (Naciones Unidas)
ITS	Infección de transmisión sexual
MAC	Método anticonceptivo

NIPF	Necesidades insatisfechas de planificación familiar
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo (Naciones Unidas)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Pan American Health Organization
PBI	Producto Bruto Interno
PEA	Población Económica Activa
PREDECAN	Prevención de Desastres de la Comunidad Andina
PUEG	Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM
PVVS	Personas viviendo con VIH/ SIDA
REMMMA	Red de Ministras de la Mujer del Área Andina
RHS	Reproductive Health Survey
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIEH	Sistemas Integrados de Encuestas de Hogares
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TS	Trabajadores sexuales
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UE	Unión Europea
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia)
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women (Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer)
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WHO	World Health Organization

PRESENTACIÓN

En los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud ha invertido importantes esfuerzos por hacer visibles las desigualdades entre las mujeres y los hombres frente a los recursos y al poder, y explicar cómo estas desigualdades afectan el estado de salud y el acceso a los servicios de salud, así como la contribución al cuidado de la salud.

Asimismo, la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 identificó como prioridad el análisis de las raíces de las diferencias de salud entre los grupos sociales, así como los mecanismos que se utilizan para identificar las causas que originan dichas inequidades. Por lo tanto, la recomendación es desagregar los indicadores de salud por sexo, edad, zona de residencia, origen étnico entre otras variables.

Disponer de este tipo de información permitirá no solo analizar la información desde una perspectiva de igualdad de género, sino también diseñar políticas y estrategias que verdaderamente respondan a las necesidades de salud y calidad de vida de toda la población.

La Red de Ministras de la Mujer del Área Andina (REMMA), es un espacio de seis países (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). Creado en marzo del 2008, se define como un espacio intergubernamental de las Ministras y/o Altas Autoridades de los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de las Mujeres, para articular el diálogo, intercambiar experiencias, analizar la incidencia e integración para la promoción de políticas que promuevan el avance de las mujeres y la institucionalización de la igualdad de género en el ámbito regional andino desde los organismos regionales y/o multilaterales. Uno de los principales objetivos de REMMA¹ es incidir en la incorporación de la perspectiva de género en los órganos del Sistema de la Comunidad Andina de Naciones (CAN).

La Presidenta Pro Tempore de REMMA comparte el ejercicio de producir el documento "Perfil de Género y Salud de la Subregión Andina" identificando como acción oportuna, vincular el tema del derecho a la salud de la mujer andina, con el desarrollo social equitativo de la población de la región.

Esperamos que este informe contribuya a mejorar la información y el reconocimiento de las brechas en las condiciones de vida y atención de salud de los más pobres, marginados y grupos especialmente vulnerables: pueblos indígenas y afros descendientes, mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, trabajadores y campesinos de la Subregión.

1. Los órganos de la REMMA son: el Consejo de Ministras o Altas Autoridades de los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres, la Coordinación Pro Tempore y la Secretaría Técnica.

RESUMEN EJECUTIVO

El Perfil de Género y Salud de la Subregión Andina tiene por objetivo ser un instrumento que contribuya a la implementación de la política de igualdad de género en salud de la OPS y los estados de la región, a través de la identificación de las principales barreras y oportunidades para éste logro, en los países de la Subregión: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

El propósito de esta publicación es poner a disposición de las organizaciones del gobierno, de la sociedad civil, agencias y otras entidades, información sobre aspectos relevantes de la salud de mujeres y hombres desde una perspectiva de género. Asimismo, pretende sensibilizar a los que toman las decisiones y a la sociedad en general, sobre las inequidades de género en el ámbito de la salud y sus determinantes socioeconómicas, promoviendo el uso de evidencia sobre aspectos relevantes de la salud de las mujeres y hombres.

El proceso de desarrollo del presente perfil, consideró el uso de información cuantitativa y cualitativa procedente de encuestas nacionales, censos, informes sobre el cumplimiento de las metas del desarrollo del milenio, datos de la CEPAL, Indicadores Básicos 2009 sobre Género, Salud y Desarrollo en las Américas (OPS, UNFPA, UNIFEM, CEPAL); información de los Institutos Nacionales de Estadística; Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 y documentos Salud de las Américas para cada uno de los países, entre otros. Una de las mayores dificultades para desarrollar este



estudio fue la falta de información comparable para períodos similares. Se encontraron vacíos de información nacional para algunas variables de salud desagregadas por sexo, para los grupos más vulnerables por condiciones de pobreza, por etnia, por edad (como las personas adultas mayores), entre otros. No obstante, consideramos que la información disponible nos ha permitido construir el diagnóstico que refleja la realidad sanitaria de la Subregión, los logros alcanzados, las brechas y carencias importantes aún por llenar y resolver, las semejanzas y disparidades entre los países y al interior de ellos.

Desde el punto de vista demográfico, la Subregión Andina tiene una población estimada de 150 millones al año 2010, que representa aproximadamente el 25,5% del total de la población de América Latina y el 37,4% del total de la población de América del Sur. Se caracteriza por estar en la fase de plena transición demográfica, con niveles relativamente bajos de fecundidad y



mortalidad y con una tasa de crecimiento vegetativo de la población de aproximadamente 1,5% y 1,6% promedio anual, que representa casi la mitad del ritmo de crecimiento de la década de los años sesenta. Otra característica que distingue a las poblaciones de esta Subregión es su diversidad étnica y cultural, que para el caso de países como Bolivia, Perú y Ecuador, las poblaciones indígenas constituyen una parte importante de la población total.

Entre los determinantes sociales de la salud, es en la educación donde se ha experimentado un avance sostenido en la Subregión. Si bien existen aún brechas por sexo, desfavorables a las mujeres, hay la tendencia, en la mayoría de los países, a una paridad en las oportunidades educativas. Sin embargo, las disparidades mayores se dan entre los ámbitos rural y urbano y esta característica acentúa aun más la discriminación de las mujeres rurales en dos países: Bolivia y Perú.

En cuanto al acceso al trabajo formal, América Latina, en particular varios de los países andinos, presentan los mayores índices de desigualdad en la distribución de ingresos a nivel global, y la informalidad está muy por encima del promedio de América Latina. Desde la mirada de género, si bien las mujeres conquistaron un nuevo espacio en el mercado laboral en las últimas décadas un ámbito que era eminentemente masculino y que constituía una de las fuentes de mayor poder de los hombres en las relaciones de pareja, lo han hecho en peores condiciones que los hombres. Además, estas nuevas responsabilidades no han significado una redistribución equitativa del trabajo doméstico con sus parejas masculinas.

La falta de acceso al agua potable en un porcentaje aún importante en viviendas populares, en especial en el ámbito rural, además de las consecuencias negativas para la salud de la población en su conjunto, tiene también otras repercusiones graves para las mujeres como la sobrecarga del trabajo doméstico, pues son ellas las responsables del acarreo de este líquido vital.

Aun cuando hay una tendencia al descenso de la pobreza y pobreza extrema en la Subregión, los niveles todavía se mantienen altos. Esta reducción no se da en la misma proporción para toda la población en situación de pobreza, pues hay importantes sectores como las mujeres en general, la población que reside en las áreas rurales, los habitantes de las comunidades indígenas y los afro descendientes que mantienen mayores niveles de pobreza y se constituyen, al interior de la población pobre, como los segmentos poblacionales de mayor vulnerabilidad.

Una de las maneras en que se manifiestan las desigualdades entre los géneros es la baja participación de las mujeres en la toma de las decisiones políticas. Si las mujeres continúan siendo las responsables exclusivas de la crianza y de las actividades domésticas sin la redistribución de estas funciones con sus parejas, además de asumir un doble rol como trabajadoras en el mercado laboral,

pocas oportunidades tendrán de realizarse en otros ámbitos que les confieran, en la práctica, el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

Si bien no hay duda de que algunas de las diferencias de mortalidad se deben a factores biológicos, hay ciertos comportamientos específicos de cada sexo que son determinantes en salud. En general, las mujeres padecen (o reportan) más síntomas físicos y psicológicos, más enfermedades crónicas y discapacidad, utilizan más medicamentos y visitan a los médicos más a menudo. En contraste, los hombres sufren más de enfermedades potencialmente mortales y experimentan en mayor proporción situaciones violentas, que causan más discapacidad permanente y muerte prematura.

El perfil de la mortalidad en la Subregión Andina ha cambiado de manera significativa al igual que la mayoría de los países de la Región, fundamentalmente porque la transición epidemiológica está relacionada a la transición demográfica que ha producido el paulatino envejecimiento de la población. Las afecciones crónicas de tipo degenerativo y las causas externas (accidentes y homicidios) se han incrementado desplazando a las enfermedades transmisibles que eran las principales causas de morbilidad y mortalidad en las décadas anteriores.



Uno de los problemas más alarmantes en la Subregión es la violencia contra las mujeres de parte de la pareja. Esta ostenta una de las más altas prevalencias entre todos los problemas de salud pública, con consecuencias muy graves en el bienestar de la población. No obstante, es el problema al que menos atención y recursos han brindado los países, para prevenirlo y erradicarlo.

La sobre mortalidad masculina por accidentes de transporte (4ta causa de mortalidad masculina), así como el aumento de este problema con la edad, se puede explicar por la mayor exposición de los hombres por su movilidad fuera del hogar para cumplir el rol de proveedor y por las conductas de riesgo).

La tasa de embarazos no deseados se mantiene preocupantemente alta, principalmente en el área rural. Esto se puede explicar por las tasas de interrupción y uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, además del uso de métodos tradicionales menos efectivos cuando existen barreras para el acceso a los métodos modernos.

La mortalidad materna y la muerte debido a abortos inseguros están íntimamente asociados a la negación del ejercicio de los derechos reproductivos, y afectan fundamentalmente a las mujeres de los grupos más desfavorecidos (adolescentes, grupos étnicos, menos educadas, en situación de pobreza y residencia rural), quienes no pueden acceder a los servicios de salud pública de las grandes ciudades o al servicio de salud privado.

La neoplasia maligna del útero ha sido reportada entre las dos primeras causas de muerte de mujeres en los grupos de edad de 25 a 44 años, para la mayoría de países de la Subregión. Asimismo, la neoplasia maligna de la mama figura entre las primeras cinco causas de muerte para la mujeres del mismo grupo de edad.

El comportamiento de la mortalidad por neoplasia maligna de próstata revela una brecha marcada en la tasa de mortalidad para los hombres de 45 a 64 años que está por debajo de 17 por 100.000 habitantes, mientras que para los mayores de 64 años, esta se eleva hasta 284 por 100.000 habitantes. Este comportamiento se puede explicar porque la detección precoz de este cáncer es muy baja; la mayoría de los casos llegan con enfermedad avanzada.

Una de las causas de muerte más importantes para los hombres son las llamadas causas externas o causas violentas, que no son enfermedades y que, obviamente son letales e impactan sobre la menor esperanza de vida. Mientras que las afecciones originadas en el periodo perinatal, la hipertensión y la diabetes solo figuran como primeras causas de muerte para las mujeres, las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre aparecen como importantes causas de muerte para los hombres.

La mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es superior en los hombres que en las mujeres, con una tendencia en la reducción de la brecha de mortalidad entre los sexos asociada al aumento en el consumo de tabaco por parte de las mujeres, que era, anteriormente, una conducta social prioritariamente masculina.

La mortalidad por cirrosis y las enfermedades crónicas, del hígado son fundamentalmente consecuencias del alto consumo de alcohol, con una tasa de mortalidad por encima de 20 por 100,000 habitantes para el caso de los hombres. Existe una brecha por sexo de alrededor del 50% desfavorable para los hombres, demostrando que es un comportamiento típicamente masculino.

Finalmente, la situación de los recursos humanos en salud revela la existencia de mayor número de médicos que de enfermeras y, siendo éste personal el responsable de la atención primaria de salud, es una limitación para la organización y prestación de servicios a nivel local y comunitario que garantice el acceso universal a la salud. Otra característica es la desigualdad en la distribución de estos recursos humanos y el desbalance entre la oferta no planificada de profesionales y la limitada capacidad de absorción del sistema de salud en los países de la Subregión.

Algunas recomendaciones del perfil a resaltar son:

- Es fundamental que los Estados hagan mayores esfuerzos para reducir la pobreza y erradicar la pobreza extrema, de lo contrario será muy difícil avanzar en mejoras en salud y en el bienestar de la población en su conjunto.
- Avanzar en compromisos internacionales y nacionales, para mejorar los sistemas de información de salud con datos, desagregados por sexo, etnia, estratos económicos y otras variables que permitan evidenciar monitoreos y avances hacia la equidad e igualdad de género en salud.
- Es preciso que los gobiernos mejoren la inversión en salud para garantizar el acceso universal de los servicios a mujeres y hombres sin ningún factor de discriminación.

ASPECTOS GENERALES DEL PERFIL

Como antecedentes es preciso señalar la existencia de perfiles de género y salud realizados durante la última década en países de la región, como es el caso de Panamá, Costa Rica, Chile y Perú. Asimismo, se han generado perfiles de la Región y la Subregión de C.A.

La decisión de denominar a este tipo de documentos, ya sea como Perfil de Salud de las Mujeres y de los Hombres o Perfil de Salud y Género responde a la necesidad de comunicar la idea que los estudios de género se refieren no solo a la salud de las mujeres, como fueron concebidos originalmente. Es preciso deconstruir el imaginario de asumir que género es igual a mujer, por lo tanto, los perfiles de salud y género promovidos por la Organización Panamericana de Salud, consideran levantar información relativa a la salud, desde el enfoque de los determinantes sociales, de las mujeres y de los hombres, información desagregada, cuando es posible, para grupos de edad, grupos étnicos, población de residencia urbana o rural.

Objetivo General

Identificar las principales barreras y oportunidades para el logro de la Igualdad de Género en Salud, así como las prioridades para el desarrollo de políticas y cooperación técnica en esta área y la implementación de la Política OPS de Igualdad de Género.

Objetivos Específicos

Establecer cómo los determinantes sociales y económicos se expresan de manera diferencial en la salud de las mujeres y los hombres de la Subregión Andina.

Identificar las causas de las diferencias de salud entre los grupos sociales, zona de residencia, grupos etáreos, grupos étnicos, y otras variables pertinentes, con el fin de conocer las causas de las inequidades en salud.

Analizar cómo repercuten las normas y las diferencias en los roles de género asignados socialmente a las mujeres y a los hombres, determinados estilos de vida, factores de riesgo, acceso y uso de los recursos de salud, diferenciales, así como formas particulares de enfermar y morir.

Metodología

La metodología para la elaboración del presente estudio consiste en la revisión y el análisis de datos e información cuantitativa y cualitativa, procedente de encuestas nacionales, censos, informes sobre el cumplimiento de las metas del milenio, datos de la CEPAL, Indicadores Básicos 2009 sobre Género, Salud y Desarrollo en las Américas (OPS, UNFPA, UNIFEM, CEPAL); información de los Institutos Nacionales de Estadística; Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 y documentos Salud de las Américas para cada uno de los países, entre otros.

Considerando que los censos nacionales de cuatro de los seis países (Bolivia, Chile, Ecuador y Venezuela) han sido realizados al principio de la década del 2000, Colombia en el 2005 y Perú en el año 2007, lo cual dificulta la comparación entre países, una buena parte de los valores de los indicadores más actualizados que se presentan en este estudio son estimaciones realizadas por los Institutos Nacionales de Estadística o por las organizaciones internacionales de desarrollo y organizaciones multilaterales.

En general, se priorizará la utilización de información fundamentalmente del último quinquenio 2005-2010.



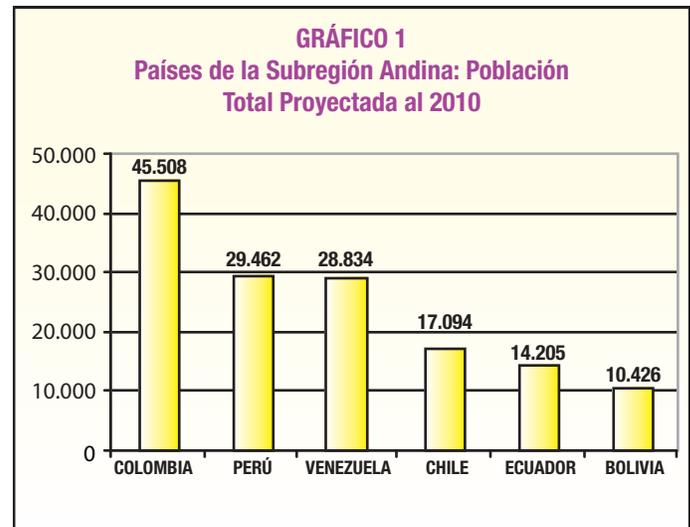
CAPÍTULO I CONTEXTO DEMOGRÁFICO

CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La Subregión Andina integrada por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela con una población estimada de 150 millones al año 2010, representa aproximadamente el 25,5% del total de la población de América Latina y el 37,4% del total de la población de América del Sur². Existen notables diferencias en los tamaños poblacionales de los seis países, siendo el más poblado Colombia, con cuatro veces la población de Bolivia (Ver Gráfico 1).

La Subregión inició su proceso de transición demográfica y epidemiológica³, alrededor de la década de los años cincuenta, con el rápido descenso de la mortalidad y la elevación de la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, para la mayoría de los países, la fecundidad se mantuvo casi constante hasta la década de los setenta, produciendo en este lapso el rápido crecimiento de la población, fenómeno al que se denominó "explosión demográfica". Así, durante la década de los años sesenta, con una tasa de crecimiento vegetativo que oscilaba por países entre 2,6% y 3,2 % promedio anual, la población se duplicaba aproximadamente entre 22 y 27 años⁴. En los inicios del siglo XXI la Subregión Andina se caracteriza por estar en la fase de plena transición demográfica, con niveles relativamente bajos de fecundidad y mortalidad y con una tasa de crecimiento vegetativo de la población de aproximadamente 1,5% y 1,6% promedio anual⁵, que representa casi la mitad del ritmo de crecimiento de la década de los años sesenta. Con todo, en 2010 la población de la Subregión es 3 veces más que la de 1960.

Al interior de la Subregión, existen disparidades entre los países, pues si bien hay cuatro de ellos Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela con características demográficas similares que los ubican en el promedio, no solo de la Subregión sino de toda América Latina, por un lado Chile se sitúa en un estadio más avanzado de la transición demográfica, junto con otros países



Elaborado en base a:

DANE - Colombia: Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 – 2020.

INEI: Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050.

INE Venezuela. Proyecciones de población 2000 – 2015.

INE Chile. Proyecciones de población. Chile hacia el 2050.

INEC- Ecuador. Proyecciones de población 2001-2010.

INE - Bolivia. Población total, por sexo al 30 de Junio, 1990-2015.

2. Estimaciones elaboradas en base a CEPAL- CELADE, 2004.

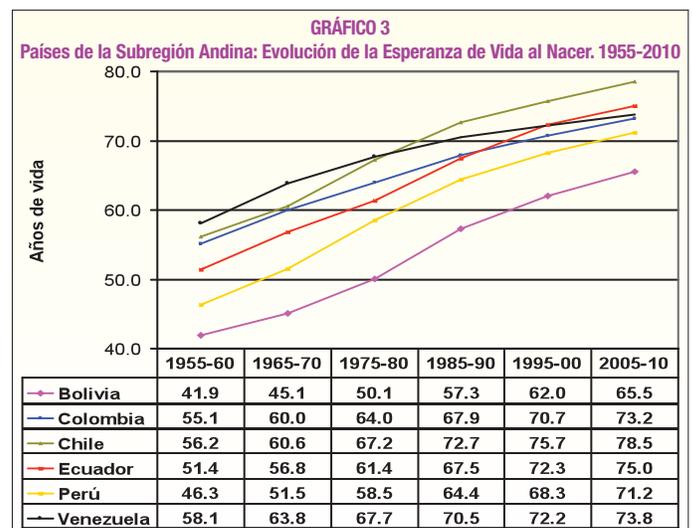
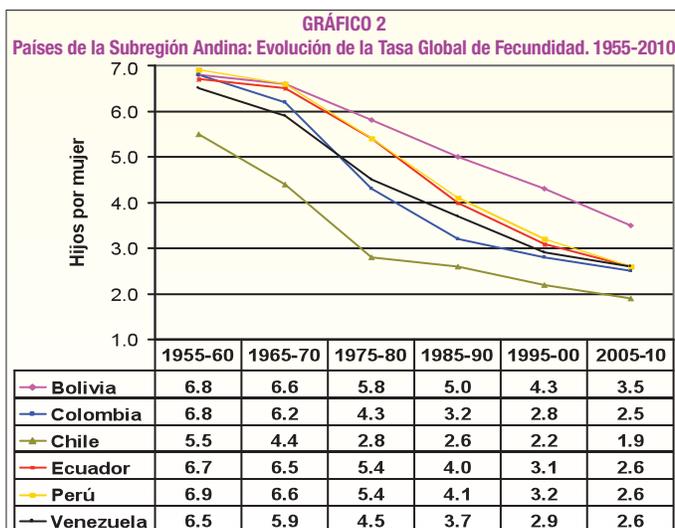
3. La transición demográfica se refiere al cambio que experimentan las poblaciones de altas tasas de natalidad y mortalidad a bajas tasas de natalidad y mortalidad. Las etapas de la transición demográfica son las siguientes: Etapa I - Transición incipiente- Alta tasa de natalidad, alta tasa de mortalidad = poco o ningún crecimiento. Etapa II - Transición Moderada - Alta tasa de natalidad, tasa de mortalidad en descenso = alto crecimiento. Etapa III - Plena Transición - Tasa de natalidad en descenso, tasa de mortalidad relativamente baja = crecimiento lento. Etapa IV - Transición Avanzada - Tasa de natalidad baja, tasa de mortalidad baja = crecimiento de la población muy lento.

4. Estimaciones elaboradas en base a CEPAL- CELADE, 2004.

5. En los extremos se ubica Chile que crece a una tasa de 1% y Bolivia de 2% promedio anual.

latinoamericanos, tales como Cuba, Costa Rica, Uruguay y Argentina. Por otro lado, Bolivia, a pesar de haber experimentado el descenso paulatino de la fecundidad y un aumento de la esperanza de vida al nacer, no lo ha hecho a la misma velocidad de los demás países (Ver Gráficos 2 y 3). Su esperanza de vida al nacer y su tasa global de fecundidad son similares a las experimentadas por el promedio de América Latina a principios de los años ochenta y se ubica en el continente solo por encima de Haití en el caso del primer indicador y en cuanto al nivel de la fecundidad solo es superado por Guatemala y Haití (Ver CEPAL-CELADE, 2004).

La década de los años 60 fue la de mayor crecimiento de la Subregión y de las más elevadas tasas de fecundidad. Esto impactó de manera determinante en la composición de edad de la población, lo que determinó que la importancia de la población menor de 15 años fuera muy alta. Uno de los efectos más importantes del descenso de la fecundidad ha sido la pérdida del peso relativo de este grupo de edad, y para la mayoría de los países incluso su reducción en términos absolutos (Ver Gráfico 4). En la actualidad la importancia del segmento poblacional en edad de trabajar (15 a 64 años) es cada vez mayor, con diferencias por países. (Ver Gráfico 5).



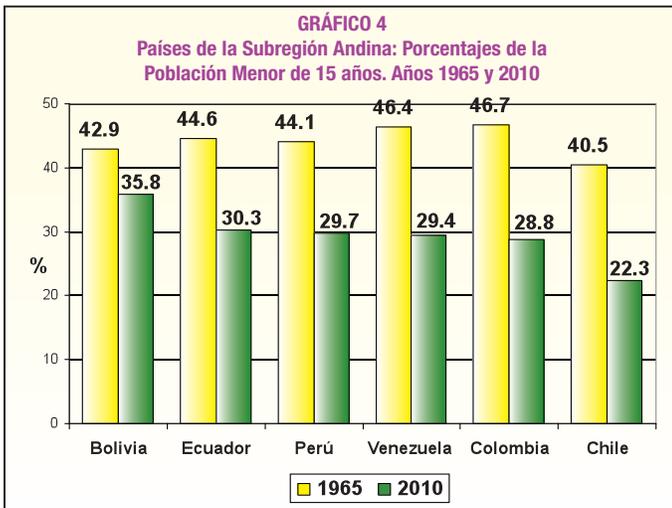
Elaborados en base a: CEPAL-CELADE. "Tablas de Mortalidad 1950 - 2025". Boletín Demográfico N° 74 Año XXXIV. Santiago de Chile, julio de 2004.

Esto impacta favorablemente en los índices de dependencia demográfica IDD, que han descendido notablemente⁶, creando condiciones favorables que podrían ser utilizadas por los países para incrementar sus niveles de desarrollo, fenómeno al que se ha denominado "Bono Demográfico"⁷. Ciertamente, esta caída del IDD ha sido desigual por país, ostentando Bolivia el mayor nivel de dependencia demográfica (Ver Gráfico 6). El otro suceso que se experimenta, con la caída de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, es la importancia relativa que está adquiriendo la población de 60 y más años de edad.

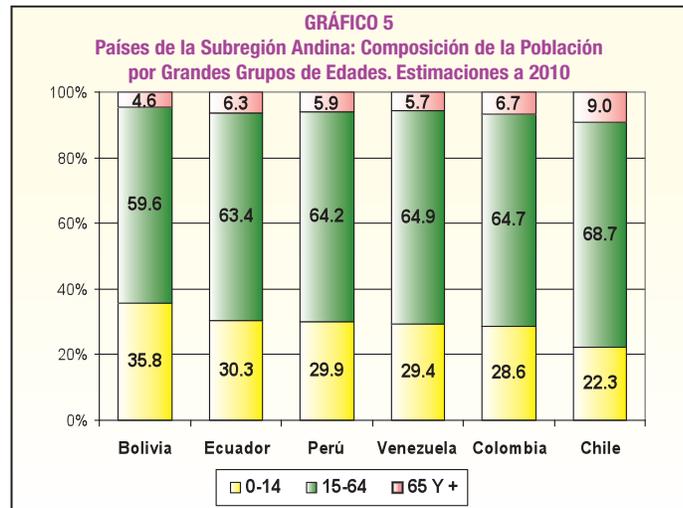
La velocidad de su crecimiento, en todos los países, es mucho mayor que la del promedio de la población total, siendo Venezuela el país con el ritmo más acelerado de crecimiento de la población adulta mayor (Ver Gráfico 7).

6. Por ejemplo, en el año 1972, en el Perú el número de dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar era de 92 (Censo Nacional de Población 1972), mientras que en 2010 se estima en 56.

7. "La disminución de la relación de dependencia ha dado pie a la elaboración del concepto de bono demográfico, una situación favorable al desarrollo, en la que la carga potencial que soportan las personas en edades activas es relativamente más baja que en períodos anteriores". "Asimismo, permitiría realizar inversiones para prepararse para el incremento previsto de la población adulta mayor, cuyas necesidades darán lugar a gastos mucho más elevados" (CEPAL/CELADE. "Proyecciones de Población" Observatorio Demográfico N° 3. Año II. Santiago de Chile, abril, 2007. Pág. 13).



Elaborado en base a: CEPAL-CELADE. "Tablas de Mortalidad 1950 - 2025". Boletín Demográfico N° 74 Año XXXIV. Santiago de Chile, julio de 2004.



Elaborado en base a: DANE-Colombia: Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020; INEI-Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050; INE-Venezuela. Proyecciones de población 2000 - 2015; INE-Chile. Proyecciones de población. Chile hacia el 2050; INEC-Ecuador. Proyecciones de población 2001-2010; INE-Bolivia. Población total, por sexo al 30 de junio, 1990-2015.

Se estima que en el año 2010, hay alrededor de 14 millones de personas adultas mayores de 60 años y seis millones mayores de 70 años en el conjunto de países de la Subregión Andina⁸. Si la población mayor de 60 años mantuviera, de manera conservadora, el mismo ritmo de crecimiento de los últimos 5 años, aproximadamente en el año 2021 se alcanzaría la cifra de 20 millones de personas adultas mayores⁹. Esta situación se torna preocupante, porque este rápido proceso de envejecimiento e incremento de la población adulta mayor en los países andinos se da en un contexto de alta incidencia de pobreza e inequidad social, un escaso desarrollo institucional, y una muy baja cobertura de la seguridad social (CEPAL, 2004), justamente en la etapa de mayor incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales exigen un alto gasto económico para enfrentarlas.

Una característica a resaltar en este proceso, es la feminización del envejecimiento. Las diferencias de las esperanzas de vida al nacer de hombres y mujeres en la década de los 50's eran apenas de 2 o 3 años favorables a ellas, mientras que en esta primera década del siglo XXI se estima que la brecha se ha ampliado a 5 y 6 años (Ver Gráfico 8). Dado que, en general, existe una sobremortalidad masculina en todas las edades, las mujeres parecen ser biológicamente más resistentes que los hombres¹⁰.

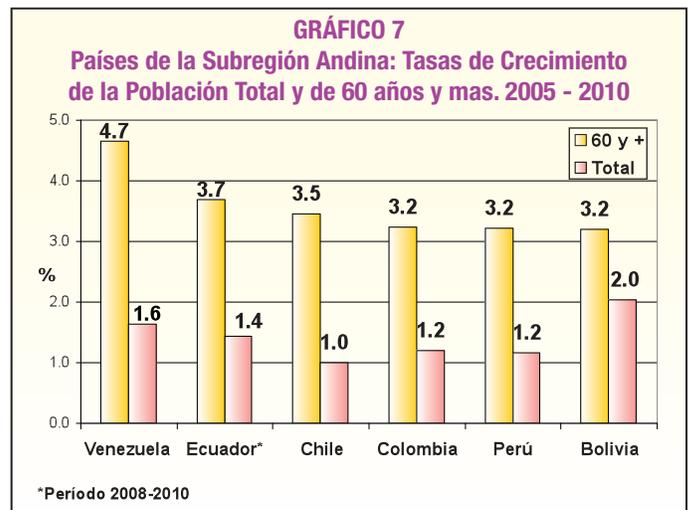
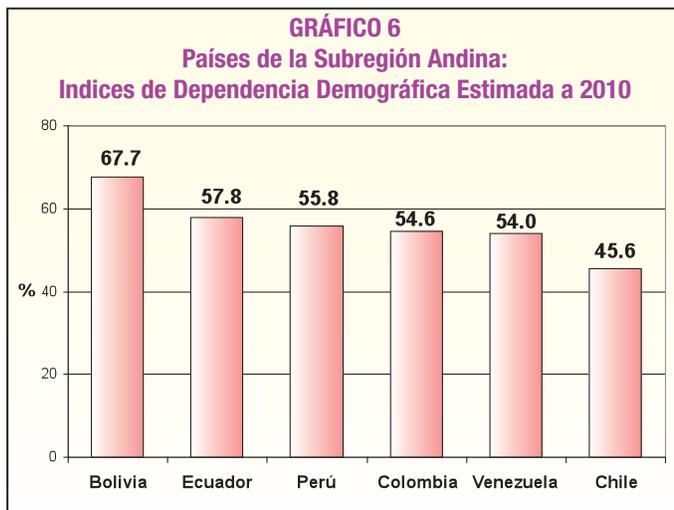
Es probable que las paulatinas mejoras en el acceso a la atención de la salud para las mujeres, principalmente durante su vida reproductiva, que es el período más vulnerable para ellas, hayan contribuido a la progresiva reducción de la mortalidad materna desde la década de los años 50 y, por ende, a la ampliación de la brecha¹¹. Sin embargo, también es posible que las

8. Estimación propia en base a las proyecciones de población elaboradas por los Institutos de Estadística de cada país.

9. Estimación propia teniendo en cuenta una tasa de crecimiento de 3.34% promedio anual.

10. Al respecto ver, por ejemplo, los análisis de Isis Internacional, 1999; CONAPO, 2009.

11. Si bien no contamos con indicadores de mortalidad materna para la década de los años 50 que nos permitan estimar la reducción, suponemos que la mortalidad materna era muy alta, basados en la experiencia de otros países similares, por ejemplo en el caso de México, entre 1930 y 1990, la razón de mortalidad materna disminuyó dramáticamente, de 565 a 54 (Aguirre, 1997). Es probable que países como Bolivia, Ecuador y Perú tuvieran niveles similares en el mismo período y, aunque las actuales razones de mortalidad materna son aún altas, se han reducido de manera importante.



Elaborados en base a: DANE - Colombia; INEI: Perú; INE Venezuela; INE Chile; INEC - Ecuador; INE - Bolivia. OPS. Cit.

diferencias biológicas solo estuvieran explicando la mitad o dos tercios de la actual diferencia y que, como lo han señalado algunos autores, mandatos socioculturales en la construcción de la masculinidad en el contexto latinoamericano empujan a los hombres a riesgos que comprometen su salud y su vida e influyen notablemente a incrementar el riesgo de muerte masculina¹².

A partir de los 80 años en promedio, en toda el área andina, por cada 100 hombres hay aproximadamente 143.5 mujeres, siendo más dramática la situación de Chile donde por cada 100 hombres hay 176 mujeres (Ver Gráfico 9). Esta situación crea mayor vulnerabilidad para las adultas mayores, principalmente en situación de pobreza, puesto que generalmente han estado históricamente excluidas del empleo remunerado y de los beneficios sociales que incluye planes de salud y jubilación y, por tanto, al final de sus vidas dependen de los ingresos que obtienen de sus parejas masculinas, pues mayormente son los hombres los titulares de pensiones de jubilación. Estas mujeres, hasta cuando les es posible, continúan desarrollando actividades no remuneradas, como es el cuidado de los nietos y demás actividades domésticas que permiten a las hijas salir al mercado de trabajo, pero que no les otorga autonomía para resolver sus propias necesidades.

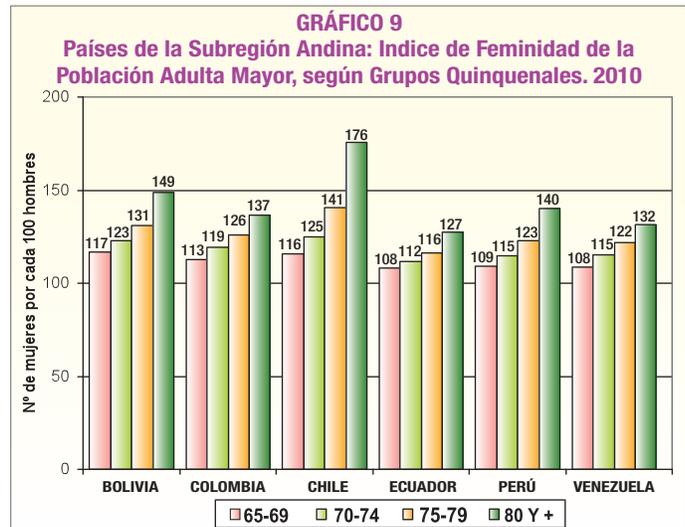
El proceso que ha discurrido simultáneamente al de la transición demográfica y con gran influencia sobre esta, ha sido el de la urbanización¹³. América Latina probablemente es la región del mundo con mayor porcentaje de población urbana y esto es aplicable a la mayoría de los países de la Subregión Andina. En el año 1950 solo Chile y Venezuela mantenían a más de la mitad de su población en el área urbana, y este último país apenas por encima del 50%. Hacia 1980 también las poblaciones de Colombia y Perú mayoritariamente estaban asentadas en el ámbito urbano. El 2010 las poblaciones de todos los países de la Subregión son eminentemente urbanas; Bolivia y Ecuador desarrollan una transición urbana a gran ritmo (Ver Gráfico 10). Sin embargo, aún siguen sin ser resueltos los graves problemas urbanos: escasez de servicios públicos, contaminación ambiental, pobreza, hacinamiento, delincuencia, etc.

12. Al respecto ver por ejemplo De Keijzer, 1997; Garduño, 2001; Gómez, 2002.

13. La concentración de la población en áreas urbanas, si bien ha producido nuevos problemas, tiene como ventaja, en relación al área rural, el mayor acceso a infraestructura básica, servicios públicos y mejor educación y empleo, todos ellos determinantes sociales de la salud.



Elaborado en base a: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2007.



Elaborados en base a: DANE -Colombia; INEI: Perú; INE Venezuela; INE Chile; INEC- Ecuador; INE - Bolivia. Op. Cit.

Otra de las características que distingue a las poblaciones de la Subregión es su diversidad étnica y cultural. En países como Bolivia, Perú y Ecuador, aun con la intensa mezcla de razas y de culturas, y de la predominancia de la cultura occidental, las poblaciones indígenas constituyen una parte importante de la población total. Es fundamental considerarlas puesto que, tradicionalmente, ha existido discriminación hacia su cultura y costumbres, además de la exclusión económica, lo cual ha tenido fuertes implicaciones negativas en la atención a la salud de estas poblaciones. En estos países también existe población de origen africano y asiático (esta última principalmente en el caso peruano). En el caso de Colombia, Venezuela y Chile, la presencia indígena es más reducida, y la existencia de la población afro descendiente en los casos de los dos primeros resulta de mayor preponderancia.

En el gráfico 11 observamos la importancia relativa de la población indígena, tanto en la población urbana y rural, como en la población total, para cuatro países de la Subregión cuyos últimos censos de población se realizaron en los primeros años de este siglo. Bolivia supera largamente a los demás países en población indígena, ya que constituye la mayor parte de su población. En todos los países la presencia de esta población es mayor en el área rural, lo que añade mayores características de segregación para estas poblaciones, puesto que el área rural tradicionalmente ha sido la más olvidada y la de menor desarrollo relativo.

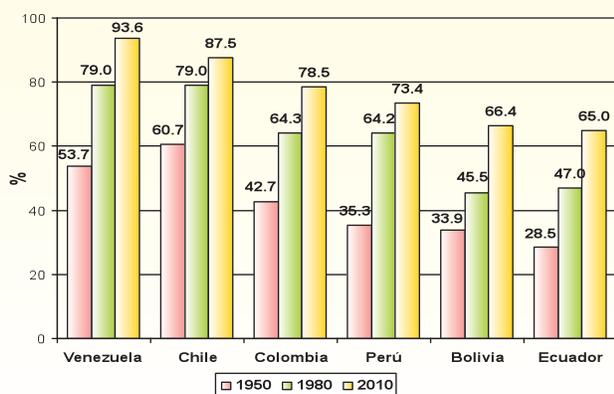
Colombia realizó su censo de población en el 2005 y registró la residencia de 1'392,623 indígenas que corresponden al 3,43% de su población¹⁴; los afro colombianos son 4'311.757 personas, el 10,62% del total y el pueblo Rom o gitano¹⁵ está conformado por 4.858 personas que representan el 0,01% de la población total del país, lo que significa que la población

14 Se comprobó la presencia de 87 pueblos indígenas, 64 lenguas amerindias y una diversidad de dialectos que se agrupan en 13 familias lingüísticas.

15 La comunidad gitana o Pueblo Rom es un grupo étnico que llegó a América Latina desde el tiempo de la Colonia. Es de origen Indio. Son una población principalmente urbana; se encuentran distribuidos en kumpanias, que son "unidades variables de residencia común que se asientan en barrios o se dispersan por familias entre las casas de los habitantes no gitanos en los sectores populares de las ciudades, y en segundo lugar en grupos familiares de tamaño variable que mantienen vínculos culturales y sociales con alguna de las kumpanias" (DANE. Colombia una nación multicultural. Bogotá, mayo, 2007).

GRÁFICO 10

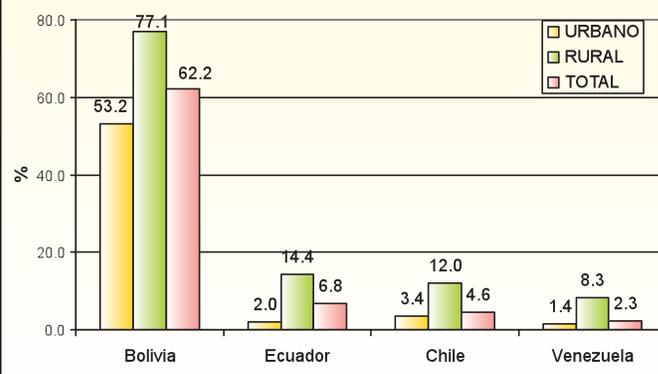
Países de la Subregión Andina: Evolución del Porcentaje de la Población Urbana. 1950, 1980 y 2010



Elaborado en base a: (Años 1980 y 2010) CEPAL/ CELADE - División de Población. Cuadros comparativos América Latina y el Caribe, actualizados en septiembre de 2009 en base a las estimaciones y proyecciones de población vigentes. (Año 1950) CELADE. Base de datos DEPUALC, 2000. Boletín demográfico Nos 56 y 63. UN World Urbanization Prospects: The 2003 Revision.

GRÁFICO 11

Países de la Subregión Andina: Porcentaje de Población Indígena Según Area Urbana y Rural 2000 - 2001



Elaborado en base a: CEPAL/ CELADE. Sistema de indicadores sociodemográficos de poblaciones y pueblos indígenas. <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/>

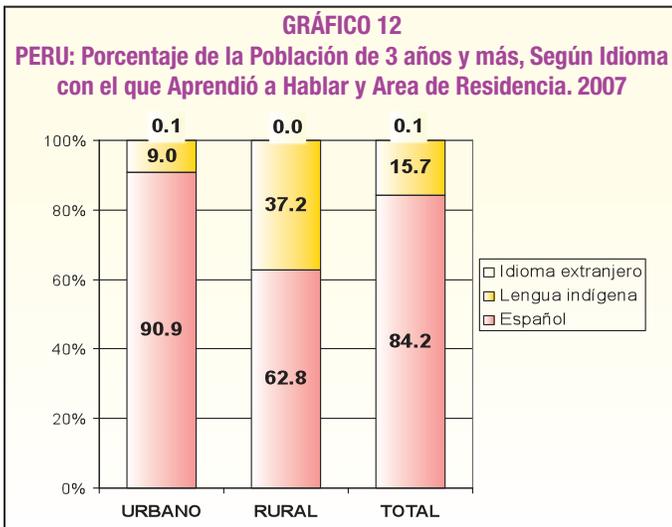
colombiana que se reconoció como perteneciente a algún grupo étnico corresponde al 14,06% de la población, el restante 85,94% no se consideró perteneciente a ninguno de los anteriores grupos étnicos (DANE, Censo General 2005).

El caso peruano es un tanto singular, puesto que el censo 2007 no identificó identidad étnica, y la única forma de acercarse a una medición de la población indígena es mediante información sobre la lengua con la que aprendió a hablar. De esa manera tenemos que 4'045.713 personas tienen a una de las lenguas indígenas como materna, lo cual representa al 15,7% de la población total. Esta población tiene una alta presencia en el área rural, principalmente en las zonas alto andinas (Ver Gráfico 12). Dentro de las lenguas indígenas, el quechua es el predominante, seguido por el aymara cuya población se ubica principalmente al sur este del país, en la frontera con Bolivia. La etnia aymara se distribuye en Chile, Bolivia y Perú. Las poblaciones con otras lenguas indígenas pertenecen a las múltiples comunidades nativas que residen en la amazonía peruana¹⁶ y en 2007 eran 332.975 habitantes (Ver Gráfico 13).

El perfil demográfico de la Subregión Andina es el de una población eminentemente joven adulta, con una expectativa de vida cada vez mayor, con familias menos numerosas y con menos dependientes, asentadas mayoritariamente en el ámbito urbano, lo cual evidentemente es el reflejo de las paulatinas mejoras en las condiciones de vida desde los años 50. Este proceso también es contradictorio, pues si bien el rápido aumento de la población adulta mayor, que experimentan todos los países es resultado del incremento favorable de la esperanza de vida, se torna en un problema creciente por las condiciones de pobreza, de falta de sistemas de seguridad social y previsionales inclusivos, de servicios de salud física y mental especializados, en que la mayor parte de la población subregional llega a la vejez.

16. Existen 1 mil 786 comunidades indígenas en la amazonía peruana, pertenecientes a trece familias lingüísticas y a sesenta etnias.

Aún existen diferencias entre los países, producto de diversos niveles de desarrollo, pero la tendencia, al parecer, es a una mayor homogeneización subregional. Sin embargo, las disparidades en las condiciones de vida y en el acceso equitativo a los beneficios del desarrollo al interior de cada país son mucho mayores que a nivel internacional, basados en diferencias de género, de estrato económico, de ámbito geográfico y de etnia, como veremos en los siguientes capítulos.



Elaborados en base a: INEI. Censo Nacional de Población 2007.



CAPÍTULO II DETERMINANTES SOCIALES

DETERMINANTES SOCIALES

La Organización Mundial de la Salud ha señalado, con base a investigaciones que muestran múltiples evidencias, que para entender la salud de las personas y para contribuir al logro de una vida saludable, no es posible limitarse a los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas. Aun cuando son los individuos los que disfrutan de una vida saludable o son ellos los que padecen las enfermedades, y sin dejar de lado los factores biológicos y genéticos que juegan un papel importante, son mayoritariamente los aspectos sociales los que actúan como determinantes en la salud de las personas.

La instalación y el mejoramiento de los servicios básicos de agua y saneamiento, la construcción de viviendas cómodas y de un hábitat adecuado, tienen impactos fundamentales en la disminución de la tasa de mortalidad infantil, en el descenso de la incidencia o desaparición de las enfermedades infecciosas prevenibles, en las afecciones epidérmicas, etc. El aumento del empleo con buenas condiciones laborales y de ingresos tiene un efecto importante en el acceso a bienes y servicios, entre ellos a los de salud, a mejores niveles de nutrición y, por ende, a mayor capacidad inmunológica, a un mayor equilibrio en los estados emocionales y beneficios para la salud mental en general. (Ramos y Choque, 2007).

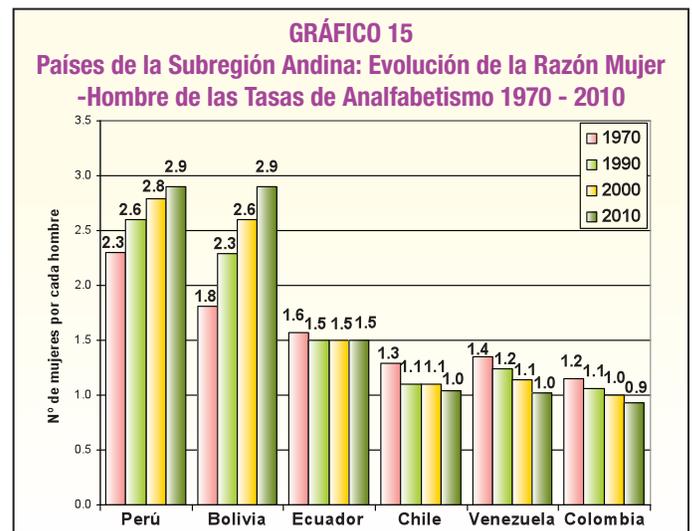
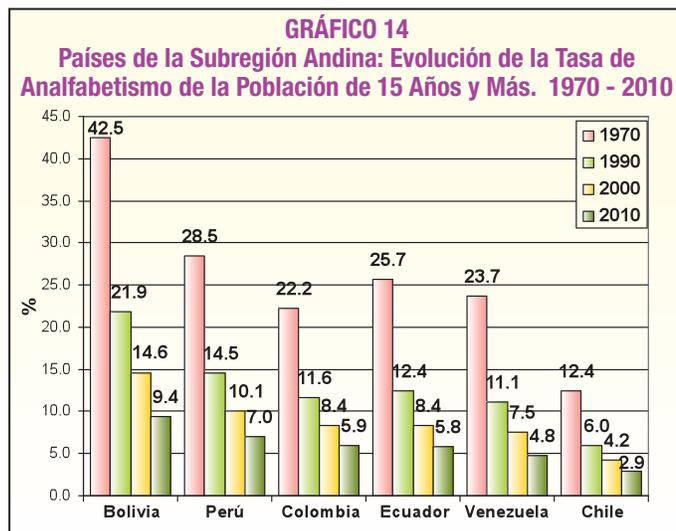
Los avances en la equidad entre los géneros, que permite a las mujeres igualdad de oportunidades para acceder a bienes y servicios, en especial a la salud y educación, y que las habilita a tomar sus propias decisiones con autonomía y respeto a sus derechos, contribuyen al descenso de los embarazos y de la fecundidad no deseados; a la disminución de la violencia contra ellas que afecta su salud física y mental, así como la de sus hijos e hijas; al descenso de la mortalidad infantil y la mortalidad materna, entre otros. En este capítulo haremos un análisis diferenciado por sexo, y por etnia cuando existe el dato, del acceso a la educación, al empleo y a los ingresos, de la situación de pobreza que impide o dificulta el acceso a los bienes y servicios y a los beneficios sociales y políticos.

2.1. Educación

La educación constituye uno de los determinantes sociales de la salud en el que ha habido un avance sostenido en la Subregión. Al analizar la evolución de la tasa de analfabetismo desde 1970, se observa que en todos los países se ha experimentado un descenso muy significativo. No obstante, existen aún grandes diferencias entre países. Así, Bolivia ostenta más de tres veces el nivel de analfabetismo que Chile, mientras que Perú mantiene casi dos veces y medio la tasa de este último país (Ver Gráfico 14). El año 1970, en los seis países la razón mujer y hombre de estas tasas, era desfavorable a las mujeres. Es decir, el número de mujeres analfabetas por cada hombre analfabeto estaba en el rango de 1.2 a 2.3. Desde entonces, hombres y mujeres han experimentado la reducción del analfabetismo, y en tres países que a la vez son los que tienen las menores tasas Chile, Venezuela y Colombia actualmente la proporción en ambos sexos es la misma, lo cual significa un avance en términos de equidad de género. Ecuador ha mantenido prácticamente constante la mayor proporción de mujeres analfabetas respecto a los hombres, mientras que Bolivia y Perú, que ya ostentaban en el año 1970 la mayor disparidad en contra de las mujeres y, a la vez las más altas tasas, en vez de

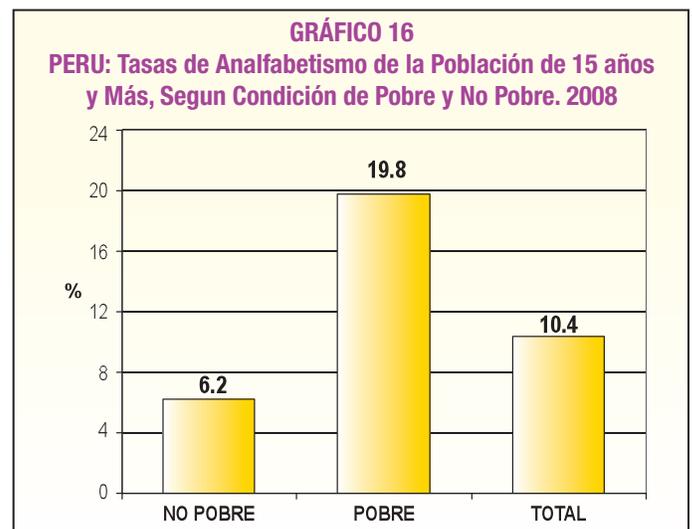
disminuir tal desigualdad, la ha incrementado. De esta manera, si en 1970 por cada hombre analfabeto había alrededor de 2 mujeres en esa condición, en el 2010 hay aproximadamente tres (Ver Gráfico 15).

Hay que tener en cuenta que, muy probablemente, las personas analfabetas sean a la vez las más pobres. Es el caso, por ejemplo, del Perú donde la población en situación de pobreza, exhibe más de tres veces la proporción de analfabetos respecto a la población no pobre (Ver Gráfico 16). En esta condición las desigualdades de género son, por lo común, más acentuadas, y cuando se dan cambios favorables en todos los estratos socioeconómicos, como en este caso, estos serían más lentos para las mujeres que para los hombres y, por tanto, se amplía la brecha. Probablemente, esto estaría sucediendo en Perú y Bolivia para el caso de la educación.



Elaborados con información proveniente de la base de datos en línea de la CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=193&idIndicador=23>

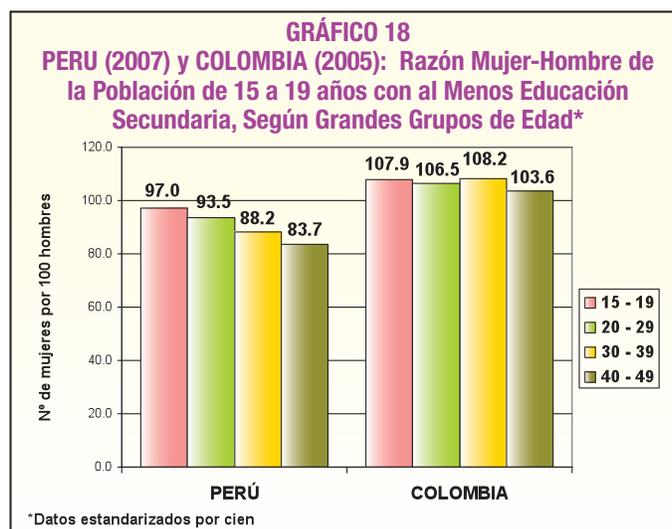
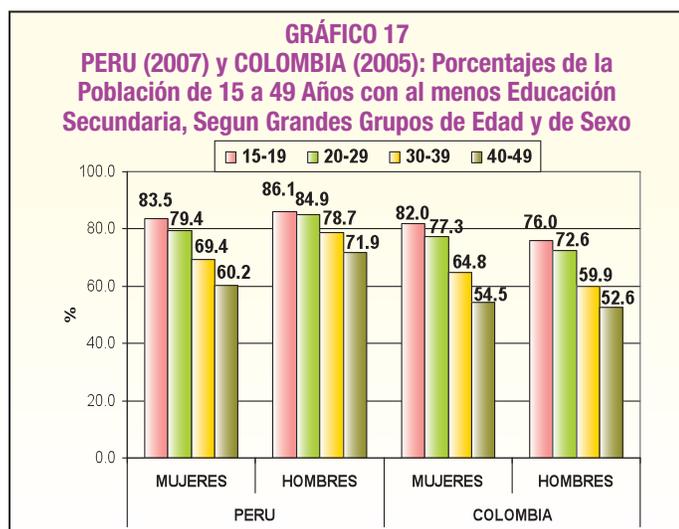
Un análisis del porcentaje de la población de 15 a 49 años, por lo menos con educación secundaria por grandes grupos de edad y sexo, nos permite visualizar los cambios positivos en el nivel educativo a nivel generacional. En el gráfico 17 observamos, para los casos de Colombia y Perú cómo, cuanto más joven es la cohorte, mayor es la proporción de hombres y mujeres al menos con educación secundaria. En el caso de las mujeres, en los dos países los cambios han sido más notorios. Así, mientras solo alrededor de la mitad de la población femenina de 40 a 49 años tiene al menos educación secundaria, las adolescentes de 15 a 19 años, en mayoría absoluta ostentan esta condición. Por otro lado, analizando la razón mujer-hombre por cohorte notaremos que para el caso peruano, hay un progresivo avance a



Elaborado en base a: INEI-Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2004 - 2008.

medida que se reduce la edad, tendiendo hacia la paridad entre sexos aunque aún sin alcanzarla. En Colombia, en todas las generaciones incluidas en la observación, se ha invertido la figura ya que son las mujeres quienes tienen mayor nivel educativo que los hombres. (Ver Gráfico 18).

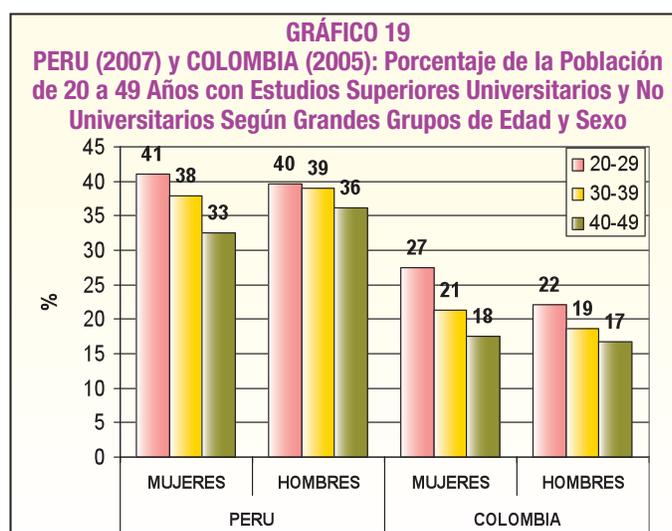
En lo que respecta a la educación superior, los cambios positivos por generación son más notables, tanto en relación a la proporción de hombres y mujeres con este nivel educativo, como en el acceso igualitario entre sexos. Sin embargo, lo más resaltante es que en el caso peruano, con mayores disparidades por razones de género en la educación, se observa que en la generación de 20 a 29 años es mayor la proporción de mujeres que de hombres indicando cambios recientes en la equidad entre los géneros, por lo menos en este aspecto. En cuanto a Colombia, ya desde las generaciones más antiguas se daba esta situación (Ver Gráfico 19).



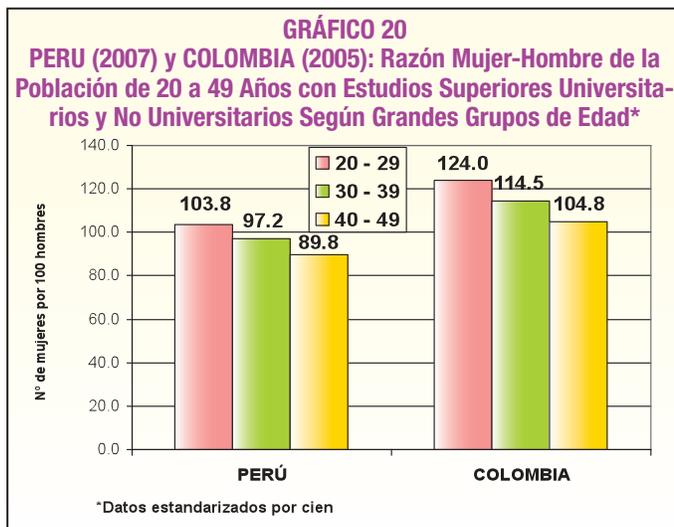
Elaborados en base a: Censo Nacional de Población – Colombia 2005, y Censo Nacional de Población – Perú 2007.

En el gráfico 20 se puede observar con mayor claridad cómo la razón mujer y hombre es favorable a las mujeres peruanas en la cohorte más joven. Es decir, por cada cien hombres de 20 a 29 años con educación superior hay casi 104 mujeres en ese nivel educativo. Este fenómeno podría estar indicando que en los sectores medios peruanos, que serían los que más acceden a la educación superior, los cambios en el acceso equitativo a servicios educativos por sexo se están dando de manera positiva en los últimos años. Este proceso ya habría sido recorrido en Colombia con anterioridad, como lo muestra la razón mujer-hombre en todas las generaciones.

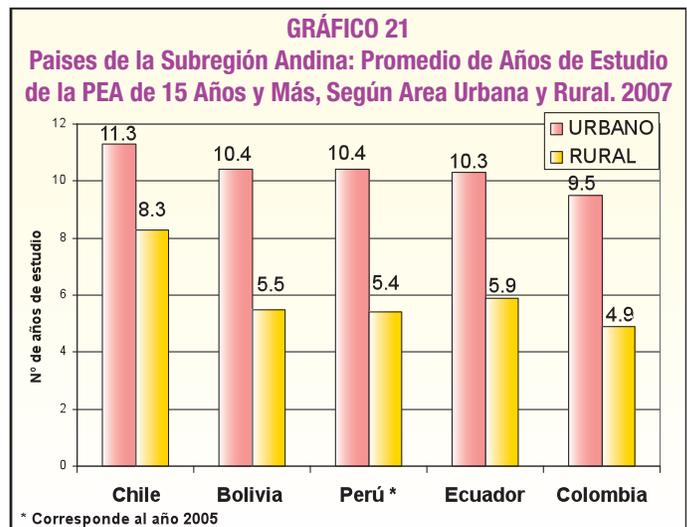
Entre las disparidades más destacadas al interior de los países de la Subregión están las que ocurren entre los ámbitos urbano y rural.



Elaborados en base a: Censo Nacional de Población – Colombia 2005, y Censo Nacional de Población – Perú 2007.



Elaborados en base a: Censo Nacional de Población – Colombia 2005, y Censo Nacional de Población – Perú 2007.



Elaborados con información proveniente de la base de datos en línea de la CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=193&idIndicador=21221>

Una de las formas en las que se expresan estas desigualdades es en el acceso a la educación. Tomando en cuenta el promedio de años de estudios de la población económicamente activa PEA, veremos que en todos los países este promedio es casi el doble en el área urbana respecto al área rural, con excepción de Chile donde la brecha es menor (Ver Gráfico 21).

Si incorporamos la variable sexo a la diferenciación por ámbito geográfico, observaremos comportamientos distintos por países. Así, en el ámbito urbano, Chile, Colombia y Ecuador poseen una PEA femenina con un promedio mayor de años de estudios que la PEA masculina, mientras que en Perú y Bolivia es al revés.

Por lo tanto, si bien existen aún brechas por sexo, desfavorables a las mujeres en el acceso a este importante determinante de la salud, hay la tendencia, en la mayoría de los países de la Subregión, a una paridad en las oportunidades educativas. Sin embargo, las disparidades mayores en el acceso a la educación se dan entre los ámbitos rural y urbano y esta característica acentúa aun más la discriminación de las mujeres rurales en dos países: Bolivia y Perú.

2.2. El Empleo y los Ingresos

La Subregión Andina en la última década ha mantenido, en general, un sostenido crecimiento económico. A pesar de eso, no ha logrado reducir significativamente sus elevadas tasas de subempleo, las cuales están ligadas principalmente al sector informal de la economía, y tampoco ha podido abatir la enorme desigualdad ni la pobreza. "América Latina, en particular varios de los países andinos, presenta los mayores índices de desigualdad en la distribución de ingresos en el mundo" (Verdera, 2005. Pág. 75)¹⁷. La informalidad de la Subregión Andina está muy por encima del promedio de América Latina¹⁸, ello implica que la cobertura de la protección social no llega a amplios sectores de trabajadores. Así, el acceso al seguro de salud que cubra accidentes

17. Respecto de esta afirmación también ver el informe de la Oficina Subregional de Países Andinos de la OIT (http://white.oit.org.pe/portal/despliegue_seccion.php?secCodigo=2).

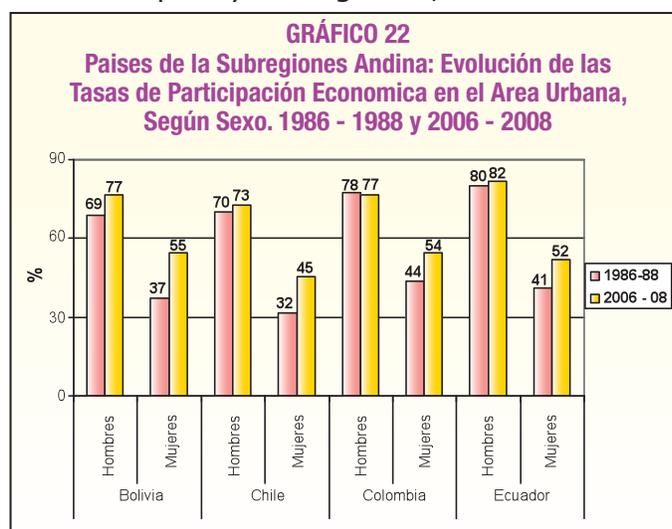
18. 2003, el promedio de empleo en el sector informal en América Latina era de 46.7%, mientras que en los países andinos los porcentajes eran los siguientes: Colombia 61.4%, Ecuador 56.5%, Perú 55.9%, Venezuela 53.8%. Mientras que en Bolivia el año 2002 el empleo informal representó el 66.7% (Fuente: OIT, Panorama Laboral 2004, Lima: Oficina Regional para las Américas - OIT, 2004, diciembre. Citado por Verdera, 2005).

de trabajo es restringido, ocasionando que los trabajadores informales estén muy expuestos a los riesgos laborales. La falta de acceso a la protección de los sistemas de pensiones impide que los trabajadores informales tengan una pensión de jubilación y los obliga a extender las edades de cese, en condiciones de muy baja productividad y reducidos ingresos.

Las desigualdades en torno al empleo y los ingresos se agudizan aún más si se desagrega por sexo. Hay que recordar que uno de los grandes cambios experimentados en las tres últimas décadas en América Latina, y concretamente en la Subregión, ha sido la irrupción masiva de las mujeres al mercado de trabajo. Hasta antes de la década de los 80, generalmente quienes accedían al trabajo remunerado eran mujeres de los sectores medios y con alto nivel educativo. La agudización de la crisis económica por el derrumbe del modelo económico de sustitución de importaciones imperante en toda la región, trajo consigo el cierre de fábricas, la desocupación y subocupación de los hombres, quienes eran mayoritariamente los que fungían como únicos proveedores, con la consecuente caída de los ingresos familiares, obligando a muchas mujeres de sectores populares a buscar trabajo fuera del ámbito doméstico¹⁹.

Las políticas de ajuste y reestructuración económica que aplicaron los gobiernos para enfrentar la deuda externa, la inflación y el déficit fiscal, se mantuvieron constantes en las siguientes décadas, produciendo un deterioro de la situación del empleo y los ingresos, lo cual continuó motivando la inserción de las mujeres de sectores populares en el mercado laboral para paliar la reducción de los ingresos del hogar²⁰. En el gráfico 22 observamos el importante incremento, entre dos décadas, de las tasas de actividad de las mujeres en cuatro países de la Subregión, mientras que las tasas masculinas han sufrido muy poca variación.

Hay que resaltar que la proporción de mujeres que trabajan sin remuneración es de dos a cuatro veces mayor que el de los hombres. Chile es el país con el mayor porcentaje de mujeres asalariadas en la región, no obstante, es también el de mayor proporción de mujeres en el servicio doméstico. Es muy probable que esto se deba a la masiva incorporación, en la última década, de inmigrantes peruanas a esta actividad, tal como ocurrió en la década anterior en Argentina²¹ (Ver Gráfico 23).



Elaborados con información proveniente de la base de datos en línea de la CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=194&idIndicador=123>

19. Al respecto ver García y Oliveira, 1994.

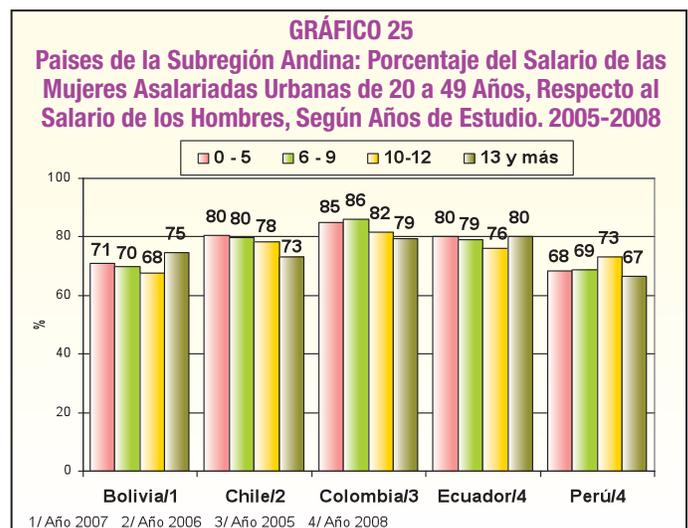
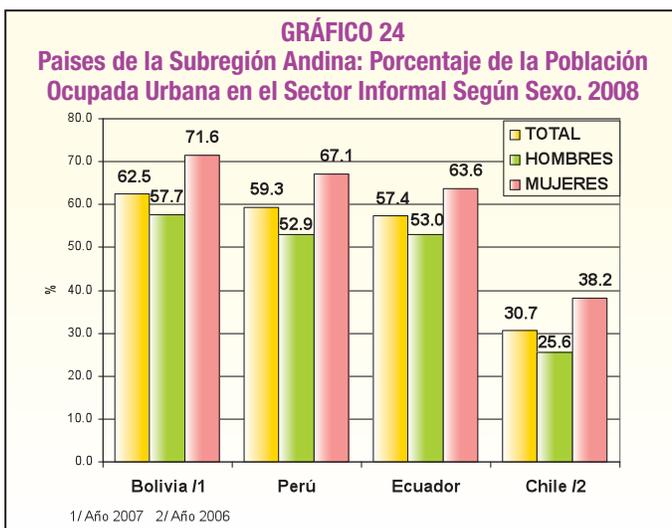
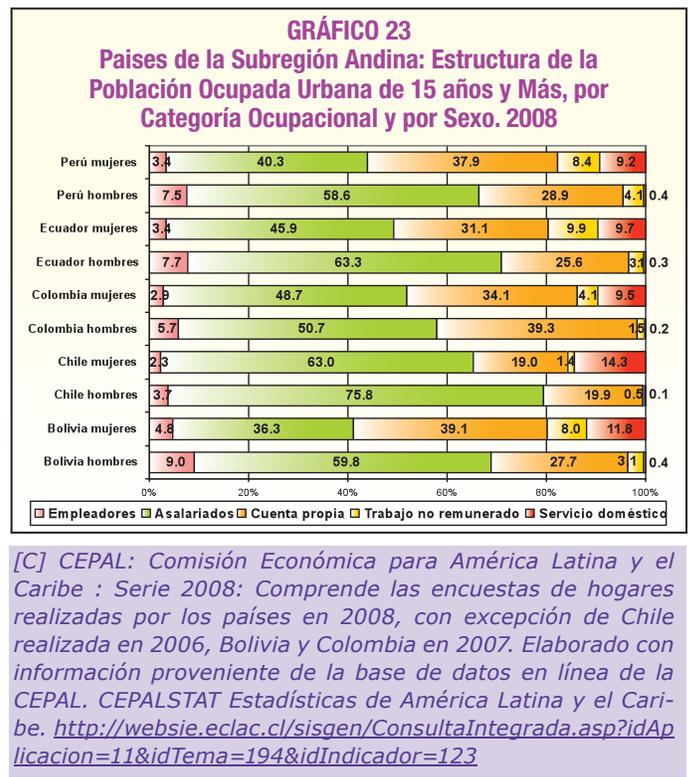
20. Es importante resaltar que se producen simultáneamente condiciones que facilitan este proceso, como la disminución de la fecundidad. También hay que señalar que los cambios en las decisiones reproductivas fueron motivados en buena parte por el deterioro de las condiciones económicas, además del aumento de la educación, el proceso de urbanización, entre otras.

21. La inmigración peruana a Chile es mayoritariamente femenina y principalmente para desempeñarse en el trabajo doméstico. La falta de oportunidades de trabajo adecuadamente remunerado en el Perú influyó para que mujeres jóvenes (21 a 35 años) principalmente urbanas y con educación secundaria y superior emigraran a este país con mayor bonanza económica y más altos ingresos económicos. El servicio doméstico les permite: "a) mayor posibilidad de ahorro, puesto que no tienen que pagar alojamiento ni alimentación; b) relativa seguridad y estabilidad del empleo; c) un sueldo mayor que el recibido en Perú; d) no requiere calificación previa" (Stefoni, 2002).

El gráfico 24 muestra cómo, en estos cuatro países de la Subregión, si bien existe un alto porcentaje de la PEA que se desempeña en actividades informales que se caracterizan por su baja productividad y rentabilidad, son las mujeres las que, en mayor proporción que los hombres, participan en este sector económico.

Un hecho que caracteriza la discriminación de las mujeres en el ámbito del empleo es el de los ingresos. Mujeres con igual número de años de estudio ganan entre 14% y 33% menos que los hombres. Perú y Bolivia, son los países donde las mujeres están peor pagadas en relación a los hombres. En Chile, Colombia y Perú, son las mujeres con más años de estudio las que ostentan los menores salarios en relación a los salarios de los hombres con igual número de años de estudios (Ver Gráfico 25).

Si bien las mujeres conquistaron un nuevo espacio en el mercado laboral en las últimas décadas en un ámbito que era eminentemente masculino y que constituía una de las fuentes de mayor poder de los hombres en las relaciones de pareja, lo han hecho en peores condiciones que los hombres. Además, esto no ha significado un mayor compromiso de los hombres con las actividades domésticas, sino que ellas han tenido que asumir un doble rol, doméstico y laboral, con el consecuente mayor desgaste físico y mental, y en detrimento de su salud y bienestar en general. (Ver Gráfico 26).

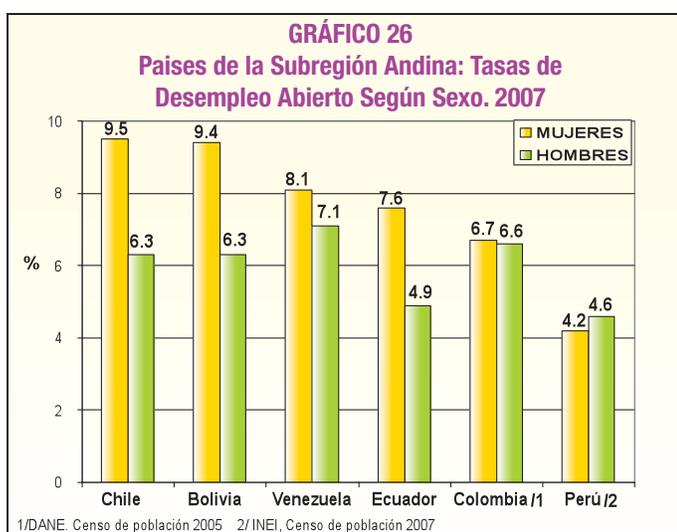


Elaborados con información proveniente de la base de datos en línea de la CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe En: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=194&idIndicador=123>

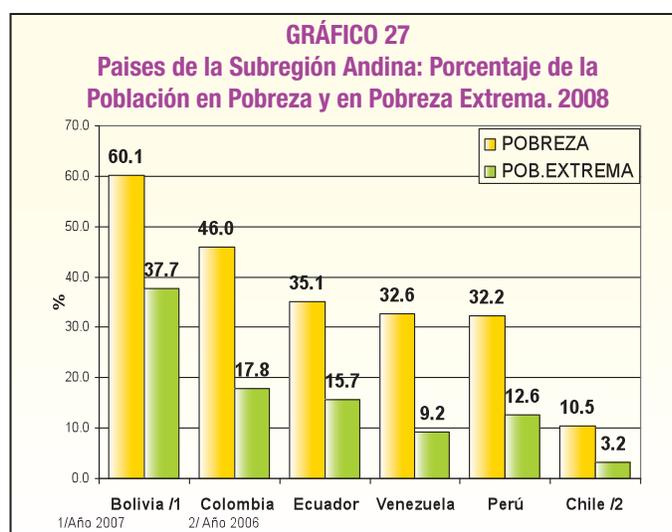
2.3. Pobreza

La reducción de la pobreza constituye un objetivo central para alcanzar el bienestar de la población, pues permite condiciones de vida adecuadas, ingresos económicos suficientes que hagan sostenibles el mantenimiento y mejoramiento del hábitat y el acceso a elementos que permitan cubrir las diversas necesidades humanas. La reducción de la pobreza impacta de manera muy favorable en el mejoramiento de la salud de mujeres y hombres.

La pobreza y la indigencia han experimentado en América Latina una reducción paulatina en los últimos años, de 48,3% y 22,5%, respectivamente, en 1990 a 34,1% y 12,6% en 2007 (OPS, 2009). Sin embargo, el descenso no ha favorecido en la misma proporción a toda la población. En varios países, la reducción de la pobreza extrema entre los indígenas y afro descendientes ha sido menor que para el resto de la población. "Por ejemplo, en Bolivia, entre 1999 y 2007 la



Elaborado en base a: OPS. La salud de las mujeres y los hombres en las Américas. Perfil 2009.



Elaborado en base a: INE Bolivia. Encuesta de hogares 2007. Ministerio de Planificación - Gob de Chile. Encuesta CASEN 2006; DANE Colombia. Gran Encuesta Continua de Hogares 2008 y 2009; INEC-SIEH-ENE-MDU.- Ecuador-Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo 2008; Instituto Nacional de Estadística, INE. República Bolivariana de Venezuela; INEI.- Perú. Encuesta Nacional de Hogares Anual: 2004-2008.

indigencia entre la población rural no indígena ni afro descendiente se redujo 17,4%, mientras que en la población indígena y afro descendiente se redujo 3,8%. En el Ecuador, entre 2002 y 2007, la indigencia urbana en población no indígena ni afro descendiente se redujo 40% y entre la población indígena y afro descendiente, 3,2%" (OPS, 2009).

El nivel de pobreza y extrema pobreza en los países de la Subregión es heterogéneo. Países como Venezuela, Ecuador y Perú mantienen a un tercio de su población en situación de pobreza, una proporción un poco mayor en Colombia, y en los extremos Bolivia y Chile. Bolivia tiene proporcionalmente seis veces más pobres que Chile y un poco más de diez veces de la población en situación de indigencia. (Ver Gráfico 27).

En todos los países de la Subregión, el número de mujeres en pobreza y en extrema pobreza es mayor que el número de hombres. A excepción del caso de Bolivia, las diferencias en contra de las mujeres son más acentuadas cuando se trata de la población en pobreza extrema. En los casos de Chile y Venezuela hay casi un tercio más de mujeres en situación de indigencia respecto a los hombres (Ver Gráfico 28).

GRÁFICO 28

Paises de la Subregión Andina: Índice de Feminidad de la Pobreza y de la Pobreza Extrema. 2005-2008

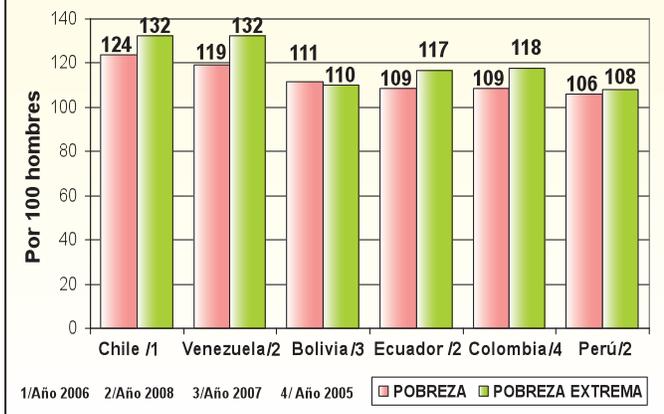
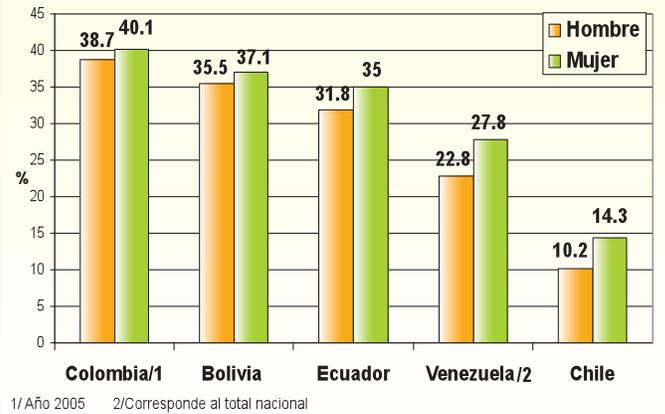


GRÁFICO 29

Paises de la Subregión Andina: Porcentaje de Jefes de Hogar del Area Urbana en Situación de Pobreza Según Sexo. 2007



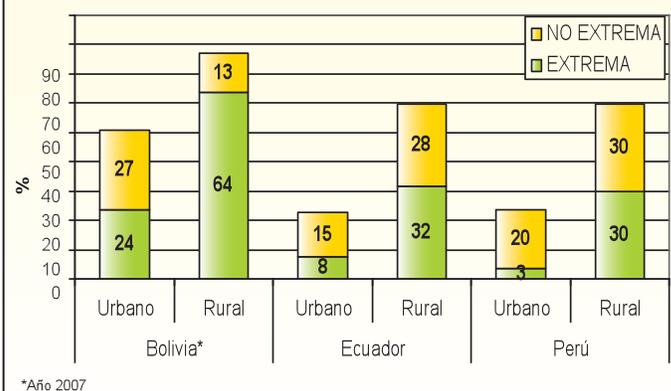
Elaborados con información proveniente de la base de datos en línea de la CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc.asp>

El año 2008, en un cuarto de los hogares urbanos de Bolivia, Ecuador y Perú la jefatura la tenían las mujeres, mientras que en Chile, Colombia y Venezuela, alcanzaba alrededor de un tercio del total de hogares (CEPAL. CEPALSTAT. Op.Cit). En el gráfico 29 observamos cómo cuando la jefatura del hogar corresponde a la mujer, el porcentaje de hogares en situación de pobreza es mayor: esto es explicable, porque la mayoría de ellas son madres solteras o han sido abandonadas por sus parejas, sin ningún o escaso apoyo económico por parte de ellos y con la responsabilidad de mantener solas a hijos e hijas.

Por último, es importante destacar las grandes brechas existentes en torno a la pobreza entre las áreas urbanas y rurales de estos países. Es mayor el nivel de la pobreza en las áreas rurales y, principalmente, de la extrema pobreza. En el ámbito rural la pobreza involucra a la mayor parte de la población, lo que no ocurre en las áreas urbanas. A excepción de Perú con un poco menos de la mitad de pobres extremos en el área rural, tanto en Ecuador como en Bolivia la mayoría de los pobres rurales está en situación de indigencia. La situación boliviana es la más dramática, pues casi las dos terceras partes de su población rural está en condición de pobreza extrema (Ver Gráfico 30).

GRÁFICO 30

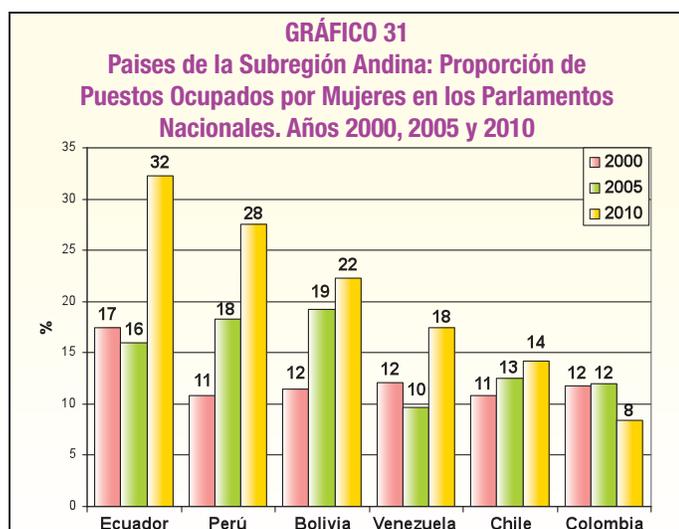
Bolivia, Ecuador y Peru: Porcentaje de la Población en la Pobreza Extrema y No Extrema, Según Area Urbana y Rural. 2008



Elaborado en base a: INE Bolivia. Encuesta de hogares 2007; INEC-SIEH-ENEMDU.- Ecuador-Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo 2008; INEI.- Perú. Encuesta Nacional de Hogares Anual: 2004-2008.

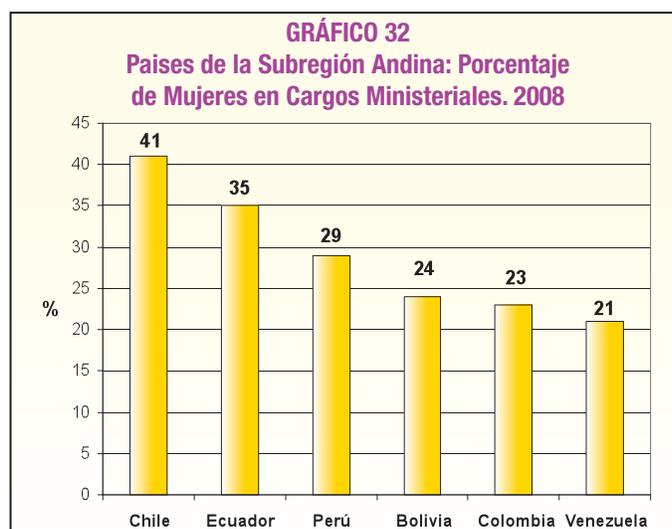
2.4. Participación Política

Una de las maneras en que se manifiestan las desigualdades entre los géneros es la baja participación de las mujeres en la toma de las decisiones políticas. Durante muchos siglos el escenario político fue el monopolio de los hombres y el derecho al voto que confería a las mujeres el estatus legal de ciudadanas plenas, recién fue conquistado aproximadamente en la década de los años cincuenta. Desde entonces ha habido avances importantes, entre los que se destaca la elección de seis mujeres presidentas de la república en América Latina, de las cuales una pertenece a la Subregión Andina²². Los progresos en esa materia ciertamente han



Elaborado con información proveniente de la base de datos en línea de la CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe.

<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=205&idIndicador=178>



Elaborado en base a: OPS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2009.

comprendido la mayor presencia de las mujeres en los parlamentos nacionales y en los cargos ministeriales. Desde el año 2000, como observamos en el gráfico 31, en todos los países de la Subregión a excepción de Colombia, ha habido avances en la participación de las mujeres. Ha ayudado, en algunos casos, la promulgación de leyes específicas que imponían cuotas mínimas obligatorias de candidatas mujeres, caso contrario, muy probablemente los procesos de cambio hubieran sido más lentos²³. Sin embargo, en todos los países, la presencia de las mujeres en los parlamentos es todavía escasa. Por otra parte, hay cada vez mayor participación de las mujeres en cargos ministeriales aunque, salvo el caso de Chile, bastante minoritaria (Ver Gráfico 32).

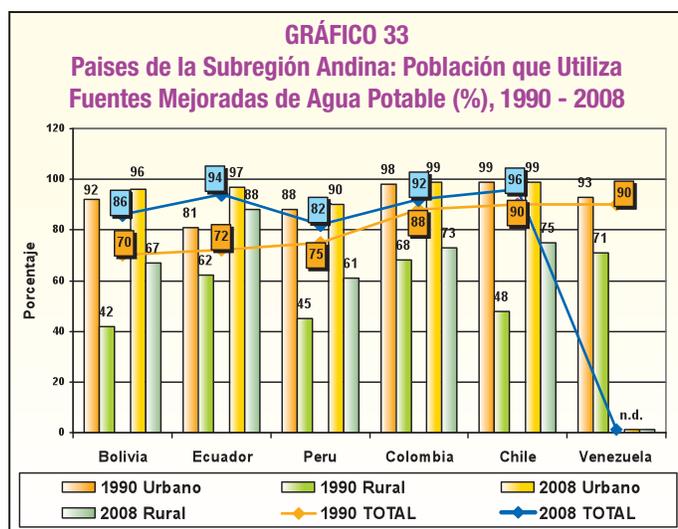
22. María Estela Martínez de Perón, en la Argentina, asumió el 1º de julio de 1974; Violeta Chamorro, en Nicaragua en 1978; Mireya Moscoso, presidenta de Panamá entre 1999 y 2004; Michelle Bachelet en Chile entre 2006 y 2010; Cristina Fernández gobierna Argentina desde 2007; Laura Chinchilla en Costa Rica asumió el poder el año 2010. El 31 de octubre del 2010, Dilma Rousseff fue electa presidenta de Brasil en segunda vuelta electoral.

23. Por ejemplo, en Perú, la participación política de las mujeres es impulsada desde 1997 por la Ley de Cuotas Electorales por Género, que establece 30 por ciento de presencia de mujeres en las listas a cuerpos colegiados, complementada en 2007 por la Ley de Igualdad de Oportunidades.

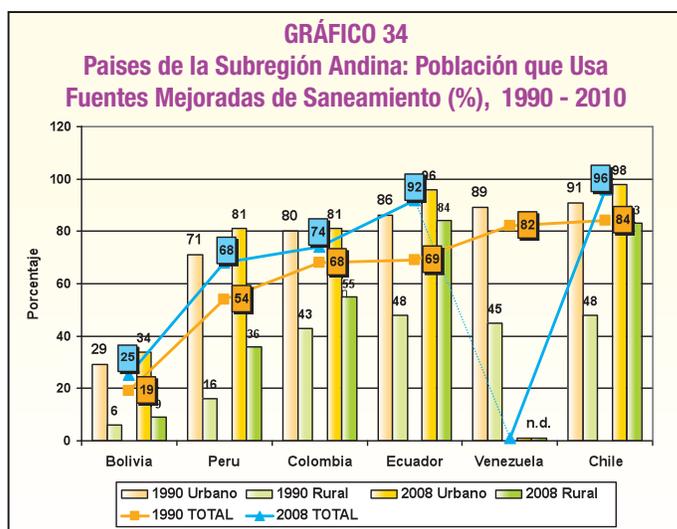
2.5. Salud Ambiental

A continuación presentamos algunos factores de riesgo que se asocian a un aumento de la mortalidad y la morbilidad. Los riesgos prevenibles que se presentan en esta sección son el agua insalubre y la falta de saneamiento. El abastecimiento de agua insalubre y los niveles insuficientes de saneamiento e higiene aumentan la transmisión de enfermedades diarreicas (el cólera entre las más importantes), esquistosomiasis, tracoma y hepatitis entre otras.

Los gráficos 33 y 34 presentan el incremento del acceso a "fuentes mejoradas de agua potable"²⁴ y servicios de "saneamiento mejorados"²⁵. Sin embargo, los esfuerzos para alcanzar la meta propuesta en el ODM 7 para el año 2015 exigen acelerar la mejora de estas coberturas y fundamentalmente reducir las brechas persistentes entre el área urbana y rural.



Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010



Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010

2.5.1. Acceso a fuentes mejoradas de agua potable

El acceso al agua y a los servicios de saneamiento mejorados en general depende del nivel de ingreso del país y del lugar de residencia de la población. Tal como se muestra en el gráfico 33, las personas que viven en zonas rurales de países de bajos ingresos son las que tienen menos probabilidades de acceso tanto al agua potable como a los servicios de saneamiento. Para el caso de la Subregión Andina, los países con menor acceso al uso de fuentes mejoradas de agua son Bolivia, Ecuador y Perú. En cuanto a la brecha en este acceso entre el ámbito urbano y rural, el país con mayor brecha es el Perú (90 vs. 61) y el país que ha conseguido disminuir en mayor medida esta inequidad es Chile (99 vs. 75).

24. Comprenden el suministro de agua corriente a la vivienda, parcela o jardín, o patio; los grifos o caños públicos; los pozos entubados o pozos-sondeo; los pozos excavados protegidos; los manantiales protegidos; la captación de agua de lluvia, y el agua embotellada (si una fuente secundaria disponible es también una fuente mejorada).

25. Son infraestructuras que separan higiénicamente las excretas humanas del contacto con las personas y comprenden: los inodoros o letrinas con descarga a la red de alcantarillado, una fosa séptica o un pozo; las letrinas de pozo con ventilación; las letrinas de pozo con una losa o una plataforma de un material cualquiera que cubre por completo el pozo, salvo el orificio de vertido; y los inodoros o letrinas para elaboración de compost.

La falta de acceso al agua potable tiene también otras repercusiones graves como es la sobrecarga del trabajo doméstico de las mujeres que son responsables de cargar el agua y para el caso de las niñas que ven postergado o negado el derecho a la educación básica por asumir la responsabilidad del acarreo de agua al hogar o por renunciar a compartir instalaciones sanitarias mixtas en las escuelas públicas, que es también un tema de pudor y derecho a la privacidad e higiene²⁶.

2.5.2. Acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento

La proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento mejorados es en general mucho menor que la que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, tanto en las zonas rurales como en las urbanas.

Comparando estas cifras para los países de la Subregión Andina, la mediana para el acceso al agua mejorada en el año 1990 era de 81,5%, mientras que el acceso para las instalaciones mejoradas de saneamiento en el mismo año solo alcanzaba el 68,5%. Para el año 2008 estas cifras se incrementaron, con una mediana para el acceso al agua en 82% y de 74% para saneamiento, considerando solo cinco países de la Subregión debido a que no se encontró información disponible actualizada para Venezuela.

2.6. Emergencias y Desastres

El incremento del número de desastres naturales²⁷ en la última década y la magnitud de sus consecuencias fatales, ha estimulado la reflexión en torno al tema y la evidente relación que existe entre desarrollo y riesgo de desastres.

CUADRO N° 1: Exposición a los desastres naturales en la subregión andina (2009)

Tipo de Desastre	Personas Expuestas	Áreas Expuestas
Inundaciones	Más de 13 millones de personas expuestas. Entre 1970 y 2007 hubo 3 mil víctimas y 112 mil viviendas destruidas.	Perú (40%) y 35 mil Km ² de áreas agropecuarias. Colombia (38%) y 120 mil Km ² Ecuador (18%) y 14 mil Km ² Bolivia (4%) y 56 mil Km ²
Terremotos	Colombia (22,3 millones de personas) Perú (18,7 millones) Ecuador (13 millones) Bolivia (menos del 1% de sus 8,1 millones de habitantes).	59 millones de habitantes residen en zonas altamente sísmicas.
Heladas		355 mil kilómetros cuadrados de áreas expuestas a heladas
Volcanes	Más de 60 volcanes activos, más de 4 millones de habitantes en riesgo	Interconexión eléctrica Colombia-Ecuador-Perú por erupciones de los volcanes Galeras, Guagua Pichincha y Tungurahua y el Misti.

Elaboración a partir de Información presentada en el marco de la clausura del Proyecto de Cooperación CAN-UE "Apoyo a la Prevención de Desastres de la Comunidad Andina" (PREDECAN), el 23 octubre 2009 en Lima, Perú.

26. Gender and Water Alliance. *Género, Agua y Pobreza. Actualizado a Febrero, 2007.* [Fecha de acceso: 21 de agosto del 2010] URL disponible en <http://www.es.genderandwater.org/page/3532>

27. *El desastre es una situación resultante en una sociedad o comunidad, después de que ha sido azotada por algún fenómeno natural, ya sea terremoto, inundación, huracán, vulcanismo, deslizamiento u otro, o por acciones erróneas del hombre, tales como incendios, explosiones etc. Se puede medir en términos de daños y pérdidas materiales, económicas o en lesiones y pérdidas de vidas humanas.*

Los países de América Latina y el Caribe presentan un alto nivel de riesgo frente a desastres. No sólo concentran un gran número de amenazas de origen natural, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, etc, sino que tienen un alto índice de vulnerabilidad, que lejos de reducirse ha venido creciendo en los últimos años por la combinación de factores como la pobreza, el deterioro ambiental o las políticas de desarrollo.

Los mayores factores de vulnerabilidad en la Subregión se dan por los patrones de asentamientos en suelos frágiles, mala calidad de las viviendas e infraestructura, degradación ambiental, carencia de estrategias eficientes para reducir los riesgos, y el tipo y manejo de las actividades económicas. El rápido crecimiento demográfico y el aumento de la densidad poblacional en las tres últimas décadas en la Subregión Andina han incrementado la cantidad de personas y elementos expuestos a las mismas amenazas/peligros.

En cuanto a la mayor vulnerabilidad de la mujer y/o potencial fortaleza para la sobrevivencia, es preciso señalar que las relaciones de género pre-condicionan las habilidades sociales para anticiparse, prepararse, sobrevivir, resistir y recuperarse de un desastre. En el caso de las mujeres, su condición y posición en la sociedad hace que se incremente su vulnerabilidad ante los desastres, además de que tienen menos acceso y control de los recursos que son esenciales en la preparación, mitigación y rehabilitación.²⁸ La desigualdad de género es una condición subyacente en el aumento de agresión sexual contra la mujer en post desastres.

Por lo tanto, los planes de preparación y de respuesta ante desastres deben tomar en cuenta tanto las necesidades como las contribuciones potenciales de hombres y mujeres. Un enfoque de género en el estudio y análisis de los desastres es esencial para alcanzar la meta de contar con comunidades más seguras y resilientes a los desastres.

28. *América Latina Genera, Gestión del Conocimiento para la Equidad de Género En: americalatina.org. Revisado el 11 de Agosto en: <http://americalatina.org/tematica/cvd-leermas.php?Titulo=Tema5m3&vinculos=Desastres>*



CAPÍTULO III SALUD, ENFERMEDAD Y MORTALIDAD

SALUD, ENFERMEDAD Y MORTALIDAD

El enfoque de género en salud, propone un abordaje sistémico para poder estudiar la construcción de las inequidades y las exclusiones, tomando en consideración los contextos sociales, políticos, económicos, las diferencias étnicas y de origen étnico, y la condición de ruralidad, entre otras. Para el análisis del derecho a la salud, además de mirar las disparidades evitables e injustas entre hombres y mujeres y al interior de estos grupos, es necesario tomar en cuenta el cumplimiento de los Estados en su responsabilidad de garantizar el máximo nivel de salud según los recursos disponibles²⁹.

Hay claras diferencias entre los sexos en el sentido de que los hombres tienen menor esperanza de vida y mayor mortalidad en prácticamente todas las edades y por casi todas las causas. Sin embargo, los indicadores de morbilidad medidos por la demanda de servicios y por los estudios de población sobre la mayor incidencia de episodios agudos de enfermedades, número de internaciones hospitalarias y duración de la convalecencia reportan una mayor frecuencia en las mujeres. Si bien no hay duda de que algunas de las diferencias de mortalidad se deben a factores biológicos, hay ciertos comportamientos específicos de cada sexo que son determinados por factores culturales y sociales que perjudican su salud³⁰.

Los grupos menos favorecidos se caracterizan por su bajo nivel educativo, residencia rural, nivel de pobreza y extrema pobreza, acceso desigual a educación, trabajo informal, salud, cultura, recreación, ejercicio físico, entre otros.

Entre los grupos menos favorecidos, las mujeres representan un sector marginado; ello se debe a que históricamente, los grupos sociales han establecido la división entre lo femenino y lo masculino para garantizar y dar soporte al cuidado de la familia, a los sistemas de producción y al orden legal, religioso y político. La división ha consistido en establecer diferencias dicotómicas y jerarquizadas entre los hombres y las mujeres, con la consiguiente subordinación de este último grupo³¹.

El caso de la feminización de la epidemia del VIH/SIDA tiene que ver tanto con factores de vulnerabilidad biológica como con construcciones socio-culturales de la sexualidad femenina; o el hecho que los hombres sean más propensos a enfermar y morir por las conductas de riesgo a las que se exponen –dadas las exigencias casi hegemónicas de la construcción de las masculinidades, mientras las mujeres con frecuencia sufren debido a su papel fisiológico natural en la supervivencia de la especie y por las tareas ya no naturales relacionadas con este rol.

Los datos presentados en este capítulo sobre el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en los países de la Subregión Andina provienen fundamentalmente de la información producida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) complementada con algunos datos proporcionados

29. Hurtado, Raquel y Ramos, Miguel. *Perfil de Salud de las Mujeres y Hombres del Perú, 2005*. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud, Lima, 2006.

30. Se basa en "Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero", documento elaborado por Ruy Laurenti, Cassia Maria Buchalla, M. Helena P. de Mello Jorge, Maria Lúcia Lebrao y Sabina L. D. Gotlieb, de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, en 1998.

31. Dador, Jenny. *Diagnóstico: Avances en la incorporación de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en el accionar de la promoción de la salud, noviembre, 2004*.

por los países. El énfasis para la selección de las condiciones y problemas de salud que se incluyen ha considerado los siguientes criterios: i) las que afectan en forma exclusiva a uno de los sexos o subgrupos que forman parte de ese sexo; ii) aquellas que siendo problemas de salud pública, muestran diferencias por sexo; iii) las que producen riesgos diferenciales por sexo; iv) las que involucran efectos diferentes sobre los sexos y v) las que requieren intervenciones particulares para cada sexo.

3.1. Tendencias de la Morbilidad y Mortalidad en la Subregión Andina

La mortalidad y la morbilidad son indicadores importantes de la situación sanitaria, y dan cuenta del nivel y los patrones de mala salud en la población. El análisis de la mortalidad por cuatro grandes categorías: enfermedades transmisibles, neoplasias malignas, enfermedades del aparato circulatorio y causas externas, en función del sexo, nos permite identificar las siguientes tendencias:

- i. La disminución de la mortalidad debida a las enfermedades transmisibles, para el caso de la Región Andina, es decir, el riesgo de morir por dichas enfermedades, se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2005, pasando de 139 defunciones por 100,000 habitantes a 63 en el hombre, y de 111 a 45 en la mujer. Este patrón de mortalidad de riesgo más elevado en el varón que en la mujer se presenta en casi todas las subregiones. Esta tendencia es uno de los efectos más importantes de las mejoras en cuanto a condiciones de vida y a tecnología básica. Esta situación no sucede en la misma medida para la Región del Caribe Latino, no Latino y el Cono Sur.
- ii. La situación de la mortalidad por neoplasias malignas se mantuvo en valores semejantes para todas las Subregiones, incluyendo la Región Andina entre 1990 y 2005, con una variación mínima para los hombres, de 103 a 101 y de 102 a 94 para las mujeres.
- iii. Las cifras reportadas para la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio mostraron una clara tendencia a la reducción, contraria a la tendencia incremental registrada en años anteriores para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Mantiene sin embargo, un nivel más elevado en los hombres. Para la Región Andina estas variaciones fueron de 230 defunciones por 100,000 habitantes (1990) a 200 defunciones por 100,000 (2005) para los hombres y de 191 a 162 para las mujeres.
- iv. Finalmente, la mortalidad por causas externas, que resultó ser cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres, presenta una ligera disminución que va de 146 a 134 para los hombres y de 32 a 30 para las mujeres, en los mismos períodos antes señalados. Es preciso señalar que la mortalidad por causas externas³² aparece entre las 10 primeras causas de mortalidad en Chile, Ecuador, Colombia y Bolivia (Ver Cuadro 4) y los homicidios para el caso de muerte en Colombia, Ecuador y Venezuela.

Para el caso de la población infantil, los patrones de mortalidad tienden a ser más sensibles que para el caso de los adultos o la población general. Por lo tanto, el análisis está referido a problemas específicos de salud recurriendo a la mortalidad proporcional.

32. La mortalidad por causas externas abarca las lesiones no intencionales, que comprenden los accidentes y las lesiones intencionales (violencia), que pueden ser autoinfligidas (lesiones autoinfligidas intencionalmente) o causadas por terceros (agresiones/homicidios).

CUADRO N° 2: Diez causas principales de defunción según sexo y posición de las mismas, Subregión Andina (1999-2003)

Causas de Defunción	CHILE (2001-2003)		COLOMBIA (1999-2001)		ECUADOR (2001-2003)		PERU (1999-2000)		BOLIVIA (2002)		VENEZUELA (2000-2002)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enf. Isquem. del Corazón	2	1	1	2	6	5	7	4	1	1	1	1
Enf. Cerebrovascular	1	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	4
Influenza y Neumonía	3	5	7	8	4	6	1	1	3	4	8	
Diabetes	4	7	3	7	3	8					3	7
Enf. Resp. Crónica Baja	8	8	4	5							7	10
Enf. Hipertensiva	6		6	10	5	9	9				5	8
Homicidio			8	1		1					9	2
Accidentes de Trans. terrestre		6		4		4		8	5	3		3
Cirrosis y otras afec. Hígado	9	3				10		2				9
Suicidio		9										
Ciertas Condiciones Perinatales			5	6	8	7	8	6	6	5	4	6
Neo. Maligna Estomago		4		9	9		5	9				
Enf. Sist. Urinario	10				7		3	5				
Neo. Maligna de próstata		10								6		
Neo. Maligna de vejiga	7											
Demencia (Alzheimer)	5		9									
Neo. Maligna del Útero				10		4		4		6		
Falla Cardíaca y Complic.					1	2	6					
Septicemia							10					
Neoplasia Maligna Mama											10	
Evento de Inten. no determinada								7				5
Tuberculosis								10				

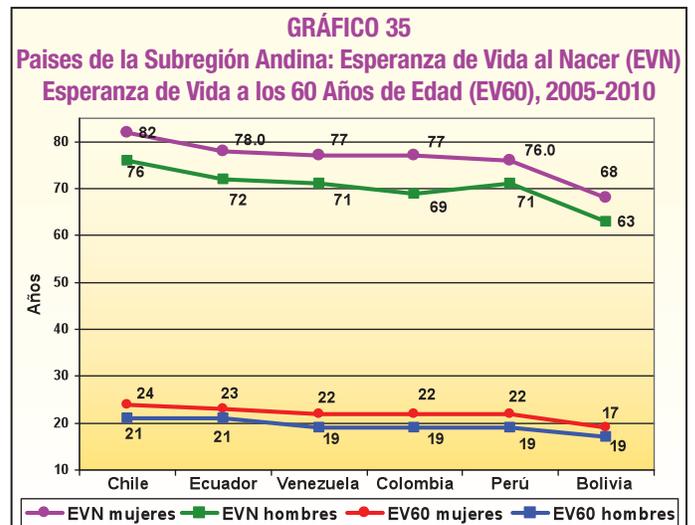
Fuente: WHO Global Health Database, Mortality: Data and Statistics/Ten Leading Causes of Death. Revisado el 12 de julio en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003

Entre 1995 y 2005 la reducción más pronunciada en las defunciones registradas en niños menores de 5 años, tanto en la Subregión Andina, como en las otras subregiones, fue en la proporción de muertes debidas a enfermedades diarreicas agudas. Esta tendencia a la reducción de la mortalidad por infecciones en la infancia se atribuye a la disponibilidad y el fomento de tecnologías sencillas y económicas, tales como terapia de rehidratación oral, inmunizaciones y protocolos simplificados para el control de las enfermedades respiratorias, así como a un mayor acceso a fuentes mejoradas de agua potable.

3.2. Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacer (EVN), es aceptada como el mejor indicador y el más utilizado para sintetizar las condiciones de mortalidad en una población. Este indicador es muy gráfico, pues se construye sobre un concepto concreto ¿cuánto tiempo, en promedio, esperaríamos vivir un ser humano?, pero a la vez es abstracto, en la medida que ninguna generación real vivirá desde su nacimiento hasta su completa extinción bajo las condiciones actuales de mortalidad, más aún si se tiene en cuenta el desarrollo que han experimentado las condiciones de salud y la tecnología médica.

La EVN de las mujeres es más alta que la de los hombres en todos los países del mundo, y la Subregión Andina confirma esta tendencia. El Gráfico 35 demuestra que para Colombia existe una brecha más pronunciada en la EVN, con una esperanza de vida para los hombres por debajo de los 70 años que puede estar explicada por la situación de violencia. El otro hallazgo importante es la situación de Bolivia que presenta valores muy por debajo de la EVN promedio de la Subregión Andina y también para la esperanza de vida a los 60 años de edad (EV60). Esta menor EVN para Bolivia podría estar explicada por la alta mortalidad infantil en Potosí y Oruro, además de otros bolsones de mortalidad infantil en los departamentos.



Fuente: unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/statistics.htm. Fecha de acceso: 16 de Junio del 2010.

Dependiendo del contexto socioeconómico, los factores de género actúan de manera diferencial sobre mujeres y hombres, en beneficio o detrimento de su salud, ampliando o disminuyendo la diferencia de esperanza de vida. En general, las mujeres son las que están más enfermas pero viven más que los hombres. Los registros dan cuenta de que las mujeres padecen más síntomas físicos y psicológicos, más enfermedades crónicas y discapacidad, utilizan más medicamentos y visitan a los médicos más a menudo. En contraste, los hombres sufren más de enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura. Las tasas más altas de mortalidad masculina tienden a captar la imaginación del público, la carga más grande de morbilidad femenina es menos espectacular y, en consecuencia, llama menos la atención del público (Verbrugge, 1985).). Para decirlo de forma más cruda, los hombres mueren de sus enfermedades mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas (Thorslund et al., 1993)³³.

3.3. Principales Causas de Mortalidad

El conocimiento de las causas de muerte de una población determinada, depende de la forma en que la muerte ha sido certificada, registrada, recopilada y procesada. La falta de precisión en los primeros dos pasos son los responsables de los errores en el registro de la mortalidad en la mayoría de los países de Latinoamérica. Los factores involucrados en estos errores probablemente son más de índole cuantitativa que cualitativa, por lo tanto esto debe ser tomado en cuenta para interpretar en forma apropiada las cifras de las estadísticas vitales en los países de la región. Por lo tanto, las tasas de mortalidad en general, y aquellas para algunas enfermedades en particular, podrían estar por debajo y no por encima de las cifras disponibles en la actualidad³⁴.

33. Gita Sen et. al. En: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_vulnerabilidad.pdf - 153k

34. *Leading Causes of Death in Latin America: Arnoldo Gabaldon, et al. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 43, No. 4, Part 2: Components of Population Change in Latin America. Proceedings of the Sixtieth Anniversary Conference of the Milbank Memorial Fund. Held at the Savoy Plaza Hotel New York City, April 5 to 7, 1965 (Oct., 1965), pp. 242-262.*

El perfil de la mortalidad en la Subregión Andina ha cambiado de manera significativa al igual que en la mayoría de los países de la Región. Las afecciones crónicas de tipo degenerativo y las causas externas (accidentes y homicidios) se han incrementado desplazando a las enfermedades transmisibles que eran las principales causas de morbilidad y mortalidad en las décadas anteriores. Este panorama se explica por la transición demográfica, a través de la cual la población de menores de 10 años (con alta incidencia de enfermedades transmisibles) ha perdido importancia relativa, mientras se ha incrementado la población adulta y adulta mayor (portadores de afecciones crónicas).

CUADRO N° 3: Cinco causas principales de defunción y proporción del total de defunciones, según sexo, Subregión Andina, alrededor de año 2002

CAUSAS DE DEFUNCIÓN *	Mujeres		Hombres	
	(%)	Posición	(%)	Posición
Enfermedad Isquémica del corazón	10,7	1	9,8	2
Agresiones (homicidios)	--	--	13,6	1
Enfermedad cerebrovascular	8,6	2	5,5	3
Neumonía e influenza	5,7	3	4,5	5
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4,4	5	--	--
Diabetes	5,5	4	--	--
Accidentes de transporte terrestre	--	--	4,8	4

* En orden descendente según la posición de la causa en la población total.

--no figura entre las cinco principales causas de defunción.

Fuente: OPS. Salud de las Américas 2007. Volumen 1. En: Perfil de Salud de las Mujeres y los Hombres en Las Américas, 2009.

En primer lugar, es de destacar que las afecciones originadas en el periodo perinatal y la diabetes figuran como primeras causas de muerte para las mujeres y las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre aparecen como importantes causas de muerte para los hombres. Por lo tanto es evidente que el comportamiento de la mortalidad está marcado por los mandatos del género. Para el caso de las mujeres, las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, están dentro de las cinco primeras causas, pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de este proceso y pese al carácter eminentemente prevenible de estas muertes (Ver Gráfico 36).

El análisis de las diez primeras causas de muerte para los países de la Subregión Andina (Cuadro N° 2 presentado en la sección anterior) revela que las enfermedades cardiovasculares y las cerebrovasculares son las dos primeras causas de muerte en la mayoría de los países, siendo la primera más frecuente en los hombres y la segunda en las mujeres. Entre las enfermedades crónicas, la diabetes y la enfermedad hipertensiva son las causas de muerte más importantes para las mujeres, mientras que las causas externas son evidentemente más prevalentes en los hombres, llamando la atención que el homicidio es la primera causa de muerte en los hombres en Colombia y Ecuador y la segunda causa de muerte para los hombres en Venezuela.

El suicidio aparece entre las causas de muerte para los hombres solo en el caso de Chile y los eventos de intención no determinada se registran en Venezuela y Perú. Otro hallazgo relevante es la muerte por cirrosis hepática entre las cinco primeras causas de muerte para los hombres en Perú (2ª) y Chile (3ª), que puede estar en relación con el alto consumo de alcohol en estos países. (ver cuadro 2).

3.4. Diferencias en la Mortalidad por Sexo; por Causas Seleccionadas

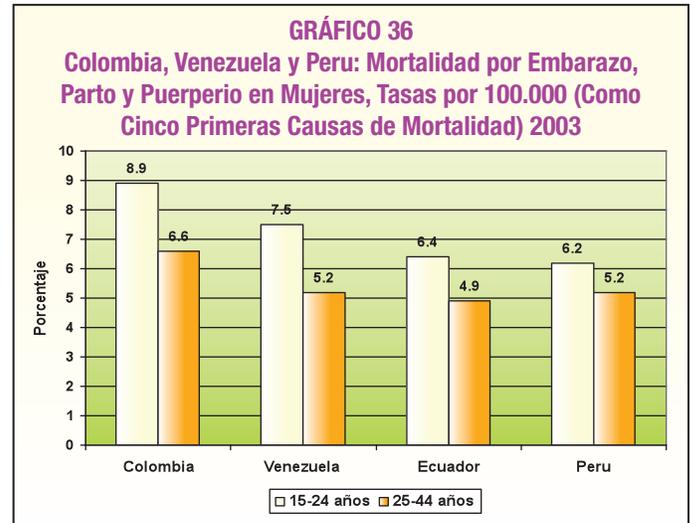
3.4.1. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa número uno de muerte en todo el mundo y representan aproximadamente el 10% del total de la carga mundial de morbilidad³⁵. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares son causadas por los siguientes factores de riesgo modificables: el consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable y la ingesta de alcohol. Al menos el 80% de las muertes prematuras por enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares se podrían prevenir evitando estos tres factores de riesgo³⁶.

Para el caso de la Subregión Andina, la falta de un control adecuado de los factores de riesgo y la transición demográfica, contribuyen a esta falta de descenso de la tasa de mortalidad por ECV. Esta situación explica que el nivel de discapacidad observada en estos países sea superior a la mayoría de los países desarrollados. Adicionalmente, la carga de la ECV está directamente relacionada con el nivel socio-económico, y el 80% de la carga de todas las ECV ocurre en países de renta baja o media, situación que aumenta la brecha de inequidad en la Región³⁷.

El Gráfico 38 muestra las diferencias por sexo en la magnitud de la mortalidad corregida³⁸, por enfermedad isquémica del corazón (por 100,000 habitantes) en los seis países de la Subregión Andina. Se puede apreciar que las tasas de mortalidad fueron más altas entre los hombres que entre las mujeres en todos los países, siendo los valores más altos para Venezuela y Colombia y las mayores brechas entre hombres y mujeres para Venezuela y Chile.

El Gráfico 38 muestra las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por sexo. Estas tasas en general son más bajas que las de enfermedad cardiovascular y la diferencia entre ambos sexos también es mucho menor. Las causas que expliquen estas diferencias en la mortalidad no se conocen a cabalidad, pero se estima que estén asociadas con el control de los factores de riesgo, el acceso a los servicios y la calidad de la atención en casos de accidentes cerebrovasculares y el manejo oportuno y efectivo de la hipertensión arterial.



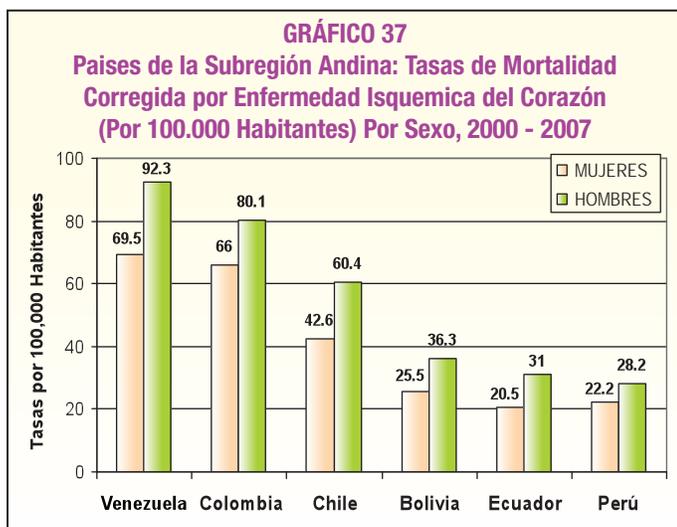
Fuente: WHO Global Health Database, Mortality: Data and Statistics/Ten Leading Causes of Death. Revisado el 24 de Setiembre, 2010. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003

35. Organización Panamericana de la Salud: *Las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas*, Hoja Informativa, 2009.

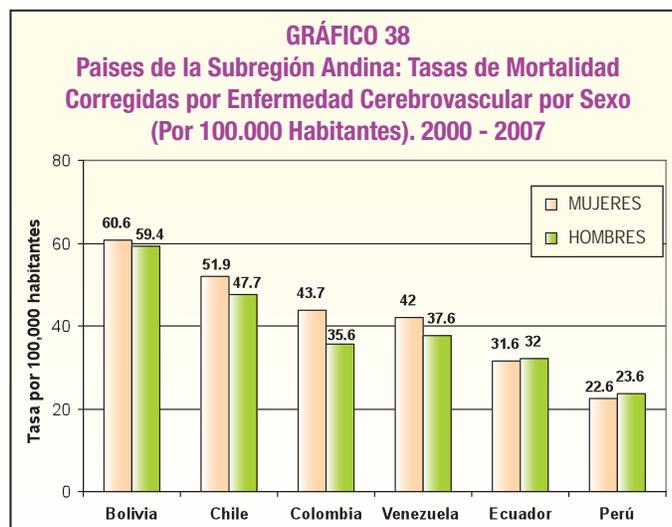
36. OPS (2009) *Ibidem*.

37. OPS (2009) *Ibidem*.

38. Es el cociente entre el número corregido de muertes en una población, debido a una causa o un grupo de causas, y el total de esa población, por 100,000 habitantes. En la OPS, las tasas de mortalidad corregidas se calculan a partir de las defunciones registradas según causa de muerte, después de corregir el subregistro de mortalidad y redistribuir, según causa, las defunciones que fueron asignadas al grupo Signos, síntomas y afecciones mal definidas (CIE-10: ROO-R99). Las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) que fueron incluidas en las agrupaciones presentadas son: I20-I25 para la Enfermedad Isquémica del Corazón.



Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).

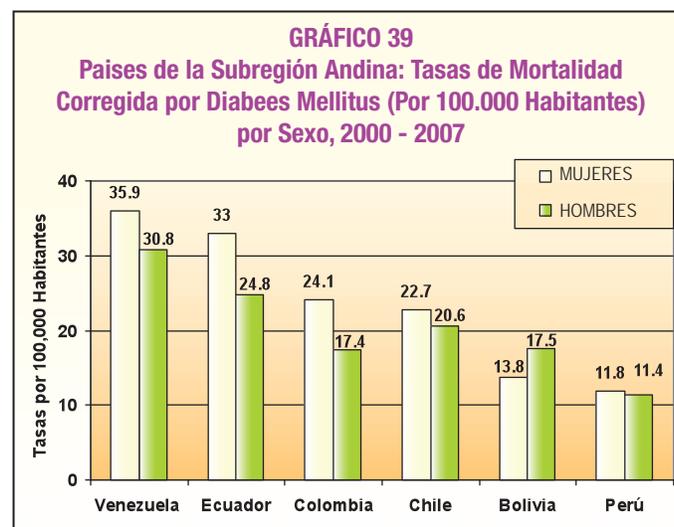


Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).

3.4.2. Diabetes mellitus

La diabetes es un problema de salud pública que aumenta el riesgo de muerte prematura, particularmente porque está asociada a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las personas que presentan diabetes tienen además un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores. La diabetes no se refleja en toda su magnitud en las estadísticas de mortalidad debido a que la mayoría de las personas que padecen diabetes mueren por las complicaciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares y la nefropatía³⁹. Varios estudios de la Región han demostrado que la diabetes afecta particularmente a personas de bajos niveles socioeconómicos, como se demuestra por la alta prevalencia para la población con menor nivel de educación en Bolivia⁴⁰.

El análisis de la mortalidad por sexo y edad muestra el mayor impacto de la enfermedad sobre las mujeres, que aumenta con la edad y que tiene los valores más altos para Venezuela, Ecuador y Colombia. Sin embargo para el caso de Chile, Perú y Bolivia, el impacto de la mortalidad es superior en los hombres y esta tendencia se mantiene incluso en la población de 65 años y más. (Gráficos 40 y 41).



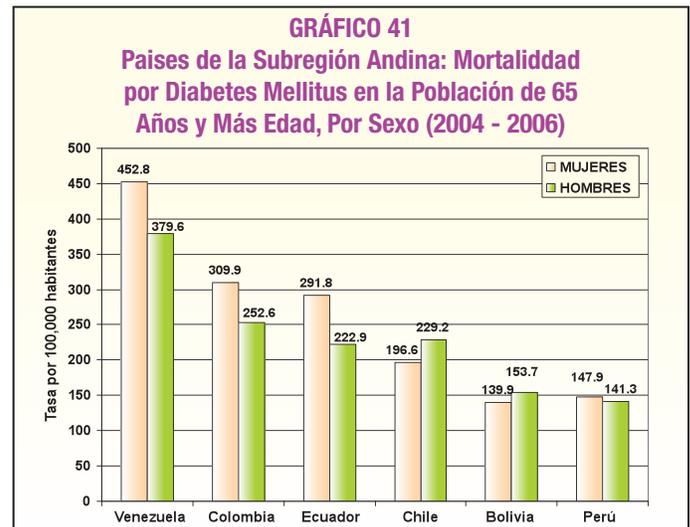
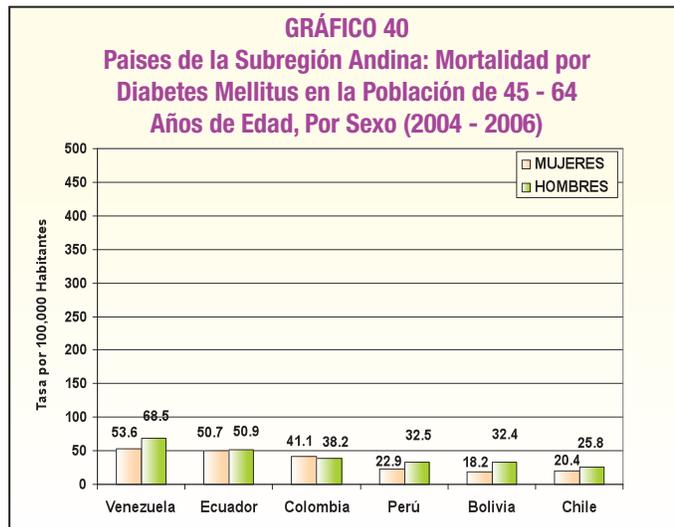
Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).

39. OPS: La Diabetes em las Américas. Boletín Epidemiológico Volumen 22/Nº 22, 2001.

40. Barceló A, Daroca MC, Rivera R, Duarte E, Zapata A. Diabetes in Bolivia. Rev Panam Salud Pública 2001;10(5):318-323.

3.4.3. Tumores malignos

En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado, en particular en los países "en transición" y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur y Asia. Más de la mitad de los casos de cáncer se registran ya en países en desarrollo.



Fuente: OPS: Proyecto de Información y Análisis de Salud (HA) Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, DC, julio 2008.

3.4.3.1. Neoplasia maligna del útero y de mama

La neoplasia maligna de útero ha sido reportada como la primera causa de muerte de mujeres en los grupos de edad de 25 a 44 años, alrededor de 2004-2006 en Bolivia, Chile, Perú y Venezuela y como segunda causa de muerte en el mismo grupo de edad de las mujeres de Colombia y Ecuador. Para las mujeres de 45 y 64 años de edad, esta neoplasia es la primera causa de muerte en Perú y la tercera causa de muerte en Bolivia y Ecuador.

El Gráfico 43 da cuenta de la alta incidencia de muerte por neoplasia maligna de útero en los países de la Subregión Andina, que se incrementa en forma importante con la edad, con variaciones para las tasas de mortalidad por 100,000 mujeres que van de 77 (45 a 65 años) a 112 (65 años y más) para Bolivia y de 48 (45 a 65 años) a 88 (65 años y más) para el Perú. En todos los países se observa un incremento de la tasa de mortalidad por este padecimiento a los 65 años y más, que sobrepasa 80 (por cada 100.000 mujeres) para todos los países de la Subregión Andina, excepto para el caso de Chile que solo llega a 60. El efecto de la edad, incrementa las tasas de incidencia y de mortalidad de la neoplasia de útero, como se confirma sobre todo para Chile, Venezuela y Ecuador, países que prácticamente triplican la cifra de mortalidad en el grupo de edad sobre los 65 años con respecto a las mujeres de 45 a 64 años.

Las variaciones en la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. En Ecuador, las tasas más altas de cáncer se observaron en las mujeres más pobres, y las de las zonas rurales. En Bolivia, las amplias variaciones dentro del país se relacionaron con el acceso a los

GRÁFICO 42

Países de la Subregión Andina: Tasa de Mortalidad por Neoplasias Malignas de Útero y de Mama (Por 100.000 Mujeres) en el Grupo de Edad de 45 a 64 Años (2004 - 2006)

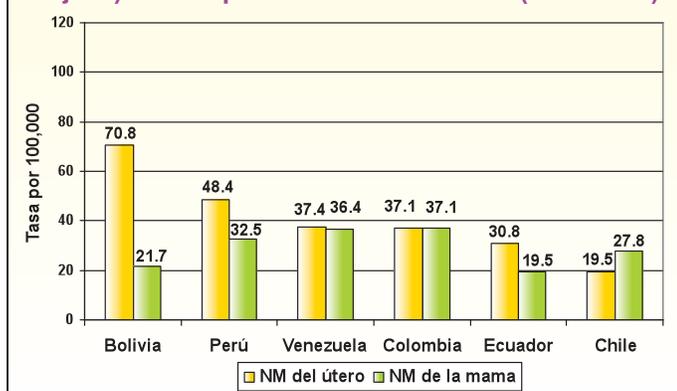
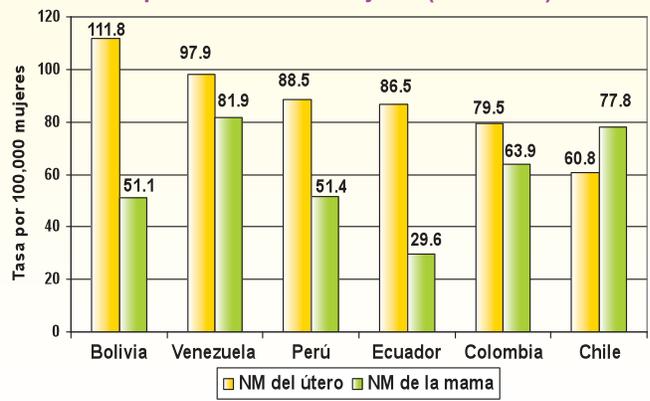


GRÁFICO 43

Países de la Subregión Andina: Tasas de Mortalidad por Neoplasias Malignas de Útero y de la Mama (por 100.000 Mujeres) en el Grupo de Edad de 65 Años y Más (2004 - 2006)



Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de Salud (HA). Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, DC, julio 2008.

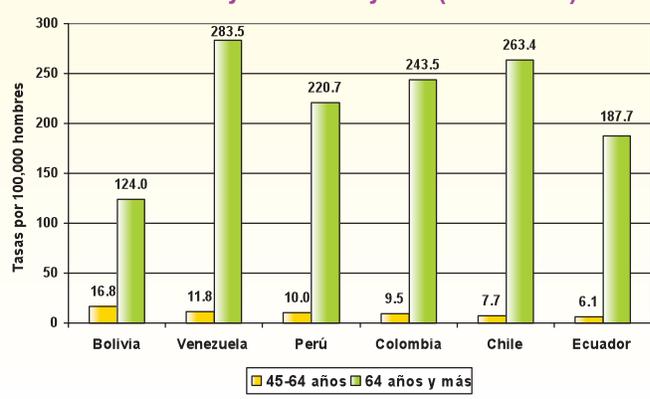
servicios, el grado de educación y la pobreza. En el Perú, aun cuando se programaban las modalidades adicionales de tratamiento, los factores relacionados con el acceso geográfico y los costos constituyeron obstáculos de consideración⁴¹.

El cáncer de mama destaca como la causa de muerte más importante por tumores malignos en las mujeres latinoamericanas. Con respecto a los países de la Subregión Andina, la neoplasia maligna de la mama figura entre las primeras cinco causas de muerte para la mujeres de 25 a 44 años, en Chile (2da causa) y Venezuela (4ta causa) y para las mujeres de 45 a 64 años de edad para Chile (3ra causa), Colombia (4ta causa) y Venezuela (5ta causa). Los gráficos 43 y 44 revelan que los países con la más alta mortalidad por esta causa en las mujeres de 45-65 años son Venezuela, Colombia y Perú. Y para las mujeres mayores de 65 años: Venezuela (82 por 100,000), Chile (78 por 100,000) y Colombia (64 por 100,000).

Comparando con la mortalidad por neoplasia maligna de útero, que es más alta en los países de menores recursos, la ocasionada por cáncer de mama no guarda relación con el grado de desarrollo del país⁴². El incremento del riesgo de padecer o morir por esta causa en países pobres y de ingresos medios se vincula con cambios en los patrones reproductivos y nutricionales, además de la disminución de la fecundidad, los cambios en los estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres.

GRÁFICO 44

Países de la Subregión Andina: Tasas de Mortalidad por Neoplasia Maligna de Prostata en Hombres de 45 a 64 Años y de 65 Años y Más (2004 - 2006)



Fuente: OPS: Proyecto de Información y Análisis de Salud (HA) Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, DC, julio 2008.

41. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC. OPS; 2004.

42. OPS, La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas. Perfil 2009. Op. Cit. Pág. 8.

Aunque la mayoría de los factores de riesgo identificados puede ser modificables, los retos para los sistemas de salud se concentran en actividades que permitan fortalecer la prevención primaria (investigación y desarrollo de tecnologías) y actividades de prevención secundaria y terciaria. Es importante recordar que los desafíos que implica proveer servicios eficaces de detección, diagnóstico y tratamiento, no son solo de carácter técnico, sino más bien social y cultural. Los aspectos culturales tanto de las comunidades locales como de los proveedores de salud pueden influir en el resultado del programa.

3.4.3.2. Neoplasia maligna de próstata

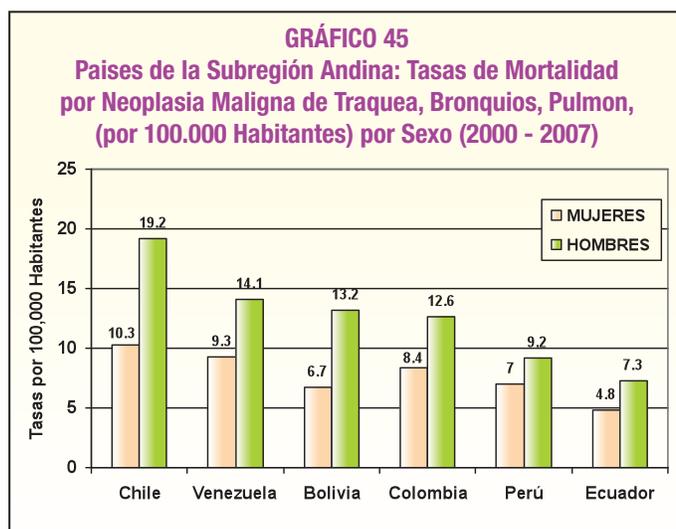
El Gráfico 45 demuestra el comportamiento de la mortalidad por neoplasia maligna de próstata en los países de la Subregión Andina. Se observa que en general, para los hombres de 45 a 64 años está por debajo de 17 por 100,000, mientras que para los mayores de 64 años, se eleva hasta 284 por 100,000 hombres como es el caso de Venezuela y 263 para Chile.

Existen tres factores que no permiten conocer la real incidencia de la neoplasia de próstata en los países de la Subregión Andina: i) un alto subregistro, todos los países no cuentan con un registro de cáncer; y ii) la detección precoz de este cáncer es muy baja, por lo que la mayoría de los casos llegan con enfermedad avanzada; iii) finalmente no se puede dejar de considerar las evidencias sobre la "no consulta" de los hombres para detectar condiciones preventivas en salud, más aún cuando la detección de esta neoplasia aún propone la evaluación clínica a través del tacto rectal que es fuertemente rechazado por asociación con el imaginario social de la homosexualidad.

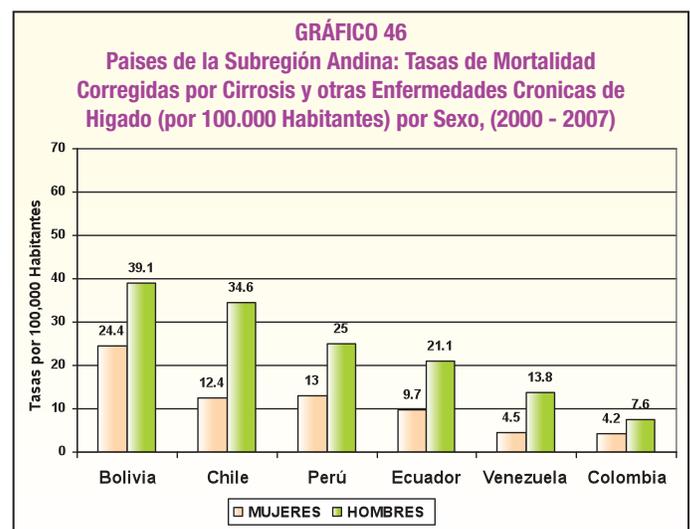
3.4.3.3. Neoplasia maligna de pulmón, tráquea y bronquios

El cáncer de pulmón es responsable de 1,4 millones defunciones/año a nivel mundial. Afecta fundamentalmente a los hombres, con tasas de mortalidad más altas a partir de los 65 años de edad.

Los hombres son los más propensos a desarrollar el cáncer pulmonar, en los últimos años sin embargo se ha observado un incremento importante en la incidencia de neoplasia maligna pulmonar en las mujeres, como consecuencia de la mayor prevalencia de fumadoras. La incidencia se ha comportado en forma similar, especialmente en las grandes ciudades y está aumentando en todos los grupos etáreos, especialmente en los grupos más jóvenes⁴³.



Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).



Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).

El gráfico 45 muestra las tasas de mortalidad corregidas (por 100,000 habitantes) por neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón por sexo en los países de la Subregión Andina. Se puede apreciar que la mortalidad de los hombres es superior a la de las mujeres con un índice de masculinidad que varía de 0,4 a 0,8, representado por Bolivia y Perú, respectivamente. Los países con mayor incidencia de mortalidad por esta neoplasia son Chile y Venezuela, y los que tienen la menor brecha entre la mortalidad de los hombres y las mujeres son Venezuela y Colombia. Esta tendencia en la reducción de la brecha de mortalidad entre los sexos se asocia al mayor consumo de tabaco por las mujeres que antes era una conducta social prioritariamente masculina.

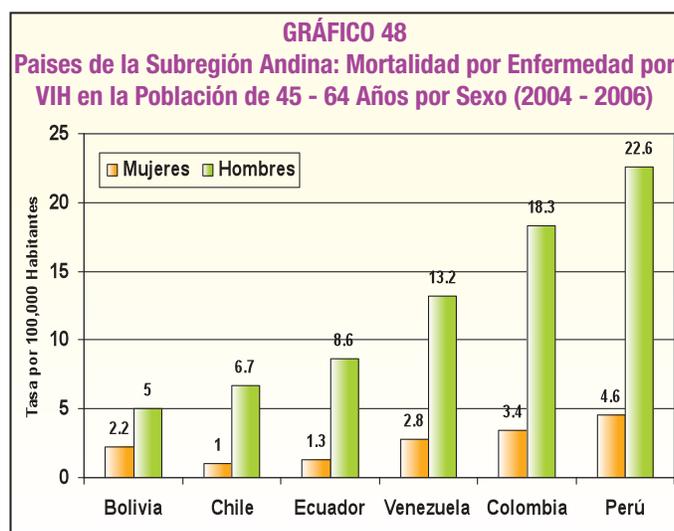
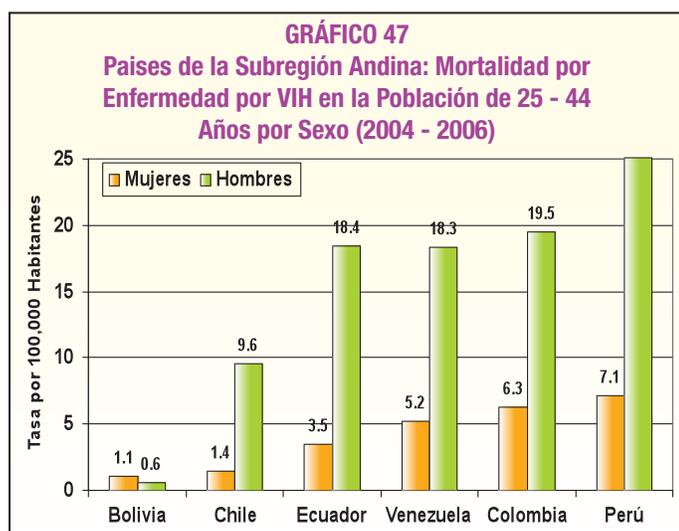
3.4.4. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Las tasas de mortalidad por esta causa se han mantenido estables en niveles altos, siendo superior a la de países como Estados Unidos de Norteamérica (9,1 por 100.000 habitantes) y México (24,2 por 100.000 habitantes). Anualmente se producen alrededor de 3.000 fallecimientos, concentrándose la mortalidad en el sexo masculino y particularmente en el grupo de 45 a 64 años, en el que ocupa el tercer lugar como causa general de muerte. La disparidad observada en la distribución por sexo guarda relación con patrones diferenciales de consumo de alcohol⁴⁴.

El Gráfico anterior muestra la tendencia descrita a nivel global, es decir, que la cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado afectan de manera desproporcionada a los hombres, con cifras por encima del 20 por 100,000 para Bolivia, Chile y Perú. Un hallazgo alarmante es el tamaño de la brecha por sexo que alcanza el 60% para el caso de Bolivia y Colombia y hasta 50% en el caso del Perú y Ecuador. Al respecto, es preciso comentar que el consumo de alcohol es un comportamiento típicamente masculino de sociedades machistas como aún lo son la mayoría de los países de la Subregión Andina.

3.4.5. Mortalidad por SIDA

El comportamiento de la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe en los últimos 25 años demuestra que son los factores políticos, sociales individuales, colectivos y de cobertura y calidad de servicios, los que siguen determinando la vulnerabilidad y el riesgo a la infección por el VIH. Siendo los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y sus compañeros varones y



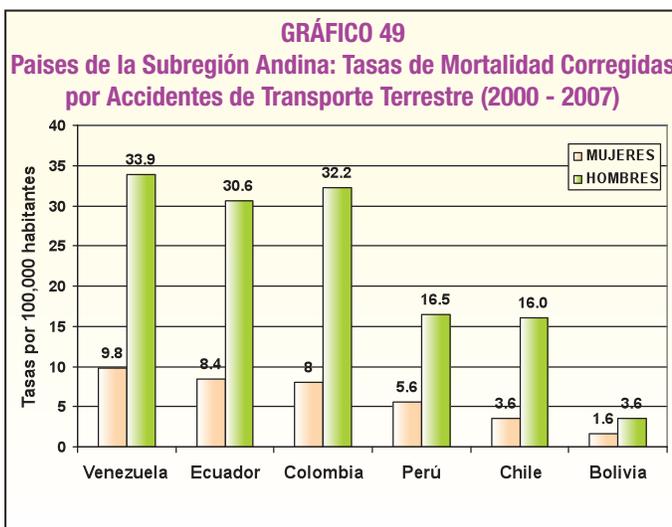
Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).

mujeres, las personas transgénero, los trabajadores sexuales (TS), las personas privadas de libertad, las personas usuarias de drogas inyectables (UDI) y sus compañeros o compañeras y los/as jóvenes en circunstancia difíciles⁴⁵ las poblaciones principalmente afectadas por esta epidemia. Asimismo, la transmisión materno infantil (TMI) del VIH tiene un rol importante en los nuevos casos que se presentan actualmente al haber aun bajas coberturas de los programas de prevención de la transmisión madre – hijo del VIH en la región⁴⁶ aunque la tasa de detección de la infección por VIH en las mujeres embarazadas y los recién nacidos ha aumentado en los últimos años gracias a los esfuerzos de las respuestas nacionales.

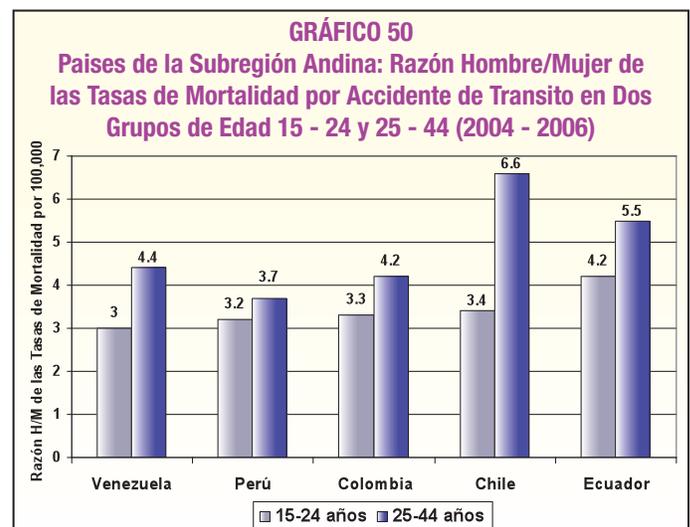
La situación de vulnerabilidad al VIH esta condicionada por una amplia gama de factores tanto personales como del entorno, los cuales se amplifican por la pobreza, la desigualdad social, la violencia e la inestabilidad política que pueden tener mayor o menor peso de acuerdo a razones de localización geográfica y el nivel de acceso a atención institucional, social y financiera, y que pueden afectar mayormente, entre otros, a poblaciones con pertenencia a un grupo étnico o racial y a personas discapacitadas⁴⁷.

Las tasas de mortalidad masculina han sido y siguen siendo más altas que las femeninas en toda la Región en relación al Sida probablemente explicadas por que es el grupo de hombres el que mayormente esta afectado en la Región. El reporte de ONUSIDA (2007) informó también sobre la preocupante situación del aumento de casos nuevos en mujeres especialmente jóvenes siendo, en el mundo, el 60% de jóvenes entre 15 y 24 años con VIH/SIDA, mujeres.

Los gráficos 47 y 48 dan cuenta de la situación de la mortalidad por infección por VIH para los países de la Subregión Andina. Se puede apreciar que la situación más alarmante se presenta en el Perú y Colombia con tasas de mortalidad entre 20 y 25 por 100,000 habitantes para los hombres entre 25 y 44 años. En el otro extremo se encuentran Bolivia y Chile, con 0,6 y 9,6 (hombres entre 25-44 años) y 5 y 6,7 (hombres entre 45 y 64 años) respectivamente. Sin embargo, la calidad de la información dificulta un análisis adecuado de estos datos.



Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).



Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de Salud (HA). Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, DC, Julio 2008.

45. Adolescentes de sexo femenino, jóvenes en situación de calle y jóvenes fuera del sistema de enseñanza.

46. ONUSIDA, OMS, UNICEF. Retos planteados por la Epidemia de VIH en América Latina y El Caribe, noviembre, 2009.

47. ONUSIDA, OMS, UNICEF (2009) *Ibidem*.

En general, las barreras para lograr los cambios de comportamiento así como las barreras para el acceso al diagnóstico y tratamiento, en particular en los grupos de mayor riesgo, siguen obstaculizando los esfuerzos de prevención y atención y se constituyen en el mayor reto para el control de la infección por VIH en el futuro inmediato.

3.4.6. Mortalidad por causas externas

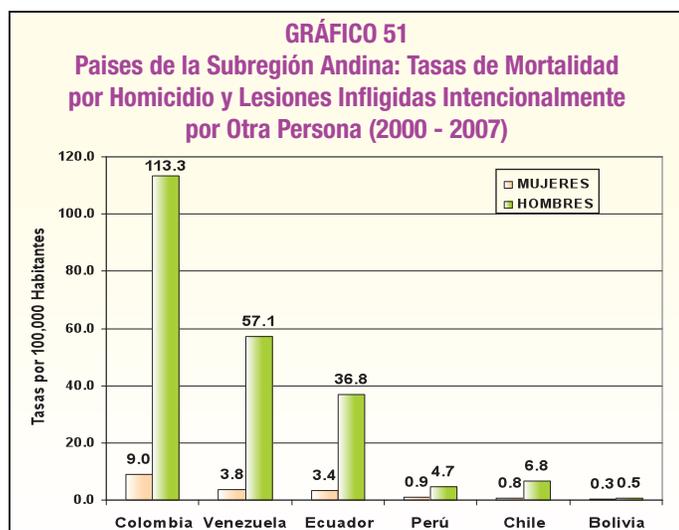
La mayor diferencia por sexo entre las causas de mortalidad que afectan a mujeres y hombres se atribuye a las causas externas⁴⁸. La sobre mortalidad masculina por estas causas está relacionada con la construcción social de los roles de género, que condicionan conductas de riesgo.

En relación al comportamiento global de los tres grupos de causas externas (accidentes de transporte terrestre, suicidio y homicidio) se observa claramente que el único que muestra tendencias al descenso en la mayoría de los países de la Región de las Américas es el de los accidentes de transporte terrestre, mientras que la mortalidad provocada por homicidio y suicidio en algunos tienden al aumento, afectando de manera muy preocupante a los adolescentes y jóvenes y, en particular, al grupo de 15 a 19 años de edad⁴⁹.

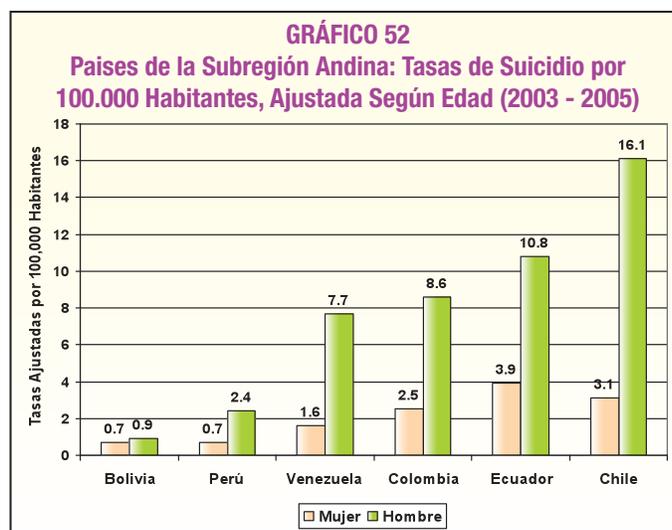
Es importante señalar que los homicidios se caracterizan por afectar fundamentalmente a los hombres. (ver Gráfico 51)

3.4.7. Accidentes de transporte terrestre

En cuanto a la situación en la Subregión Andina, los accidentes de transporte terrestre representan la cuarta causa de mortalidad masculina. El Gráfico 49 revela que los países con mayor magnitud de mortalidad por accidente de transporte terrestre son Venezuela, Colombia y Ecuador.



Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas (2009).



Fuente: OPS/OMS, Mortalidad por Suicidio en las Américas, Informe Regional (2006).

48. Las causas externas comprenden: i) accidentes de transporte; envenenamiento accidental por sustancias nocivas y exposición a éstas; contratiempos durante la atención médica o reacciones anormales y complicaciones, caídas accidentales; exposición al humo y al fuego, además de otros accidentes, incluyendo los laborales y sus secuelas; ii) también abarcan muertes por drogas y medicamentos que causan efecto adversos en su uso terapéutico, lesiones autoinfligidas, agresiones y otros eventos de intención no determinada.

49. Yunes, Joao Zubarew, Tamara. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: Un desafío para la región de las Américas /Rev. Bras. De Epidemiologia, 2(3):102-71, 1999. tab.

La comparación de la razón hombre y mujer por grupos de edad, demuestra además que este problema es mucho mayor en el grupo de 25 a 44 años que en el grupo de 15 a 24 años. El Gráfico 50 permite verificar esta tendencia para los países representados en la Subregión Andina y da cuenta que las brechas de género son más importantes para Chile y Ecuador y Venezuela.

La mayor incidencia de muertes masculinas por accidentes de transporte terrestre, así como el aumento de este problema con la edad, se puede explicar por la mayor exposición de los hombres por su movilidad fuera del hogar y por las conductas de riesgo y ejercicio de la violencia asociados a la construcción de la masculinidad.

3.4.8. Homicidio

En las Américas se verifican algunos de los índices más altos del mundo de crimen y de violencia. La tasa de homicidios por cada 100.000 habitantes, alcanzó el 25,6/100.000 promedio en América Latina⁵⁰. Si el análisis se enfoca solamente en los sectores de ingresos medios y bajos de la población, la tasa promedio de homicidios en las Américas se eleva a 27,5/100.000⁵¹.

Los países con mayores tasas de mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente entre los hombres en la Subregión Andina son Colombia y Venezuela, y son los varones de 20 a 24 años los que presentan las tasas más altas.

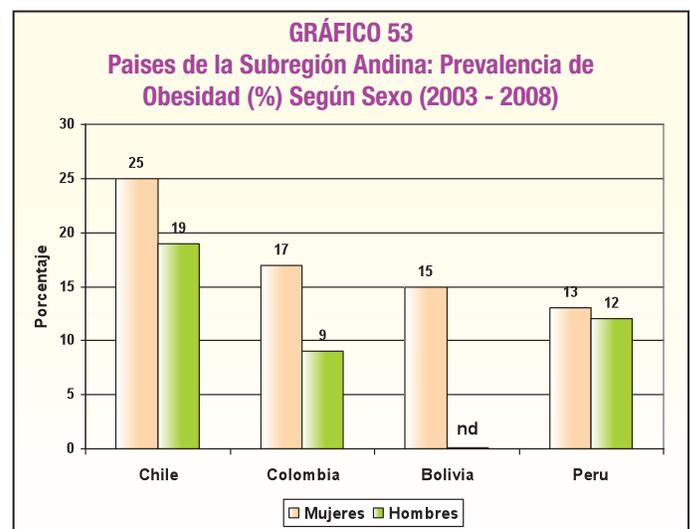
Las tasas crecientes de mortalidad por homicidio reflejan la necesidad inminente de programas de vigilancia dirigidos a adolescentes y jóvenes de la Región de las Américas.

3.4.9. Suicidio

Las tasas de suicidio ajustadas según la edad en la Región de las Américas eran de 11,9 por 100,000 en los hombres, y de 3,1 por 100,000 en las mujeres. En cuanto a la edad: las personas mayores de 70 años presentaban la tasa más elevada de toda la Región de las Américas, especialmente los hombres, sin embargo el suicidio ocupó el tercer lugar entre las principales causas de muerte en las personas de 10 a 24 años.

El Gráfico 52 muestra que la tasa de suicidio por 100,000 habitantes para el caso de los hombres está por encima del promedio reportado para la Región: 7,7 para Venezuela; 8,6 para Colombia; 10,8 para Ecuador y 16,1 para Chile.

Es preciso señalar que para el caso del Perú y Venezuela, las tasas de mortalidad por lesión de intención no determinada en el grupo de 25 a 44 años de edad, son mucho más altas que las de homicidio y suicidio. (5,9 para mujeres y 25,6 para los hombres en Perú y 4,7 para mujeres y 56,5 para hombres en Venezuela)⁵².



Fuente: OPS, *La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas. Perfil 2009*.

Nota: Chile/Encuesta Nac.de Salud (2003)/Colombia: Encuesta Nac. De Salud (2007)/ Bolivia: ENDESA 2008/ Perú; OPS. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2007*.

50. A partir de información proveniente de datos y proyecciones de mortalidad y población para los años 2005, 2015 y 2030, de la Organización Mundial de la Salud en Dammert, Lucía; Alda, Eric; y Ruz, Felipe *Desafíos de la seguridad ciudadana en Iberoamérica*, FLACSO, Chile, 2008, Pág. 22 a 25, disponible en <http://www.who.int>.

51. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) *La salud en las Américas*, 2002.

52. OPS, *La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas. Perfil 2009*. Op. Cit. Pág. 8.

3.5. Problemas de Malnutrición

El sobrepeso y la obesidad se han incrementado en forma importante en los últimos 40-50 años. Esto ocasionó que desde 1997 la obesidad sea considerada como un problema de salud pública con características epidémicas. En estos últimos años, se han identificado tanto factores genéticos como medioambientales como causales asociados al aumento de la obesidad⁵³.

Las personas afectadas con sobrepeso y obesidad muestran limitaciones en sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales; tienen una expectativa de vida menor que la de las personas con peso normal; la obesidad contribuye a descender otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Con respecto a los grupos vulnerables, cada vez son más numerosos los niños, adolescentes y jóvenes afectados por sobrepeso y obesidad, al margen de su condición social. Así tenemos que para el caso de Chile, el porcentaje de varones escolares con obesidad creció de 6.5% en 1987 a 13.1% en 1996 y en las mujeres se incrementó de 7,7% a 14,7%. Recientes reportes en Chile indican que la prevalencia, para el 2007, alcanzó prácticamente el 20%. Asimismo, en el Ecuador, 14 de cada 100 escolares de 8 años tuvo exceso de peso en el 2001⁵⁴. El Gráfico 53 da cuenta de la mayor proporción de la obesidad para las mujeres, en los cuatro países de la Subregión Andina con información disponible.

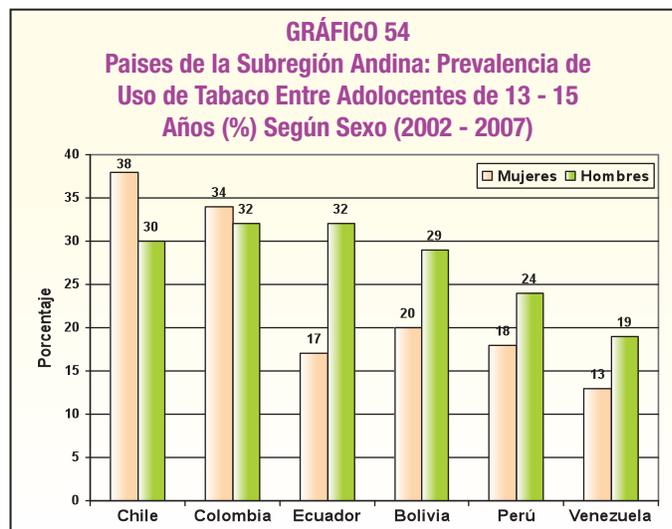
El problema se concentra en las zonas urbanas en donde se producen con mayor intensidad y frecuencia las diversas manifestaciones de las transformaciones económicas, sociales, tecnológicas, culturales, epidemiológicas, alimentarias, y nutricionales que son los principales factores asociados con la obesidad.

3.6. Consumo de Tabaco y Alcohol

La epidemia del tabaquismo es un problema de salud pública generalizado que requiere intervención inmediata. Se considera que es causa o causa probable de más de 25 enfermedades, entre las que destaca cáncer del pulmón, enfermedad isquémica cardiovascular y enfisema pulmonar.

Con relación a la distribución del consumo por género, es más frecuente en el sexo masculino, sin embargo, datos recientes dan cuenta de que el consumo de las mujeres tiende a aumentar y a ser de igual magnitud a la que se observa en los hombres.

En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región, abarcando resultados de enfermedad crónica y aguda en neonatos y ancianos. Los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atri-



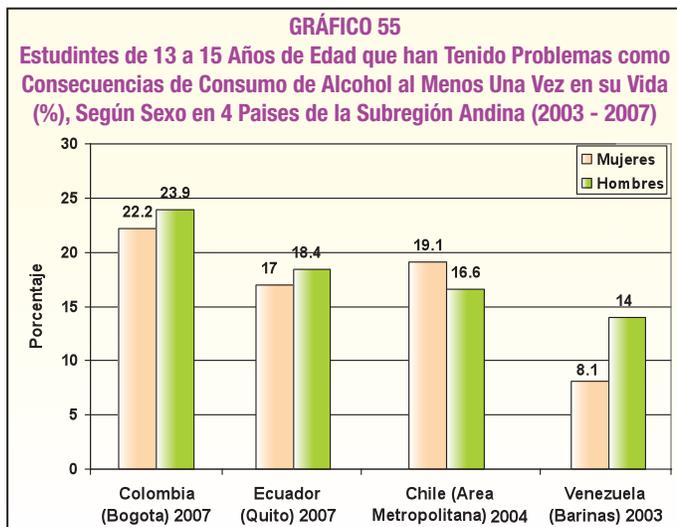
Fuente: OPS-UNFPA-CEPAL-UNIFEM: *Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas* (2009).

53. Yépez, Rodrigo. Carrasco, Fernando. y Baldeón, Manuel. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Órgano oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Vol. 58- Nº 2, 2008.

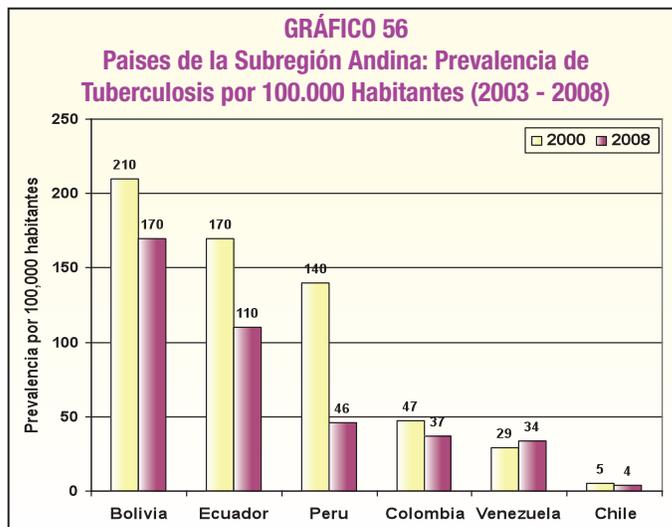
54. Yépez R. La obesidad en el Ecuador en tempranas edades de la vida. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2005; 30: 20-24.

buable al alcohol en comparación con las mujeres, lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en términos de un mayor volumen total, como en patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa.

El Gráfico 54 revela el estado de la prevalencia de uso de tabaco entre adolescentes de 13 y 15 años, según sexo en los países de la Subregión Andina. Como se puede apreciar la prevalencia de consumo de tabaco es mayor entre hombres para Ecuador, Bolivia, Perú y Venezuela (razón M: H entre 0.5 y 0.7); mientras que para el caso de Chile y Colombia (razón M:H es 1,3 y 1,1 respectivamente) la prevalencia de consumo de las mujeres excede la de los hombres.



Fuente: OPS, *La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas. Perfil 2009*.



Fuente: OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*.

Adicionalmente a la carga de la enfermedad, el consumo de alcohol es responsable de severas consecuencias sociales al interior de la familia por la asociación con el ejercicio de la violencia, el maltrato de la pareja y los hijos, el descuido y/o abandono del trabajo y los subsecuentes problemas económicos, además de los costos por los problemas de salud.

El consumo de alcohol también tiene implicancias de género. A pesar de que no se conocen las diferencias entre hombres y mujeres en la forma y cantidad en que beben y el tipo de los efectos sanitarios y sociales, se puede afirmar que las mujeres son las más propensas a sufrir, no solo por la forma de beber, sino también por las consecuencias de la conducta de su pareja al beber, que incluyen la violencia doméstica, los accidentes de tránsito y la carga económica. El Gráfico 55 da cuenta del problema de alcohol por la población de estudiantes de 13-15 años en cuatro ciudades de la Subregión Andina. Como se puede apreciar, es en Colombia (Bogotá) en donde se registran las cifras más altas, sobre 20% para hombres y mujeres, y en Venezuela (Barinas) en donde existe la mayor brecha entre hombres y mujeres con valores 14% y 8% respectivamente. En general, las diferencias de porcentajes entre hombres y mujeres no son significativas y en Chile (Área Metropolitana), el porcentaje de mujeres fue más alto que el de hombres.

3.7. Tuberculosis

Los países con el mayor número de casos de tuberculosis en América Latina y el Caribe son: Perú, Ecuador, Haití y Bolivia, donde la alta incidencia de la enfermedad se atribuye principalmente a las condiciones sociales y de pobreza.

Los principales problemas para el control de esta enfermedad infecciosa son: la presencia de tuberculosis multirresistente, la asociación a la infección por VIH y la debilidad de los sistemas de salud. La tuberculosis multirresistente es una forma de tuberculosis que no responde al régimen de tratamiento estándar de seis meses en que se utilizan fármacos de primera línea, situación que puede ocasionar dos años de tratamiento con fármacos que son más tóxicos y 100 veces más caros.

El Gráfico 56 muestra la evolución de la prevalencia de tuberculosis en los países de la Subregión Andina entre los años 2000 y 2008. Los países con más alta prevalencia por 100.000 habitantes son Bolivia, Ecuador y Perú, siendo el descenso más importante durante este período para el Perú, variando de 140 a 46 por 100.000. Colombia, Venezuela y Chile han mantenido niveles más bajos, por debajo de 50 por 100.000 habitantes.

La infección por el VIH y la tuberculosis constituyen una combinación letal, ya que se potencian mutuamente. La infección por el VIH debilita el sistema inmunitario. Ante una infección por el bacilo de la tuberculosis, una persona VIH-positiva tiene muchas más probabilidades de enfermar de tuberculosis que alguien VIH-negativo. La tuberculosis es una importante causa de mortalidad en la población VIH-positiva.

La feminización de la epidemia del VIH ha significado una mayor carga de tuberculosis entre las mujeres y 25% de las muertes por VIH están asociadas a la tuberculosis.

Para detener la tuberculosis, la OMS ha formulado una nueva estrategia de seis puntos que aprovecha los éxitos del enfoque DOTS⁵⁵ y aborda expresamente los principales problemas que plantea la enfermedad. El objetivo es reducir radicalmente la carga mundial de la tuberculosis para el año 2015, garantizando que todos los pacientes, entre ellos los co infectados por el VIH y los que padecen tuberculosis resistente, se beneficien del acceso universal a un diagnóstico de gran calidad y a un tratamiento centrado en el paciente. La estrategia también apoya el desarrollo de nuevos instrumentos eficaces para prevenir, detectar y tratar la enfermedad.

55. El término "DOTS" parece recalcar el componente de la observación directa en la estrategia, pero todos los aspectos son esenciales y el DOTS no es más un acrónimo sino la "marca de fábrica" de la estrategia de la OMS para la lucha antituberculosa.



CAPÍTULO IV SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y ACCESO A SERVICIOS

SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y ACCESO A SERVICIOS

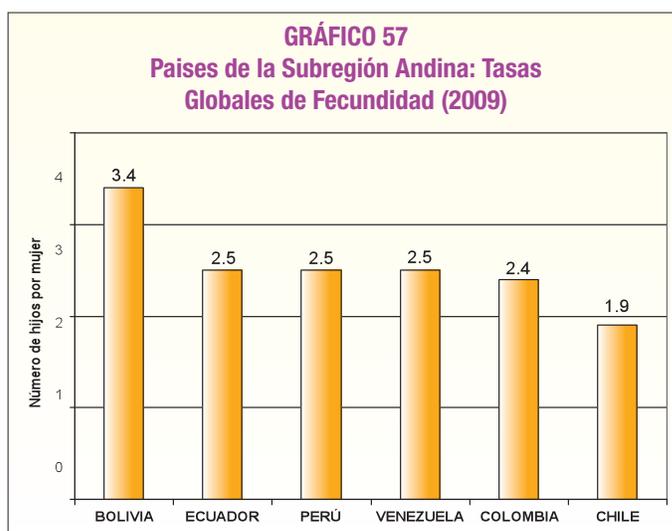
4.1. Fecundidad

Tal como vimos en el capítulo primero (Ver gráfico 2) la fecundidad en la Subregión Andina ha experimentado un rápido descenso a partir de la década de los años setenta. Varios han sido los factores que han actuado como determinantes sociales para que esto ocurra: el aumento de la educación de las mujeres; el acelerado proceso de urbanización; el desarrollo de las comunicaciones y el "efecto demostración" con la difusión de imágenes y mensajes respecto al beneficio de asumir modelos de familias pequeñas de otras latitudes; la agudización de la crisis económica a partir de los años 80 y la necesidad familiar que obliga a las mujeres de sectores populares urbanos a ingresar al mercado de trabajo; la disminución de la mortalidad infantil; las políticas de planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, entre los más importantes.

En la actualidad, la mayoría de los países de la Subregión ha alcanzado una Tasa Global de Fecundidad - (TGF) relativamente baja, a excepción de Bolivia. Cuatro países tienen una tasa muy similar con valores que se ubican en el promedio latinoamericano y solo Chile ostenta un valor muy bajo (Ver Gráfico 57). En el caso de este último país, se ha llegado a una TGF con la cual no se alcanzaría el nivel de reemplazo de la población⁵⁶, lo que resultaría también preocupante por sus consecuencias en el estancamiento y en el descenso absoluto del tamaño de la población, en los cambios en la estructura poblacional la cual tiende a un rápido envejecimiento y a una paulatina disminución, no solo de la población infantil, sino de la población en edad de trabajar, fenómeno que ocurre en la mayoría de los países europeos.

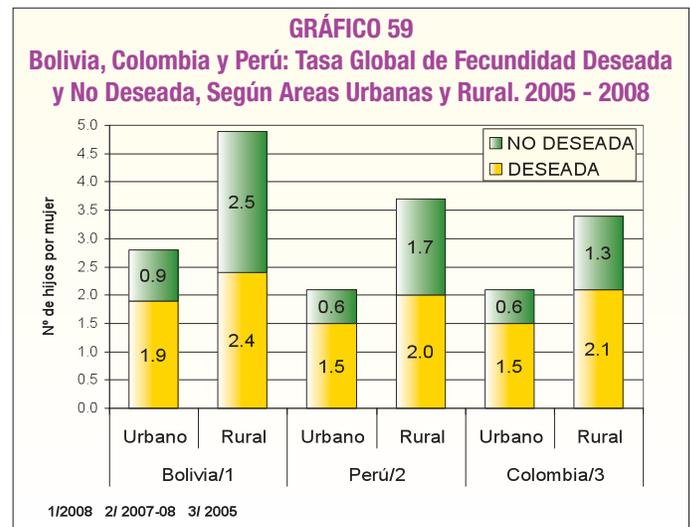
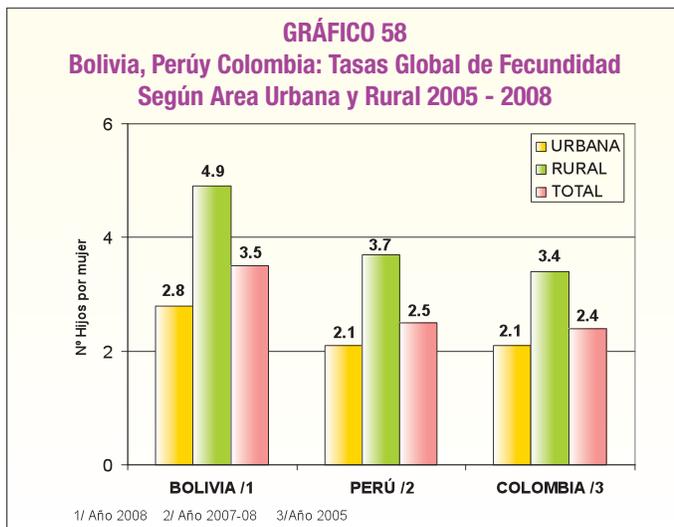
A pesar de las diferencias entre los países, estas son mínimas si las comparamos con las disparidades entre áreas geográficas al interior de cada país. En los tres países presentados, el nivel de fecundidad del área rural es entre 70% y 76% mayor que la del área urbana (Ver Gráfico 58).

Estas altas tasas en el ámbito rural no se deben a que las mujeres y las parejas desean tener, en promedio, ese alto número de hijos, pues como vemos en el Gráfico 59, una alta



Elaborado en base a Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2007.

56. Para lograr que la población logre reemplazarse y no descienda en términos absolutos, se requiere que cada mujer, en promedio, deje una hija durante su vida reproductiva. Es necesario una TGF mínima de 2.1 hijos por mujer para este propósito, puesto que la proporción de nacimientos femeninos, respecto al total de nacimientos es, en promedio, igual a 0,4878.



Elaborados en base a: INE. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008; INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007 - 2008; PROFAMILIA- Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

proporción es fecundidad no deseada, la cual representa más del doble de la fecundidad deseada para el caso boliviano, el 85% para el caso peruano y el 62% para Colombia⁵⁷. Ciertamente, en el área urbana también existen brechas, pero la fecundidad no deseada representa una proporción bastante menor respecto a la fecundidad total.

La fecundidad no deseada podría deberse a la falla de algún Método Anticonceptivo (MAC), mayormente es producto de la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos y a establecimientos de salud que brinden servicios de atención e información, tal como ocurre con frecuencia en las áreas rurales y en menor medida en ámbitos urbanos marginales. Pero también se debe a obstáculos normativos sociales y culturales, tales como las creencias de género que hace, por ejemplo, que hombres rurales aún impidan a sus parejas usar MAC modernos, porque consideran que pierden el control de la sexualidad de las mujeres⁵⁸, todo lo cual impide el ejercicio de los derechos reproductivos.

La fecundidad adolescente continúa siendo un problema para los países y requiere urgente atención, por las consecuencias negativas en los ámbitos social, económico y de la salud. Así, entre los problemas a mencionar están, el truncamiento de proyectos personales para muchas adolescentes, quienes se encuentran en pleno desarrollo (provocando la deserción escolar, la imposibilidad de emprender o de continuar estudios superiores), la mayor carga económica para la familia en situación de pobreza o la desatención y el abandono a la adolescente embarazada, quien puede agudizar su situación de pobreza y la de sus hijos, lo que se ha denominado el "círculo de la pobreza". Esto a la vez impacta en el descuido de la salud de la embarazada, de la madre adolescente y de sus hijos.

La fecundidad adolescente no ha descendido al mismo ritmo que la fecundidad total y en algunos casos, incluso, está en ascenso. Mientras que en promedio la TGF general en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975 y 2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente

57. Un nacimiento es considerado deseado, si el número de hijos sobrevivientes en el momento de la concepción era menor que el número ideal de hijos, tal como lo informó la entrevistada. Nacimientos no deseados: son aquellos nacimientos que las madres declararon que no lo deseaban al momento de quedar embarazadas.

58. Al respecto ver: Ramos, Miguel. "Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas". En el libro: "Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina". Compilado por Laura I. Rodríguez Wong. Ed. ALAP - UNFPA. Río de Janeiro - Brasil, 2008. Págs. 435 - 454.

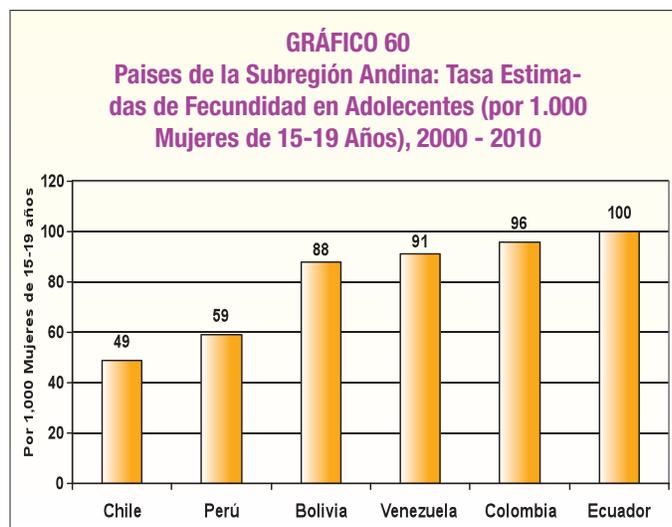
6%, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países. En el gráfico 60 se observa que en cuatro países de la Subregión se mantienen las tasas de fecundidad adolescente relativamente altas y son Perú y Chile las que muestran menores niveles.

4.2. Embarazo y Maternidad en la Adolescencia

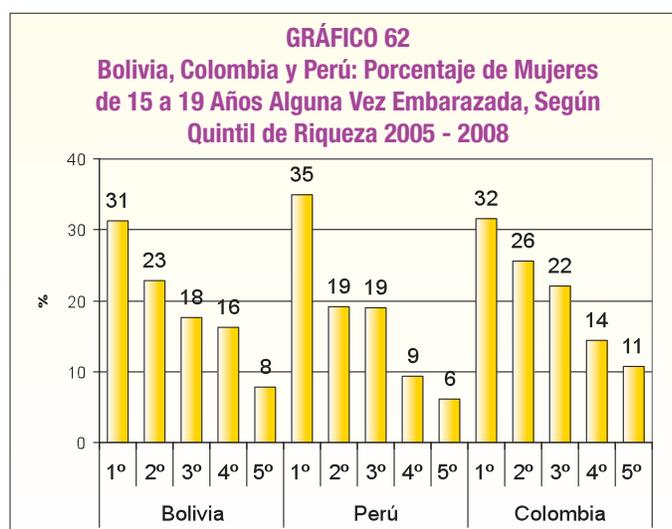
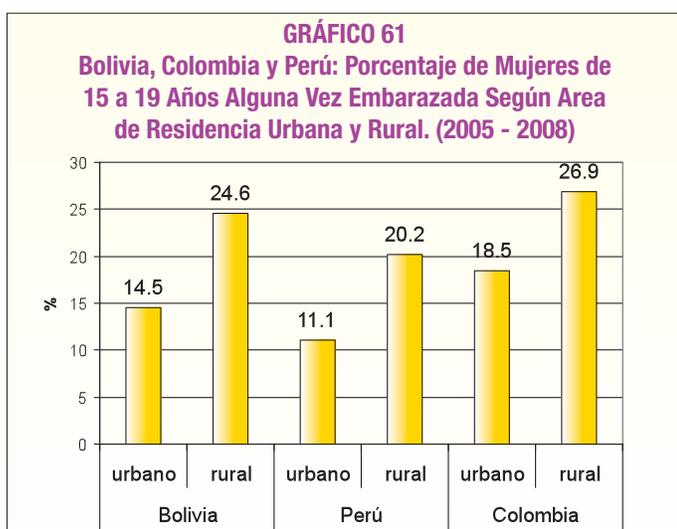
En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. (Ver Gráfico 61).

Representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. De los 14 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección⁵⁹. (Ver Gráfico 62).

El embarazo adolescente, en situación de pobreza y/o de un entorno rural con limitado acceso a servicios diferenciados y de calidad, constituye un grave riesgo para la vida y la salud de las adolescentes y de sus hijos, pues en esos contextos están más desprotegidas y es donde principalmente se focaliza el problema.



Elaborado en base a OMS. Estadísticas Mundiales Sanitarias 2010. http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf



Elaborados en base a: INE. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008; INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007 - 2008; PROFAMILIA- Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

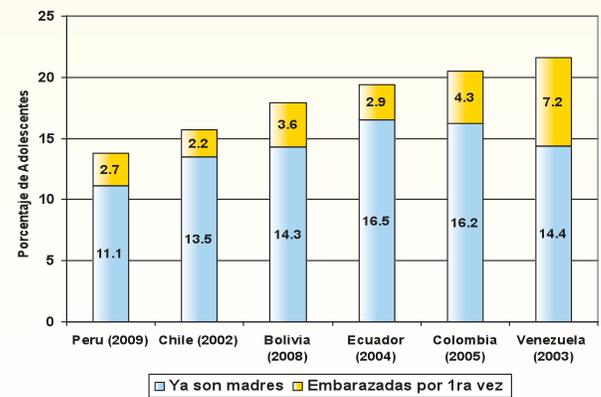
59. Ministerio de Inclusión Económica y Social: Información sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes respuesta al mandato de los Ministros de Salud del Área Andina emitido durante la XXVIII Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA marzo, 2007. Revisado el 18 de julio en: prenatal.tv/lecturas/.../EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf

Entre las implicaciones más notorias del embarazo en la adolescencia destacan, primero, los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y sus familias, incluyendo los riesgos del aborto. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes que en el resto de los grupos de edad. En el caso de la mortalidad post neonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido. En la mortalidad materna hay evidencias de riesgos mayores para la madre adolescente y éstos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años.

Otra forma de analizar la magnitud del embarazo adolescente, es a través del porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas (Gráfico 63).

Algunos de los determinantes próximos del embarazo adolescente son: la edad de la iniciación sexual, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la nupcialidad. Por lo tanto, la alta incidencia de embarazos en la adolescencia estaría en relación directa, en primer lugar, con la falta de información y educación sexual y con las limitaciones en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, o la falta de servicios diferenciados que respondan a sus necesidades. El gráfico 64 muestra el alto porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) en comparación con el grupo de mujeres adultas de 35-49 años, siendo el porcentaje de adolescentes madres, mayor en todos los países de la Subregión Andina, con las brechas más importantes para estos dos grupos de edad en Ecuador y Venezuela (Gráfico 65).

GRÁFICO 63
Países de la Subregión Andina: Adolescentes que son madres o Están Embarazadas por 1ª Vez (2002 - 2009)



Fuente: OPS/UNFPA/UNIFEM y CEPAL Indicadores Básicos 2009, Género, Salud y Desarrollo. Perú (ENDES 2009); Bolivia (Encuesta Nac. Demografía y Salud, 2008); Ecuador/2004(RHS); Chile/ Mujeres Chilenas, Tendencias en la Última Década (Censos 1992-202); Colombia (ENDES 2005); Venezuela/ Salud de las Américas, 2007, Volumen II-Países.

GRÁFICO 64
Países de la Subregión Andina: Mujeres (%) que Dieron a Luz, Según Grupo de Edad (15-16) y (35-49) Años(2009)

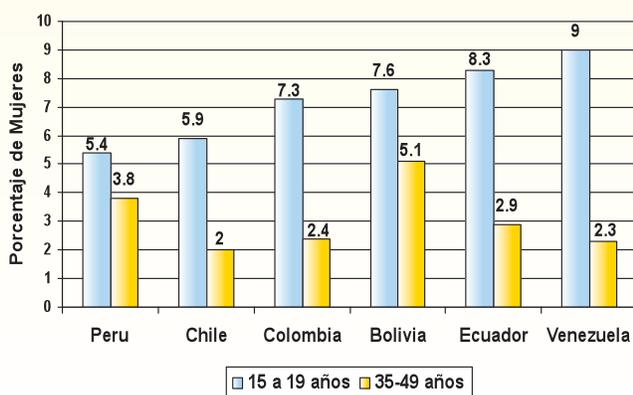
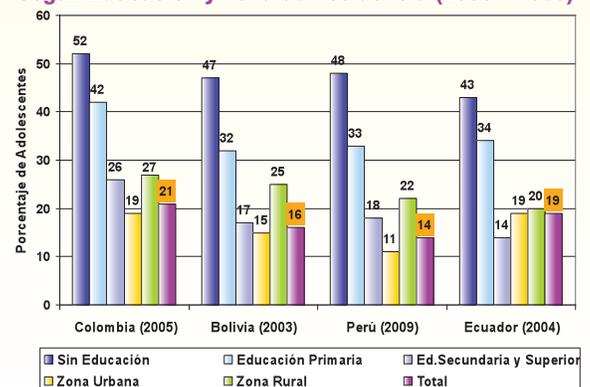


GRÁFICO 65
Colombia, Bolivia, Perú y Ecuador: Adolescentes que son Madres o Están Embarazadas por 1ª Vez (%) Según Educación y Zona de Residencia (2003 - 2009)



Fuente Gráfico 65: OPS/UNFPA/UNIFEM y CEPAL Indicadores Básicos 2009, Género, Salud y Desarrollo/ Chile y Venezuela: Institutos o departamentos nacionales de estadística y Macro Internacional.

Fuente Gráfico 66: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005)/ Ecuador: RHS (2004) Measure DHS/Stat Compiler.

Mientras en los sectores populares y en el ámbito rural, la paternidad puede constituir un suceso que permita construir un proyecto de vida (a partir de tener algo propio), para los varones de sectores medios y altos, la paternidad puede poner en riesgo el proyecto de vida que ha sido estimulado por sus padres y familias como por ejemplo obtener una profesión. Es preciso comprender que las implicaciones de la paternidad afectan en forma diferente a los jóvenes dependiendo de factores socioeconómicos y culturales. En general existe evidencia empírica que señala que quienes fueron padres durante la adolescencia experimentan menores logros educacionales y una mayor inserción en el mercado laboral a edades tempranas, en cumplimiento del rol proveedor.

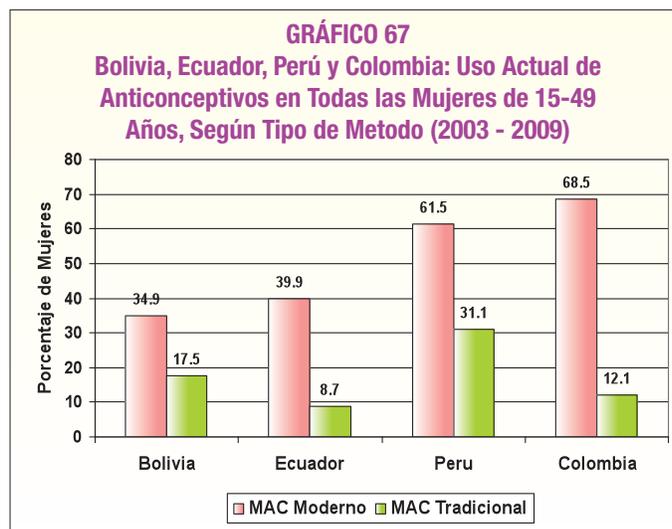
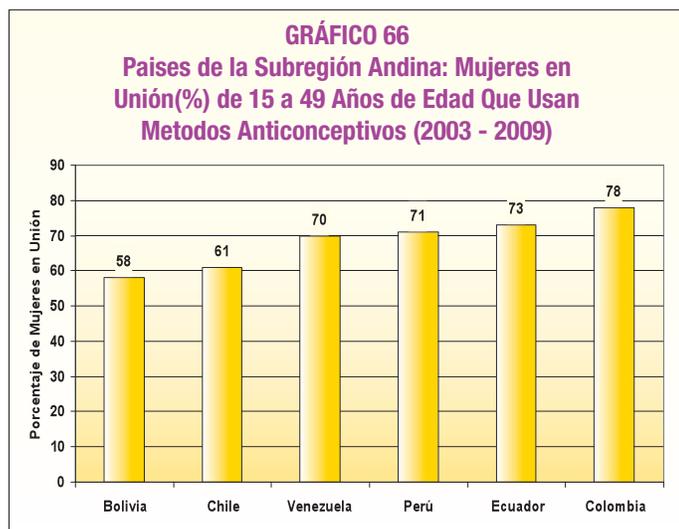
La gran diversidad étnica y multicultural de los países de la Subregión Andina obliga a generar información relativa al tránsito de la niñez a la adultez y las particularidades según la organización social, económica y cultural en cada uno de estos grupos.

4.3. Uso de Anticonceptivos

Para los países de la Subregión Andina el porcentaje de mujeres en unión de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos modernos en la actualidad está por encima del 58% en Bolivia y alcanza hasta 78% en Colombia.

El análisis del uso actual según tipo de método (Gráfico 66) muestra que la prevalencia de uso para los métodos anticonceptivos modernos es más alta que la de uso de métodos tradicionales para los cuatro países con información disponible, con valores desde 34,9% (Bolivia) hasta 68,5% (Colombia).

Sin embargo, estas desigualdades entre países también se reproducen al interior de cada país. Como se observa en los Gráficos 67 y 68, el acceso a los métodos anticonceptivos modernos y tradicionales no es uniforme según la situación de pobreza y la zona de residencia. El acceso a métodos anticonceptivos modernos es más alto para las mujeres menos pobres en los tres países analizados (Bolivia, Perú y Colombia), con valores de prevalencia de uso que varían de 46,5% (Bolivia) a 71,8% (Colombia); mientras que las mujeres en unión más pobres de Bolivia y Perú están usando métodos tradicionales con cifras de 23,5 y 27,9% respectivamente.



Fuente Gráfico 62: OPS/UNFPA/UNIFEM y CEPAL Indicadores Básicos 2009, Género, Salud y Desarrollo.

Fuente Gráfico 63: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005)/ Ecuador: RHS(2004) Measure DHS/Stat Compiler.

GRÁFICO 68

Bolivia, Perú y Colombia: Acceso a Métodos Anticonceptivos Modernos y Tradicionales en Mujeres en Unión por Situación de Pobreza (2005 - 2009)

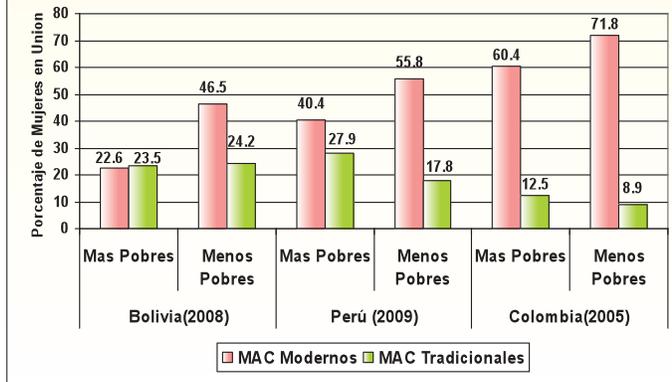
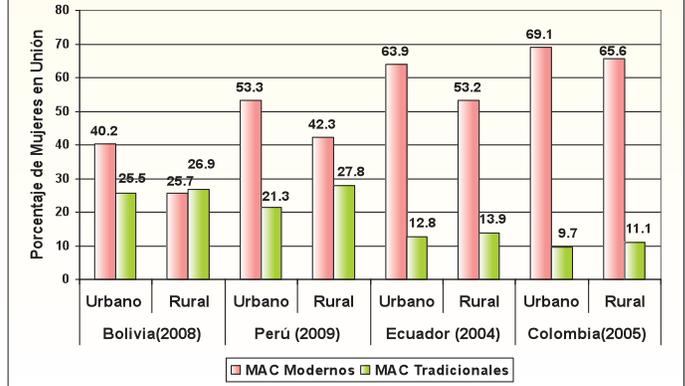


GRÁFICO 69

Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia: Acceso a Métodos Anticonceptivos Modernos y Tradicionales en Mujeres en Unión Según zona de Residencia (2005 - 2009)



Fuente: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005).

En cuanto al ámbito de residencia, en Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, el Gráfico 69 demuestra que el uso de métodos modernos es constantemente más alto en las mujeres urbanas (40 a 69%), mientras que para el caso de Bolivia y Perú se reporta también un alto uso de métodos tradicionales tanto en el área urbana como rural, manteniendo valores prácticamente similares para el uso de métodos modernos y tradicionales en las mujeres rurales de Bolivia: 25,7 vs 26,9 respectivamente.

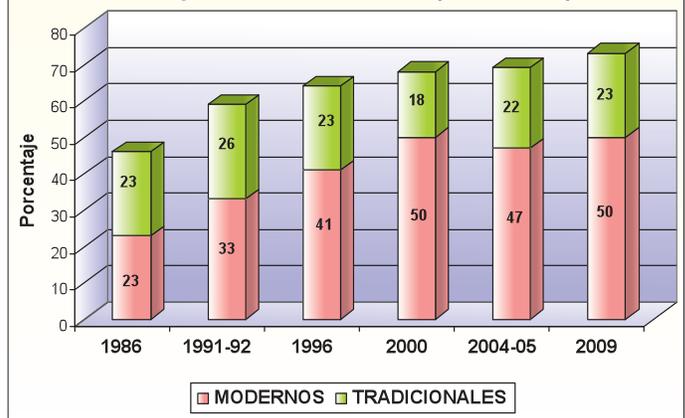
Este comportamiento puede ser analizado con mayor detalle para el caso del Perú. El Gráfico 70 muestra el incremento constante del uso de métodos modernos a expensas de los métodos tradicionales hasta el año 2000. A partir de entonces se produce el efecto contrario, es decir, baja la demanda y uso de métodos anticonceptivos modernos y aumenta el uso de métodos tradicionales. Este comportamiento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos no ha sido reportado en ningún otro país de la Región, y desde el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos, es un dato que exige monitoreo cercano.

El análisis por nivel de educación de las mujeres en unión muestra que el uso de métodos anticonceptivos modernos aumenta en forma directa y proporcional al nivel de educación de las mujeres para Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia (Gráfico 71). En Bolivia se observa la brecha más grande entre las mujeres sin educación y las más educadas, con un porcentaje de uso de más del doble: 21,6% a 44,4% respectivamente.

No obstante la escasa información relativa al uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de diferente origen étnico, existen algunas evidencias que dan cuenta del tipo de método que usan en la actualidad. En el año 2004, 26% de las mujeres indígenas en unión del Ecuador usaban métodos anticonceptivos, mientras que el uso a nivel nacional estaba en 55%.

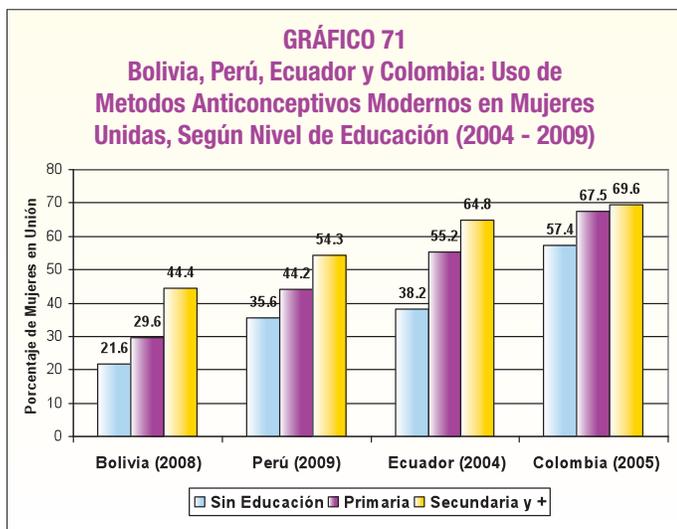
GRÁFICO 70

PERÚ: Evolución del Uso de Anticonceptivos en Mujeres Casadas o Unidas (1986 - 2009)

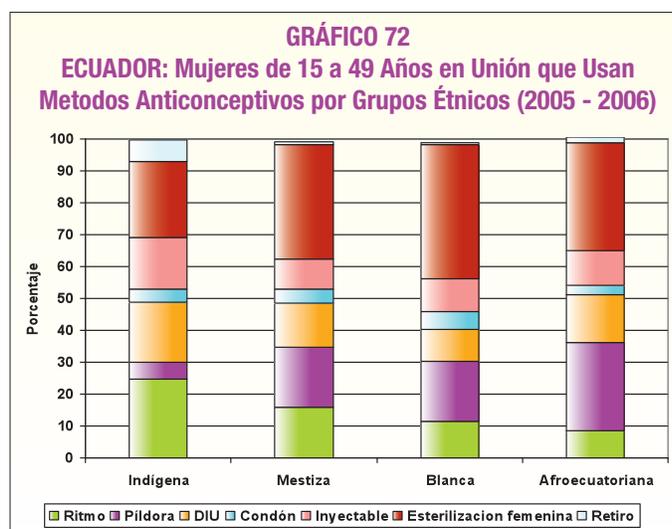


Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la ENDES 1996/2000/2004-2006/2007-2008 y 2009.

El método anticonceptivo moderno más usado por las mujeres en unión de todos los grupos étnicos del Ecuador es la esterilización. Entre las mujeres indígenas, le siguen en frecuencia de uso el dispositivo intrauterino y el inyectable. Sin embargo, llama la atención la alta prevalencia de uso de métodos tradicionales o naturales: el ritmo y el retiro, que suman más del 30%. Este comportamiento de la demanda podría estar explicando las altas brechas entre la fecundidad deseada y la fecundidad real que es casi el doble para las mujeres rurales (4,9/2,4), así como la mayor demanda insatisfecha para la planificación familiar (27,5 vs. 15,6 para el área rural y urbana respectivamente), asumiendo que las mujeres indígenas residen mayormente en el área rural (Ver Gráfico 72).



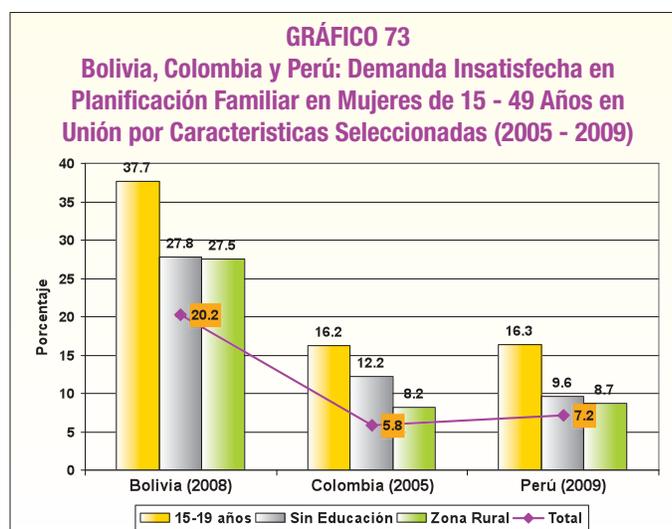
Fuente: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005) Ecuador: RHS (2004) Measure DHS/Stat Compiler.



Fuente: Inst. Naci. de Estadísticas y Censos-ECV, 5ta. Ronda (2005-2006). Las Mujeres Ecuatorianas que conocen y usan los Métodos Anticonceptivos.

4.3.1. Necesidades insatisfechas de planificación familiar (NIPF)⁶⁰

A pesar del incremento descrito en el uso de métodos modernos en los países de la Subregión, la demanda de este servicio sigue siendo bajo entre ciertos grupos de mujeres: las que viven en ámbito rural, las de bajos ingresos, las menos educadas, las adolescentes y ciertos grupos étnicos. Por lo tanto, la mayor diferencia entre el número de hijos que las mujeres quieren tener y los que de hecho tienen, se registra entre las mujeres pobres de la Subregión. En los tres países analizados: Bolivia, Colombia y Perú (Gráfico 73), la necesidad insatisfecha de planificación familiar de las adolescentes fue mayor que las otras categorías analizadas (nivel de educación, ámbito de residencia).



Fuente Gráfico 74: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005).

60. Expresa la cantidad de mujeres casadas o en unión que desean limitar o espaciar sus familias y no están usando método anticonceptivo alguno, con respecto al total de mujeres casadas o en unión. http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/beijing/WebHelp/metalatina/demanda_insatisfecha_de_planificaci_n_familiar.htm.

En cuanto a la NIPF, el análisis de la evolución de este indicador en los últimos años para el caso del Perú permite identificar cuáles son los factores que están explicando las altas cifras del embarazo no deseado en las mujeres más vulnerables. (Gráfico 74). Lo más destacado es la brecha persistente entre las mujeres menos educadas y las que tienen mejores niveles educativos: las primeras tenían niveles de NIPF cuatro veces mayores (23%) que los de las mujeres con educación superior (5,3%) para el año 1996; y en la actualidad esta brecha se ha reducido a prácticamente la mitad (9,6% a 4,3%) para el año 2009. Por tanto, es claro que las necesidades de las mujeres más vulnerables y que requieren de anticoncepción segura y eficaz por espaciar y limitar sus embarazos no están siendo atendidas con suficiente prioridad por la oferta de salud pública.



Fuente Gráfico 75: Elaboración propia a partir de la información de la ENDES del Perú: 1996/2000/2004-2006/2007-2008 y 2009.

4.4. Salud Materna

La salud materna ha mejorado en la Subregión en la última década, sin embargo, existen problemas que aún merecen preferente atención, como la persistencia de tasas de mortalidad materna relativamente elevadas para la región y sobre todo valores diferenciales significativos por nivel educativo, capacidad económica, residencia o etnicidad. Asimismo, la morbi-mortalidad materna está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida y el estatus de la mujer.

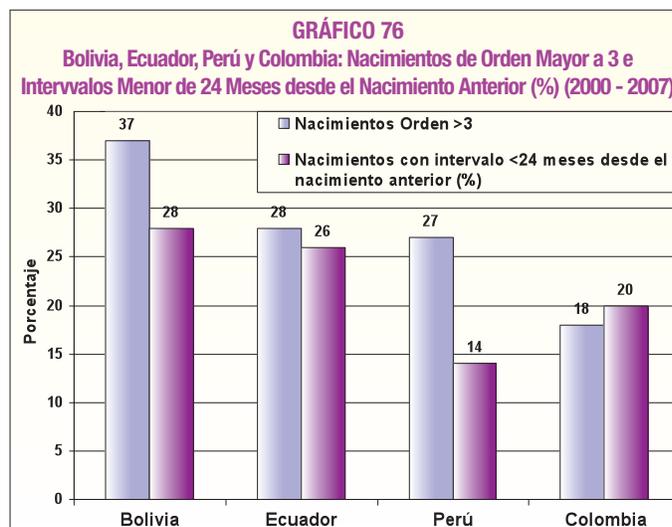
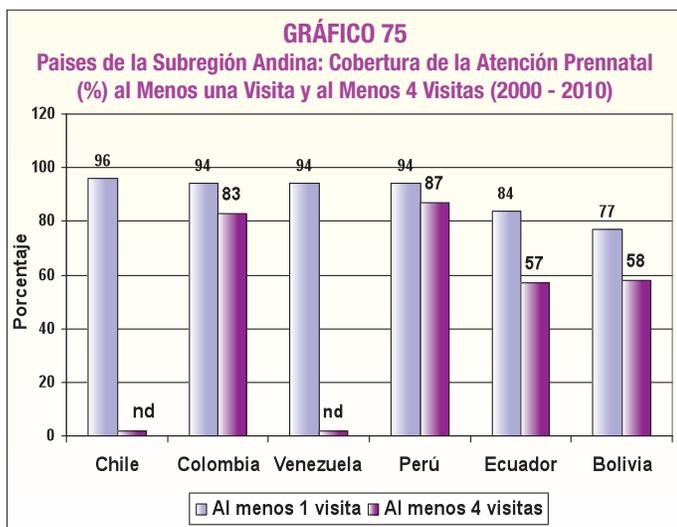
En esta sección, se presenta el análisis de algunos indicadores, tales como los nacimientos con alto riesgo, la atención prenatal, la asistencia durante el parto y el cuidado postparto. El objetivo básico es identificar los grupos más vulnerables y las acciones de salud más débiles, para así contribuir en la planificación de programas de salud materna más efectivos y accesibles sin ningún factor de discriminación para la mujer.

4.4.1. Nacimientos con alto riesgo

Se considera nacimientos con alto riesgo, a los que ocurren en las siguientes condiciones: i) nacidos de madre en edades extremas, menor de 18 años y mayor de 35; ii) intervalo entre nacimientos es menor de 24 meses; iii) el orden de nacimiento es mayor de 3.

Como se puede apreciar en los gráficos 75 y 76, los países con mayor porcentaje de nacimientos con alto riesgo son Bolivia y Ecuador, que registran valores de nacimientos con intervalos < 24 meses sobre 25% y nacimientos de orden <3 en 37% y 28% respectivamente.

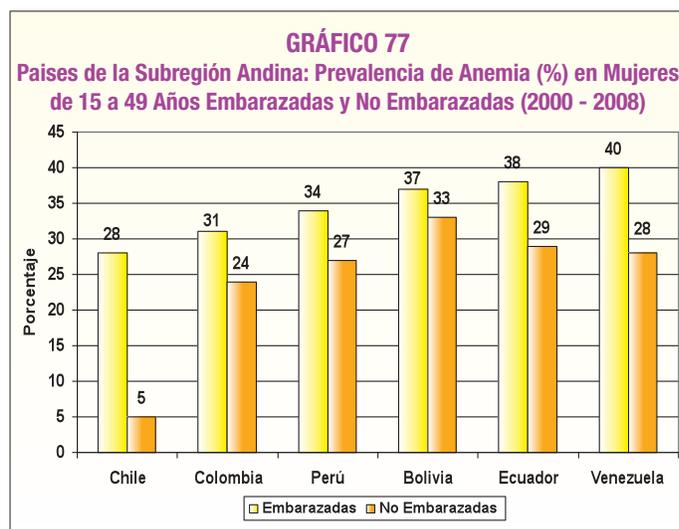
La situación del Perú, es particular, no obstante haber alcanzado una alta cobertura de atención prenatal (94% al menos una visita y 87% al menos 4 visitas) y nacimientos con intervalo < 24 meses en 14%, aún reporta nacimientos de orden mayor de 3 en 27%. Esto puede explicarse por la brecha que existe entre la fecundidad real y la deseada para las mujeres en situación de pobreza, menos educadas y residentes del área rural, que es prácticamente el doble (4/2), a consecuencia de la falta de acceso al uso de métodos anticonceptivos modernos, que lamentablemente ha disminuído en los últimos años a expensas del incremento del uso de métodos tradicionales (ver gráfico 70).



Fuente: OPS/UNFPA/UNIFEM y CEPAL Indicadores Básicos 2009, Género, Salud y Desarrollo.

4.4.2. Anemia en las mujeres embarazadas

Más de la cuarta parte de mujeres en América Latina y el Caribe padecen de anemia ferropénica⁶¹. Las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto, particularmente cuando los niveles de hemoglobina descienden a menos de 8,0 g/dl. En casos más severos de anemia, las mujeres experimentan fatiga y un incremento del ritmo cardíaco en reposo. En el Gráfico 77 se muestra la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años embarazadas y no embarazadas, que es más alta entre las mujeres embarazadas para todos los países de la Subregión Andina, variando de 28% (Chile), hasta 40% (Venezuela).



Fuente: OPS/UNFPA/UNIFEM y CEPAL Indicadores Básicos 2009, Género, Salud y Desarrollo.

La prevalencia de anemia para las mujeres no embarazadas fluctuó entre 5% para el caso de Chile hasta 33% para Bolivia. Para el caso del Perú, el 18,1% de mujeres en edad fértil tuvo anemia leve, el 2,7% presentó anemia moderada y la anemia severa afectó al 0,2 % de las mujeres en edad fértil⁶².

Las complicaciones hemorrágicas del parto, el aborto espontáneo y otras condiciones (infección, eclampsia, parto obstruido) pueden resultar en la muerte materna. Una detección temprana de la anemia nutricional puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto.

61. La anemia con un nivel de hemoglobina por debajo de 11,0 g/dl al nivel del mar, está asociada con una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos y a una menor capacidad física y mental, y probablemente con reducción en la resistencia contra las infecciones.

66. ENDES Continua 2009 (Perú).

4.4.3. Muerte materna (MM)

La mortalidad asociada al embarazo es en primer lugar inadmisibles, por cuanto se considera evitable en cerca de un 98% de los casos, siempre que se reciba atención especializada de manera oportuna. La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte⁶². Los derechos reproductivos incluyen el derecho de la mujer a decidir embarazarse sin temor a sufrir discapacidad o muerte por las complicaciones que puedan presentarse. Bajo las normas vinculantes de los derechos humanos, la mujer tiene derecho a la consejería y a la asistencia médica necesaria para sobrevivir el embarazo y el parto sin correr riesgos de sufrir enfermedades o lesiones severas.

Son las mujeres rurales, que viven en condiciones de pobreza las que tienen un riesgo desproporcionado de enfermar o morir por complicaciones del embarazo. Parte de esta problemática se atribuye a la falta de servicios de salud adecuados y falta de caminos y medios de transporte para trasladar a la mujer portadora de la emergencia obstétrica, pero no podemos dejar de considerar la situación de subordinación y opresión de la pobreza rural que atenta contra el poder de decisión de la mujeres para proteger sus propias vidas.

La reducción de la mortalidad materna es uno de los mayores retos en las agendas de salud y desarrollo de los países de las Américas y la Subregión Andina. Para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) N° 5 que propone la reducción del 75% en la tasa de mortalidad materna entre el año 1990 y el año 2015, los países de todo el mundo están invirtiendo grandes recursos para ofrecer servicios de salud materna equitativos y adecuados⁶³. El análisis de las tendencias de este indicador a nivel global da cuenta de que en promedio la MM ha descendido 1% por año (entre 1990 y 2005), muy por debajo de la reducción de 5,5% anual requerida para alcanzar el ODM N° 5, relativo a MM.

El Gráfico 78 compara la razón de mortalidad materna para los seis países de la Subregión Andina. Se puede apreciar que la situación más alarmante se presenta en Bolivia, Ecuador y Perú, con cifras de 180, 140 y 95 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos respectivamente. En el otro extremo está Chile, con una cifra de 26 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Las altas cifras registradas tanto para Bolivia como para Perú, están en relación directa con el alto porcentaje de parto domiciliario para las mujeres rurales, sin educación y en situación de pobreza (sobre 50% para Bolivia y sobre 40% para el Perú), quienes no están accediendo a los cuidados obstétricos esenciales para salvar sus vidas en caso de complicaciones del embarazo y el parto. Asimismo, estos dos países ostentan las tasas de



Fuente: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008, 2010*.

62. Alicia Yamin. *Law and Policy Project*, Universidad de Columbia, Estados Unidos de América. http://www.crlp.org/esp_wv_iss_maternidad.htmlCRR (Center for Reproductive Rights).

63. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. *Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, (2007)*.

cesáreas más bajas, 18% y 21% para el promedio nacional, que no expresan las brechas de acceso a este procedimiento para el área rural, las mujeres adolescentes y madres sin educación, como se analizará más adelante.

Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, un aspecto sumamente importante a considerar, y que tiene que ver con la subordinación de género, es la falta de autonomía de las mujeres para la toma de decisiones. Por lo tanto, se retarda la búsqueda de un servicio de salud al evaluar los gastos que representará la atención médica para la economía familiar, ya que con frecuencia las decisiones en los momentos más críticos de las emergencias obstétricas son tomadas por los varones: pareja, esposo o hijo. Unido esto a que la experiencia de la comunidad ha comprobado que en algunos servicios de salud la gente se muere, entonces tanto los varones como las mujeres tienen gran desconfianza y prefieren ambos que la muerte se produzca en la casa.

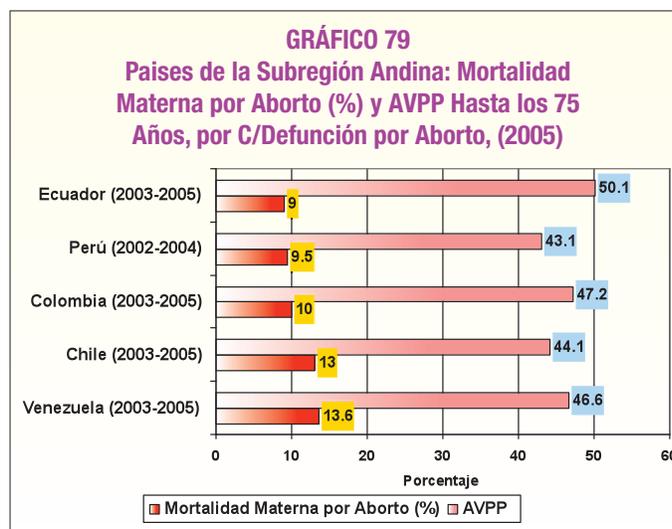
4.4.4. Muerte materna por aborto inseguro

El aborto inseguro es un grave problema de salud pública tanto en las Américas como en la Subregión Andina.

El Gráfico 79 muestra la contribución del aborto a la mortalidad materna para los países de la Subregión Andina con información disponible: esta cifra varía entre 9% para Ecuador hasta 13,6% para Venezuela. Asimismo, los años de vida potencialmente perdidos varían de 46,6 para Venezuela a 50,1 para Ecuador.

El aborto es la primera causa de muerte materna en Chile, la segunda en Colombia y Perú y tercera causa de mortalidad materna en Bolivia⁶⁴. Según un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, se calcula que el número total de abortos realizados cada año en el Perú alcanza a los 352.000. Este cálculo da a entender que el 5% de todas las peruanas en edad reproductiva tiene probabilidades de realizarse un aborto. En Lima esta cifra alcanza a cerca de 100.000 al año.

Por lo tanto, la mortalidad materna y la muerte debido a abortos inseguros están íntimamente asociados a la negación del ejercicio de los derechos reproductivos, y afectan fundamentalmente a las mujeres de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, quienes no pueden acceder a los servicios de salud privados. La negación del derecho a decidir libremente la tenencia de hijos, la violencia de género, la deficiencia de información y servicios públicos para la atención de la salud sexual y reproductiva y la ausencia o deficiencia de políticas de educación de la sexualidad, son causas fuertemente asociadas a la muerte de mujeres en edad reproductiva en los países de la Subregión.



Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., Julio 2008 AVPP= Años de Vida Perdidos en forma Prematura.

64. Revisado el 21 de julio, 2010 en: www.abortos.com/sudamerica_aborto.htm

4.5. Atención del Embarazo, Parto Y Puerperio

4.5.1. Atención prenatal

El control del embarazo por personal calificado es muy importante para la salud de la madre y del hijo o hija, en la medida que puede ayudar a detectar problemas del embarazo y prevenir complicaciones. Además, permite la inmunización de la madre para evitar el tétano neonatal, administrar consejería acerca de cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del embarazo y el parto y orientaciones sobre planificación familiar.

El Gráfico 80 revela que la proporción de mujeres embarazadas que recibió atención prenatal por personal calificado es alta: sobre 90% para Bolivia, Perú, Colombia y Chile, y 84% para el Ecuador. Asimismo, recibieron más de una visita prenatal, 96% de mujeres chilenas; 94% colombianas, 91% de peruanas y 84% ecuatorianas, según la información disponibles para el período (2004-2008)⁶⁵.

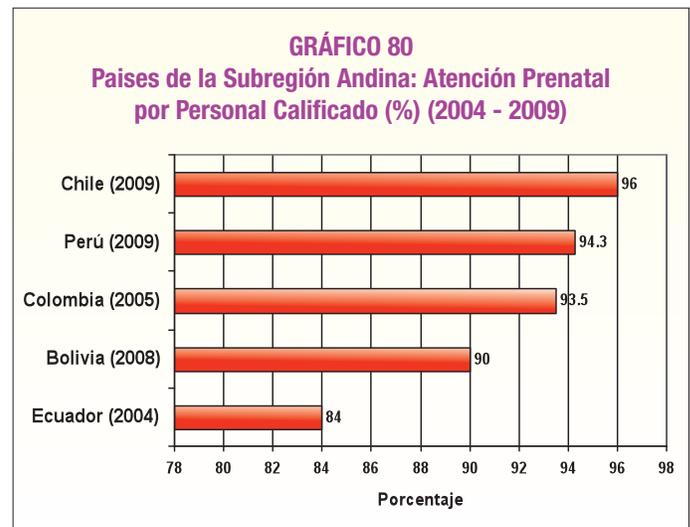
No obstante la alta cobertura de atención prenatal por personal calificado, como es el caso del Perú (94,5%) y Bolivia (90%), es preciso analizar la calidad y el contenido de estos controles, además de la calificación del personal que realizó esta atención. Por ejemplo, en el Perú, menos adolescentes se atendieron con un médico, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años (17,6 frente a 34,4 por ciento); casi el triple de mujeres fueron atendidas por un médico en el área urbana que en la rural (37,1 frente a 12,6 por ciento) y con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el quintil de riqueza inferior y el superior para la atención médica fue de 10,3 a 66,6 por ciento⁶⁶.

4.5.2. Atención del parto

La atención de los partos por parte de personal de salud capacitado es una de las condiciones necesarias para prevenir la muerte materna. En la región, se ha alcanzado un 82% de partos atendidos por personal calificado, y 16 de los 26 países de América Latina y el Caribe con información, han alcanzado el umbral del 90% (meta para 2015).

Entre los países con información actualizada disponible, Colombia alcanza la mayor cobertura de atención del parto por profesionales (96,4%), con 87,5% de atención por médicos. En el otro extremo, Ecuador alcanza solo 61,3% de atención del parto por profesionales, siendo esta atención mayoritariamente realizada por médicos (58,3%). En el caso del Perú, no obstante tener una cobertura de atención por profesional o personal calificado de 82,5%, la atención por médico no llega al 50%.

Desagregando esta cifra promedio tenemos que la atención por profesional médico es de 63% para las mujeres urbanas y solo de 24% para las residentes del área rural; 74% para



Fuente: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005) Ecuador: RHS (2004) Measure DHS/Stat Compiler/ Chile: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.

65. OPS, UNFPA, CEPAL, UNIFEM, *Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas, 2009*

66. ENDES Continua 2009 (Perú).

las mujeres con educación superior vs 21,5% para las mujeres sin educación; y 82,3% para las pertenecientes al quintil superior, mientras que solo 19,5% de las mujeres de quintil inferior reciben atención por profesional médico. Adicionalmente más del 20% de las mujeres peruanas se atienden el parto con un familiar o una partera (Gráfico 81).

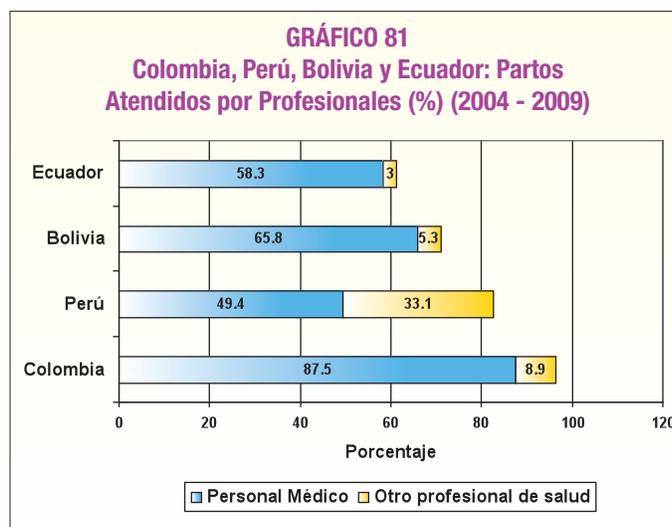
Colombia, además, presenta las menores brechas para el acceso a atención del parto por profesional médico entre las mujeres por razones de ámbito de residencia, nivel de educación o situación socioeconómica, con una razón de MM de 75 defunciones por 100,000 nacidos vivos. Esta cifra está muy por debajo de las razones para Bolivia y Perú (180 y 95 respectivamente). Podemos concluir, que la mortalidad materna es un problema de injusticia social y de discriminación al derecho de la salud que los Estados están obligados a resolver en el menor plazo y en función de los recursos disponibles.

En cuanto a la situación de la salud materna de las mujeres indígenas, en el Ecuador, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004 da cuenta de que la relación de las mujeres blancas y las indígenas en el cumplimiento de las normas de control prenatal fue casi de 4:1 y en la atención profesional del parto, 3:1. Por lo tanto, es evidente que la condición de etnicidad es otro factor de discriminación para las mujeres indígenas y amazónicas de la Subregión Andina en el acceso a la atención calificada de la salud materna que no está tan documentado como los otros factores antes mencionados, pero que debe ser considerado para el diseño de las políticas de salud que promuevan la maternidad segura.

4.5.3. Nacimientos por cesárea

La proporción de los partos por cesárea en un área geográfica es una medida de acceso y el uso de una intervención obstétrica frecuente para evitar las muertes maternas y neonatales y para la prevención de complicaciones como la fístula obstétrica. El numerador es el número de cesáreas en los establecimientos de salud con capacidad de ofrecer este procedimiento y el denominador es el número esperado de nacidos vivos en una jurisdicción geográfica, que puede ser una provincia o departamento, durante el mismo período.

El Gráfico 82 presenta la proporción de nacimientos por cesáreas para los países de la Subregión Andina, demostrando que en todos los casos esta cifra está por encima del nivel mínimo aceptable recomendado⁶⁷ con valores entre 18,6% (Bolivia) y 30,7% (Chile). Sin embargo, la experiencia demuestra que donde la MM es alta, la tasa de cesáreas es baja (menor del 5%), especialmente en poblaciones rurales en donde la capacidad resolutoria de los hospitales y centros de salud no cuentan con atención especializada durante las 24 horas, con presencia de ginecólogos o médicos entrenados, anestesistas, y disponibilidad de transfusión de sangre para garantizar la oferta de este procedimiento en forma permanente y efectiva.



Fuente: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005). Ecuador: RHS (2004) Measure DHS/Stat Compiler.

67. WHO, UNPFA, UNICEF and AMDD. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*, WHO 2009.

GRÁFICO 82

Países de la Subregión Andina: Nacimientos por Cesarea (%), (2004 - 2009)

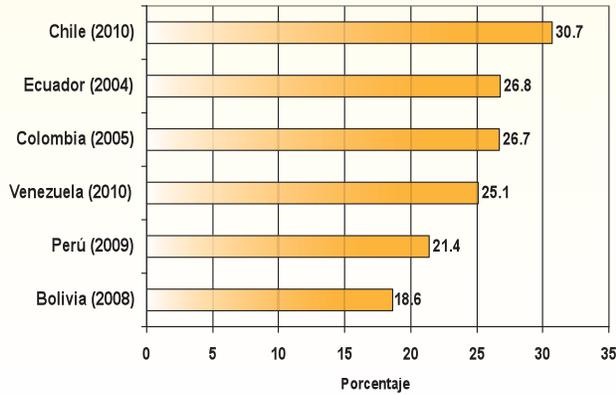
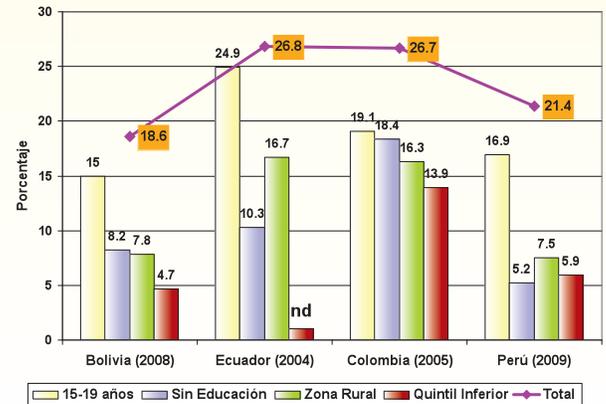


GRÁFICO 83

Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú: Nacimientos por Cesarea (%) Según Características Seleccionadas (2005 - 2009)

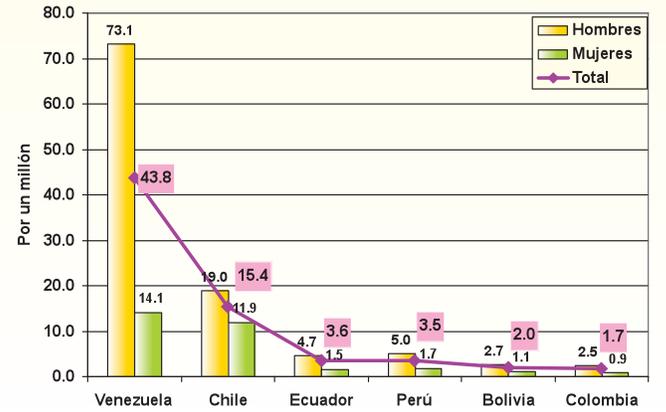


Fuente: Perú (ENDES 2009)/Bolivia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008)/ Colombia (ENDES 2005). Ecuador: RHS (2004) Measure DHS/Stat Compiler/ Venezuela y Chile: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.

En efecto, el Gráfico 83 analiza la proporción de cesáreas para los países de la Subregión Andina con información actualizada disponible. Se puede apreciar que los mayores factores de discriminación para el acceso a la cesárea se presentan en las mujeres menos educadas, en situación de pobreza y residentes del área rural, barreras que son más evidentes para el caso de Bolivia y Perú. En este último país, la discriminación para las cesáreas es muy alta para las mujeres sin educación (5,2%); residentes rurales (7,5) y en situación de pobreza extrema (5,9%), situación que coincide con la alta razón de MM para el Perú, que ostenta las brechas más altas en el acceso equitativo o el acceso universal al derecho a la maternidad segura.

GRÁFICO 84

Países de la Subregión Andina: Tasas de Incidencia de Sida por Un Millón de Habitantes (2006)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2007.

4.6. Infecciones de Transmisión Sexual

El Gráfico 84 muestra la tasa de incidencia para el SIDA en los países de la Subregión Andina. Son los hombres los más afectados y los que en general se afectan de los casos nuevos, siendo Venezuela el país con la incidencia más alta por un millón de habitantes, alcanzando la cifra de 73,1. Le sigue Chile con una incidencia de 19 para los hombres y 12 para las mujeres (por millón de habitantes), y para Ecuador, Perú, Bolivia y Colombia, las cifras promedio son menores a 3,6 por millón.

La inversión en la lucha contra las infecciones de transmisión sexual presenta tres ventajas fundamentales: i) previene la infección por el VIH, cuyo contagio se ve favorecido por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual⁶⁸; ii) el control de las ITS ayuda a prevenir complicaciones como la infertilidad, el carcinoma cervicouterino y la muerte materna; iii) pre-

68. Por cada relación sexual sin protección, el herpes genital, en particular, y las úlceras genitales, en general, multiplican la transmisión del VIH por un factor de 50 a 300.

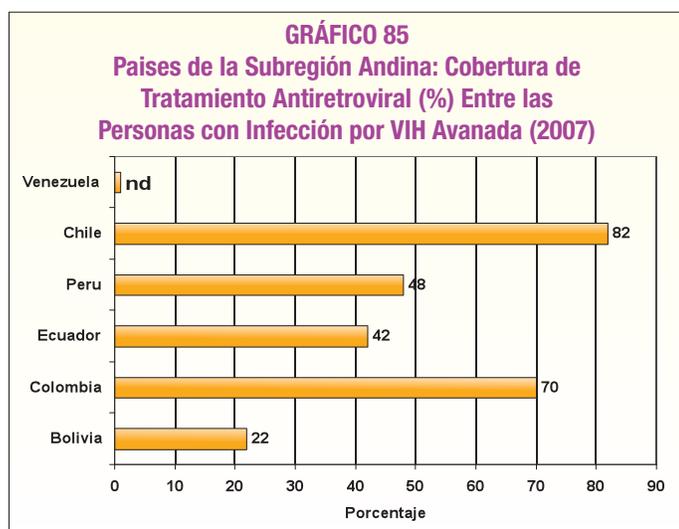
viene la morbi mortalidad prenatal o perinatal por sífilis o la ceguera por infecciones gonocócicas o por clamidia.

En las mujeres las infecciones de transmisión sexual suelen ser asintomáticas (no se las nota porque son internas). A diferencia de los varones, las mujeres pueden no experimentar inicialmente ningún dolor, y por lo tanto es menos probable que busquen rápidamente un tratamiento médico. La situación a menudo se complica por el estigma que pesa sobre las infecciones de transmisión sexual, por la inaccesibilidad a los servicios, las barreras económicas, las actitudes negativas de los trabajadores en salud respecto de las mujeres infectadas, y la propia preocupación de las mujeres con demasiadas responsabilidades domésticas.

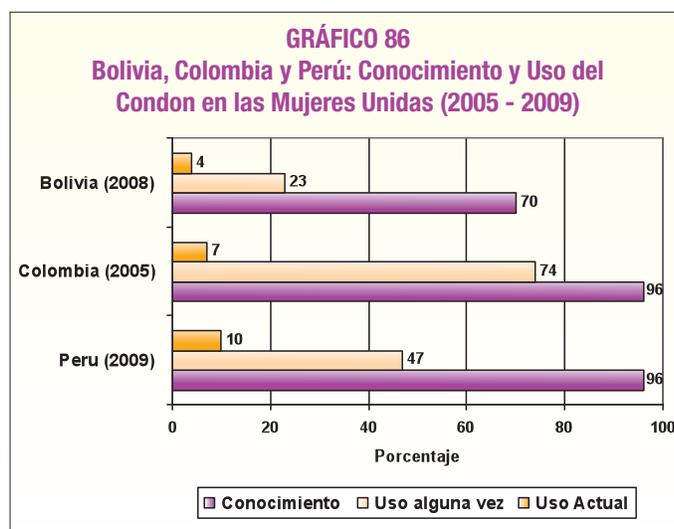
4.6.1. Acceso a antirretrovirales

Actualmente existen leyes y políticas que garantizan el tratamiento antirretroviral para las personas VIH positivas; sin embargo aún no es posible que todas las personas que lo requieran accedan al tratamiento. Para fines de 2002, 196.000 Personas Viviendo con VIH/Sida (PVVS) de la Región estaban recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que equivale a una cobertura de tratamiento del orden del 53%, cifra que supera largamente las coberturas para cualquier otra región en desarrollo⁶⁹. (Ver Gráfico 85)

Entre los países de la Subregión Andina, Chile presenta la mayor cobertura de tratamiento antirretroviral, con 82% para las personas con infección avanzada por VIH y Bolivia la cifra más baja, con solo 22% de cobertura.



Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.



Fuente: Bolivia Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2008); Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005; Perú Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2009.

69. 9% para Europa Oriental y Asia Central; 29% para África del Norte y Medio Oriente; 4% para Asia; 1% para África del SubSahara y 5% para todas las regiones. Revisado en: OPS; El acceso al tratamiento ARV en Latinoamérica y el Caribe comparado con otras regiones en desarrollo. Panorama Regional.

4.6.2. Acceso y uso de condones

Las relaciones sexuales no protegidas exponen no solo al embarazo no planificado, sino también a las ITS (incluido el VIH/SIDA); por lo tanto, el acceso y uso de condones es extremadamente importante para determinar el riesgo de extensión de la infección en una población. En la mayoría de los países que disponen de datos al respecto, la probabilidad de tener parejas casuales es mucho mayor en los hombres que en las mujeres. El uso del condón es muy variable entre los países, los sexos y diferentes grupos de edad, pero, en general, aumenta con el nivel educacional.

El Gráfico 86 da cuenta del nivel de conocimientos, uso eventual y uso actual del condón entre las mujeres unidas para los países de la Subregión Andina con información actualizada disponible. Se puede apreciar la brecha marcada entre el nivel de conocimiento del condón (entre 70 y 96%) y el nivel del uso actual, que es menor del 10% para los tres países analizados, lo cual puede estar revelando un problema de disponibilidad y acceso del método desde los servicios de salud pública. Asimismo, es necesario disponer de este mismo tipo de información a partir de los hombres, siendo el condón uno de los pocos métodos de uso masculino.



CAPÍTULO V VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La prevalencia de la violencia contra la mujer en la Subregión es alta. De los cuatro países que cuentan con información a nivel nacional, Bolivia ostenta los niveles más altos de violencia física contra la mujer, puesto que cinco de cada diez mujeres en promedio han sido maltratadas por sus parejas. Le siguen Perú y Colombia con cuatro de cada diez mujeres alguna vez agredidas físicamente por sus parejas.

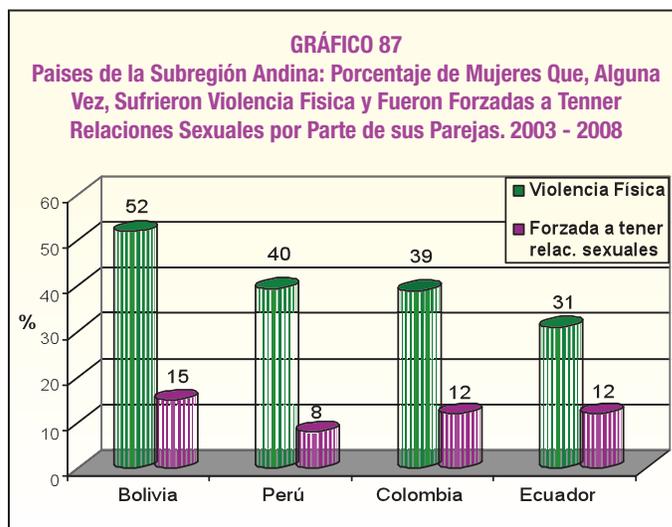
En cuanto a la violencia sexual, los países que muestran un mayor porcentaje de mujeres que alguna vez fueron forzadas por sus parejas a tener relaciones sexuales, son Bolivia, Colombia y Ecuador. En estos países, entre doce y quince de cada cien mujeres han sido violadas sexualmente. (Ver Gráfico 87).

El estudio multicéntrico de la OMS, tiene una concepción más integral de la violencia sexual; se indaga además, si la mujer aceptó la relación aunque ella no quería, porque tenía miedo a lo que él le podía hacer y, también, si alguna vez él la forzó a realizar algún acto sexual que ella encontró humillante o indigno. Así, por ejemplo, incluyendo estas otras dos preguntas, en el caso de Perú, para el año 2000, la prevalencia de toda la vida de la violencia sexual fue en la ciudad de Lima 22,5% y en la región del Cusco 46,6% (Güezmes, Palomino y Ramos, 2002).

En el gráfico 88, la violencia física contra la mujer está extendida en todos los estratos económicos y niveles educativos; pero las mujeres bolivianas, peruanas y colombianas de los sectores de más bajos niveles de ingresos y sin educación no son las que más sufren las agresiones físicas, sino las de ingresos medio y medio alto, y las que cuentan con educación primaria y secundaria.

El porcentaje de mujeres que sufrieron violencia física y que buscaron ayuda institucional en los cuatro países de la Subregión, en general, es bajo. Sin embargo, en Ecuador la situación es aun más dramática (Ver Gráfico 89). En estos países las mujeres señalan que no buscan ayuda por no considerarlo necesario, seguido por la vergüenza, miedo a represalia, y el no saber dónde acudir. En Perú, por ejemplo, la mayoría que reporta no saber dónde pedir ayuda pertenece a las zonas rurales, donde prácticamente los servicios de ayuda son inexistentes.

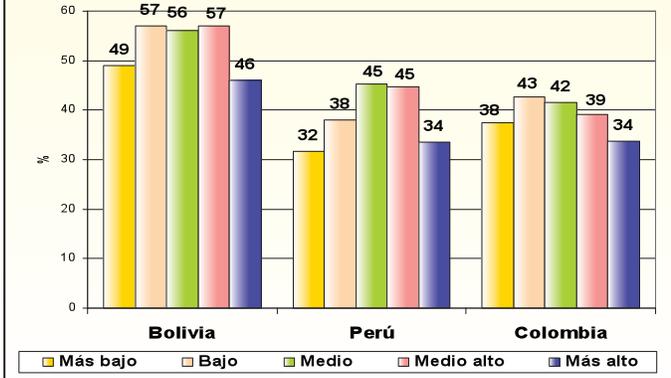
La violencia más extendida es la de tipo psicológico o emocional. Sus consecuencias en la salud mental de las víctimas son tan devastadoras como la violencia física o sexual. Este tipo de violencia también tiene repercusiones en la salud física de las personas, pues es frecuente la somatización mediante diversas enfermedades.



Elaborado en base a: INEI. Perú. Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2007 - 2008; PROFAMILIA. Colombia. Encuesta Nacional de Demografía 2005; CEPAR. Ecuador. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 2004; INE. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA 2003.

GRÁFICO 88

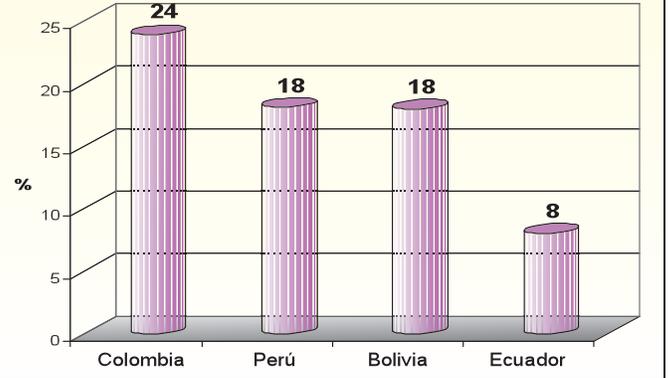
Perú, Colombia y Bolivia: Prevalencia de Toda la Vida de Violencia Física a Mujeres de 15 a 49 Años de parte de su Pareja Según Quintil de Riqueza. 2003 - 2008



Elaborado en base a: INEI. Perú. Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2007 - 2008; PROFAMILIA. Colombia. Encuesta Nacional de Demografía 2005; INE. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA 2003.

GRÁFICO 89

Países de la Subregión Andina: Porcentaje de Mujer que Sufrieron Violencia Física y que Acudieron a una institución Solicitando Ayuda. 2003 - 2008



Elaborado en base a: INEI. Perú. Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2007 - 2008; PROFAMILIA. Colombia. Encuesta Nacional de Demografía 2005; INE. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA 2008; CEPAR. Ecuador. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 2004

En las encuestas demográficas y de salud de Perú y Colombia (DHS) hay preguntas similares que las hacen comparables respecto a una forma de violencia emocional como es el control a la mujer de parte de la pareja, la cual se expresa mediante actos que buscan aislar a la mujer, quebrar su autonomía y voluntad. Estos dos países, reportan una similitud en la alta proporción de violencia emocional, este tipo de violencia afecta a la gran mayoría de las mujeres (Ver Gráfico 90).

Otra forma de violencia psicológica es la utilización del chantaje contra ellas, sobre la base de un mayor poder de los hombres, mediante amenazas de quitar la ayuda económica de la cual depende ella y los hijos, o quitarle a los hijos con quienes mantiene un vínculo afectivo muy estrecho, con la misma finalidad, la de quebrar su voluntad en función de sus intereses. Un tercio de mujeres colombianas sufren este tipo de violencia y un quinto de las mujeres peruanas, siendo en el área urbana donde se da en mayor proporción, coincidentemente en ambos países (Ver Gráfico 91).

GRÁFICO 90

Colombia (2005) y Perú (2008): Violencia emocional. Formas de Control Hacia la Mujer de Parte de la Pareja

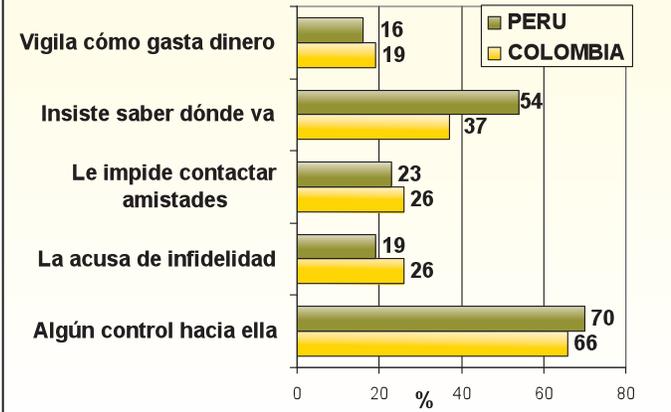
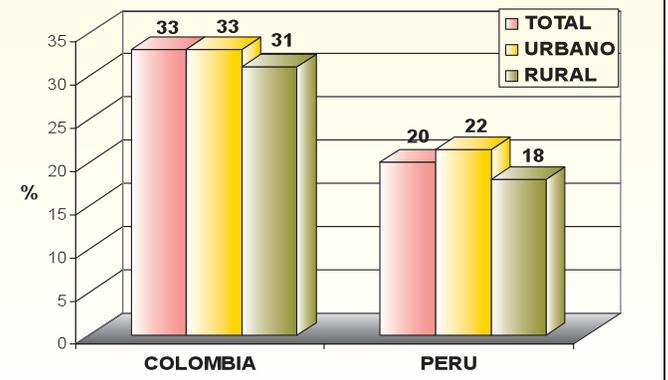


GRÁFICO 91

Colombia (2005) y Perú (2007-2008). Violencia Emocional-Amenazas con Irse de la Casa, Quitarle los Hijos o la Ayuda económica, Contra la Mujer de Parte de la Pareja



Elaborado en base a: INEI - Perú. Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2007 - 2008; PROFAMILIA.- Colombia. Encuesta Nacional de Demografía 2005.

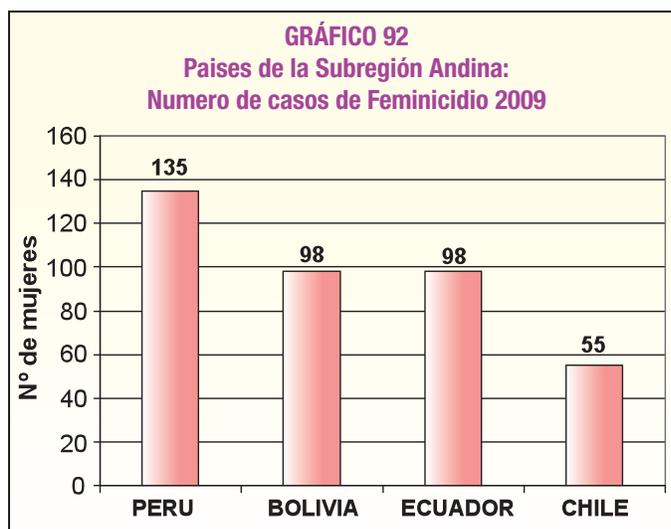
5.1. FEMICIDIO

Aunque es difícil hacer comparaciones numéricas no estandarizadas entre países, por tratarse de tamaños poblacionales distintos, las cifras que muestra el Gráfico 92, nos señalan la preocupante magnitud del problema del feminicidio. En el caso peruano, cada tres días en promedio hay un asesinato de una mujer por razones de género, y en los casos de Bolivia⁷⁰ y Ecuador, cada cuatro días.

En Colombia durante el año 2006 se reportaron 139 feminicidios solo en el ámbito doméstico, perpetrado por algún miembro de la familia, de los cuales 101 fueron ejecutados por la pareja. Esto hace que este país ocupe el primer lugar de la subregión en número de feminicidios. En un estudio de feminicidio a nivel mundial⁷¹, con datos estandarizados, en el cual participó Colombia como único país de la Subregión, se reporta que durante 2006 en este país se dieron 6,3 feminicidios domésticos por millón de mujeres.

En el caso de Venezuela, hasta agosto de 2009, en promedio, cada dos días una mujer era asesinada por razones de género, (Banco Datos Feminicidio)⁷².

El panorama es muy alarmante en la Subregión, puesto que la violencia de género ostenta una de las más altas prevalencias entre todos los problemas de salud pública, con consecuencias muy graves para la salud y el bienestar de la población. No obstante, es el problema al que menos atención y recursos le han brindado los países para erradicarlo. Esta cultura patriarcal continúa reproduciéndose en todas las instituciones de nuestras sociedades.



<http://www.feminicidio.cl/map/map1.php?id=7>; Bolivia - Centro de Información y Desarrollo de la Mujer. El Diario. Bolivia, 5 de marzo de 2010. http://www.eldiario.net/noticias/2010/2010_03/nt100305/4_02scd.php; Ecuador - Banco Datos Feminicidio <http://www.feminicidio.cl/map/map1.php?id=10>; Gobierno de Chile. Servicio Nacional de la Mujer. <http://www.sernam.cl/portal/index.php/femicidios2009>

70. Hay que aclarar que en el caso de Bolivia, la información no proviene de una fuente oficial, sino de las declaraciones a la prensa de la directora de una ONG de defensa de los derechos de la mujer.

71. III Informe Internacional: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. 2006. Estadísticas y Legislación. Centro Reina Sofía. Serie 16 Documentos. 2010.

72. <http://www.feminicidio.cl/map/map1.php?id=12>.



CAPÍTULO VI RECURSOS HUMANOS Y GASTOS EN SALUD

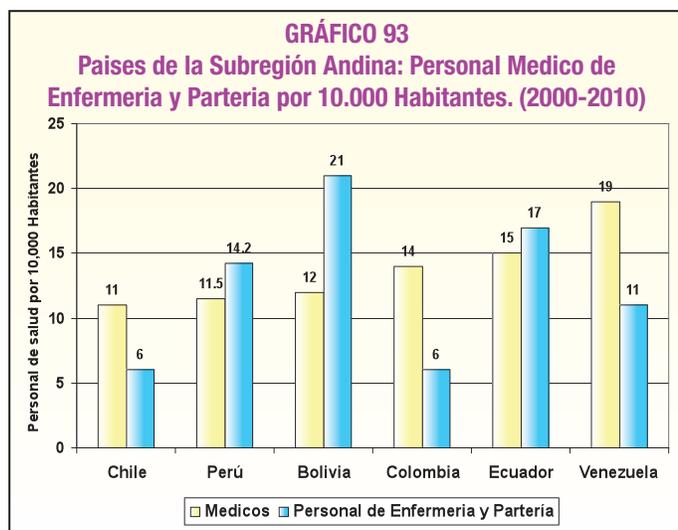
RECURSOS HUMANOS Y GASTO EN SALUD

6.1. Recursos Humanos

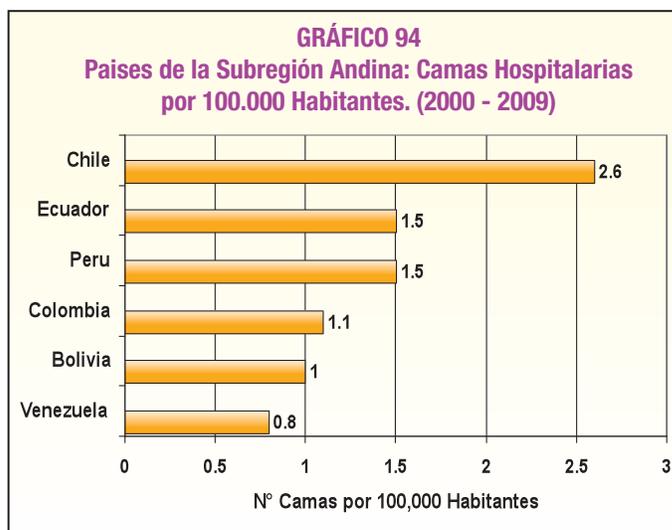
Los recursos de salud y la cobertura de los servicios de salud representan la respuesta de los países a las necesidades sanitarias.

En general, la participación de las mujeres en la atención de la salud es mayor que la de los hombres, básicamente porque más del 50% del personal sanitario (enfermeras obstétricas y auxiliares de enfermería) está constituido por mujeres, al ser posiciones compatibles con el rol cuidador tradicionalmente asignado; además, son de menor jerarquía y por lo tanto también perciben menores salarios. Asimismo, las profesiones de mayor prestigio y toma de decisiones (médicos y especialistas) aún están representadas mayoritariamente por los hombres.

Los gráficos 93 y 94 presentan la disponibilidad de recursos humanos (médicos, enfermeras y personal que se ocupa de la salud materna) así como el número de camas por 10,000 habitantes para los seis países. Se observa que para el caso de Chile, Colombia y Venezuela, el número de médicos es superior al número de enfermeras y obstetrices o parteras; asimismo, en el caso de Venezuela, este país alcanza el mayor número de médicos por 10.000 habitantes (19). Sin embargo, para el número de camas hospitalarias, Venezuela presenta el menor índice (0,8); mientras que Chile alcanza la cifra de 2,6 camas por 10.000 habitantes.



Fuente Gráfico 94: Chile, Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela (OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010) y Perú (Salud en las Américas, 2007, Vol II-Países).



Fuente Gráfico 95: Chile, Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela (OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010) y Perú (Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2005).

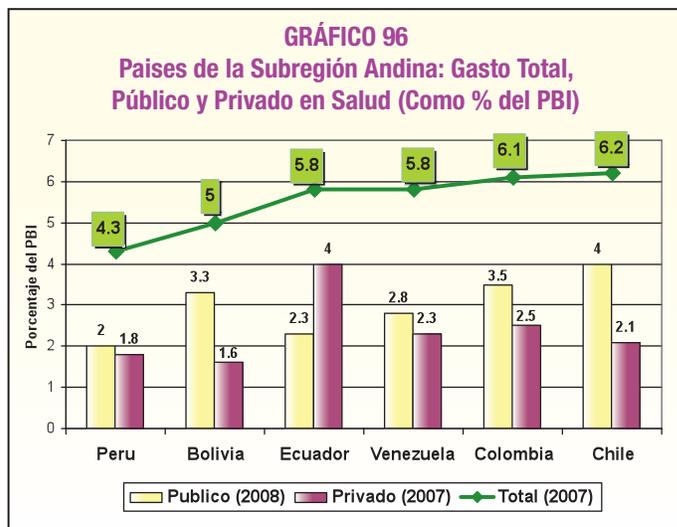
Estos hallazgos podrían ser explicados por las diferentes políticas de salud aplicadas en cada uno de estos países. Para el caso de Venezuela, la reforma de salud en los últimos años priorizó la atención descentralizada a través de la Misión Barrio Adentro y la Red de Servicios constituida por consultorios y clínicas populares, centros de diagnóstico integral, sala de rehabilitación. Para el caso de Chile, la reforma que estableció el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE) y la ley de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red, prioriza en cambio la implementación del régimen de hospitales y por lo tanto requiere mayor número de camas.

El Gráfico 95 da cuenta de la razón personal médico – personal de enfermería. Las cifras revelan que existe en todos los casos, mayor número de médicos que de enfermeras; en el caso de Ecuador los médicos triplican el número de enfermeras/os. Esta escasez de personal de enfermería, que es el personal que asume mayor responsabilidad, al existir limitaciones en el resto del equipo de recursos humanos en la APS para la organización y prestación de servicios a nivel local y comunitario que garantice el acceso universal a la salud.

De otro lado, es preciso considerar la desigualdad en la distribución de estos recursos humanos y el desbalance entre la oferta no planificada de profesionales y la limitada capacidad de absor-



Fuente: OPS, Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington D.C. 2008. En: OPS, CEPAL, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, INSTRAW, La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas. Perfil 2009.



Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2010 /OPS, UNFPA, CEPAL, UNIFEM, Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores Básicos 2009 y En: http://www.paho.org/cdmedia/ge_cp/index.html (Venezuela y Colombia).

ción del sistema de salud. Por ejemplo, en el Perú, la tasa de médicos por 100,000 habitantes para Lima es 3,8 veces mayor que la de Huancavelica, con un déficit de profesionales médicos en los establecimientos de salud pública en 19 de los 25 departamentos. Sin embargo, el número de facultades de medicina se ha incrementado de 13 a 28 (entre 1992 y 2003)⁷³, y el de enfermería de 34 a 44. A pesar del déficit de profesionales en la mayoría de departamentos del país, existe una baja oferta de puestos de trabajo en las instituciones de salud, lo que lleva a subempleo, desempleo y a la migración de parte de los egresados.

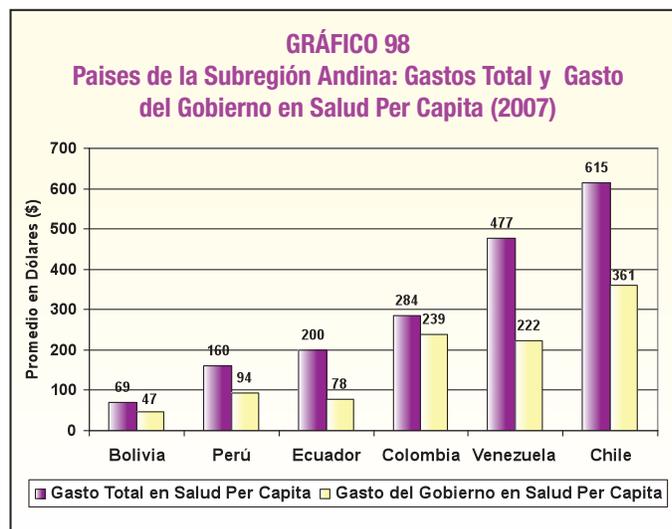
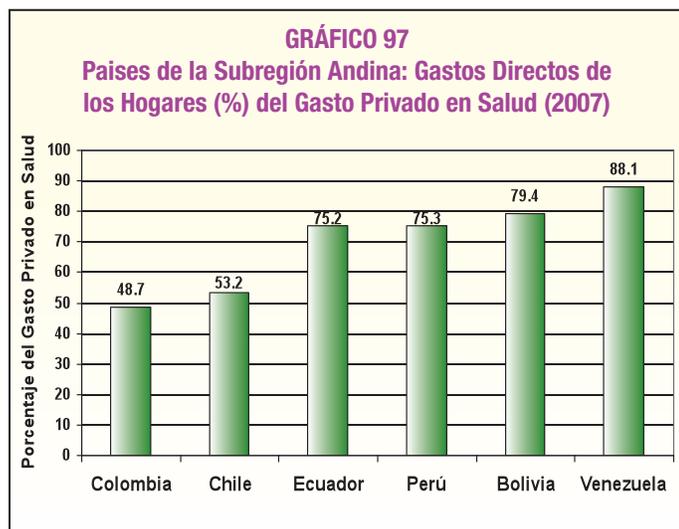
6.2. Gasto en Salud

Un estudio que compara y analiza los sistemas de salud de la Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) y el Caribe confirma la existencia de diferentes diseños organizacionales: un Sistema Nacional de Salud, sistemas segmentados y otros basados en el aseguramiento. En prácticamente todos los sistemas, la tendencia actual es la adopción del aseguramiento de un paquete básico de servicios y el fortalecimiento de la competencia en la prestación con la participación del sector público y privado⁷⁴.

73. Existe un importante aumento de egresados de medicina. De acuerdo a la tasa de proyección calculada en base a lo ocurrido en los últimos años (2,8% en universidades públicas y 12,7% en universidades privadas) pasaríamos de 2.156 egresados al año 2005 a 3.218 en el año 2011. La oferta actual de médicos generales es de 25.935 médicos para una demanda calculada de 16.196 lo que establece una sobreoferta de 9.739 médicos. En el caso de los especialistas también existe una sobreoferta de 1.611. En: Carrasco, V. et al. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011 Acta Médica Peruana v.25 N° 1 Lima ene./mar. 2008.

El conocimiento del gasto nacional en salud y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones respecto a los recursos del sector de la salud, y permite evaluar la equidad y la eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos. Las modificaciones en el financiamiento del sector de la salud han sido un componente sustancial de los procesos de reforma del sector en las Américas.

La proporción del gasto total en salud en relación con el PIB se suele utilizar como un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población. El Gráfico



Fuente: Elaborado con la información de las Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS/2010.

96 da cuenta que tanto Colombia como Chile son los países no solo con mayor gasto total en salud como porcentaje del PBI, sino que además registra el mayor gasto público para este fin. Para el caso de Venezuela el gasto público en salud pasó de 1,4% del PIB en 2000 a 1,6% en 2004 incrementándose la inversión pública y estabilizando la privada, básicamente a través de la orientación de los recursos petroleros hacia la población excluida y empobrecida. En Bolivia, el sector público es el segundo agente que gasta la mayor cantidad de recursos después de la seguridad social y es responsable de financiar programas de aseguramiento público y programas nacionales preventivos. Ecuador y Perú, son los países que ostentan el mayor gasto privado en salud, correspondiendo éste en el mayor porcentaje al gasto directo de los hogares (Ver Gráficos 97 y 98).

En los países en vías de desarrollo el financiamiento de la salud depende fundamentalmente de tres agentes: el Estado, a través del tesoro público (impuestos), los empleadores y los mismos hogares. En la medida en que las sociedades se desarrollan, cabe esperar una menor participación del gasto de los hogares y una mayor de los dos primeros agentes⁷⁵.

Por lo tanto, queda claro que considerando los niveles de pobreza y las características de la distribución de los ingresos asignados por grandes inequidades, los objetivos de ampliación de la cobertura y equidad en el acceso a la salud no se pueden lograr a través de un financiamiento que se sustente únicamente en los mecanismos de mercado, en los cuales la capacidad de pago depende principalmente del nivel de ingresos familiares.

74. Gómez-Camelo, Diana. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe Rev. salud pública. 7 (3):305-316, 2005.

75. Petrerá, Margarita. Algunas reflexiones en torno a las Cuentas Nacionales de Salud del Perú. Revista Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26 (2): 248-50.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Este estudio tuvo como objetivo describir el estado de desigualdad e igualdad de género en salud de seis países de la Subregión Andina. Las conclusiones se agrupan en generales y específicas; aunque no son exhaustivas, tratan de validar las informaciones existentes, de revelar situaciones y de alertar posibles condiciones de desigualdad de salud en la región.

Una de las mayores dificultades para desarrollar este estudio fue la falta de información comparable para períodos similares. Se encontraron vacíos de información nacional para algunas variables de salud desagregadas por sexo, para los grupos más vulnerables por condiciones de pobreza, por etnia, por edad (como las personas adultas mayores), entre otros. No obstante, consideramos que la información disponible nos ha permitido construir el diagnóstico que refleja la realidad sanitaria de la Subregión, los logros alcanzados, las brechas y carencias importantes aún por llenar y resolver, las semejanzas y disparidades entre los países y al interior de ellos.

Generales

1. Los seis países de la Subregión experimentan el rápido aumento de la población adulta mayor, como resultado del incremento favorable de la esperanza de vida. No obstante, este fenómeno se torna en un problema creciente por las condiciones de pobreza, de falta de sistemas de seguridad social y previsionales inclusivos, de servicios de salud física y mental especializados, para atender a la población subregional que llega a la vejez.
2. Las mujeres tienen cada vez más presencia en el mercado laboral, sin embargo lo han hecho en peores condiciones que los hombres, pues se ubican en mayor proporción que ellos, en empleos informales de baja rentabilidad, malas condiciones laborales y, en lo que respecta a empleos formales, en posiciones de menor jerarquía. También esto ha significado asumir un doble rol, doméstico y laboral, con poco o nulo apoyo o corresponsabilidad de los hombres.
3. Aún existen diferencias entre los países en el proceso de la transición demográfica y epidemiológica, como resultado de sus diversos niveles de desarrollo. Las disparidades al interior de cada país son mayores, como resultado de grandes desigualdades en las condiciones de vida y en el acceso equitativo a los beneficios del desarrollo; además, basados en diferencias de género, de estrato económico, de ámbito geográfico y de etnia.
4. Existe una tendencia al descenso de la pobreza y pobreza extrema. Esta reducción no se da en la misma proporción para toda la población en situación de pobreza, pues hay importantes sectores como las mujeres en general, la población que reside en las áreas rurales, los habitantes de las comunidades indígenas y los afro descendientes que mantienen mayores niveles de pobreza y se constituyen, al interior de la población pobre, como los segmentos de mayor vulnerabilidad.
5. Si bien no hay duda de que algunas de las diferencias de mortalidad se deben a factores biológicos determinantes, hay ciertos comportamientos específicos de cada sexo que son determinados por factores culturales y sociales que perjudican su salud. En general, las mujeres padecen (o reportan) más síntomas físicos y psicológicos, más enfermedades cró-

nicas y discapacidad, utilizan más medicamentos y visitan a los médicos más a menudo. En contraste, los hombres sufren más de enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte prematura.

6. El perfil de la mortalidad en la Subregión Andina ha cambiado de manera significativa al igual que en la mayoría de los países de la Región, fundamentalmente porque la transición epidemiológica está en relación a la transición demográfica que ha producido el paulatino envejecimiento de la población. Las afecciones crónicas de tipo degenerativo y las causas externas (accidentes y homicidios) se han incrementado desplazando a las enfermedades transmisibles que eran las principales causas de morbilidad y mortalidad en las décadas anteriores.

Específicas

- ◆ Respecto a la educación las mujeres; la tendencia es a una paridad en las oportunidades educativas e incluso a un avance mayor de las mujeres en la educación superior en el área urbana. Las disparidades mayores en el acceso a la educación afectan más a las mujeres rurales.
- ◆ Uno de los problemas más alarmantes en la subregión es la violencia contra las mujeres de parte de la pareja. Esta ostenta una de las más altas prevalencias entre todos los problemas de salud pública, con consecuencias muy graves en el bienestar de la población.
- ◆ Existe sobre mortalidad masculina por accidentes de transporte (4ta causa de mortalidad masculina), así como el aumento de este problema con la edad.
- ◆ La tasa de embarazos no deseados se mantiene alta, no obstante el creciente uso de anticonceptivos. Esto se puede explicar por las tasas de interrupción y uso incorrecto de los métodos modernos, además del uso de métodos tradicionales menos efectivos cuando existen barreras para el acceso a los métodos modernos.
- ◆ La mortalidad materna y la muerte debido a abortos inseguros están íntimamente asociados a la negación del ejercicio de los derechos reproductivos. el aborto es la primera causa de muerte materna en Chile; segunda en Colombia y Perú, tercera causa de mortalidad materna en Bolivia.
- ◆ La neoplasia maligna del útero ha sido reportada entre las dos primeras causas de muerte de mujeres en los grupos de edad de 25 a 44 años, para la mayoría de países de la Subregión. Asimismo, la neoplasia maligna de la mama figura entre las primeras cinco causas de muerte para la mujeres del mismo grupo de edad.
- ◆ El comportamiento de la mortalidad por neoplasia maligna de próstata revela una brecha marcada en la tasa de mortalidad para los hombres de 45 a 64 años que está por debajo de 17 por 100.000, mientras que para los mayores de 64 años, esta se eleva hasta 284 por 100.000 Este comportamiento se puede explicar porque la detección precoz de este cáncer es muy baja. Los roles de género inciden en el rechazo a los exámenes de prevención.
- ◆ Las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre aparecen como importantes causas de muerte para los hombres y responden a mandatos culturales que les exigen asumir riesgos innecesarios. Mientras que las afecciones originadas en el periodo perinatal, la hipertensión y la diabetes solo figuran como primeras causas de muerte para las mujeres

- ◆ La mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es superior en los hombres que en las mujeres, con una tendencia en la reducción de la brecha de mortalidad entre los sexos asociada al mayor consumo de tabaco por las mujeres que antes era una conducta social prioritariamente masculina.
- ◆ En la mortalidad por neoplasia, es de resaltar que tanto para Perú como para Bolivia, la neoplasia de útero se encuentra entre las cinco primeras causas de mortalidad para las mujeres.
- ◆ La mortalidad por cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado son fundamentalmente consecuencias del alto consumo de alcohol, con cifras sobre 20 para la tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, con una brecha por sexo sobre 50% para los hombres, demostrando que es un comportamiento típicamente masculino.
- ◆ La situación de los recursos humanos en salud revelan la existencia de mayor número de médicos que de enfermeras. Siendo este personal el responsable de la atención primaria de salud, es una limitación para la organización y prestación de servicios a nivel local y comunitario que garantice el acceso universal a la salud.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se presentan las siguientes recomendaciones que pueden servir de referencia en el diseño de políticas que promuevan la igualdad de género en salud.

- ✧ Es fundamental que los Estados hagan mayores esfuerzos para reducir la pobreza y erradicar la pobreza extrema con enfoque de género; de lo contrario será muy difícil avanzar en mejoras en salud y en el bienestar de la población en su conjunto.
- ✧ Avanzar en compromisos internacionales, entre los Estados de la Subregión Andina, y con el apoyo de la cooperación internacional, para mejorar los sistemas de información de salud nacionales, desagregados por sexo, etnia, estratos económicos y otras variables que permitan poner en evidencia desigualdades de salud injustas y evitables y apoyen el monitoreo de los avances hacia la equidad e igualdad de género.
- ✧ Se recomienda, además, desarrollar acuerdos técnicos para elaborar instrumentos de recolección de la información similares, que faciliten la construcción de indicadores de salud usando definiciones y metodologías equivalentes, que permitan la comparabilidad entre países.
- ✧ Promover investigaciones sobre las interrelaciones entre los determinantes socioeconómicos y las desigualdades en salud por género, en los riesgos diferenciados en el enfermar o morir y en el acceso a los servicios de salud de hombres y mujeres.
- ✧ Los programas de prevención y control de diabetes son urgentes y se constituyen en estrategias costo-efectivas potenciales que pueden reducir la tremenda carga de esta enfermedad. Estos programas deben ser direccionados para atender en forma preferencial a las mujeres menos educadas y de bajos ingresos.
- ✧ Mejorar los sistemas de información y la infraestructura diagnóstica para la detección oportuna y el tratamiento efectivo para evitar la mortalidad prematura de neoplasia de utero y mama.
- ✧ Promover políticas dirigidas a reducir el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, como son el aumento del precio del licor y aumentar la edad permitida para su compra legal, pueden ser efectivas para reducir la vulnerabilidad de este grupo etáreo que está iniciando cada vez más temprano el uso y abuso de esta droga socialmente aceptada.
- ✧ La alta incidencia de embarazos en la adolescencia se requiere servicios diferenciados para mujeres, varones y jóvenes. Es preciso implementar políticas de salud que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de este grupo poblacional.
- ✧ En cuanto a la falta de reducción de la mortalidad materna, los gobiernos deberían trabajar para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer, garantizando asistencia médica oportuna y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, es preciso revocar las leyes que prohíban los procedimientos de asistencia médica, así como el requisito de presentar consentimiento conyugal para ser atendida.

- ✧ Se recomienda que los gobiernos inviertan mayores recursos en crear conciencia en los hombres sobre los riesgos para su salud y sus vidas y cuestionen las falsas creencias sobre las que se ha erigido la masculinidad hegemónica.
- ✧ Para garantizar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, así como la atención primaria de salud a nivel local, es preciso garantizar una distribución equitativa de los profesionales de salud, lo cual implica en muchos casos mejorar las condiciones laborales y disminuir las brechas en calidad de vida entre el ámbito rural y las grandes ciudades.
- ✧ Un tema central para la erradicación de toda forma de violencia contra la mujer es la prevención. Se recomienda a los Estados hacer más esfuerzos para implementar programas de educación que busquen cuestionar las creencias patriarcales y machistas de superioridad de hombres sobre mujeres, de roles sexistas en el ámbito privado y público, crear conciencia de la necesidad de establecer relaciones equitativas y democráticas entre hombres y mujeres, con iguales oportunidades y el respeto a los derechos de cada quien.
- ✧ Los hombres son los principales protagonistas del ejercicio de la violencia: se recomienda implementar programas de formación de líderes locales varones, sensibles a la problemática, para que desarrollen un efecto multiplicador en la sensibilización de otros hombres contra la violencia de género y en relaciones equitativas y democráticas, autónoma frente a presiones sociales de carácter sexista y respetuosa de los derechos de las mujeres.
- ✧ Es preciso que los gobiernos mejoren la inversión en salud para garantizar el acceso universal de los servicios a mujeres y hombres sin ningún factor de discriminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CEPAL-CELADE. (2004) "Tablas de Mortalidad 1950 - 2025". Boletín Demográfico N° 74 Año
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, Alejandro; "Mortalidad Materna en México: Medición a partir de Estadísticas Vitales";
Estudios Demográficos y Urbanos 34-35; Vol. 12, número 1 y 2 Enero-Agosto 1997; ED. El
Colegio de México. México D.F.

Albizú Campos, José Carlos. et al. Incremento de la Esperanza de Vida en Cuba a 80 años.
El reto de la sociedad cubana y el sistema nacional de salud (ponencia para discusión en el
Consejo del Ministros).

Barceló A, Daroca MC, Rivera R, Duarte E, Zapata A. Diabetes in Bolivia. Rev Panamá Salud
Pública 2001;10(5):318-323.

Boletín de la Escuela de Medicina, Vol. 23. N° 1,1994.Universidad Católica de Chile.

Carrasco, Víctor et al. (2008). Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos
en el Perú 2005-2011 Acta médica peruana v.25 n.1 Lima ene./mar.

CEPAL/CELADE. (2007) "Proyecciones de Población" Observatorio Demográfico N° 3. Año II.
Santiago de Chile.

CEPAL-CELADE. (2004) "Tablas de Mortalidad 1950 - 2025". Boletín Demográfico N° 74 Año
XXXIV. Santiago de Chile.

CONAPO. Boletín N° 09/09. México D.F. 7 de abril de 2009.

DANE. Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá, Mayo, 2007.

De Keijzer, Benno (1994). Morir como hombres, la enfermedad y la muerte masculina desde
una perspectiva de género. Ponencia para el Seminario de Masculinidad-PUEG/UNAM. México,
D.F.

De Keijzer, Benno. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina
artículo publicado en Cáceres et al. (2001), la salud como derecho ciudadano: perspectivas y
propuestas desde América Latina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Gabaldon, Arnoldo, IM. Moriyama, J. Somoza and H. Behm. (1965) Leading Causes of Death
in Latin America: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 43, No. 4, Part 2: Components of
Population Change in Latin America. Proceedings of the Sixtieth Anniversary Conference of the
Milbank Memorial Fund. Held at the Savoy Plaza Hotel New York City.

García, Brígida y Orlandina de Oliveira.(1994).Trabajo Femenino y vida familiar en México. El
Colegio de México. México D.F.

Garduño, Ángeles. (2001). Determinación genérica de la mortalidad masculina. En: Nueva
época /Salud Problema /Año 6 núm. 10-11 México.

Gómez, Elsa. (2001). Equidad, género y salud. Taller internacional cuentas nacionales de salud
y género 18 y 19 de octubre 2001, OPS/OMS – FONASA. Santiago de Chile.

- Gómez-Camelo, D. (2005). Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe Rev. Salud Pública.
- Hurtado, Raquel. y Ramos, Miguel. (2006) Perfil de Salud de las Mujeres y Hombres del Perú, 2005. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud, Lima.
- III Informe Internacional: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. 2006. Estadísticas y Legislación. Centro Reina Sofía. Serie 16 Documentos. 2010.
- INE Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2003.
- INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 2008. Bolivia, Mayo de 2009.
- INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-8. Lima, 2009.
- INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. Lima, 2010.
- INEI. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda y el II Censo de Comunidades Indígenas 2007.
- Isis Internacional. Agenda Salud Nº 15 – 16. 1999.
- Kliksberg, Bernardo. (2004) La familia en América Latina. Realidades, interrogantes y perspectiva. Documento de apoyo a la exposición del autor sobre "Evolución de la relación del niño, la niña y el adolescente con la Familia" en el XIX Congreso Panamericano del Niño, México.
- Laurenti, Ruy et (1998). Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: Uma contribuição para o enfoque de gênero", Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil,.
- Lewis Merle J. (2004). Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC. OPS;
- Ministerio de Inclusión Económica y Social: Información sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes respuesta al mandato de los Ministros de Salud del Área Andina emitido durante la XXVIII Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA marzo, 2007. Revisado el 18 de Julio en: prenatal.tv/lecturas/.../EMBARAZOADO-LESCENCIA-ecu.pdfUNPPA (2006).
- Oficina Nacional de Estadísticas y Censos. (1972) Censo Nacional de Población (Perú).
- OIT- Oficina Regional para las Américas. Panorama Laboral 2004, Lima, diciembre 2004. Pág. 97.
- ONUSIDA, OMS, UNICEF. (2009) Retos planteados por la Epidemia de VIH en América Latina y El Caribe.
- OPS, CEPAL, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, INSTRAW. (Perfil 2009) La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas..
- OPS, La salud de las mujeres y los hombres en las Américas. Perfil 2009.
- OPS, UNFPA, CEPAL, UNIFEM. (2009) Indicadores Básicos: Género, Salud y Desarrollo en las Américas,.
- OPS: La Diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico Volumen 22/Nº 22, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Suiza.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) La salud en las Américas, 2002.

Organización Panamericana de la Salud: Las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas, Hoja Informativa, 2009.

Petrera, Margarita. (2009). Algunas reflexiones en torno a las Cuentas Nacionales de Salud del Perú. Revista Perú Med Exp Salud Pública.

Profamilia. (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Ramos, Miguel y Raúl Choque. (2007). La educación como determinante social de la salud en el Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud Nº 22. Ministerio de Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Lima, Perú.

Ramos, Miguel. (2008). "Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas". En el libro: "Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina". Compilado por Laura I. Rodríguez Wong. Ed. ALAP – UNFPA. Río de Janeiro – Brasil.

Stefoni, Carolina.(2002). Mujeres inmigrantes peruanas en Chile. Papeles de Población, julio-septiembre. Nº 33. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

Verdera, Francisco. (2005). Empleo, competitividad e inclusión social en los países andinos: Fortaleciendo la gobernabilidad democrática. En: Seminario Subregional Andino: La Gobernabilidad Democrática y el Problema del Empleo en la Subregión Andina. Comunidad Andina –OIT. Lima, Perú.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, (2007).

WHO, UNPFA, UNICEF and AMDD. Monitoring emergency obstetric care: a handbook, WHO 2009.

Yépez Rodrigo (2005). La obesidad en el Ecuador en tempranas edades de la vida. Rev Fac Ciencias Médicas.

Yépez, Rodrigo Carrasco, Fernando y Baldeón, Manuel. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Órgano oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición.

Yunes, Joao.; Zubarew, Tamara. (1999). Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: Un desafío para la región de las Américas /Rev. Bras. De Epidemiologia.

Sitio Web

América Latina Genera, Gestión del Conocimiento para la Equidad de Género En: america-latinagenera.org. Revisado el 11 de Agosto en: <http://americalatinagenera.org/tematica/cvd/leernas.php?Titulo=Tema5m3&vinculos=Desastres>

Banco Datos Femicidio. <http://www.femicidio.cl/map/map1.php?id=12>

CEPAL. CEPALSTAT Estadísticas de América Latina y el Caribe <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc.asp>

Dammert, Lucía; Alda, Eric; y Ruz, Felipe Desafíos de la seguridad ciudadana en Iberoamérica, FLACSO, Chile, 2008, Pág. 22 a 25, disponible en <Http://www.who.int>

Gender and Water Alliance. Género, Agua y Pobreza. Actualizado a Febrero, 2007. [Fecha de acceso: 21 de agosto del 2010] URL disponible en <http://www.es.genderandwater.org/page/3532>

Guzmán, José Miguel. et al. Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México, 2001.

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incremento_de... - -1k

Revisado el 21 de julio, 2010 en: www.abortos.com/sudamerica_aborto.htm

Yamin, Alicia. Law and Policy Project, Universidad de Columbia, Estados Unidos de América. http://www.crlp.org/esp_ww_iss_maternidad.htmlCRR (Center for Reproductive Rights).



PERFIL DE
GÉNERO Y SALUD DE LA
SUBREGIÓN ANDINA - 2010

