



LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES EN LAS AMÉRICAS

PERFIL 2009



LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES EN LAS AMÉRICAS

Perfil 2009



Oficina de Género, Etnicidad y Salud
Proyecto de Información y Análisis de la Salud
Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas

Agradecimiento

Este documento fue elaborado por Lilia Jara, Edna Roberts y Elsa Gómez Gómez.

Se reconoce el valioso aporte de Fátima Marinho, Marijke Velzeboer-Salcedo, Patricia Ruiz, John Silvi, Esmeralda Burbano y Rocío Rojas.

Se agradece el apoyo brindado por la CEPAL, UNICEF, UNIFEM, UNFPA e INSTRAW.

Nota para los lectores

Cuando ha sido posible, en este documento se ha incluido un desglose por sexo de los indicadores relacionados con la salud de pueblos de diferente origen étnico (indígenas y afrodescendientes).

En el anexo estadístico de este documento se incluyen tablas con los datos pertinentes a la elaboración de algunas de las figuras contenidas en este perfil.

Diseño de la portada: Lápiz y Papel

C o n t e n i d o

Prefacio.....	i
I. Contexto demográfico	1
II. Contexto socioeconómico	5
Educación.....	5
Trabajo e ingresos.....	8
Pobreza.....	16
Participación política.....	17
III. Salud, enfermedad y mortalidad.....	19
Esperanza de vida	19
Causas principales de mortalidad.....	21
Diferencias por sexo en la mortalidad por causas seleccionadas.....	24
- Enfermedades cardiovasculares	24
- Diabetes Mellitus.....	25
- Neoplasia maligna del útero.....	27
- Neoplasia maligna de la mama.....	28
- Neoplasia maligna de la próstata	30
- Neoplasia maligna del pulmón, tráquea y bronquios	32
- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.....	33
- Infección por VIH.....	34
- Causas externas.....	35
- Accidentes de transporte.....	35
- Homicidio.....	38
- Suicidio	39
Problemas nutricionales.....	42
Consumo de tabaco y alcohol	43
Otros problemas de salud.....	45
IV. Salud reproductiva y acceso a servicios	47
Fecundidad.....	47
Embarazo y maternidad en la adolescencia.....	48
Uso de anticonceptivos	49
Salud materna	53
Atención en el embarazo y el parto	59
Prueba de Papanicolaou.....	65
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	66
V. Violencia contra las mujeres.....	69
VI. Recursos humanos en salud.....	73
VII. Conclusiones.....	77
Referencias.....	79
Anexo estadístico.....	81

PREFACIO

La preparación de un perfil sobre la salud de las mujeres y los hombres en las Américas refleja el compromiso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras organizaciones hermanas del Sistema de Naciones Unidas de hacer visibles las desigualdades entre las mujeres y los hombres frente a los recursos y al poder, y cómo estas desigualdades afectan el estado de salud, el acceso a los servicios de salud y la contribución al cuidado de la salud.

Es importante disponer de información cuantitativa y cualitativa que permita analizar las raíces de las diferencias de salud entre los grupos sociales y los mecanismos que se utilizan con el fin de identificar las causas que originan las inequidades en salud y de definir dónde y cómo intervenir para disminuirlas. Esta es una prioridad identificada en la Agenda de Salud de las Américas 2008–2017. Las políticas basadas en información sobre las desigualdades de género y su superposición con otros factores sociales determinantes serán más equitativas, inclusivas, eficientes y eficaces. Para asegurar el cumplimiento de los compromisos acordados por los Estados Miembros en el seno de la Naciones Unidas, es necesario profundizar en la medición de las metas con datos desglosados por sexo, edad, zona de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes. Esto permitirá analizar la información desde una perspectiva de igualdad de género y equidad étnica y aplicar este conocimiento a las decisiones políticas y a la acción de otros grupos organizados de la sociedad.

La información presentada en este documento muestra que las desigualdades persisten a lo largo de toda la Región de las Américas, y que ellas son más profundas en los grupos más vulnerables. Pese a los vacíos de información, este perfil pone de manifiesto los ámbitos de la salud donde las desigualdades entre las mujeres y los hombres son evidentes, especialmente en relación con ciertas prioridades establecidas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994), la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001) y la Política de Igualdad de Género de la OPS (2005).

La OPS, en colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), se complacen en poner esta publicación a disposición de los gobiernos, la sociedad civil, las universidades y organizaciones de cooperación, y esperamos que contribuya a lograr una mejor salud para toda la población de la Región de las Américas.



Mirta Roses Periago
Directora

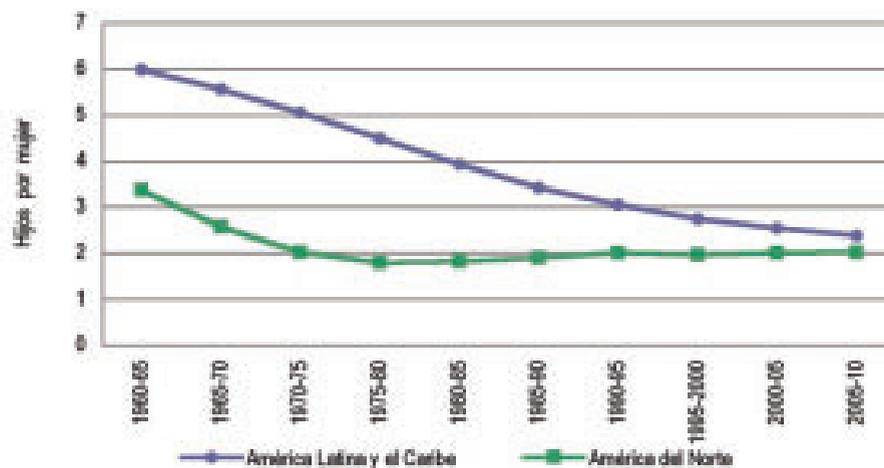
I. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

En los inicios del Siglo XXI, la situación demográfica del continente americano se caracteriza por un estado de transición, con crecimiento de la población y tasas de fecundidad bajas, descenso de la mortalidad y alto grado de urbanización. Sin embargo, estas características del conjunto ocultan diferencias importantes entre un país y otro y dentro de cada país, que se asocian con profundas desigualdades socioeconómicas.

Según las estimaciones de las Naciones Unidas, en 2010 la población de las Américas será 2,2 veces la de 1960, habiendo pasado de 424 millones de habitantes en 1960 a 942 millones en 2010. De los últimos, 594 millones de habitantes estarían en América Latina y el Caribe y 348 millones, en América del Norte. No obstante ese aumento, se destaca que la tasa de crecimiento de la población ha disminuido notablemente en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe, desde un promedio anual de 2,7% observado a mediados del siglo XX, a alrededor de 1,5% en la actualidad, con una variación entre países que va de 0,3% en Cuba a 2,5% en Honduras (1).

Hacia fines de 2005, en la mayor parte de los países las tasas de fecundidad se habían reducido y las tasas de mortalidad se habían estabilizado. Con respecto al crecimiento de la población, la Región se encontraba en plena transición demográfica. Las tasas globales de fecundidad (TGF) de América Latina y el Caribe, que hace 40 años figuraban entre las más altas del mundo, descendieron significativamente, y hoy se aproximan a las de América del Norte (Figura 1), aunque persisten diferencias importantes entre países. Por ejemplo, en 2008, la TGF en la Región oscilaba entre 4,1 en Guatemala y 1,5 en Barbados, Canadá y Cuba (2).

Figura 1. Tasa global de fecundidad, América del Norte y América Latina y el Caribe, por quinquenios. 1960-1965 a 2005-2010

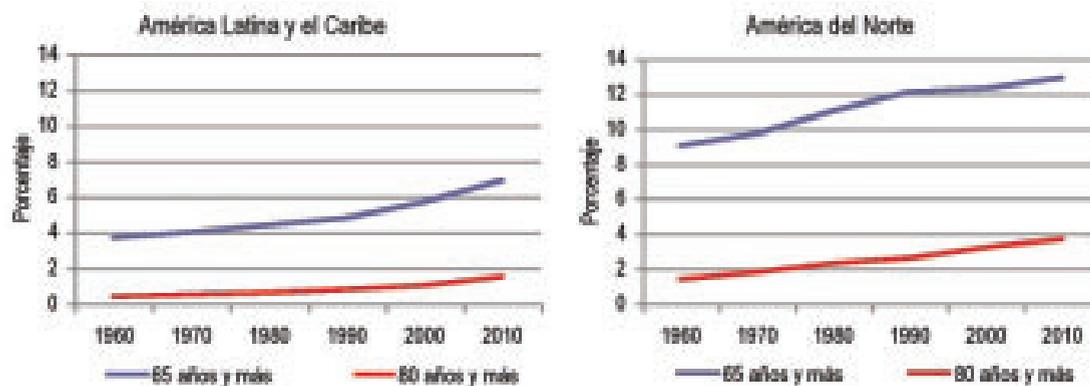


Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp/>. Fecha de acceso: 29 de agosto de 2008.

En 2008, 79,7% de la población de la Región de las Américas en su conjunto residía en zonas urbanas. En América del Norte, esa proporción fue de 81,6% y en América Latina y el Caribe, de 78,4%. Al desglosar los datos de América Latina y el Caribe en más detalle, se observan los porcentajes siguientes, en orden descendente: Cono Sur, 88,1%; Brasil, 85,6%; México, 77,2%; Área Andina, 76,4%; Caribe Latino, 69,1%; Istmo Centroamericano, 55,2%, y Caribe No-Latino, 46,2% (3).

Como consecuencia de los cambios en la fecundidad, la mortalidad y la esperanza de vida al nacer, la estructura de la población ha experimentado modificaciones importantes del peso relativo de los grupos de edad, ya que las tasas de crecimiento de cada grupo son diferentes. Se destaca, por ejemplo, el envejecimiento de la población, o sea, el aumento de la proporción de la población mayor de 65 años de edad. Las características de este envejecimiento son diferentes en América del Norte y América Latina y el Caribe (Figura 2).

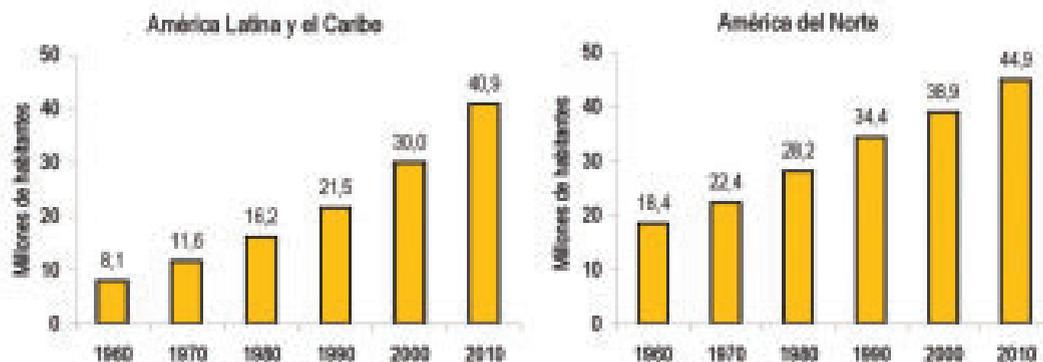
Figura 2. Población de 65 y más y 80 y más años de edad como proporción de la población total, América Latina y el Caribe y América del Norte, 1960 a 2010



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp/>. Fecha de acceso: 5 de febrero de 2009

Aunque en números absolutos el tamaño de la población de 65 años y más de edad en América del Norte es mayor que el de América Latina y el Caribe (véase la figura 2), este grupo de edad está creciendo más rápidamente en la segunda subregión. En efecto, en América Latina y el Caribe el número de habitantes de 65 años y más de edad casi se cuadruplicó en el período de 1960 a 2000, y se habrá quintuplicado en 2010. En América del Norte, sin embargo, la población de 65 y más años de edad se duplicó (2,1 veces) entre 1960 y 2000, y será 2,4 veces más en 2010 (Figura 3).

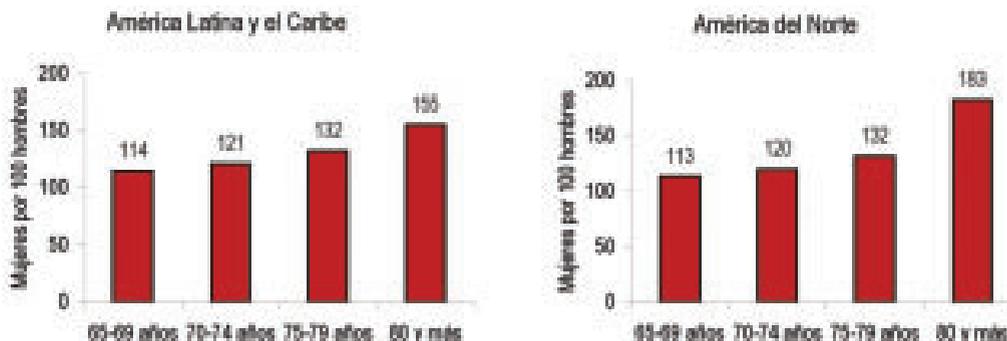
Figura 3. Población de 65 años y más de edad (millones) en América Latina y el Caribe y en América del Norte, 1960 a 2010



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. Population Database. <http://esa.un.org/unpp/>. Fecha de acceso: 5 de febrero de 2009.

Dado que la esperanza de vida al nacer de las mujeres es más alta que la de los hombres, las primeras conforman la mayor parte de los adultos de 65 años y más de edad (Figura 4). Tanto en América Latina y el Caribe como en América del Norte, esa diferencia aumenta con la edad y alcanza una razón de casi dos mujeres por cada hombre entre la población de 80 años y más en América del Norte.

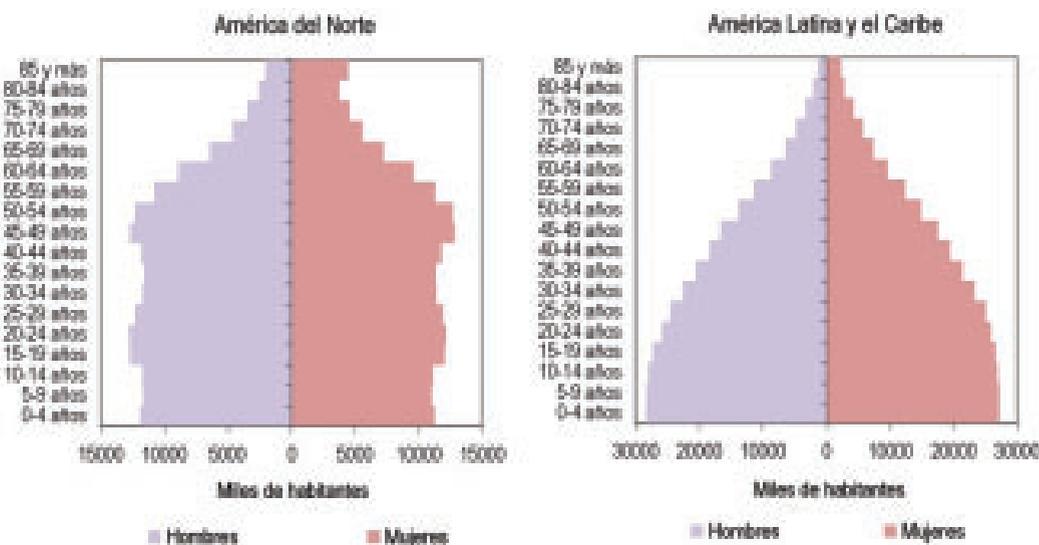
Figura 4. Número estimado de mujeres por cada 100 hombres, población de 65 años y más de edad, por grupo de edad, América Latina y el Caribe y América del Norte, 2010



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. Population Database. <http://esa.un.org/unpp/>. Fecha de acceso: 5 de febrero de 2009.

Una diferencia notoria entre la población de América del Norte y la de América Latina y el Caribe es la distribución por sexo y edad, que para 2010 se refleja en una pirámide más triangular en América Latina y el Caribe cuando se compara con la más rectangular de América del Norte (Figura 5); esta diferencia es indicativa de una población más joven en la primera subregión. También se observa que las mujeres constituyen aproximadamente 51% del total de la población en toda la Región de las Américas, pero representan una proporción menor que los hombres en las edades más jóvenes. Dado que nace un número mayor de niños que de niñas (aproximadamente 105 por cada 100, respectivamente), los hombres predominan hasta los 40 años de edad en América del Norte, pero sólo hasta los 19 en América Latina y el Caribe. Esta diferencia entre regiones podría deberse a una mayor exposición a riesgos mortales (por ejemplo, violencia, accidentes) entre los hombres adultos jóvenes de América Latina y el Caribe.

Figura 5. Población de América del Norte y América Latina y el Caribe (en miles) por edad y sexo, 2010



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp/>. Fecha de acceso: 14 de febrero de 2009.

El rápido aumento de la población mayor de 60 años de edad y el predominio de las mujeres en ese grupo de edad señalan la urgencia de sopesar la equidad y la solidez futuras de los sistemas de protección social, tanto desde la perspectiva de la población que recibe beneficios como de la proveedora de servicios de atención de salud. Las consideraciones de género son fundamentales en tal sentido, ya que las mujeres, por su mayor longevidad, discapacidad y desprotección social son más vulnerables física y económicamente. En resumen, al haber menos niños y aumentar la población adulta mayor, se debe prever la readecuación de los recursos para responder a los requerimientos de esta nueva distribución de la población, acción que debe tener en cuenta los índices de pobreza y la cobertura limitada de la seguridad social.

En el próximo capítulo se verá cómo los sistemas de seguridad social, en razón de su vinculación con el empleo remunerado, excluyen desproporcionadamente a las mujeres de los beneficios, tanto en el corto como en el largo plazo; esto hace que las mujeres al final de la vida tengan menos acceso y reciban significativamente menos protección que los hombres. Por otra parte, la atención de la población envejecida, que ha sido históricamente parte del trabajo gratuito de cuidado que realizan las mujeres dentro del hogar, tiene problemas graves de sostenibilidad como resultado de la integración creciente de las mujeres al trabajo remunerado fuera del hogar. Esta reducción en la oferta de servicios no remunerados de cuidado es inversamente proporcional al aumento de la demanda de servicios de atención asociada con el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas propias de la longevidad.



II. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

La definición de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (4) significa que la salud no es una responsabilidad exclusiva del sector salud. Es más, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha demostrado que hay factores sociales que tienen efectos profundos en la salud individual y de la comunidad (5).

Tradicionalmente, el ingreso económico y la educación se consideraban factores determinantes de la salud de las poblaciones. Hoy en día se reconocen también el género, la etnicidad y la orientación sexual como factores sociales que generan diferencias en las exposiciones y riesgos que comprometen las condiciones de salud de los hombres y las mujeres en cada una de las etapas de la vida (6). El género además interactúa con otros factores sociales determinantes de la salud, entre ellos, la desigualdad económica y la jerarquía étnica o racial.

En general, las mujeres tienen menos acceso a recursos para desarrollar sus capacidades; también tienen menos oportunidades de tener vivienda, tierra, trabajo remunerado decente, ingresos y participación política y de tomar decisiones. Se verá en este capítulo que los avances de las mujeres en materia de educación y acceso al mercado laboral no van de la mano con otras oportunidades. Por ejemplo, las mujeres en mayor proporción tienen ocupaciones informales, mal remuneradas y con menor acceso a planes de aseguramiento; el desempleo afecta a las mujeres en la mayoría de los países. A la vez, en casi todas las sociedades, las mujeres tienen una carga mayor de trabajo no remunerado relacionado con el cuidado de otras personas en sus propios hogares y en la comunidad, sin que exista un reconocimiento ni valoración de su contribución significativa al desarrollo humano.

Para dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres y los hombres en el ámbito de la salud, es fundamental entender la interacción entre sus diferencias biológicas y las desigualdades en los roles y normas de género en contextos específicos.¹

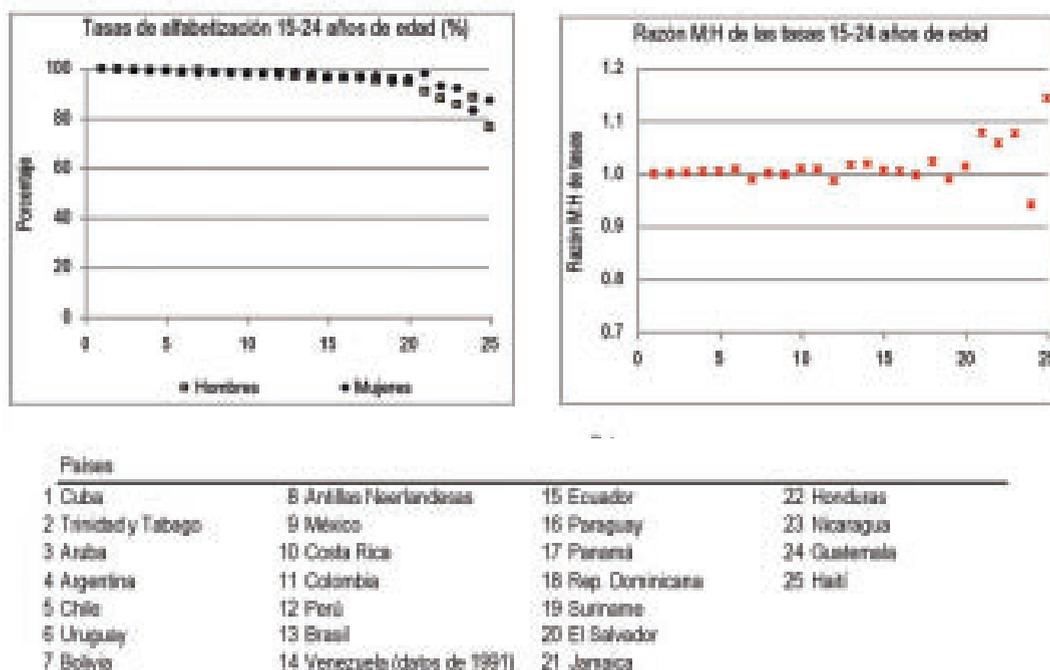
EDUCACIÓN

La educación constituye un requisito para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, hecho reconocido por los Estados Miembros de las Naciones Unidas que la incluyeron como un indicador del tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio.

La tasa de alfabetización de la población joven es una manifestación del avance en materia de educación. En 2007, la tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años de edad de ambos sexos fluctuaba entre 82% y 100% en el conjunto de 25 países de América Latina y el Caribe (Figura 6). Las tasas más bajas se observaron en Haití, Guatemala, Nicaragua y Honduras, en ese orden, tanto para los hombres como para las mujeres. Entre las mujeres la tasa mínima fue de 83% y entre los hombres, de 76%. En 20 países, el alfabetismo de las mujeres y los hombres era casi igual (razón de tasas mujeres:hombres alrededor de 1), aun en los países donde la tasa de alfabetización para ambos sexos en conjunto era baja. En los cinco países con tasas de alfabetización bajas para ambos sexos, la razón mujer:hombre tiende a separarse de la igualdad; este indicador muestra una ventaja de las mujeres en Jamaica, Honduras, Nicaragua y Haití (razón de tasas >1), mientras que en Guatemala, las mujeres continúan en desventaja.

¹ Puesto que los datos se recogen desglosados para hombres y mujeres, los indicadores se presentan para estos dos grupos, aunque se reconoce que existen otros grupos que no se ajustan a esta desagregación.

Figura 6. Tasas de alfabetización de mujeres y hombres de 15 a 24 años de edad y razón de las tasas mujeres:hombres, 25 países de las Américas, 2007



Nota: Países en orden descendente del % para ambos sexos en conjunto.
 Fuente: <http://www.uis.unesco.org>. Fecha de acceso: 29 de septiembre de 2008.

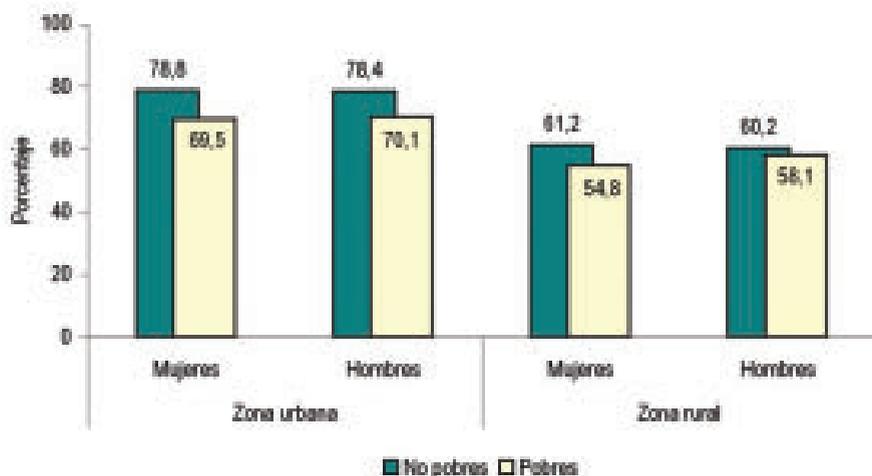
Las brechas en el acceso a educación que en el pasado favorecían a los hombres se han cerrado significativamente, llegando en algunos países a favorecer a las mujeres. La matrícula en establecimientos educacionales desciende drásticamente para las mujeres y los hombres conforme se avanza en los niveles de educación y la razón de las tasas de matriculación mujeres:hombres sube. En 2005, la tasa bruta de matriculación² para ambos sexos fue de 117,5% en la educación primaria (35 países), 87,6% en la secundaria (35 países) y 30,1% en la educación terciaria (18 países) (7). La razón de las tasas de matriculación mujeres:hombres favorece a las mujeres, principalmente en la educación terciaria.

No obstante la aparente igualdad en los promedios nacionales, se esconden grandes diferencias entre los distintos grupos de la población dentro de los países. Así, las personas de los estratos pobres y las poblaciones indígenas y afrodescendientes, especialmente las mujeres de esos grupos, no tienen las mismas oportunidades de acceso a la educación ni la posibilidad de estudiar hasta completar ciclos que les puedan abrir las puertas a un futuro mejor.

En América Latina, la tasa de asistencia escolar de la población pobre de 13 a 19 años de edad (Figura 7) es menor que la de los grupos de la misma edad que no son pobres, especialmente en la zona rural, donde se manifiesta la mayor desventaja. El análisis de las tasas de analfabetismo en las poblaciones indígenas de cinco países de la Región (Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala y Panamá) indica que esas tasas son mayores entre las mujeres que entre sus pares varones (Figura 8).

² Tasa bruta de matriculación: alumnos matriculados en cada nivel de enseñanza, independientemente de su edad, sobre la población que corresponde oficialmente a ese nivel de enseñanza.

Figura 7. Población de 13 a 19 años de edad que asiste a la escuela (%), según sexo y condición de pobreza, América Latina,^a alrededor de 2002

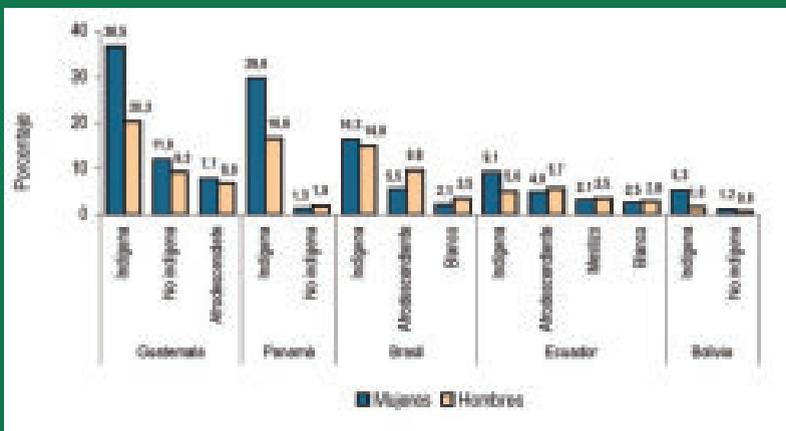


^a Promedio de zonas urbanas de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Promedio de zona rural incluye datos de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.
Fuente: CEPAL. Cuaderno No. 92. Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina. Santiago, 2007

Las mujeres como yo quizás podemos llegar a ser también como los hombres, solo que nos falta estudio y otras cosas.

Mujer de la Zona 16 de Julio, El Alto, Bolivia.
Fuente: OPS. Experiencia ganadora de concurso sobre buenas prácticas 2009.
Bolivia: Atención primaria de salud con enfoque de género (Servicios de Salud Estrella).

Figura 8. Tasa de analfabetismo de la población de 15 a 24 años de edad (%), según sexo y origen étnico, cinco países de América Latina, alrededor de 2000



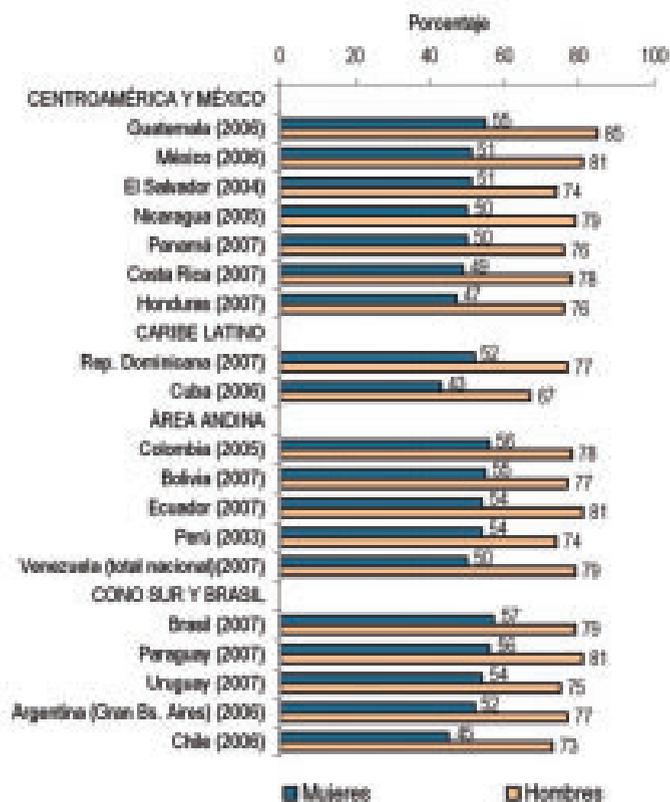
Fuente: CEPAL. Cuaderno No. 92. Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina. Santiago, 2007

TRABAJO E INGRESOS

Por la división tradicional del trabajo, los hombres han asumido la responsabilidad principal del trabajo remunerado y las mujeres, del trabajo no remunerado que se realiza en el hogar y la comunidad. Por otro lado y ligada al rol doméstico asignado socialmente a las mujeres está la desvalorización del trabajo femenino, tanto remunerado, como no remunerado.

Aun cuando la integración de las mujeres al mercado laboral es cada vez mayor, no ha habido un cambio sustancial en la distribución de las responsabilidades domésticas entre las mujeres y los hombres. Se parte de la base que ellas tienen que realizar la mayor parte del trabajo del hogar, lo cual limita su tiempo y oportunidades de participar en el mercado laboral. Es más, cuando las mujeres se incorporan a ese mercado, optan por trabajos más flexibles con menos opciones de mejorar sus ingresos y obtener beneficios de la seguridad social propios del trabajo formal. El incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral ha sido significativo en las últimas décadas. Su tasa de participación en la actividad económica, estimada como promedio ponderado de las zonas urbanas de 18 países, subió de 43,0% en 1990 a 54,2% en 2006, mientras que la tasa masculina ha permanecido casi constante (79,8% en 1990 y 78,9% en 2006) (8). Pese a este incremento, la tasa femenina aún permanece 25 puntos por debajo de la masculina en las zonas urbanas analizadas. En 2007, las tasas de participación laboral femenina se mantuvieron entre 50% y 60% en 15 de las zonas urbanas de los 19 países con información disponible, con solo cuatro excepciones (Chile, Costa Rica, Cuba y Honduras, con tasas de 45%, 49%, 43% y 47%, respectivamente) (Figura 9). Entre los hombres, sólo en Cuba la tasa fue de menos de 70%; la tasa máxima alcanzó 85% en Guatemala.

Figura 9. Tasas de participación laboral (%), según sexo, zonas urbanas de 19 países de las Américas, alrededor de 2007



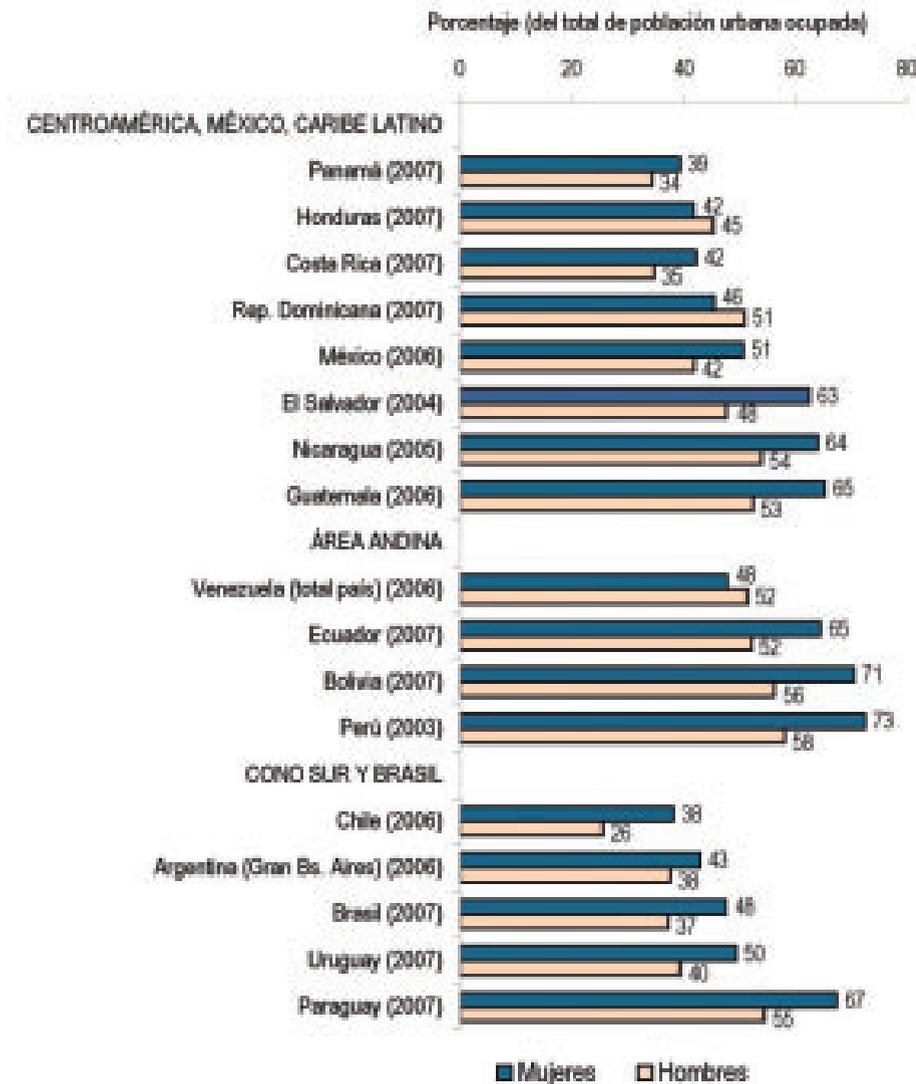
Nota: Países en orden descendente de la tasa para mujeres dentro de cada subregión.

Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2008. Anexo estadístico.

Ocupación en sectores de baja productividad

Un porcentaje elevado de la población urbana ocupada ha permanecido en sectores de baja productividad, generalmente sin acceso a planes de seguridad social ni jubilación. Alrededor de 2006, para el conjunto de 17 países de América Latina con información disponible, 57 de cada 100 mujeres y 49 de cada 100 hombres realizaban su actividad económica en sectores de baja productividad, cifras un poco más bajas que las registradas en 1990: 60% para las mujeres y 53% para los hombres (8). Como se observa en la figura 10, en 14 de los 17 países, el porcentaje de mujeres ocupadas en sectores de baja productividad era más alto que el de los hombres; en siete países, entre 60% y 80% de las mujeres ocupadas trabajaban en sectores de baja productividad. En todos los países menos del 60% de los hombres ocupados trabajaban en esos sectores.

Figura 10. Población urbana ocupada en sectores de baja productividad (%), según sexo, 17 países de las Américas, alrededor de 2007

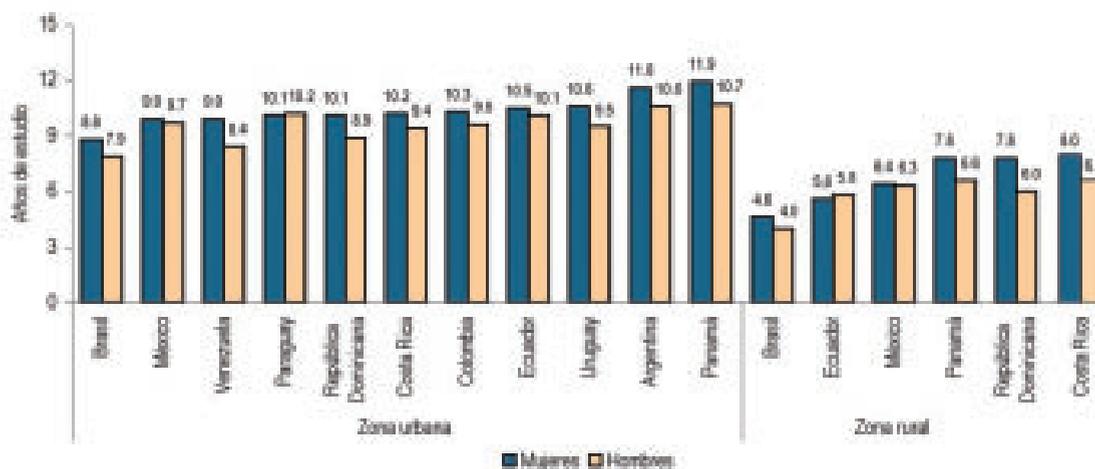


Nota: Países en orden ascendente de la tasa para mujeres dentro de cada subregión.
Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2008. Anexo estadístico.

Años de estudio de la población económicamente activa

Tanto en las zonas urbanas como en las rurales, las mujeres que participan en el mercado laboral tienen mayor número de años de escolaridad que sus pares varones, excepto en la zona urbana del Paraguay y en la rural del Ecuador, donde los hombres superan levemente el promedio de años de estudio de las mujeres (Figura 11).

Figura 11. Promedio en años de estudio de la población económicamente activa de 15 años y más de edad, según sexo, América Latina, 2005



Nota: Países en orden ascendente del número de años de estudio de las mujeres dentro de cada zona.

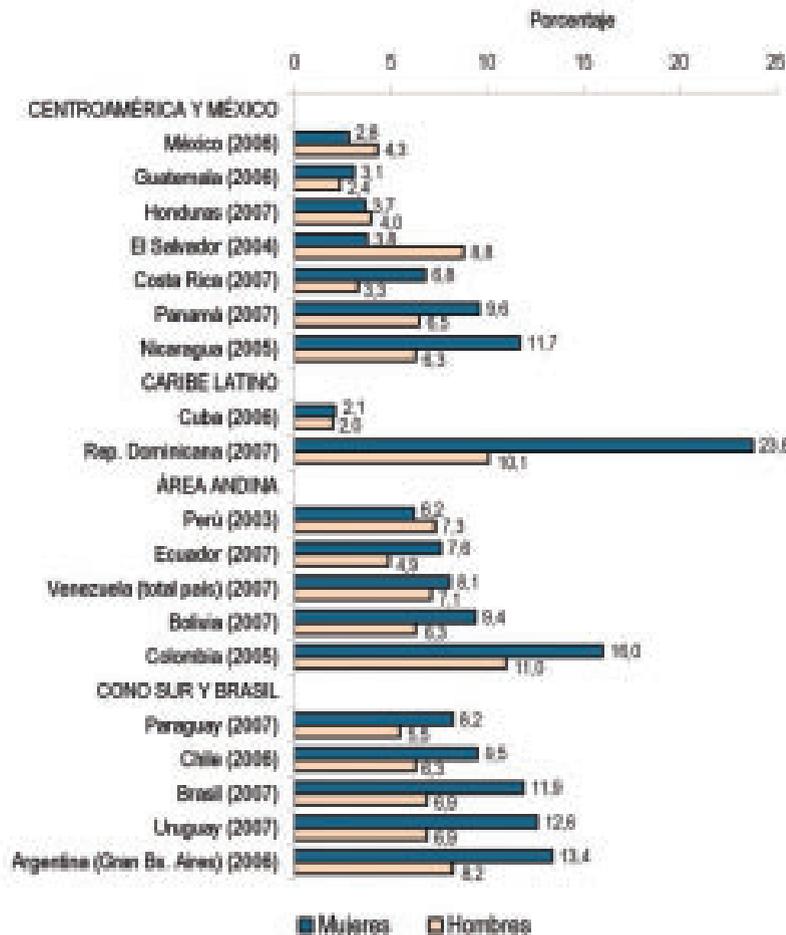
Fuente: CEPAL, <http://www.eclac.cl/mujer/>. Consultado el 26 de marzo de 2009.

Desempleo

En las zonas urbanas, la tasa de desempleo de las mujeres, en promedio, aumentó más que la de los hombres. En 18 países, el desempleo femenino subió 51% entre 1990 y 2006 (de 6,9% a 10,4%), en tanto el masculino aumentó 22% (de 5,8% en 1990 a 7,1% en 2006) (8). Mientras que las mujeres siempre tienen una participación laboral menor, su tasa de desempleo abierto es más alta en 15 de los 19 países con información (Figura 12). La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observó en la República Dominicana, donde en 2007 la tasa de desempleo de ellos fue de 10% y la de ellas, 24%. En los cuatro países donde el desempleo de los hombres es más alto, la diferencia entre los sexos es baja, excepto en El Salvador, donde el desempleo de los hombres fue 9% y el de las mujeres, 4%. En Cuba, que tiene las tasas de participación laboral más bajas es decir, 43% para las mujeres, 67% para los hombres (véase la figura 9), el desempleo abierto de las mujeres y los hombres es de 2%.

Como se observa en la figura 13, en América Latina, el desempleo afecta más a las mujeres que a los hombres durante casi toda su vida productiva. Las mayores tasas de desempleo se registran en el grupo de edad de 15 a 19 años, donde 23 de cada 100 mujeres y 16 de cada 100 hombres están desempleados.

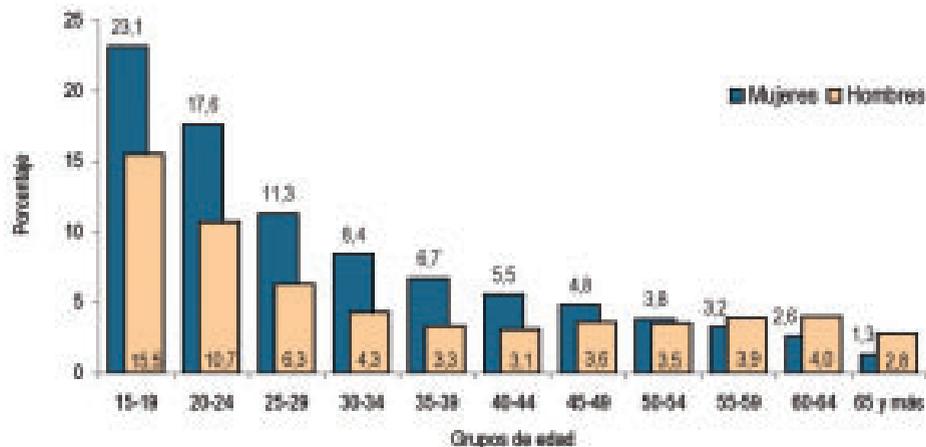
Figura 12. Tasas de desempleo abierto (%), según sexo, 19 países de las Américas, alrededor de 2007



Nota: Países en orden ascendente de la tasa de desempleo de las mujeres dentro de las subregiones.

Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2008. Anexo estadístico.

Figura 13. Tasas de desempleo (%), según sexo y grupo de edad, 11 países de las Américas, alrededor de 2006



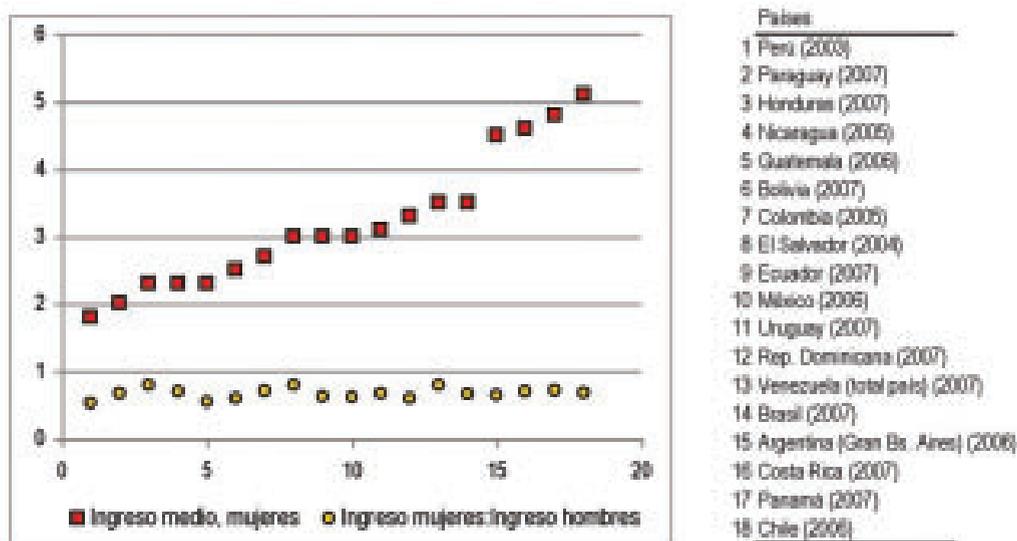
Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2008.

Remuneración por el trabajo

La desigualdad de género en la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo se refleja también en su remuneración, siempre más baja que la de los hombres. Para 18 países de la Región, el promedio ponderado de los ingresos y salarios de las mujeres ocupadas en la zona urbana fue 64% del monto percibido por los hombres, con un mínimo de 53% en Guatemala y un máximo de 79% en Venezuela (8).

En la figura 14 se observan grandes diferencias entre países respecto al ingreso medio laboral de las mujeres urbanas ocupadas, medido en múltiplos de las líneas de pobreza per cápita de sus países, cuyos valores más altos se registraron en Chile, Panamá, Costa Rica y Argentina (Gran Buenos Aires), en ese orden.

Figura 14. Ingreso laboral medio de las mujeres ocupadas y razón mujer:hombre del ingreso medio^a zonas urbanas de 18 países de las Américas, alrededor de 2007



^a El ingreso medio se expresa en múltiplos de las respectivas líneas de pobreza per cápita.

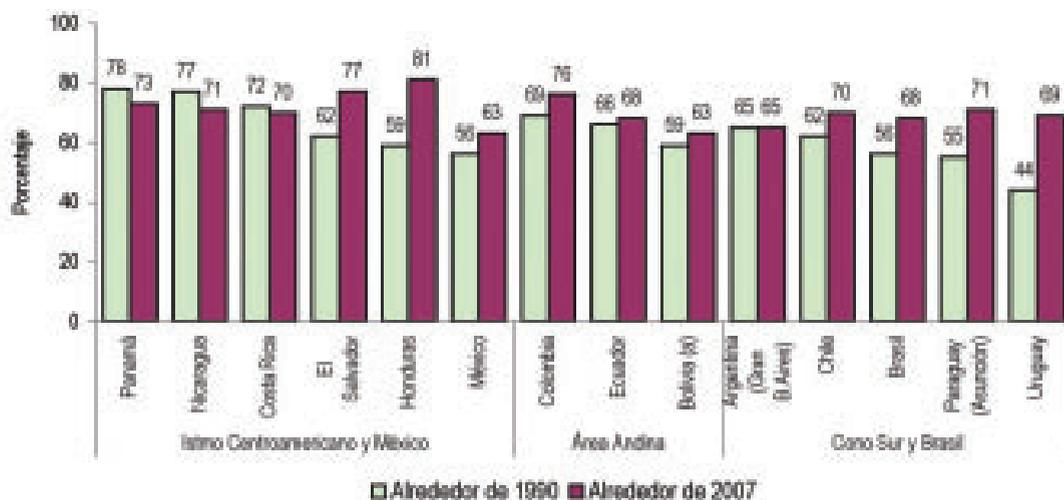
Nota: Países en orden ascendente del ingreso medio de las mujeres.

Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2008. Anexo estadístico.

Entre 1990 y 2007, los ingresos de las mujeres con respecto al de los hombres mejoraron en las zonas urbanas de 10 de los 14 países con información disponible (Figura 15); en Argentina (Gran Buenos Aires) se mantuvo igual y en Nicaragua, Panamá y Costa Rica los ingresos de las mujeres sufrieron un deterioro comparado con el de los hombres. Alrededor de 2007, Honduras presentó la menor brecha salarial, con un ingreso medio de las mujeres equivalente a 81% del de los hombres.

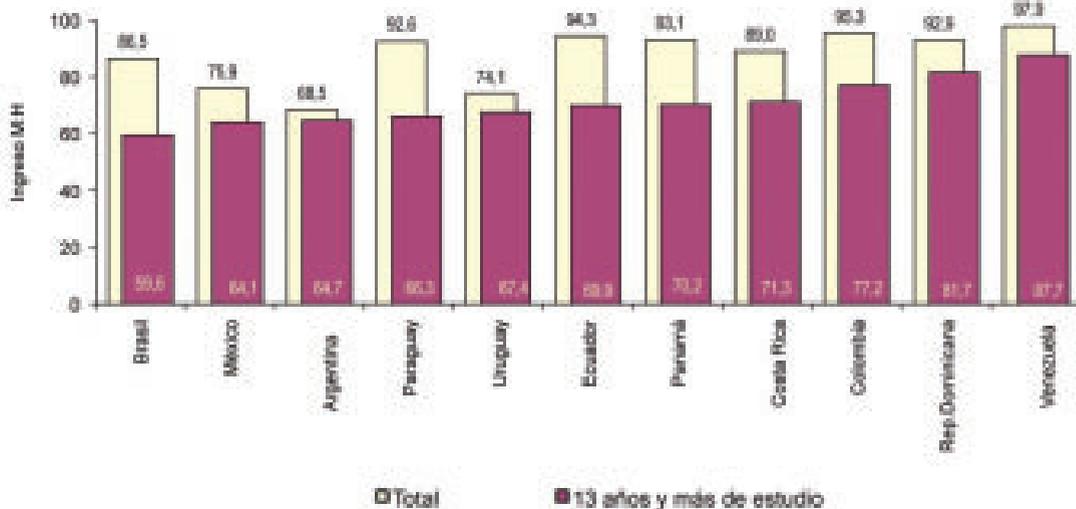
Si se analizan únicamente los ingresos por concepto de salario, en la Región se observa una tendencia al aumento de la desigualdad, a pesar de que ha subido el grado de instrucción de las mujeres. Las brechas salariales entre mujeres y hombres con 13 años y más de estudio fueron mayores que las del total de mujeres en todos los países. La diferencia más grande se encontró en Brasil (Figura 16).

Figura 15. Tendencia del ingreso medio laboral de las mujeres como porcentaje del ingreso medio laboral de los hombres, zonas urbanas de 14 países de las Américas, alrededor de 1990 y 2007



(a) Bolivia incluye ocho ciudades capitales de departamento y El Alto.
 Nota: Países en orden descendente del porcentaje de ingreso medio en 1990 en cada subregión.
 Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2008. Anexo estadístico.

Figura 16. Diferencia entre ingreso medio salarial de mujeres y hombres, según años de instrucción, zonas urbanas de 11 países de las Américas, 2005



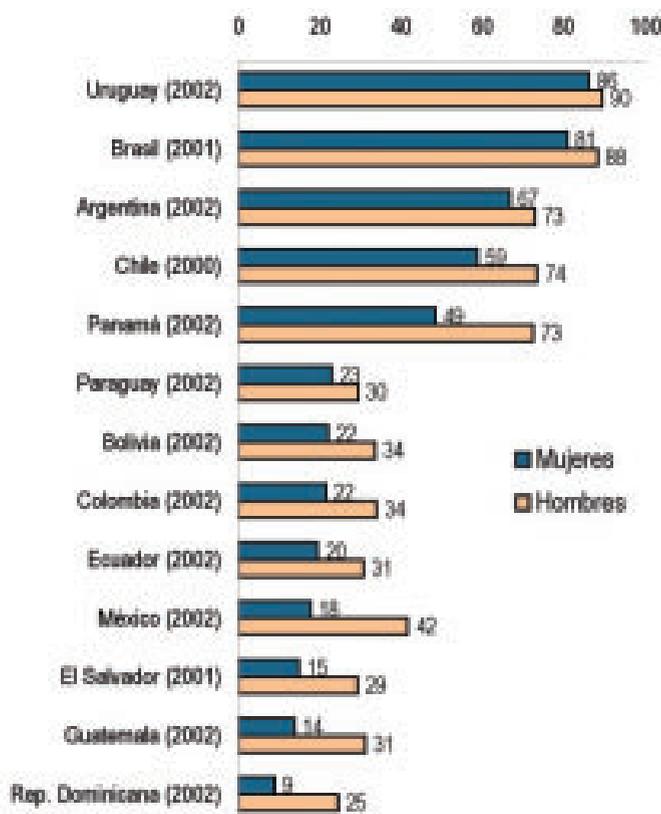
Nota: Países en orden ascendente del ingreso medio mujer:hombre con 13 años y más de instrucción.
 Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
 Consultado marzo 30, 2009 <http://www.eclac.cl/mujer/>

Ingresos por jubilaciones y pensiones

Las jubilaciones y pensiones, generalmente ligadas al trabajo formal, constituyen una fuente estable de ingresos que contribuye a la autonomía económica de las personas adultas mayores. En la Región, los datos muestran que, con ciertas excepciones, la mayoría de la población que envejece no percibe ingresos por este concepto, lo cual es más grave para las mujeres, dada su menor afiliación a planes de aseguramiento, su esperanza de vida más larga y su prevalencia de discapacidades más alta. Como se observa en la figura 17, alrededor de 2002, más de 80% de la población de hombres y mujeres de 65 años y más de edad percibían ingresos por jubilaciones y pensiones en Brasil y Uruguay. Los porcentajes también eran relativamente altos en Argentina y Chile, y en Panamá para los hombres. El país que presenta los porcentajes más bajos de pensionados entre las mujeres y los hombres es la República Dominicana, donde sólo 9% de las primeras y 25% de los últimos recibían estos ingresos.

Alrededor de 2006, 25,5% de los hombres y 15,4% de las mujeres en edad de trabajar³ estaban afiliados a la seguridad social en 16 países de América Latina con información sobre el tema (8).

Figura 17. Personas jubiladas y pensionadas de 65 años y más de edad (%), según sexo, zonas urbanas de 13 países de las Américas, alrededor de 2002



Nota: Países en orden descendente del porcentaje de mujeres jubiladas y pensionadas.

Fuente: CEPAL. Cuaderno No. 92. Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina. Santiago, 2007.

³ Población en edad de trabajar: población de 15 años y más, correspondiente a la población potencialmente activa. En CEPAL. Panorama Social de América Latina 2008.

Trabajo no remunerado

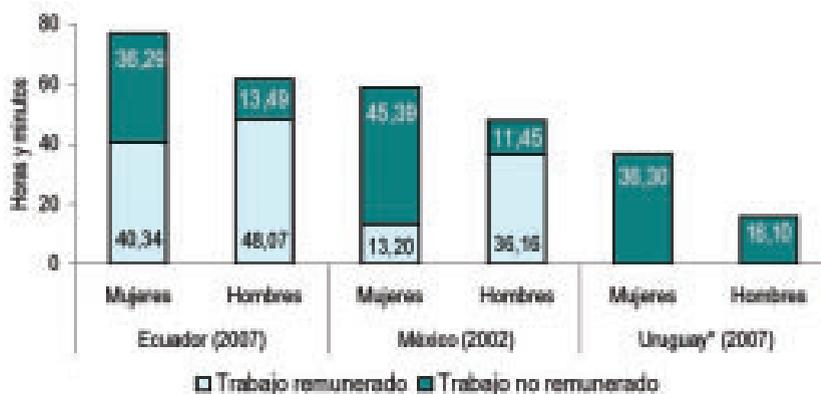
La desvalorización del trabajo femenino en el hogar surge de la creencia de que esas labores se pueden realizar de manera natural y gratuita. En el ámbito de la salud, la redistribución de la responsabilidad del trabajo no remunerado de cuidado en el hogar cobra cada vez mayor importancia, dado el envejecimiento de la población y la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades ligadas a la longevidad.

Si nuestra hermana o la hermana del marido se enferma, tenemos que viajar al campo a atender para ayudar; más todavía si es la suegra.

Mujer de la comunidad aledaña al Centro de Salud 1° de Mayo, El Alto, Bolivia
 Fuente: OPS. Experiencia ganadora de concurso sobre buenas prácticas 2009. Bolivia: Atención primaria de salud con enfoque de género (Servicios de Salud Estrella).

Si se analiza el trabajo remunerado y no remunerado, se observa que las jornadas laborales de las mujeres son más extensas que las de los hombres (Figura 18). Por ejemplo, en el Ecuador, las mujeres trabajan en promedio 77 horas a la semana y los hombres, 62; en México, las mujeres trabajan 59 horas y los hombres, 48 horas semanales.

Figura 18. Tiempo semanal (en horas y minutos) que mujeres y hombres dedican al trabajo remunerado y doméstico no remunerado, tres países de América Latina con información disponible



*No se dispone de información sobre el tiempo dedicado al trabajo remunerado en el Uruguay.

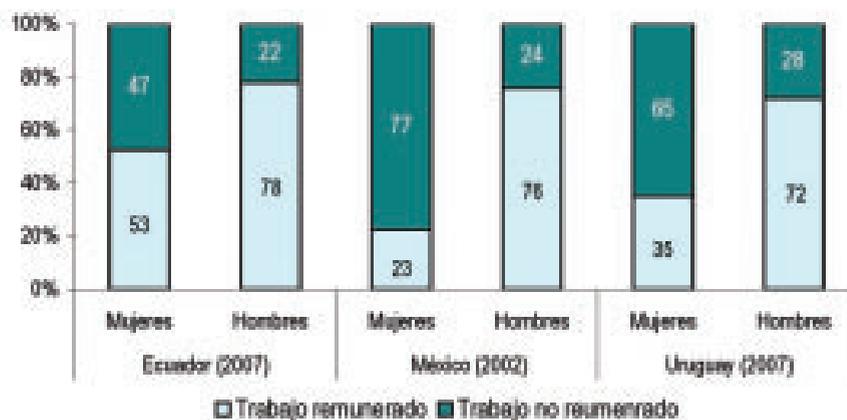
Fuentes: 1) CEPAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2006: una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe. 2) INE, UNIFEM, et.al. Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay. Módulo de la Encuesta continua de Hogares, Septiembre 2007. 3) CONAMU-INEC. El tiempo de ellas y de ellos. Indicadores de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo-2007.

Aunque estemos de cuatro patas de dolor, si hay trabajos que hacer en la casa, no podemos irnos a la cama.

Mujer de la comunidad aledaña al Centro de Salud 16 de Julio, El Alto, Bolivia
 Fuente: OPS. Experiencia ganadora de concurso sobre buenas prácticas 2009. Bolivia: Atención primaria de salud con enfoque de género (Servicios de Salud Estrella).

Cuando se observa la distribución del tiempo que mujeres y hombres dedican al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado (Figura 19), en Ecuador, México y Uruguay, los hombres dedican entre 22% y 28% del tiempo al trabajo no remunerado, mientras que las mujeres dedican entre 47% y 77%. Por el contrario, los hombres asumen entre 72% y 78% del trabajo remunerado, mientras las mujeres, entre 23% y 53%.

Figura 19. Tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado (%), por sexo, tres países con información disponible en América Latina



Fuentes: 1) CEPAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2006: una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe. Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay (presentación gráfica de los resultados). 2) CONAMU-INEC. El tiempo de ellas y de ellos. Indicadores de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo-2007.

Con el fin de diseñar políticas que mejoren las condiciones de vida y el bienestar de las mujeres y de la población en general, es indispensable contar con información fidedigna sobre la magnitud y la contribución del trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres al desarrollo humano y económico de los países.

POBREZA

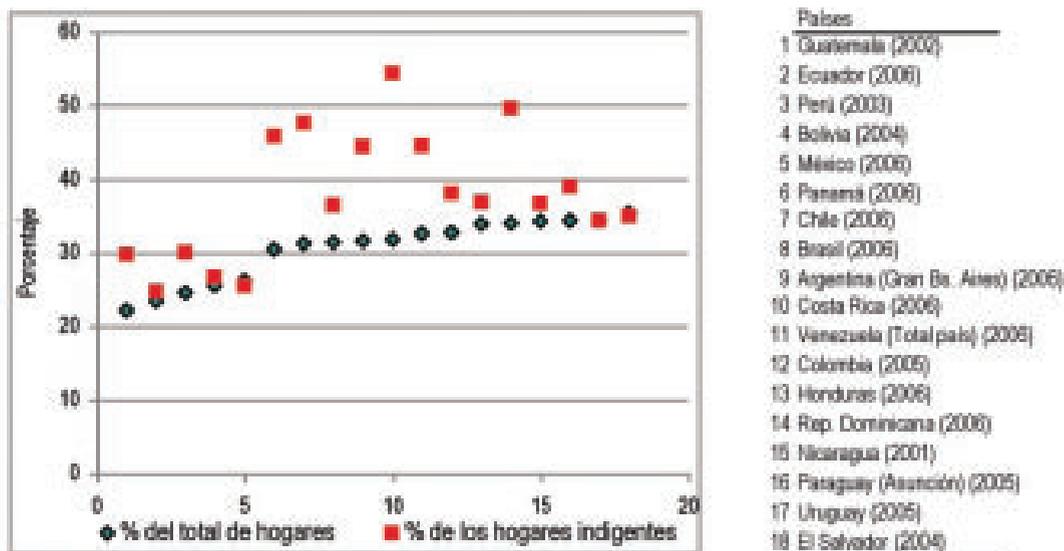
La reducción de la pobreza constituye un eje crucial de las políticas públicas para lograr un desarrollo sostenible centrado en el bienestar de la población, lo cual incluye mejorar la salud de las mujeres y los hombres en los diversos grupos de población y en cada una de las etapas del ciclo de vida. La pobreza y la indigencia han disminuido en América Latina de 48,3% y 22,5%, respectivamente, en 1990 a 34,1% y 12,6% en 2007 (8). No obstante, este avance no ha favorecido por igual a todos los grupos de población.

En algunos países, la reducción de la indigencia entre la población indígena y afrodescendiente ha sido menor que la registrada para el resto de la población. Por ejemplo, en Bolivia, entre 1999 y 2007, la indigencia entre la población rural no indígena ni afrodescendiente se redujo 17,4%, mientras que en la población indígena y afrodescendiente se redujo 3,8%. En el Ecuador, entre 2002 y 2007, la indigencia urbana en población no indígena ni afrodescendiente se redujo 40% y entre la población indígena y afrodescendiente, 3,2% (8).

Alrededor de 2006, entre 22% y 35% de los hogares urbanos de 18 países de la Región estaban encabezados por mujeres (Figura 20); ese porcentaje era mucho más alto entre los hogares indigentes: entre 25% y 54%. En 6 de los 18 países, el porcentaje de hogares indigentes encabezados por una mujer sobrepasó de 40% y en uno de ellos (Costa Rica) alcanzó 54%.

En cuanto a la contribución de los ingresos de las mujeres, los datos de 2005 indican que en las zonas urbanas de 18 países de América Latina y el Caribe, entre 5% (Costa Rica) y 15% (El Salvador) de hogares biparentales salieron de la pobreza con el aporte económico de las mujeres al ingreso del hogar. En las zonas rurales de estos mismos países, el porcentaje de hogares biparentales que salieron de la pobreza con el aporte económico de las mujeres fluctuó entre 3% en Costa Rica y 12% en Paraguay (9).

Figura 20. Total de hogares y de hogares indigentes encabezados por mujeres (%), zonas urbanas de 18 países de las Américas, alrededor de 2006



Nota: Países en orden ascendente del porcentaje del total de hogares encabezados por mujeres.

Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2007. Anexo estadístico.

PARTICIPACIÓN POLÍTICA

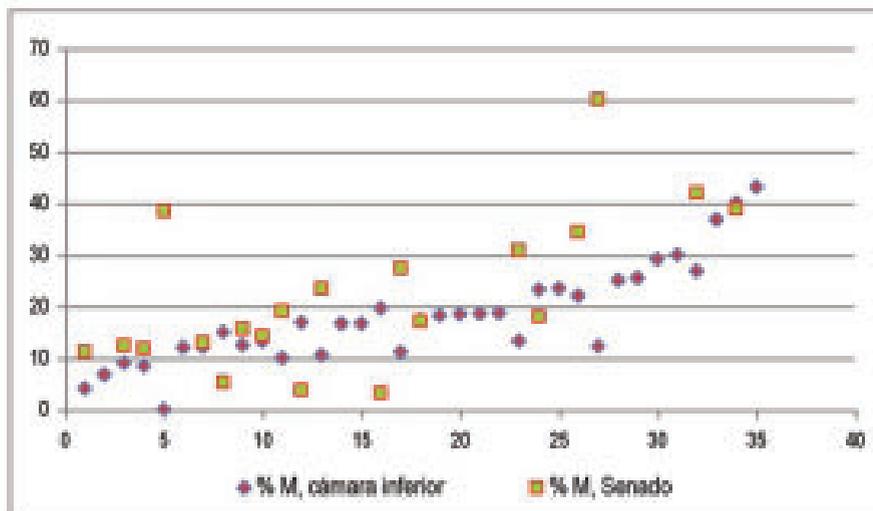
Otra manifestación de las desigualdades de género es la baja participación que tienen las mujeres en la toma de decisiones. La figura 21 muestra el porcentaje de mujeres en el poder legislativo de los países de la Región, que, aún con los aumentos registrados en las últimas décadas, sigue siendo muy reducido. En 35 países con información disponible, el porcentaje de mujeres en las cámaras inferiores fluctuó entre 4% en Haití y 43% en Cuba. De 20 países con información disponible sobre la participación de las mujeres en la cámara alta o senado, esta proporción fue desde un mínimo de 11,1% en Haití a un máximo de 38,9% en la Argentina.

La aplicación de las leyes de cuotas nacionales en las candidaturas de los partidos políticos como medida de acción afirmativa para ampliar las oportunidades de las mujeres y avanzar hacia la paridad en la representación parlamentaria puede contribuir a la mayor participación de las mujeres en cargos de elección popular. No obstante, para lograr resultados sostenibles, esta medida debe acompañarse de otras acciones que promuevan el avance hacia la igualdad de género en el ámbito reproductivo.

Con respecto a la participación de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con la salud, 20% de los ministerios de salud estaban dirigidos por mujeres en 2009 (10).

Según datos de 2008 del Observatorio Regional de Igualdad de Género (11), en la corte suprema o máximo tribunal de justicia, la participación de las mujeres no llegó a 10% en 6 países de la Región; en 14 países la participación estuvo en entre 11% y 29%; en 12 países, entre 31% y 46% y, solamente en Honduras, más de la mitad de los puestos en el máximo tribunal de justicia eran ocupados por mujeres (53%).

Figura 21. Mujeres en el Parlamento (%), 35 países de las Américas, 2007



Países			
1 Haití	10 Jamaica	19 San Vicente y las Grenadinas	28 Ecuador
2 Saint Kitts y Nevis	11 Barbados	20 Nicaragua	29 Surinam
3 Brasil	12 Bolivia	21 Venezuela	30 Perú
4 Colombia	13 Antigua y Barbuda	22 Dominica	31 Guyana
5 Belice	14 El Salvador	23 Granada	32 Trinidad y Tobago
6 Guatemala	15 Panamá	24 México	33 Costa Rica
7 Uruguay	16 República Dominicana	25 Honduras	34 Argentina
8 Chile	17 Santa Lucía	26 Canadá	35 Cuba
9 Paraguay	18 Estados Unidos	27 Bahamas	

Nota: Países en orden ascendente del porcentaje de mujeres para ambas cámaras en conjunto.

Fuente: <http://www.ipu.org>. Consultado el 18 de febrero de 2009.



III. SALUD, ENFERMEDAD Y MORTALIDAD

Para comprender la etiología de la morbilidad y mortalidad desde una perspectiva de género es imprescindible ir más allá de las diferencias biológicas y analizar el efecto de factores sociales que inciden de manera diferente en la salud y la mortalidad de mujeres y hombres y de distintos grupos de mujeres y hombres. Las desigualdades en los roles y el poder de hombres y mujeres en las distintas sociedades –variables según estrato social, edad y origen étnico– se plasman no sólo en riesgos diferenciales para la salud y supervivencia de unos y otras, sino también en asimetrías en el acceso a los recursos necesarios para promover y proteger la salud y su control.

La desagregación por sexo de la información sanitaria pone de manifiesto las condiciones o problemas que afectan exclusivamente la morbilidad de las mujeres o de los hombres. Permite también identificar, de las condiciones comunes a ambos sexos, aquellas que repercuten de manera diferente según el sexo o subgrupo dentro de cada sexo, según el contexto geográfico o social. La identificación y medición de estas desigualdades sociales inducen a la reflexión sobre la presencia de disparidades injustas y evitables, no solo en los riesgos y las oportunidades, sino también en las respuestas proporcionadas por el sistema de salud a las mujeres y los hombres.

Este capítulo utiliza fundamentalmente información sobre mortalidad producida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a partir de datos suministrados por los países. Se incluyen también algunos datos de morbilidad, pero esos son escasos en el contexto regional. No por ello se pierde de vista que la mortalidad, por constituir sólo un reflejo del deterioro extremo de la salud, no puede dar cuenta de las profundas variaciones en la salud y en la calidad de vida del grupo sobreviviente, en el que predominan las mujeres (12).

Este análisis no es exhaustivo ni cubre los problemas más importantes de salud de la población. Sí se hace hincapié, como en el resto de esta publicación, en aquellas condiciones y problemas de salud que: a) afectan exclusivamente a uno de los sexos o subgrupos que forman parte de ese sexo; b) muestran diferencias por sexo; c) entrañan riesgos diferentes para cada sexo o subgrupos en cada sexo; d) tienen efectos diferentes sobre los sexos, y d) requieren intervenciones particulares para cada sexo.

ESPERANZA DE VIDA

En todos los países de las Américas, como en la mayor parte del mundo, la esperanza de vida al nacer (EVN) de las mujeres es más alta que la de los hombres. Durante el quinquenio 2005–2010, Canadá, que es el país con la EVN global más alta (80,7 años), mostró una ventaja de 4,6 años en la supervivencia femenina (82,9 años para las mujeres y 78,3 para los hombres). En Haití, el país de la Región con la EVN más baja (60,9 años), la sobrevivencia de las mujeres fue de 3,7 años con respecto a los hombres (62,8 y 59,1, respectivamente). La brecha de supervivencia entre los sexos se explica parcialmente por factores genéticos asociados con la mayor mortalidad de los hombres en las etapas iniciales de la vida –perinatal y primera infancia– durante las cuales el efecto diferenciador de los riesgos relacionados con la reproducción y los roles sociales de género sería mínimo. Aunque el peso relativo de lo biológico en la brecha de supervivencia es todavía objeto de controversia –particularmente en relación con los adultos– es evidente que a lo largo de todo el ciclo de vida, según el contexto, ciertos factores sociales afectan de manera distinta las probabilidades de supervivencia masculina y femenina e inciden sobre el tamaño de esa diferencia. Entre tales factores se destacan la atención a la salud materna entre las mujeres y las condiciones que propician los accidentes y la violencia entre los hombres. Por ejemplo, se ha visto que en algunos países las condiciones de pobreza y subvaloración de las mujeres están frecuentemente asociadas con tasas altas de mortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. A su vez, la mortalidad materna contribuye significativamente a reducir la brecha de supervivencia entre los sexos y puede incluso anular y revertir la presunta ventaja biológica de las mujeres (13). La magnitud de la brecha de supervivencia entre hombres y mujeres no obedece solamente al descenso de la mortalidad femenina; también responde al aumento de la mortalidad masculina por causas relacionadas

con los accidentes, la violencia, el alcoholismo y el tabaquismo, que se reflejan en brechas importantes en la esperanza de vida al nacer, como es el caso en Brasil y Colombia donde alcanzan 7,1 y 7,4 años, respectivamente.

Las cifras de EVN mencionadas corresponden a promedios nacionales y como tales ocultan importantes diferencias dentro de los países en función de la pertenencia a estratos socioeconómicos o poblaciones étnicas. También es notorio que las brechas son más grandes entre las mujeres (Cuadro 1).

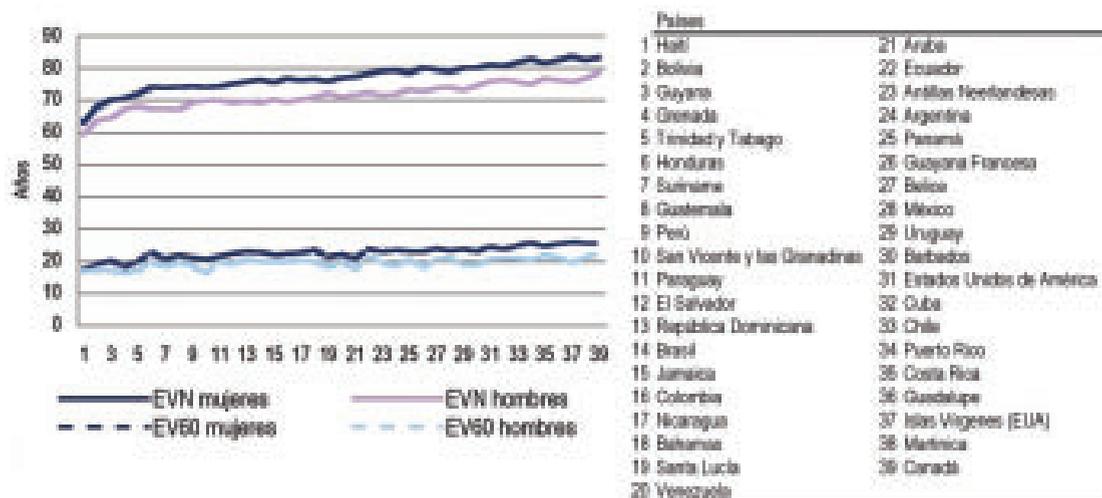
Cuadro 1. Esperanzas de vida al nacer de la población indígena y no indígena, según sexo, Panamá, censo de 2000

Sexo	Origen étnico	
	Indígena	No indígena
Hombres	61,1	68,6
Mujeres	63,6	75,1

Fuente: CEPAL, Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas.

Otro indicador de supervivencia frecuentemente utilizado es la esperanza de vida a los 60 años de edad (EV60). A diferencia de la EVN, influida primordialmente por la mortalidad en la infancia, en la EV60 confluyen los efectos acumulados durante la edad adulta de los factores determinantes de la salud, como son la pobreza, la educación y el acceso a pensiones. La figura 22 ilustra la situación de ambos indicadores para las mujeres y los hombres en 39 países de la Región durante el quinquenio 2005-2010. Al igual que la EVN, la expectativa de vida a los 60 años de edad es más alta para las mujeres, y va desde un mínimo de 17,0 años en Haití a un máximo de 25,2 años en Canadá. Las cifras correspondientes a los hombres son de 16,6 y 21,7 años, respectivamente, en los mismos países. La menor diferencia por sexo (0,4 años) se observa Haití, el país con condiciones económicas más adversas.

Figura 22. Esperanza de vida al nacer (EVN) y a los 60 años (EV60), según sexo, 39 países de las Américas, 2005-2010



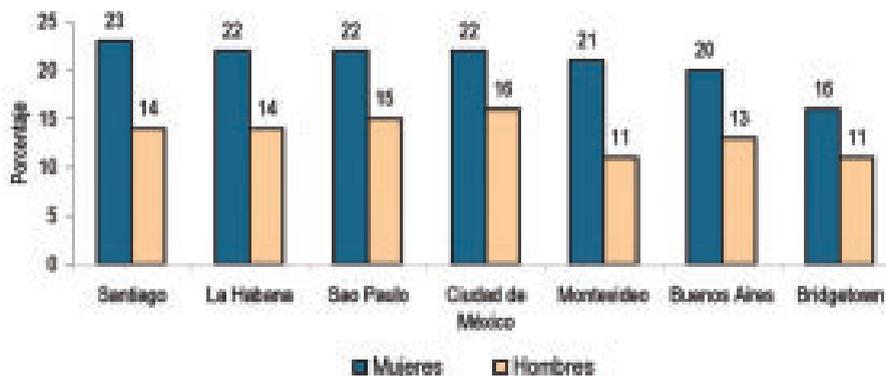
Nota: Países en orden ascendente de la EVN para ambos sexos en conjunto.

Fuente: Naciones Unidas. División de Estadística. Estadísticas e indicadores de mujeres y hombres.

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indum/statistics.htm>. Consultado el 3 de mayo de 2008

Frente a estas diferencias, corresponde llamar la atención al hecho de que una mayor EVN o EV60 no necesariamente significa mejor salud. En la figura 23 se observa que las mujeres de 60 años y más de edad sufren mayores limitaciones que los hombres de la misma edad. Ha sido ampliamente documentado que las mujeres, pese a vivir más tiempo, experimentan mayor morbilidad y discapacidad que los hombres a lo largo del ciclo de vida. Tal fenómeno se registra en todos los grupos de mujeres de edad adulta, aunque es más pronunciado en relación con afecciones agudas y discapacidad de corta duración en las edades reproductivas y con afecciones y discapacidades crónicas a edad más avanzada. Por el contrario, los hombres experimentan menor morbilidad y discapacidad, pero sus problemas de salud, cuando ocurren, tienden a ser letales (14).

Figura 23. **Personas de 60 años y más de edad (%) con limitación de al menos una de las actividades de la vida cotidiana,^a según sexo, algunas ciudades de las Américas, 2000**



^a Las actividades de la vida cotidiana son: bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a una silla, caminar.

Fuente: OPS, Instituto Merck para Envejecimiento y Salud. El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD

El perfil de la mortalidad en las Américas ha cambiado de manera significativa en las últimas décadas. En la mayoría de los países de la Región, las afecciones crónicas de tipo degenerativo y las causas externas, como los accidentes y los homicidios, han ido desplazando a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad. En esta sección se realiza un análisis de las cinco causas de muerte principales en las ocho subregiones de las Américas y se destacan las similitudes y diferencias por sexo por tales causas. Estas subregiones son: América del Norte, México, Istmo Centroamericano, Caribe Latino, Caribe No-Latino, Área Andina, Brasil y Cono Sur.⁴

En el cuadro 2 figura la mortalidad proporcional asociada con cada una de las cinco principales causas de defunción para cada sexo en las subregiones mencionadas, alrededor de 2002, así como el ordenamiento de dichas causas por su importancia relativa para la población total y para cada sexo (1). Estas cifras ponen en evidencia, en primer lugar, que —en línea con las tendencias globales— en la Región de las Américas la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular están entre las causas principales de muerte, particularmente entre las mujeres. En segundo lugar, que la neumonía e influenza continúan figurando entre las cinco primeras causas de mortalidad en cuatro de las ocho subregiones. Los trastornos originados en el período perinatal son causa principal de defunción en tres subregiones y, aunque tienen una mayor proporción de la mortalidad entre las niñas, la diferencia entre ambos sexos es pequeña. En tercer lugar, se destaca que los tipos particulares de neoplasias malignas que figuran entre las cinco causas principales de defunción (pulmón en tres subregiones y próstata en

⁴ América del Norte: Bermuda, Canadá y Estados Unidos de América; Istmo Centroamericano: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; Caribe Latino: Cuba, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Martinica, Puerto Rico y República Dominicana; Caribe No-Latino: Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago; Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; Cono Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

una subregión) tienen importancia en relación con la mortalidad en los hombres. Por último, hay tres subregiones en las que las agresiones (homicidios) figuran entre las tres causas principales de muerte en la población masculina.

- a. Las **enfermedades cardiovasculares** (enfermedades isquémica del corazón, cerebrovascular, hipertensiva e insuficiencia cardíaca) representan 32% de la carga total de enfermedad en la Región de las Américas (15), y figuran en la mayoría de las subregiones entre las principales causas de mortalidad de los hombres y las mujeres. La enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de defunción de los hombres en seis de las ocho subregiones, y de las mujeres, en cuatro. La enfermedad cerebrovascular constituye la primera o segunda causa de mortalidad de las mujeres en cinco subregiones y de los hombres, en tres. Además, en cuatro subregiones, la insuficiencia cardíaca⁵ y la enfermedad hipertensiva aparecen entre las principales causas de mortalidad de las mujeres, pero no de los hombres.
- b. La **diabetes** figura entre las cinco principales causas de mortalidad de las mujeres en todas las subregiones de las Américas, excepto en América del Norte. Alrededor de 2002 era la primera causa de mortalidad femenina en México, la segunda en el Caribe No-Latino y la tercera en Brasil. Era también, una causa importante de mortalidad masculina en América del Norte, México y el Caribe No-Latino. Con excepción de América del Norte, la mortalidad proporcional por diabetes mellitus fue más alta entre las mujeres que entre los hombres.
- c. La **neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea** afecta desproporcionadamente a los hombres, principalmente asociada con una mayor frecuencia de consumo de tabaco. Así, este grupo de neoplasias constituyó la segunda causa de mortalidad masculina en América del Norte y la quinta en el Caribe Latino y el Cono Sur. Si bien predominan entre los hombres, estas neoplasias malignas llegaron a ser la tercera causa de mortalidad femenina en América del Norte, después de las enfermedades isquémica del corazón y cerebrovasculares.
- d. La **cirrosis y otras enfermedades del hígado** se manifestaron en México como tercera y quinta causas de muerte entre los hombres y las mujeres, respectivamente. Estas enfermedades, asociadas con el abuso de alcohol, afectan de manera desproporcionada a los hombres. Aún en el caso de México, donde las mujeres también resultan muy afectadas, las tasas de mortalidad son notoriamente más altas entre los hombres.
- e. La **infección por VIH y el sida** aparecieron como la cuarta causa de muerte de los hombres del Caribe Latino y No-Latino. Aunque la proporción de mortalidad por esta causa es mayor para los hombres, entre las mujeres del Caribe No-Latino se situó como quinta causa de defunción.
- f. Para ambos sexos, la **neumonía y la influenza** constituyeron la primera causa de muerte en el Istmo Centroamericano y la tercera y cuarta en el Caribe Latino, el Área Andina y el Cono Sur. Las enfermedades infecciosas intestinales representaron la cuarta causa de muerte en el Istmo Centroamericano. Estas enfermedades causan proporcionalmente mayor mortalidad en las mujeres que en los hombres.
- g. Las **afecciones originadas en el periodo perinatal** figuran entre las cinco primeras causas de mortalidad de la población del Istmo Centroamericano, el Área Andina y Brasil. Aunque estas causas afectan de manera similar a ambos sexos, su origen está ligado a problemas de salud y a la atención de la madre durante el embarazo y el parto, más frecuentes en situación de pobreza y marginación.
- h. La **demencia y la enfermedad de Alzheimer** han aparecido como cuarta causa de defunción entre las mujeres en América del Norte (5,4%), lo cual refleja el grado de envejecimiento alcanzado en esta subregión y el número más alto de mujeres en los grupos de edad de 65 y más años.
- i. La **neoplasia maligna de la próstata** sorprendió como quinta causa de mortalidad masculina (4,3%) en el Caribe No-Latino.
- j. Aunque las **complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio** no figuran entre las principales causas de mortalidad para el total de la población, es importante hacer notar que dichas complicaciones figuran entre las cinco primeras causas de mortalidad de las mujeres de los grupos de edad de 15 a 24 y 25 a 44 años, en 16 y 10 países de la Región, respectivamente.
- k. Cuando se examinan las causas de mortalidad comunes a ambos sexos, la diferencia más grande entre mujeres y hombres se observa en relación con los **accidentes y violencias**, causas que se asocian con roles y conductas estereotipadamente masculinos. Los **homicidios** llegaron a constituir la primera causa de mortalidad masculina en el Área Andina con 14% de las defunciones y fueron la segunda causa de

⁵ La insuficiencia cardíaca no es una causa básica de muerte, y cuando aparece revela un problema de la calidad de los datos.

mortalidad masculina en el Istmo Centroamericano (7%) y la tercera en Brasil (8%). Los accidentes de transporte terrestre, por su parte, representaron la cuarta causa de mortalidad masculina en el Área Andina y Brasil, y la quinta causa en México, con casi 5% de las defunciones. Es importante señalar aquí que en los países de las Américas que cuentan con información, entre 14% y 52% de las mujeres han sufrido actos de violencia física por parte de su pareja y, que aunque esos actos afectan su salud, pocas veces tienen un desenlace mortal (véase también la figura 72).

Cuadro 2. Cinco causas principales de defunción y proporción del total de defunciones, según sexo y subregión, Región de las Américas, alrededor de 2002

Causas de defunción ¹	Mujeres		Hombres	
	%	Posición	%	Posición
Norteamérica				
Enfermedad isquémica del corazón	20,1	1	21,7	1
Enfermedad cerebrovascular	8,3	2	5,4	3
Neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea	5,5	3	7,8	2
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	5,1	5	5,1	4
Demencia y Alzheimer	5,4	4	--	--
Diabetes	--	--	2,9	5
México				
Diabetes	15,7	1	10,8	2
Enfermedad isquémica del corazón	11,0	2	10,9	1
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3,8	5	8,6	3
Enfermedad cerebrovascular	7,0	3	5,0	4
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	4,4	4	--	--
Accidentes de transporte terrestre	--	--	4,6	5
Istmo Centroamericano				
Neumonía e influenza	9,3	1	8,1	1
Enfermedad isquémica del corazón	7,3	2	8,4	3
Enfermedad cerebrovascular	6,7	3	--	--
Enfermedades infecciosas intestinales	5,3	4	4,9	4
Infecciones originadas en el período perinatal	--	--	4,8	5
Agresiones (homicidios)	--	--	7,1	2
Diabetes	5,1	5	--	--
Caribe Latino				
Enfermedad isquémica del corazón	11,4	1	11,2	1
Enfermedad cerebrovascular	10,5	2	8,3	2
Neumonía e influenza	5,4	3	5,3	3
Enfermedad por VIH/sida	--	--	4,5	4
Diabetes	4,8	4	--	--
Enfermedad hipertensiva	4,3	5	--	--
Neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea	--	--	3,8	5
Caribe no-Latino				
Enfermedad isquémica del corazón	13,2	1	13,3	1
Enfermedad cerebrovascular	11,7	3	9,1	2
Diabetes	12,5	2	8,1	3
Enfermedad por VIH/sida	4,7	5	6,5	4
Enfermedad hipertensiva	6,2	4	--	--
Neoplasia maligna de próstata	--	--	4,3	5
Área Andina				
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
Infecciones originadas en el período perinatal	4,4	5	--	--
Diabetes	5,5	4	--	--
Accidentes de transporte terrestre	--	--	4,8	4

Continuación...

1 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 en las Américas 2007. Volumen I.

Brasil				
Enfermedad cerebrovascular	12,4	1	9,4	2
Enfermedad isquémica del corazón	9,9	2	9,8	1
Agresiones (homicidios)	—	—	7,8	3
Diabetes	6,1	3	—	—
Afecciones originadas en el período perinatal	4,4	3	—	—
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	—	—	4,3	5
Insuficiencia cardíaca	4,7	4	—	—
Accidentes de transporte terrestre	—	—	4,4	4
Costa Rica				
Enfermedad cerebrovascular	10,0	2	8,1	2
Insuficiencia cardíaca	10,1	1	7,6	3
Enfermedad isquémica del corazón	7,1	3	8,8	1
Neumonía e influenza	5,2	4	4,4	4
Diabetes	4,0	3	—	—
Neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea	—	—	4,2	3

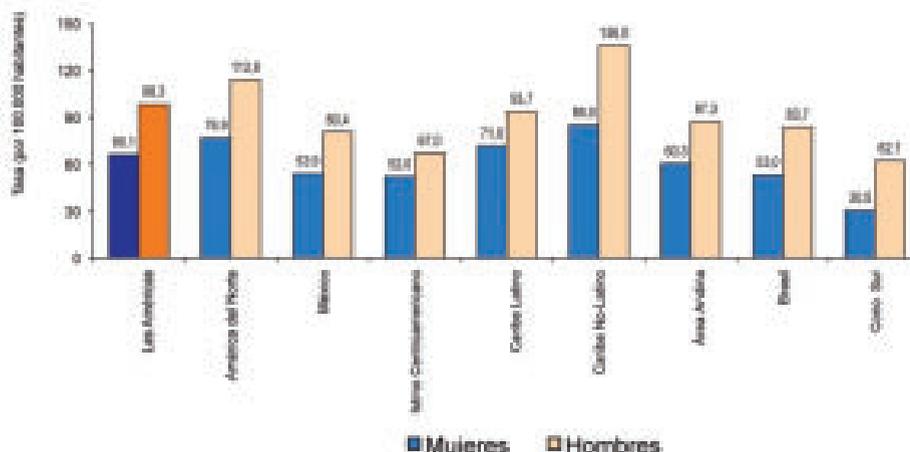
DIFERENCIAS POR SEXO EN LA MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS

Las figuras 24 a 42 se utilizaron para hacer un análisis más profundo de las desigualdades por sexo para algunas causas seleccionadas de mortalidad.

Enfermedades cardiovasculares

Las figuras 24 y 25 ilustran las diferencias por sexo en la magnitud de la mortalidad ajustada⁶ causada por las enfermedades isquémica del corazón y cerebrovascular en las ocho subregiones de las Américas. Las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón fueron más altas entre los hombres que entre las mujeres en las ocho subregiones. En la figura 25 se ve que la diferencia por sexo fue particularmente marcada en el Caribe No-Latino y en América del Norte, subregiones donde la mortalidad por dicha causa fue también la más alta entre la población total. Los factores de riesgo se relacionan con la obesidad, la dieta inapropiada, el sedentarismo, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la calidad del cuidado de la salud para estas enfermedades, tanto en los servicios de atención como en los de promoción de la salud.

Figura 24. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por enfermedad isquémica del corazón (por 100.000 habitantes), según sexo y subregión de las Américas, 2003-2005

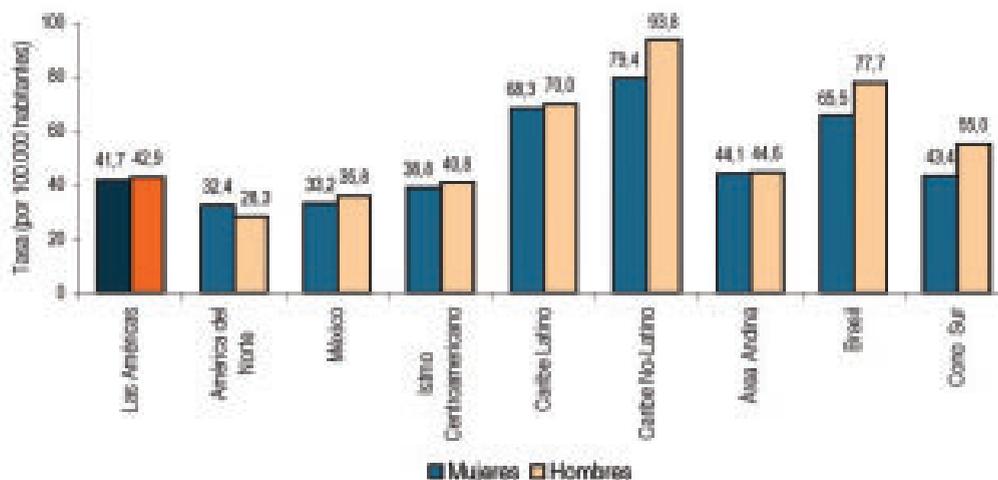


Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, DC 2008.

⁶ La tasa de mortalidad ajustada por edad se calculó con el método directo, aplicando la población estándar mundial (2.400 menores de un año, 9.600 de 1 a 4 años; 19.000 de 5 a 14 años; 43.000 de 15 a 44 años; 19.000 de 45 a 64 años; y 7.000 de 65 años y más) (WHO, World Health Statistics Annual; Edición 1996, Geneva, 1998) (3).

La figura 25 muestra las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, por sexo. Estas tasas son más bajas que las de enfermedad isquémica del corazón, y la diferencia entre ambos sexos varía según la subregión. Con excepción de América del Norte, donde la tasa de las mujeres es más alta que la de los hombres, la diferencia entre los sexos es mínima o la tasa es más alta entre los hombres. Este último es el caso en Brasil, el Caribe No-Latino y el Cono Sur. Las tasas más altas para ambos sexos se registraron en el Caribe No-Latino, donde son el triple de las de América del Norte, que tiene las tasas más bajas. Las causas para tales diferencias en la mortalidad no se conocen a cabalidad, pero están asociadas con el control de factores de riesgo, la incidencia de eventos cerebrovasculares, el acceso a los servicios y la calidad de la atención en casos de accidentes cerebrovasculares y de hipertensión arterial. Sobre la última, es importante señalar que la mortalidad por esa causa es evitable en el ámbito de la atención primaria de salud.

Figura 25. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por enfermedad cerebrovascular (por 100.000 habitantes), según sexo y subregión de las Américas, 2003-2005

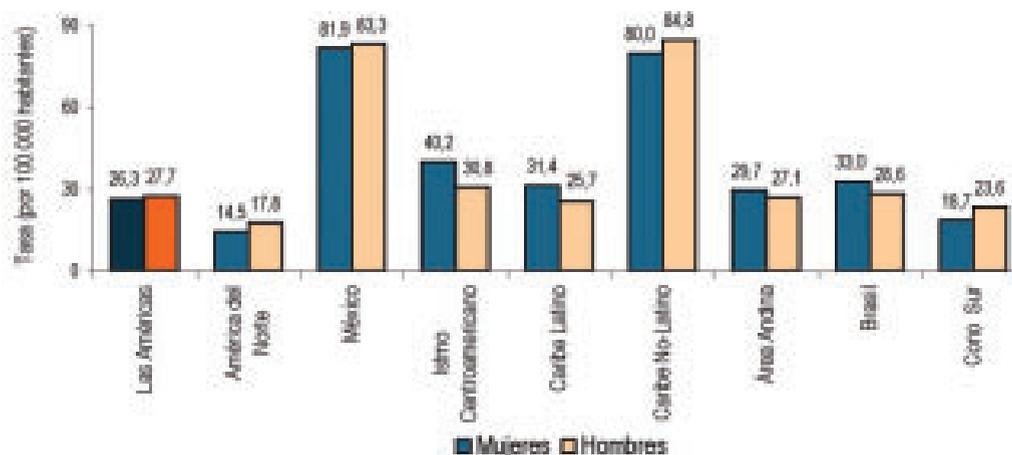


Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, DC 2008.

Diabetes mellitus

En la figura 26 se aprecian grandes variaciones en la mortalidad por diabetes mellitus según la subregión de que se trate. Las tasas más altas se encuentran en el Caribe No-Latino y en México; en ambos la mortalidad por diabetes mellitus es de 80 y más por 100.000. Por otra parte, América del Norte y el Cono Sur exhiben las tasas ajustadas de mortalidad por diabetes más bajas (entre 14,5 y 23,6 por 100.000 habitantes, respectivamente). En cuatro de las ocho subregiones la tasa de mortalidad por 100.000 mujeres es más alta que la correspondiente a los hombres, a saber: Istmo Centroamericano, Caribe Latino, Área Andina y Brasil; son casi iguales para ambos sexos en México y más altas entre los hombres en América del Norte, el Caribe No-Latino y el Cono Sur. Como es el caso de la mayoría de las enfermedades crónicas, el riesgo de los adultos de enfermar y morir por diabetes mellitus se asocia con un estilo de vida sedentario y con sobrealimentación o nutrición inapropiada. Por otro lado, las complicaciones diabéticas, tales como las úlceras que culminan en infecciones que llevan a la amputación o la ceguera y la mortalidad por la enfermedad pueden prevenirse con una atención primaria de la salud adecuada.

Figura 26. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por diabetes mellitus (por 100.000 habitantes), según sexo y subregión de las Américas, 2003-2005



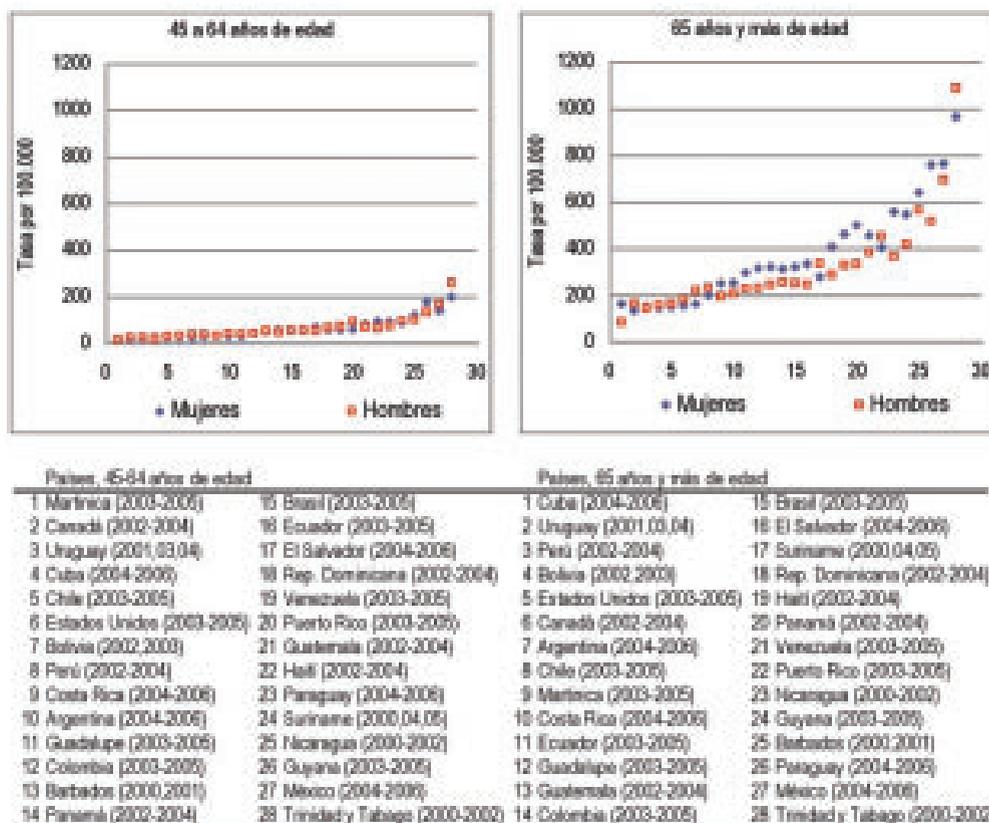
Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, DC 2008.

Los datos de mortalidad desagregados por sexo, edad y país muestran un impacto de la mortalidad por diabetes sobre la población, y particularmente sobre las mujeres, que aumenta con la edad y que varía mucho entre los países. La figura 27 ilustra cómo la tasa de mortalidad por diabetes mellitus aumenta de manera evidente entre las edades de 45 a 64 años y 65 años y más. Las tasas para el primer grupo no solo son considerablemente más bajas que para el segundo, sino que la diferencia entre mujeres y hombres es mínima. En el grupo de 65 años y más de edad las tasas más altas de mortalidad por 100.000 habitantes por diabetes para ambos sexos en su conjunto se registraron en Trinidad y Tabago (1.015), México (729), Paraguay (641), Barbados (609), Guyana (485) y Nicaragua (464). Con la excepción de Trinidad y Tabago, las tasas de las mujeres son mayores que las de los hombres. En el otro extremo, los países con tasas por 100.000 habitantes más bajas fueron —de menor a mayor— Cuba (121), Uruguay (143), Perú (145), Bolivia (146), Estados Unidos (152) y Canadá (163) y no hubo diferencia entre hombres y mujeres. Nuevamente, gran parte de la mortalidad por diabetes en este grupo de edad se puede evitar con servicios de atención primaria de la salud adecuados.

Durante este período de información (alrededor de 2004-2006), la mortalidad femenina por diabetes en el grupo de edad de 45 a 64 años superó la masculina en 11 de 28 países de la Región, aunque las diferencias por sexo fueron generalmente pequeñas y la razón de las tasas se aproximó a 1. En la población de 65 años y más de edad, las diferencias entre los sexos fueron más pronunciadas y las tasas en la mayoría de los países más altas entre las mujeres. En 16 de los 28 países analizados la tasa de mortalidad femenina fue por lo menos 20% más alta que la masculina. En Cuba, el país con la tasa de mortalidad por diabetes más baja en ese grupo de edad, la tasa de mortalidad de las mujeres es casi el doble de la de los hombres (158 y 80 por 100.000, respectivamente). Los países con la mayor diferencia entre los sexos (tasa entre 40% y 50% más alta entre las mujeres) fueron, después de Cuba, Paraguay, Nicaragua, Panamá, Haití, República Dominicana, El Salvador y Guadalupe, en ese orden.

Las diferencias por sexo en la mortalidad por diabetes están asociadas con factores genéticos, dieta, sobrepeso y obesidad, hipertensión, acceso a servicios y manejo adecuado de la enfermedad. Sus complicaciones son graves y pueden incluir ceguera, daño renal, enfermedades cardiovasculares y del sistema nervioso, y tienen repercusiones particulares durante el embarazo y el parto, tanto para las mujeres como para el feto.

Figura 27. Tasas de mortalidad por diabetes mellitus (por 100.000 habitantes) en los grupos de edad de 45 a 64 años y 65 años y más, según sexo, 28 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



Nota: Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

Neoplasia maligna del útero

Pese a que desde hace casi 50 años se dispone de tecnologías sencillas, eficaces y de bajo costo para detectar y tratar tempranamente la neoplasia maligna del cuello uterino, esta continúa siendo una de las principales causas de defunción de las mujeres en las Américas, y su tasa de mortalidad se encuentra entre las más altas del mundo (1). En efecto, como se observa en el cuadro 3, en 13 países de la Región la neoplasia maligna del útero (incluye cuello y cuerpo del útero y tumor maligno del útero, parte no especificada) figura entre las dos primeras causas de mortalidad de las mujeres de 25 a 44 años y en 16 países, entre las primeras cinco causas de mortalidad de las mujeres de 45 a 64 años de edad. Durante el período 2004-2006, las tasas de mortalidad por esta causa en el grupo de 25 a 44 años de edad variaron entre un mínimo de 2 por 100.000 mujeres en Canadá y 29 por 100.000 en Bolivia; entre un mínimo de 8 y un máximo de 71 por 100.000 en el grupo de 45 a 64 años en los mismos países, y entre 28 y 164 por 100.000 entre las mujeres mayores de 65 años de edad en Puerto Rico y Paraguay, respectivamente.

La magnitud diferencial de las tasas de neoplasia maligna del útero y de la mama en 27 países de la región se ilustran en la figura 28 para dos grupos de edad: 45 a 64 y 65 años y más. Los países con las tasas de mortalidad más altas por tumor maligno del útero fueron, de mayor a menor, Paraguay, Nicaragua, Trinidad y Tabago, Haití, Bolivia, El Salvador y República Dominicana.

Dada la magnitud y el carácter evitable de estas pérdidas, la mortalidad por tumor maligno del útero constituye una manifestación crítica de las profundas desigualdades socioeconómicas existentes en la Región, así como de la baja valoración social asignada a un problema que afecta exclusivamente a las mujeres, particularmente a las pobres (16). A ello se suma el hecho que el virus del papiloma humano, que se transmite por las relaciones sexuales, y el uso de hormonas contraceptivas y tabaquismo aumentan el riesgo para esta neoplasia maligna.

Neoplasia maligna de la mama

El cuadro 3 muestra que este tipo de tumor figura entre las cinco primeras causas de muerte de las mujeres de 25 a 44 años de edad en 16 países, y de las de 45 a 64 años de edad, en 17 países de la Región. En la figura 28 se observa que la mortalidad por cáncer de mama tiende a ser mayor que la causada por el tumor maligno del útero en el grupo de edad 45 a 64 años en 15 de los 27 países cuyos datos fueron examinados. Las tasas más altas de mortalidad por neoplasia maligna de la mama se registraron en países del Cono Sur (Argentina, Paraguay y Uruguay), el Caribe No-Latino (Trinidad y Tabago) y América del Norte (Canadá y Estados Unidos). Las tasas más bajas se encontraron en el Istmo Centroamericano (el Salvador y Guatemala).

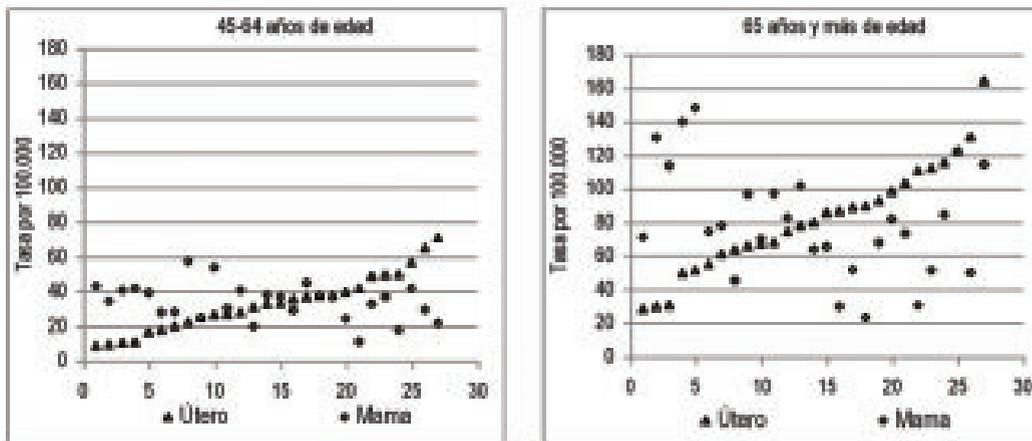
Cuadro 3. Neoplasias malignas (NM) del útero y de la mama entre las primeras cinco causas de muerte de mujeres en los grupos de edad de 25 a 44 años y 45 a 64 años, por país, alrededor de 2004-2006

	Primera causa	Segunda causa	Tercera causa	Cuarta causa	Quinta causa
Mujeres de 25 a 44 años de edad					
NM del útero	Argentina Bolivia Chile Cuba Nicaragua Perú Venezuela	Colombia Costa Rica Ecuador Panamá Paraguay Uruguay	El Salvador México		Guatemala
NM de la mama	Canadá Guadalupe Uruguay	Argentina Chile Cuba Puerto Rico Trinidad y Tabago	Costa Rica Estados Unidos	México Paraguay Venezuela	Brasil Panamá Suriname
Mujeres de 45 a 64 años de edad					
NM del útero	Perú		Bolivia Ecuador Paraguay	Argentina El Salvador Guadalupe Guatemala Nicaragua Panamá Venezuela	Colombia Cuba Guyana Suriname Uruguay
NM de la mama	Argentina Guadalupe	Canadá Uruguay	Chile Costa Rica Estados Unidos Puerto Rico	Brasil Colombia Cuba Rep. Dominicana Trinidad y Tabago	México Panamá Paraguay Venezuela

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

Aunque la tecnología para prevenir las muertes por tumor maligno de la mama no tiene aún la eficacia de la prevención de la neoplasia maligna del útero, la detección y el tratamiento tempranos del tumor de mama juegan un rol decisivo en la reducción de la letalidad por esa causa. Por ejemplo, en los Estados Unidos se ha visto que pese a la mayor frecuencia de neoplasia maligna de la mama entre las mujeres blancas, la mortalidad por esta causa es más alta entre las mujeres de otras poblaciones étnicas o raciales (17).

Figura 28. Tasas de mortalidad por neoplasias malignas del útero y de la mama (por 100.000 mujeres), en los grupos de edad de 45 a 64 años y de 65 años y más, 27 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



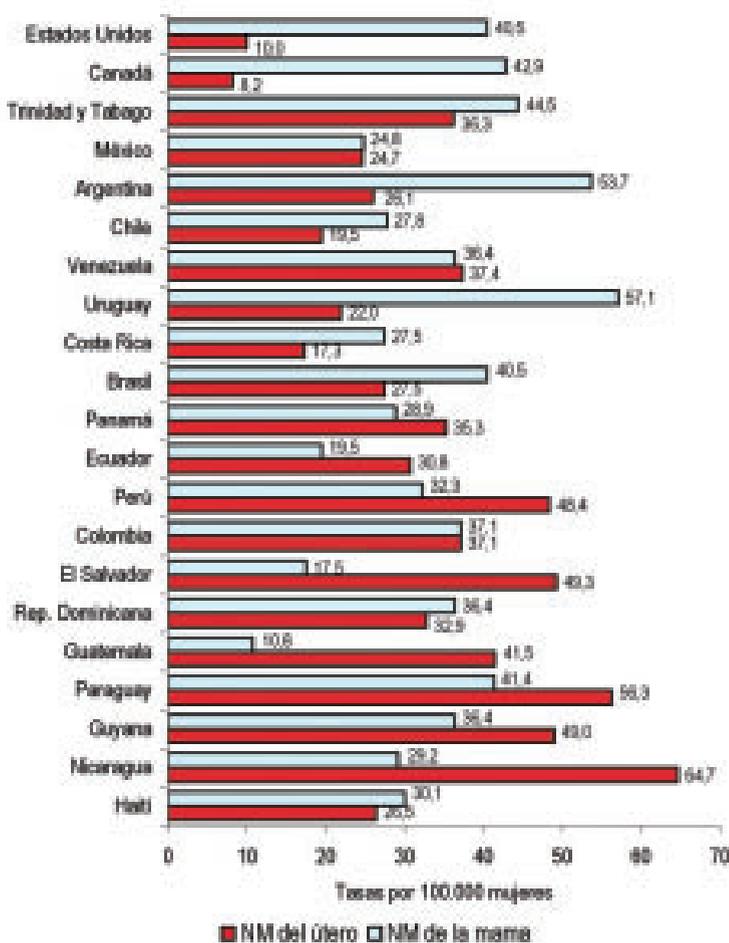
Países, 45-64 años de edad		Países, 65 años y más de edad	
1 Canadá (2002-2004)	15 Rep. Dominicana (2002-2004)	1 Puerto Rico (2003-2005)	15 Guyana (2003-2005)
2 Puerto Rico (2003-2005)	16 Panamá (2002-2004)	2 Canadá (2002-2004)	16 Ecuador (2003-2005)
3 Estados Unidos (2003-2005)	17 Trinidad y Tabago (2000-2002)	3 Estados Unidos (2003-2005)	17 Perú (2002-2004)
4 Martinica (2003-2005)	18 Colombia (2003-2005)	4 Argentina (2004-2006)	18 Guatemala (2002-2004)
5 Guadalupe (2003-2005)	19 Venezuela (2003-2005)	5 Uruguay (2001, 03, 04)	19 Panamá (2002-2004)
6 Costa Rica (2004-2006)	20 Suriname (2000, 04, 05)	6 Brasil (2003-2005)	20 Venezuela (2003-2005)
7 Chile (2003-2005)	21 Guatemala (2002-2004)	7 Chile (2003-2005)	21 Rep. Dominicana (2002-2004)
8 Uruguay (2001, 03, 04)	22 Perú (2002-2004)	8 México (2004-2006)	22 El Salvador (2004-2006)
9 México (2004-2006)	23 Guyana (2003-2005)	9 Martinica (2003-2005)	23 Bolivia (2002-2003)
10 Argentina (2004-2006)	24 El Salvador (2004-2006)	10 Guadalupe (2003-2005)	24 Haití (2003-2004)
11 Haití (2002-2004)	25 Paraguay (2004-2006)	11 Costa Rica (2004-2006)	25 Trinidad y Tabago (2000-2002)
12 Brasil (2003-2005)	26 Nicaragua (2003-2005)	12 Suriname (2000, 04, 05)	26 Nicaragua (2003-2005)
13 Ecuador (2003-2005)	27 Bolivia (2002-2003)	13 Cuba (2004-2006)	27 Paraguay (2004-2006)
14 Cuba (2004-2006)		14 Colombia (2003-2005)	

Nota: Países en orden ascendente de la tasa de mortalidad por neoplasia maligna del útero.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

Mientras que la mortalidad por neoplasia maligna del útero es más alta en los países de menores recursos, la ocasionada por cáncer de mama no guarda relación con el grado de desarrollo del país. En la figura 29, se han ordenado los países según el ingreso nacional bruto per cápita, y se observa que hay países donde las tasas altas de mortalidad por ambos tipos de neoplasias malignas coexisten, particularmente en el Caribe y en el Paraguay.

Figura 29. Tasas de mortalidad por neoplasias malignas del útero y de la mama (por 100.000 mujeres) en el grupo de 45 a 64 años de edad, 21 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



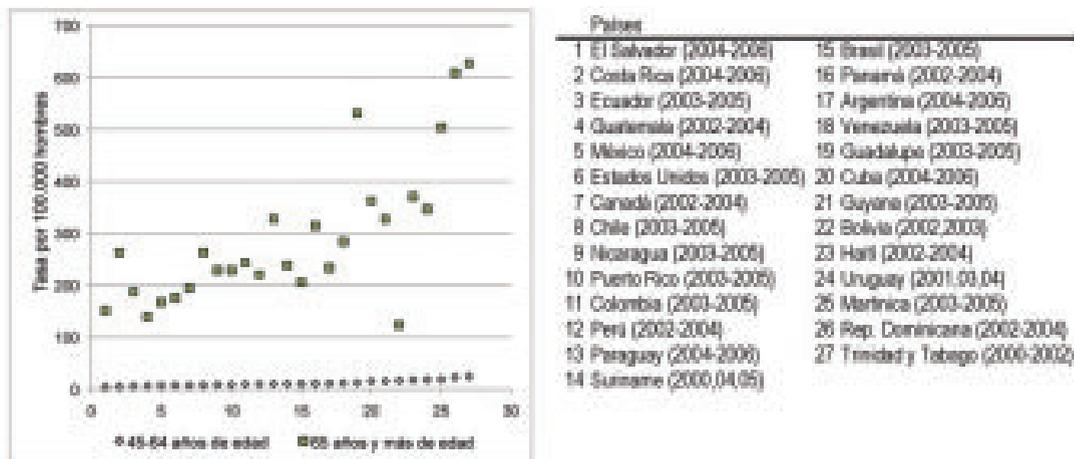
Nota: Países en orden descendente del ingreso nacional bruto per cápita.

Fuentes: 1) OPS. Datos de mortalidad: Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008. 2) OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008.

Neoplasia maligna de la próstata

La mortalidad por neoplasia maligna de la próstata afecta primordialmente a los hombres de 65 años y más de edad, con tasas que varían entre 124 por 100.000 en Bolivia y 627 por 100.000 en Trinidad y Tabago (Figura 30). En el conjunto de 27 países analizados durante el período 2004-2006, las tasas más altas de este tipo de neoplasia maligna (superiores a 500 por 100.000 hombres) se encuentran en el Caribe: Guadalupe, Martinica, República Dominicana y Trinidad y Tabago. En el grupo de 45 a 64 años de edad las tasas por país presentaron una variación de 4 a 24 por 100.000 hombres.

Figura 30. Tasas de mortalidad por neoplasia maligna de la próstata (por 100.000 hombres) en los grupos de edad de 45 a 64 años y 65 años y más, 27 países de las Américas, alrededor de 2004-2006

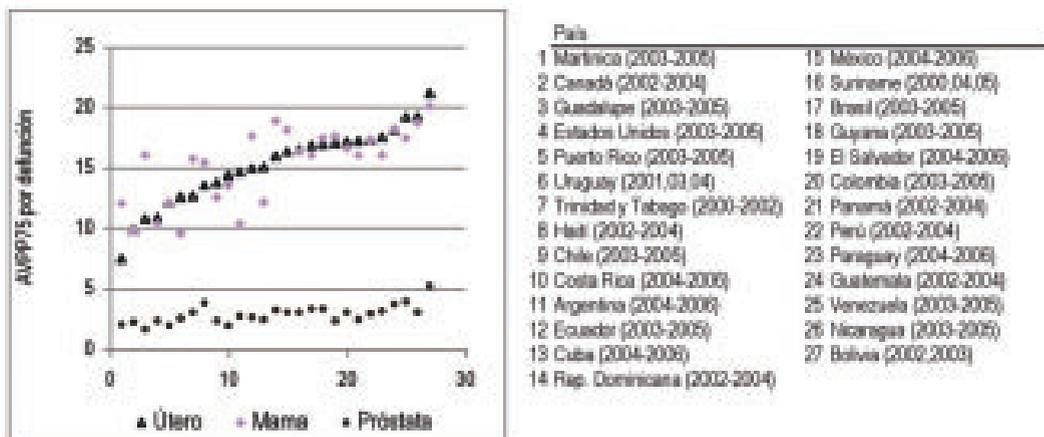


Nota: Países en orden ascendente de la tasa en el grupo de 45-64 años de edad.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Si se comparan los efectos de la mortalidad causada por los tres tipos de neoplasia maligna descritos en los párrafos anteriores a lo largo del tiempo de vida de las mujeres y los hombres, puede verse que la mortalidad por neoplasia maligna de la mama y del útero comienza relativamente temprano en la vida adulta, mientras que la de la próstata se concentra en las edades más avanzadas. En consecuencia, como lo ilustra la figura 31, las neoplasias malignas de la mama y el útero producen una pérdida de años de vida potencial (entre 7 y 21 años) considerablemente mayor que la ocasionada por la neoplasia maligna de la próstata (menos de 5 años).

Figura 31. Años de vida potencial perdidos, hasta los 75 años de edad (AVPP75), por cada defunción debida a neoplasias malignas del útero, la mama y la próstata, 27 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



Nota: Países en orden ascendente de los AVPP75 por neoplasia maligna del útero.

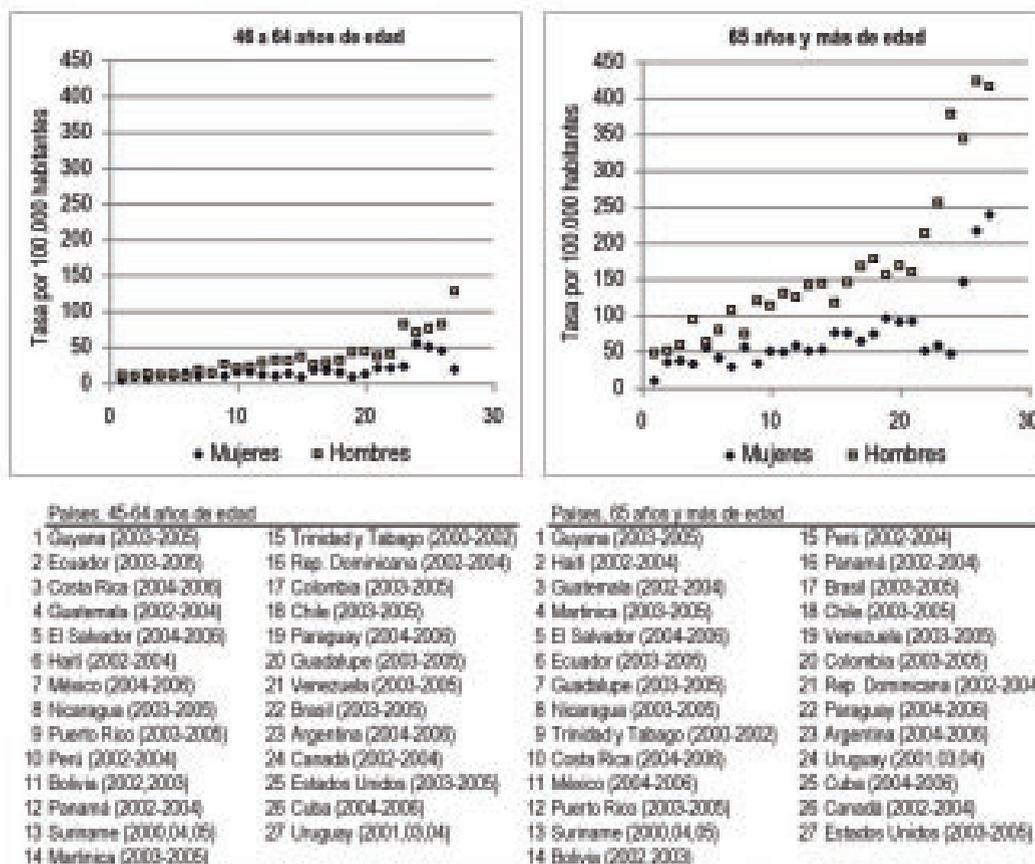
Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

Neoplasia maligna del pulmón, tráquea y bronquios

Como ya se mencionó, la neoplasia maligna del pulmón, tráquea y bronquios afecta más a los hombres y figura como una de sus principales causas de mortalidad. Las tasas de mortalidad para hombres y mujeres en los grupos de edad de 45 a 64 años y 65 años y más (Figura 32), muestran que la mayor mortalidad por estas neoplasias afecta al grupo de 65 años y más, y que hay mayor mortalidad de los hombres, particularmente en el grupo de 65 años y más. No obstante, la mortalidad por estas neoplasias es sumamente importante para las mujeres de Canadá, Cuba y Estados Unidos, al punto de haber superado las tasas de mortalidad por neoplasia maligna de la mama en esos países.

Las brechas de mortalidad por esta causa entre los sexos se asocian con el mayor consumo masculino de tabaco, conducta que tradicionalmente en el pasado se estimuló en los hombres pero se condenó en las mujeres. Este diferencial ha ido reduciéndose en respuesta a cambios sociales que han modificado las definiciones de feminidad y facilitado el acceso económico de las mujeres a bienes de consumo.

Figura 32. Tasas de mortalidad por neoplasia maligna del pulmón, tráquea y bronquios (por 100.000 habitantes) en los grupos de edad de 45 a 64 años y 65 años y más, según sexo, 27 países de la Región, alrededor de 2004-2006



Nota: Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

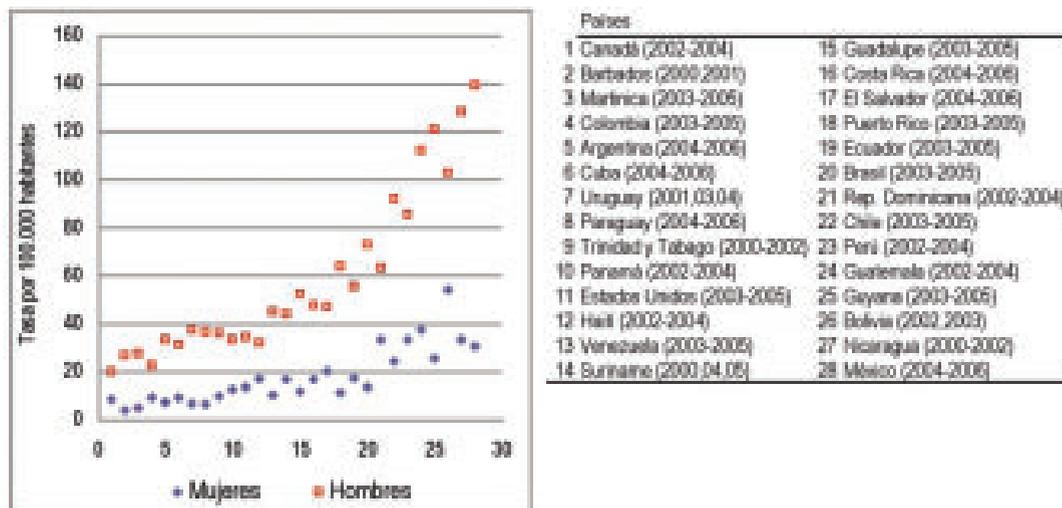
Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Este tipo de enfermedad crónica afecta de manera desproporcionada a los hombres. Aún en el caso de México, donde la cirrosis es la quinta causa de muerte de las mujeres (véase el cuadro 2), las tasas estimadas⁷ de mortalidad para la población revelan una amplia brecha entre ambos sexos: 46 defunciones por 100.000 entre los hombres y 14 por 100.000 entre las mujeres (18). Un importante factor de riesgo asociado con esta patología es el abuso de alcohol, que al igual que el tabaquismo, ha sido tradicionalmente tolerado en los hombres y estigmatizado en las mujeres. También las infecciones hepáticas contribuyen a otras enfermedades crónicas del hígado.

Las tasas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en el grupo de 45 a 64 años de edad (Figura 33) muestran la mayor carga de mortalidad masculina por esta causa y las variaciones en el tamaño de la brecha por sexo en 28 países. En efecto, en sólo tres países la tasa de mortalidad de las mujeres llegó a 50% de la tasa de los hombres; en otros 18, las tasas de mortalidad de las mujeres representaron una proporción igual o inferior a 30% de las tasas de los hombres. Los cinco países con las mayores tasas de mortalidad masculinas (entre 100 y 139 por 100.000 hombres) se registraron, en orden descendente, en México, Nicaragua, Guyana, Guatemala y Bolivia. Entre las mujeres, las tasas más altas oscilaron entre 30 y 54 por 100.000 y se dieron –de mayor a menor– en Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Perú, Nicaragua y México.

Figura 33. Tasas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (por 100.000 habitantes) en el grupo de 45 a 64 años de edad, según sexo, 28 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



Nota: Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

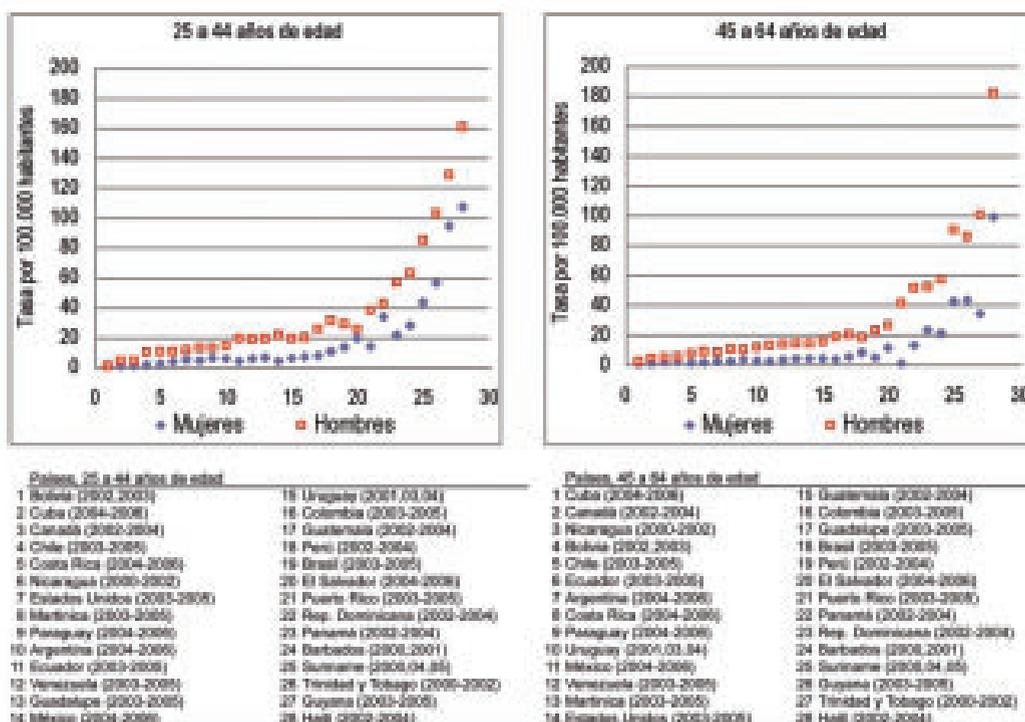
⁷ Las tasas estimadas de mortalidad se obtienen de las tasas de mortalidad registradas corregidas por el subregistro y la redistribución de causas asignadas a la categoría de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (CIE-10: R00-R99). Fuente: <http://www.paho.org/English/SHA/glossary.htm>.

Infección por VIH

La enfermedad por VIH/sida aparece como la cuarta causa de mortalidad de los hombres en el Caribe Latino y No-Latino (véase el cuadro 2). Aunque las tasas de mortalidad masculina han sido y siguen siendo más altas que las femeninas a lo largo y ancho de la Región, la proporción anual de nuevas infecciones es más alta entre las mujeres en varios países, especialmente en el grupo de edad de 15 y 24 años. (Véase también el capítulo sobre salud reproductiva en esta misma publicación).

En la figura 34 se presentan las tasas de mortalidad debida a enfermedad por VIH de mujeres y hombres en los grupos de 25 a 44 años y 45 a 64 años de edad en 28 países de la Región alrededor de 2004-2006. En cuanto a diferenciales de mortalidad por sexo, en el grupo de 25 a 44 años de edad, las tasas más altas para las mujeres y los hombres se registraron en Haití, con 107 y 160 por 100.000 habitantes, respectivamente. Las tasas más bajas se registraron en Bolivia, con 0,6 y 1,1 para las mujeres y los hombres, respectivamente. En el grupo de 45 a 64 años de edad, las tasas correspondientes a mujeres y hombres fueron, en el extremo superior, 98 y 181 por 100.000 habitantes en Haití, y en el inferior, 0,1 y 2,0 en Cuba. Para ambos sexos, las cifras indican que cuatro países del Caribe (Haití, Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago) exhiben las tasas de mortalidad más elevadas, de 64 a 130 por 100.000 habitantes, en ambos grupos de edad. En el extremo opuesto se encuentran Bolivia, Canadá, Cuba y Nicaragua, con tasas de menos de 3 por 100.000 habitantes.

Figura 34. Tasas de mortalidad debido a enfermedad por VIH (por 100.000 habitantes) en los grupos de edad de 25 a 44 años y 45 a 64 años, según sexo, 28 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



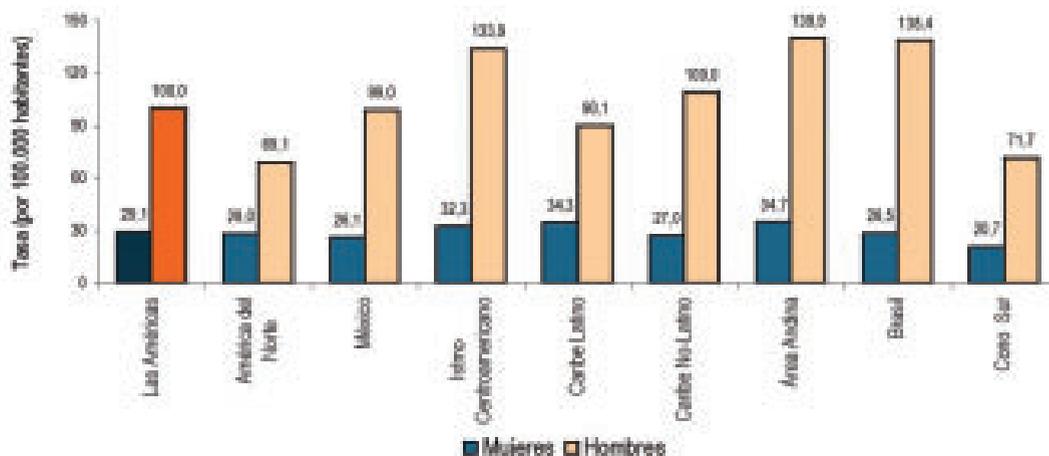
Nota: Países en orden ascendente de la tasa de ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

Causas externas

La mayor diferencia por sexo entre las causas de mortalidad que afectan a ambos sexos se observa en las causas externas,⁸ la mayoría de las cuales surgen de roles y expectativas culturales asociados con la masculinidad y particularmente prevalentes entre la población joven. La figura 35 indica que, para la Región en su conjunto (2003-2005), la tasa ajustada de mortalidad masculina por causas externas fue tres veces la tasa de las mujeres. Sin embargo, esa tasa fue casi cinco veces más entre los hombres que entre las mujeres en Brasil y cuatro veces más en el Istmo Centroamericano, el Área Andina, el Caribe No-Latino y México. En América del Norte y el Caribe Latino la razón de mortalidad hombre:mujer fue 2,5.

Figura 35. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por causas externas (por 100.000 habitantes), según sexo y subregión, Región de las Américas, 2003-2005



Fuente: OPS, Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008.

Accidentes de transporte

Los accidentes de transporte terrestre representaron la cuarta causa de mortalidad masculina en el Área Andina y Brasil y la quinta en México (véase el cuadro 2). La figura 36 muestra que en la población de 15 a 24 años de edad y, más aún, en la de 25 a 44 años de edad, la mortalidad de las mujeres por accidentes de transporte tiende a ser menor que la de los hombres. La razón de las tasas hombre:mujer en el grupo de 25 a 44 años de edad es significativamente mayor que en el grupo de 15 a 24 años de edad en todos los países analizados.

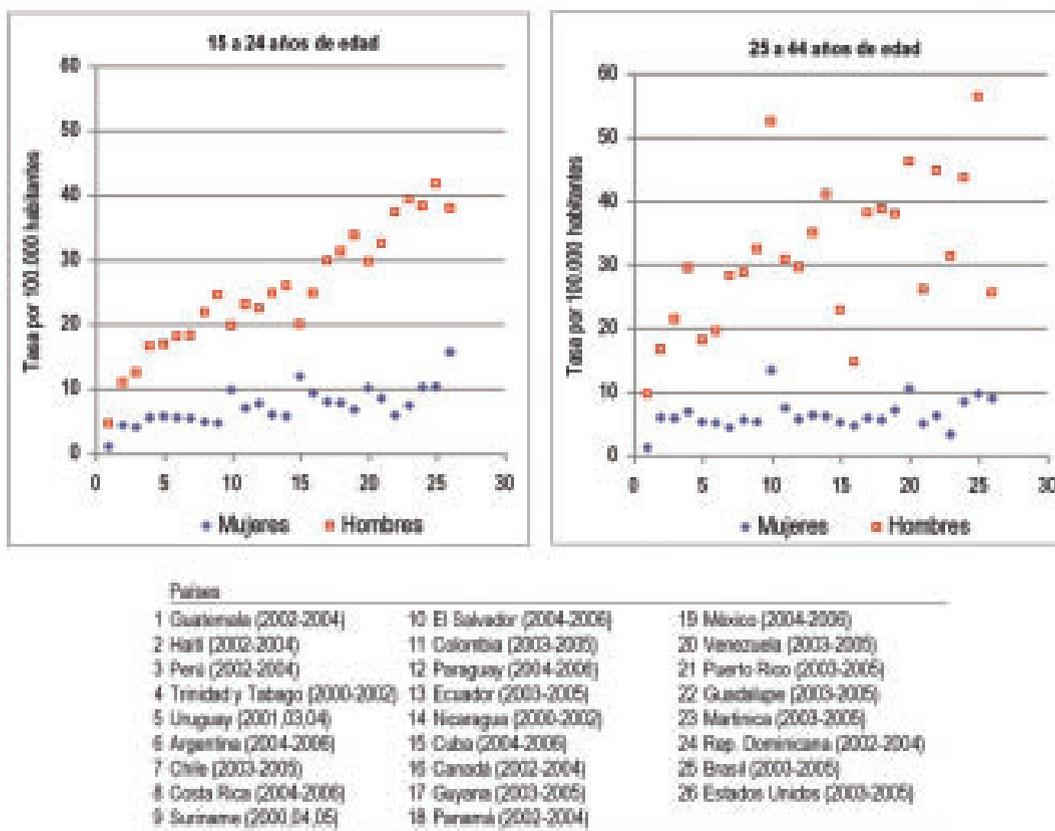
La mortalidad masculina por accidentes de transporte aumenta en el grupo de 25 a 44 años de edad con respecto a la mortalidad por esta causa en la población de 15 a 24 años de edad en 22 de los 26 países o territorios analizados, mientras que la de las mujeres disminuye en 14 de estos 26 países o territorios estudiados. Los únicos cuatro países o territorios donde la mortalidad masculina por accidentes de transporte se redujo con la edad fueron Canadá, Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico.

El predominio masculino en la mortalidad por accidentes de transporte, así como el aumento de este predominio con la edad, tiene raíces en valores culturales que propician la mayor movilidad de los hombres fuera del hogar, particularmente en edades adultas; en el acceso diferencial por sexo a recursos económicos que facilitan tal movilidad y en la valoración —o tolerancia— cultural de conductas de riesgo y agresividad

⁸ Esta categoría incluye las causas clasificadas en el Capítulo XX de la CIE-10 (códigos V01-Y89).

asociadas con la masculinidad. La mayor mortalidad por accidentes en los hombres comienza a observarse desde la infancia, como lo indica la información para el grupo de 1 a 4 años de edad (Figura 37). Este hecho puede ser indicativo de una socialización diferencial de niñas y niños, que se traduce en riesgos también diferentes que estarían afectando mayormente a los varones. Por otro lado, si existiese un elemento genético que explicara el exceso de accidentes entre los hombres con respecto a las mujeres, la mortalidad femenina más alta en este grupo de edad que alcanza a advertirse en algunos de los países analizados constituiría un serio motivo de reflexión en cuanto a sus causas.

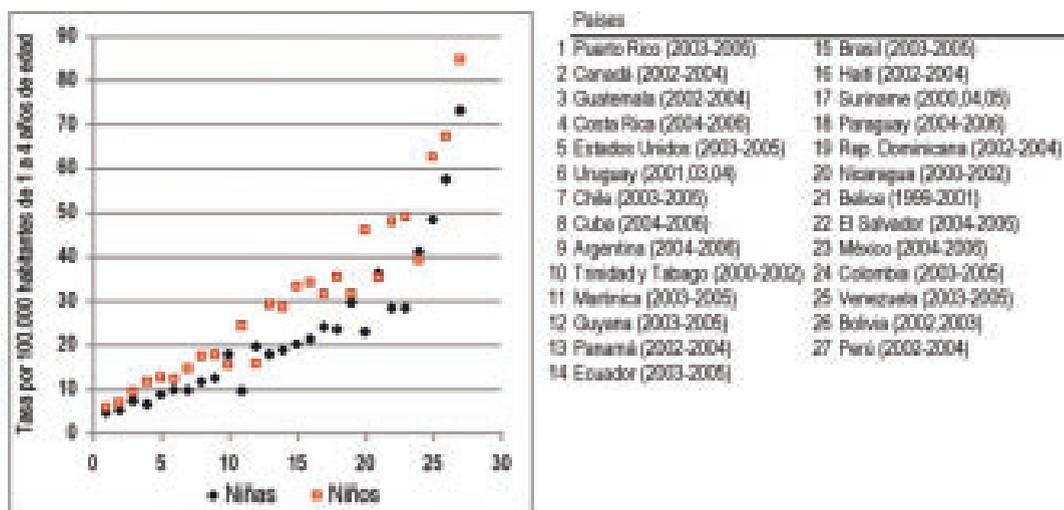
Figura 36. Tasas de mortalidad por accidentes de transporte (por 100.000 habitantes) en los grupos de edad de 15 a 24 y 25 a 44 años, según sexo, 26 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



Nota: Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Figura 37. Tasas de mortalidad por accidentes en niños y niñas de 1 a 4 años (por 100.000 habitantes), 27 países de las Américas, alrededor de 2004-2006



Notas: 1) Se incluyen los países con un mínimo de 10 defunciones de 1 a 4 años de edad por estas causas.

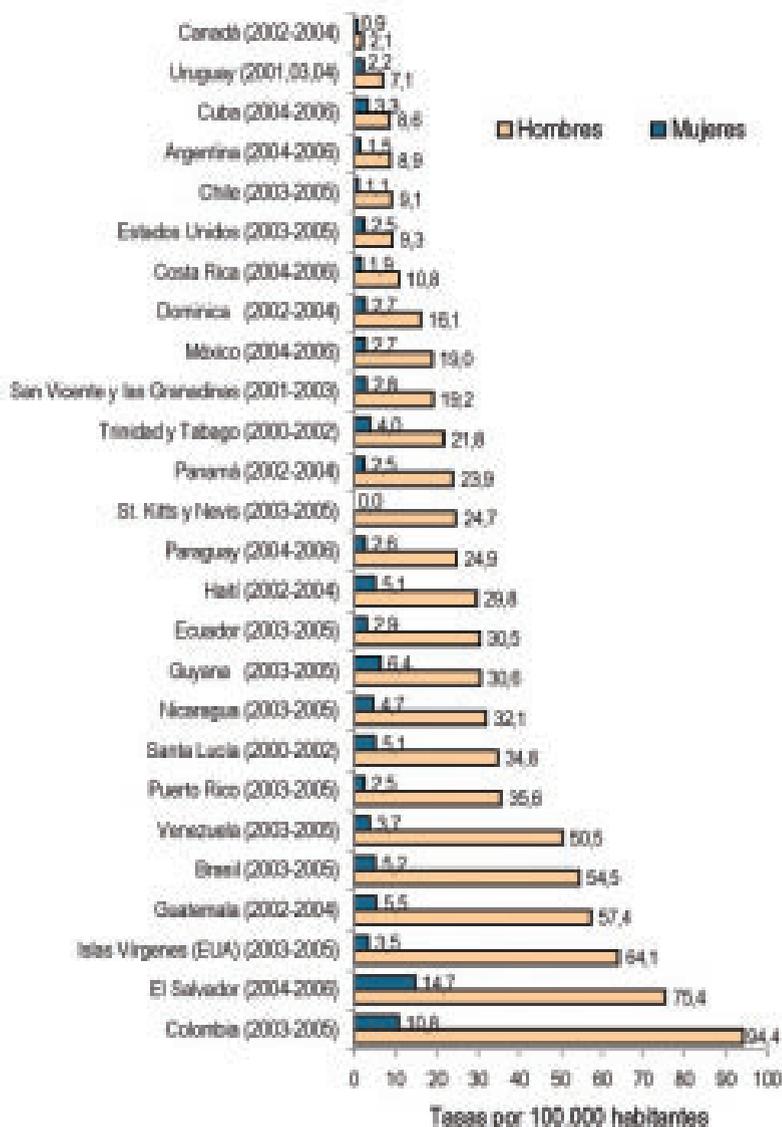
2) Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Homicidio

De las causas externas de mortalidad, los homicidios exhiben las diferencias por sexo más pronunciadas. En la figura 38 se observa que para el período alrededor de 2003-2005, las tasas de mortalidad por homicidio de las mujeres de todas las edades fueron desde menos de 1 por 100,000 habitantes en Canadá y St. Kitts y Nevis, hasta y 14,7 en El Salvador. En comparación, las tasas de los hombres oscilaron entre 2,1 en Canadá y 94,4 por 100.000 habitantes en Colombia.

Figura 38. Tasas de mortalidad ajustada por edad por homicidio (por 100.000 habitantes), según sexo, 26 países de las Américas, alrededor de 2003-2005



Nota: Países en orden ascendente de la tasa homicidio en los hombres.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Suicidio

El suicidio es un indicador negativo extremo de la salud mental de las personas que, como en el caso de otras violencias, afecta desproporcionadamente la supervivencia de los hombres. Como puede apreciarse en la figura 39, en todos los países de la Región el número de suicidios tiende a ser sustancialmente mayor entre los hombres que entre las mujeres, llegando en las Islas Vírgenes (EUA) y Puerto Rico hasta 23 y 10 veces más que en las mujeres, respectivamente.

Figura 39. Tasas de mortalidad ajustada por edad por suicidio y lesiones autoinfligidas (por 100.000 habitantes), según sexo, 24 países de las Américas, alrededor de 2003-2005



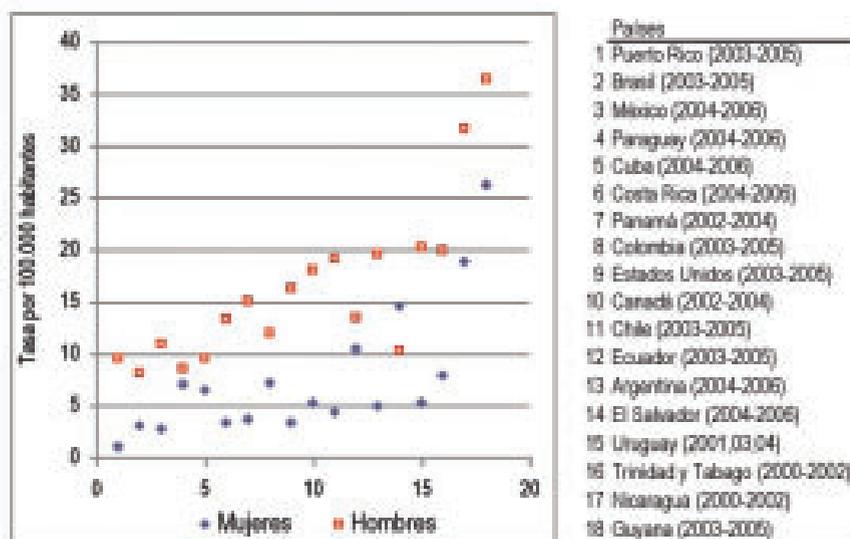
Nota: Países en orden ascendente de la tasa en los hombres.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Este tipo de violencia autoinfligida reviste una importancia particular durante la adolescencia, etapa de la vida en la cual llega a constituirse en primera o segunda causa de muerte en ambos sexos. Según datos de la OPS, alrededor de 2004-2006, en el grupo de 15 a 24 años de edad, el suicidio constituyó la primera causa de mortalidad para las mujeres en Ecuador, Guyana y Nicaragua, al igual que para los hombres en Argentina, Chile y Uruguay. En otros nueve países, el suicidio fue la segunda causa de mortalidad para las mujeres de 15 a 24 años de edad y en cinco países, la segunda causa para los hombres del mismo grupo de edad (19).

En la figura 40 se observa que las tasas de suicidio entre jóvenes varían según el país. Alrededor de 2004-2006, los países con las tasas más altas de suicidio entre jóvenes de 15 a 24 años de edad fueron Guyana, con 31 por 100.000 habitantes, y Nicaragua, con 25 por 100.000 habitantes. Los países con tasas más bajas fueron Puerto Rico y Brasil, ambos alrededor de 5 por 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad por suicidio en este grupo de 15 a 24 años de edad fueron más altas para el sexo masculino en todos los países, con la excepción de El Salvador, donde la tasa fue de 15 por 100.000 para las mujeres y de 10 por 100.000 para los hombres. Las tasas de hombres y mujeres eran casi iguales en Ecuador y Paraguay. En Colombia, Cuba, Guyana y Nicaragua las razones hombre:mujer de las tasas de suicidio fueron inferiores a dos; y en los once países restantes, la tasa de los hombres fue más del doble –y en siete de ellos, más de cuatro veces– la de las mujeres

Figura 40. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes), en el grupo de 15 a 24 años de edad, según sexo, 18 países de las Américas. Alrededor de 2004-2006

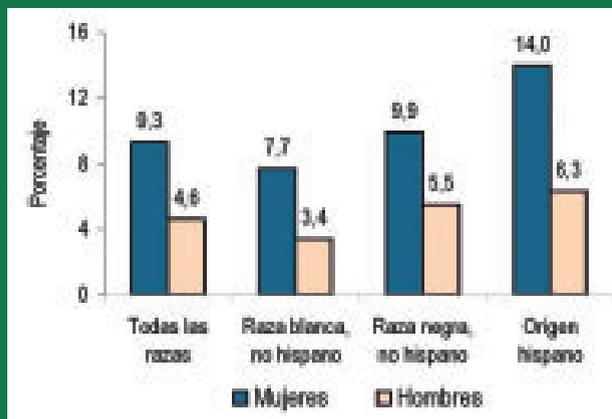


Nota: Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Dados los problemas culturales y legales que afectan la certificación médica del suicidio como causa de muerte, las estadísticas disponibles probablemente no reflejen la magnitud real de este problema. Si bien la mortalidad por suicidio tiende a ser mayor entre los hombres, los intentos de suicidio tienden a ser más frecuentes entre las mujeres. La figura 41 muestra que los factores culturales y étnicos pueden contribuir a esta situación complicada y multifacética.

Figura 41. Estudiantes de 9° a 12° grado que intentaron suicidarse (%), según sexo, por raza y origen hispano, Estados Unidos, 2007



Nota: Los datos son para los 12 meses anteriores a la encuesta.
 Fuente: National Center for Health Statistics. Health, United States, 2008. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>

Aparte de los homicidios y suicidios, en ocho países de la Región se registraron altas tasas de mortalidad por lesión de intención no determinada⁹ en la población de 25 a 44 años de edad, que entre las mujeres alcanzaron un máximo de 11,5 por 100.000 habitantes en Guatemala. Entre los hombres el máximo también se registró en Guatemala, con una tasa de 85,3 por 100.000 habitantes y el mínimo en Haití, cuya tasa fue de 16,7 por 100.000 habitantes (Cuadro 4). En varios de estos países (por ejemplo, Perú, República Dominicana y Suriname), las tasas de mortalidad por lesión de intención no determinada son mucho más altas que las de homicidio y suicidio.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad por lesión de intención no determinada (por 100.000 habitantes) en el grupo de 25 a 44 años de edad, según sexo, ocho países de la Región de las Américas, alrededor de 2003-2005

Pais	Mujeres	Hombres
Haiti (2003-2004)	5,8	16,7
Guyana (2003-2005)	3,7	18,2
Perú (2003-2004)	5,9	25,6
Guayana Francesa (2003-2005)	2,5	48,0
República Dominicana (2002-2004)	8,0	55,0
Venezuela (2003-2005)	4,7	56,5
Suriname (2000,04,05)	9,8	61,2
Guatemala (2002-2004)	11,5	85,3

Nota: Países en orden ascendente de la tasa en los hombres.
 Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

⁹ Cuando no es posible determinar si la muerte fue resultado de un accidente, homicidio, o suicidio, se clasifica como lesión de intención no determinada.

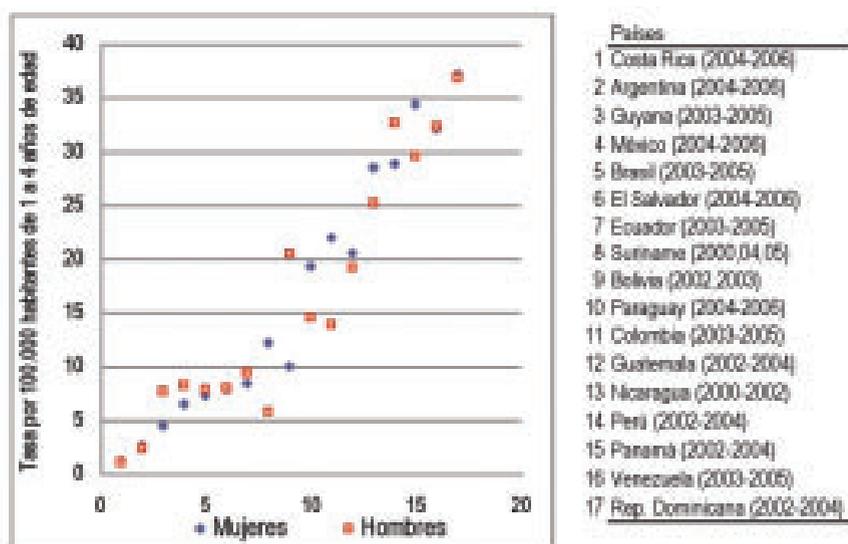
PROBLEMAS NUTRICIONALES

Pese a que la pobreza ha disminuido en la Región de las Américas, las deficiencias nutricionales —indicador estrechamente relacionado con la falta de recursos económicos— siguen constituyendo un problema de salud extendido y que causa discapacidad en muchos grupos de población excluidos y marginados. Los roles y normas de género construidos socialmente interactúan con las diferencias biológicas entre mujeres y hombres para afectar su estado nutricional. Aunque la mala nutrición afecta a ambos sexos, las mujeres, por su rol social y razones biológicas, experimentan un mayor riesgo de sufrir carencias nutricionales. Es más, por razones pertinentes a su rol reproductivo, como son la menstruación, el embarazo y la lactancia, sus requerimientos de nutrientes son mayores durante la edad fecunda. Esta necesidad biológica de las mujeres se transforma en carencia dentro de ciertos grupos como efecto, no solo de la pobreza del entorno que les impide adquirir alimentos apropiados, sino también de la ausencia de intervenciones que reconozcan su rol y respondan a sus necesidades.

Los problemas nutricionales de las mujeres generan un ciclo vicioso de desnutrición. El estado nutricional de los niños y niñas recién nacidos está relacionado con el estado nutricional de la madre durante el embarazo y la lactancia. La nutrición deficiente de estos niños y niñas recién nacidos se manifiesta en las etapas siguientes de su ciclo de vida, limitando el desarrollo de sus capacidades y su productividad y, en el caso de las mujeres, incrementa los riesgos relacionados con su función materna y reproductiva. A la pobreza y marginación se suma, en algunos grupos sociales, la inequidad en la distribución de los recursos alimentarios dentro del hogar, que, como han revelado investigaciones antropológicas, tiende a privilegiar desde temprano en la vida al niño y al hombre “proveedor”.

Aunque por lo general no se reconoce una desigualdad en el estado nutricional de niños y niñas, la información sobre mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia durante la niñez presentada en la figura 42 proporciona elementos que podrían señalar que tal desigualdad existe. Por otro lado, la forma más conocida de deficiencia nutricional de las mujeres en edad reproductiva es la anemia ferropénica, que se analizará en la sección de salud reproductiva.

Figura 42. Tasas de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en el grupo de 1 a 4 años de edad (por 100.000 habitantes), según sexo, en 17 países de la Américas, alrededor de 2004-2006

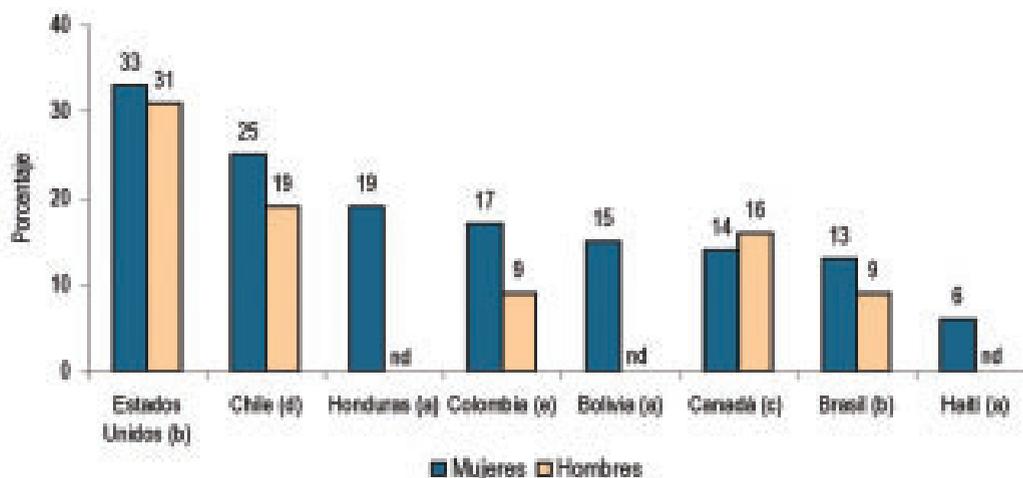


Notas: 1) Se incluyen los países con tres defunciones y más por esta causa, en el grupo de edad y en cada sexo. No se incluye Haití, que tiene una tasa de 277 por 100.000 habitantes en hombres y 348 por 100.000 en mujeres.
2) Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.

Además de las inequidades con respecto a la nutrición, un problema de importancia creciente en la Región es el de la obesidad, que conlleva riesgos de adquirir enfermedades crónicas, y que tiende a ser más grave entre las mujeres, como lo sugieren las cifras disponibles para algunos países. En la figura 43 se observa que en ocho países con información disponible, la obesidad entre las mujeres varía entre 33% en los Estados Unidos y 6% en Haití; en los otros países (Chile, Honduras, Colombia, Bolivia, Canadá y Brasil) las tasas están entre 25% y 13%. En cuatro de los cinco países con datos por sexo, la proporción de obesidad para las mujeres es mayor que para los hombres. Solo en Canadá se da la situación inversa.

Figura 43. Prevalencia de obesidad (%), según sexo, ocho países de las Américas con información disponible, 2002-2006



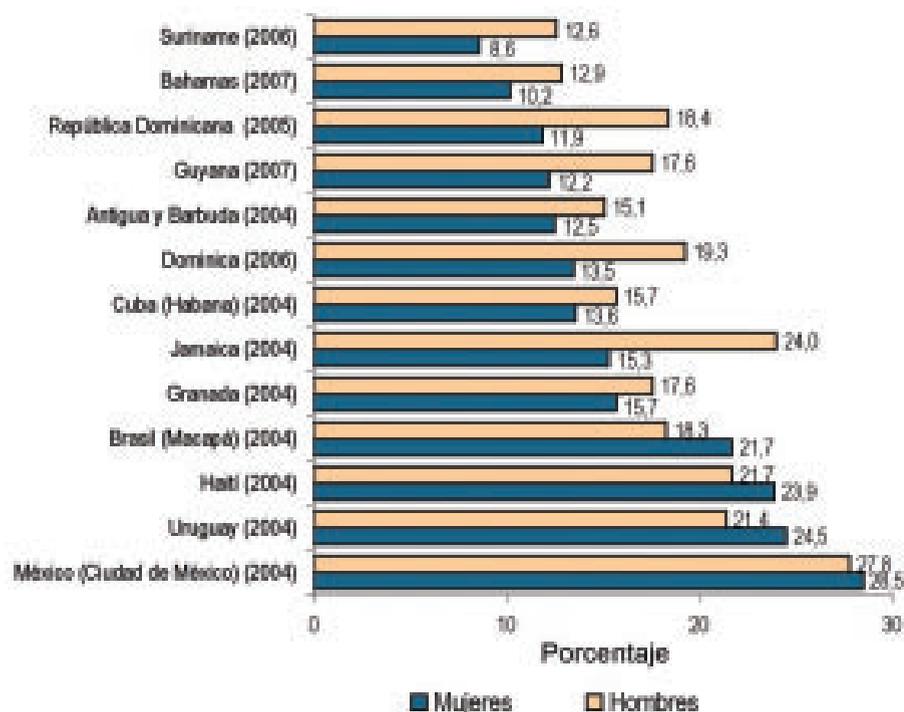
Notas: nd: datos no disponibles 1) Edad: (a) 20 años y más; (b) 17 años y más; (c) 15 a 49 años; (d) 18-64 años; (e) 18 años y más.
 2) Países en orden descendente de la tasa en las mujeres.
 Fuente: OPS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2007.

Otro problema nutricional tiene que ver con los trastornos alimentarios, del tipo de la anorexia y la bulimia, que afectan de manera particular a las mujeres de estratos sociales privilegiados, especialmente durante la adolescencia. Estos trastornos de privación alimentaria se asocian en muchos casos con estereotipos culturales de belleza femenina que valoran la delgadez.

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

Un comportamiento de riesgo asociado particularmente con problemas cardiovasculares y neoplasia maligna del pulmón es el consumo de tabaco. Este hábito ha sido tradicionalmente más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, y aunque esta tendencia se mantiene vigente, la brecha entre los sexos ha ido reduciéndose, como consecuencia de cambios sociales y económicos que han modificado las expectativas culturales respecto a la femineidad y han facilitado a las mujeres el acceso a imágenes modernas y recursos económicos propios. Es más, se ha estimulado el consumo de cigarrillos por medio de campañas publicitarias dirigidas específicamente a las mujeres. Estos cambios se han traducido en un aumento del tabaquismo de las mujeres, particularmente de las jóvenes, cuyas consecuencias se están traduciendo en aumentos de las tasas de mortalidad por neoplasia maligna de pulmón en la población femenina, especialmente en los países más desarrollados (véase la figura 32). La información disponible de 13 países de América Latina y el Caribe (2000-2007) presentada en la figura 44 indica que en el grupo de 13 a 15 años de edad el porcentaje de uso de tabaco entre las mujeres excedía el de los hombres en cuatro países o ciudades: Brasil (Macapá), Haití, Uruguay y México (Ciudad de México).

Figura 44. Prevalencia de uso de tabaco¹ en adolescentes de 13 a 15 años de edad (%), según sexo, 13 países o ciudades de las Américas, alrededor de 2000-2007



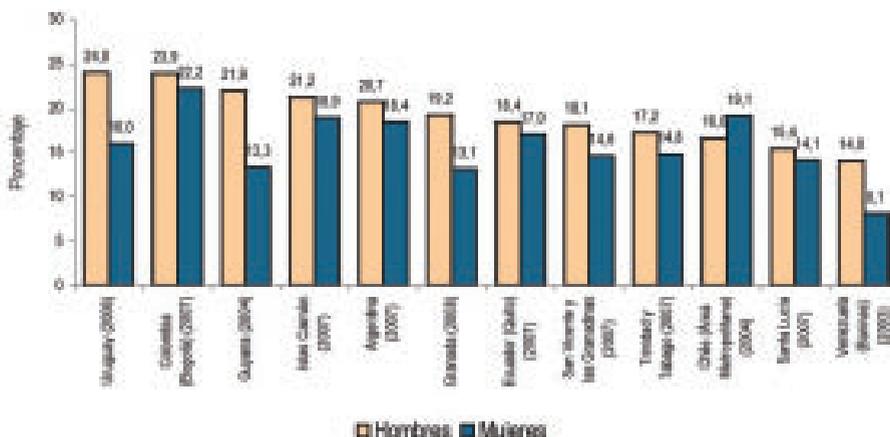
¹ Uso de cualquier cantidad de un producto de tabaco durante los 30 días anteriores a la encuesta.

Nota: Países en orden ascendente del consumo de tabaco en mujeres.

Fuente: OPS, Proyecto de Información y Análisis de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/Spanish/sha/coredata/tabulator/newtabulator.htm>. Consultado el 8 de mayo de 2009.

De igual manera, las brechas en el consumo de alcohol entre mujeres y hombres han disminuido, especialmente entre los jóvenes. En un estudio reciente de estudiantes de 13 a 15 años de edad, se encontró que de 14% a 24% de los hombres y de 8% a 19% de las mujeres habían enfrentado problemas de salud, escolares, familiares o con sus amigos, o se habían visto involucrados en peleas como consecuencia del consumo de alcohol (Figura 45). Las diferencias de los porcentajes entre hombres y mujeres no son significativas y en Chile (Área Metropolitana), el porcentaje de mujeres fue más alto que el de hombres. El consumo de alcohol es un problema que debe ser integrado en las iniciativas orientadas a promover una vida saludable con el fin de evitar consecuencias en la salud, así como cargas sociales y financieras adicionales para la familia y el estado.

Figura 45. Estudiantes de 13 a 15 años de edad que han tenido problemas¹ como consecuencia de consumo de alcohol al menos una vez en su vida (%), según sexo, 12 países o ciudades de las Américas, alrededor de 2007



¹ Malestar físico, problemas con la familia o amigos, abandono escolar o participación en peleas.

Nota: Países y ciudades en orden descendente del porcentaje para los hombres.

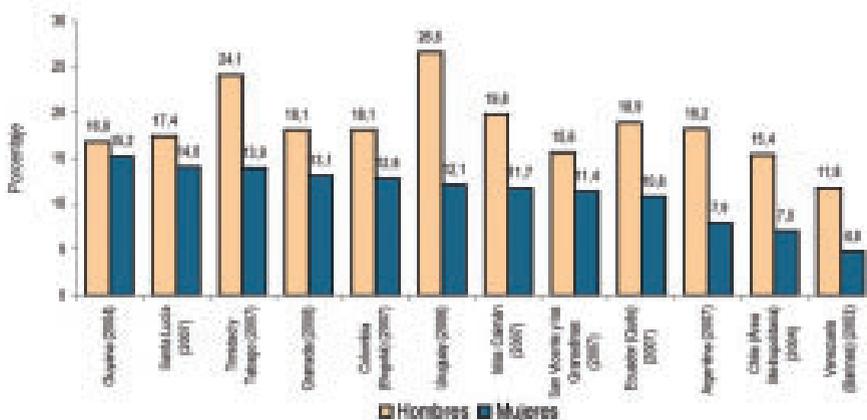
Fuente: WHO Global School-based Student Health Survey. <http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/index.html>. Consultado el 26 de junio de 2009.

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

Falta de actividad física

Aunque es reconocido que la actividad física como un hábito adquirido en edades tempranas contribuye a mantener una vida saludable hasta edades avanzadas, esta práctica no constituye una rutina de la vida diaria de los adolescentes. En la figura 46 se observa que en todos los lugares con información, el porcentaje de adolescentes que realiza actividad física es bajo para ambos sexos, aunque es menor entre las mujeres. Las diferencias en la actividad física por sexo son significativas en Argentina, Chile (Área Metropolitana), Uruguay y Venezuela (Barinas), donde el porcentaje de los hombres es más del doble que el de las mujeres. En Trinidad y Tabago, Islas Caimán y Ecuador el porcentaje de varones que realiza actividad física casi duplica el de las mujeres.

Figura 46. Estudiantes que habían realizado al menos 60 minutos diarios de actividad física en los siete días previos a la encuesta (%), según sexo, 12 países o ciudades de las Américas, alrededor de 2007



Nota: Países y ciudades en orden descendente del porcentaje para las mujeres.

Fuente: WHO Global School-based Student Health Survey. <http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/index.html>. Consultado el 26 de junio de 2009.

Salud ocupacional

Es ampliamente conocido que el trabajo –formal, informal y no remunerado– repercute de manera fundamental en el bienestar económico y social, el poder y el prestigio y que, como determinante social importante, afecta la salud de las personas. Así, el lugar de trabajo es también un espacio donde las desigualdades de género se manifiestan con impactos sobre la salud (20). También es evidente que, por conciliar los tiempos dedicados al trabajo productivo y reproductivo y de cuidado en el hogar y la comunidad, las jornadas de trabajo de las mujeres son más extensas y tienen repercusiones en el desarrollo y mantenimiento de su salud.

Los lugares y condiciones de trabajo pueden constituir riesgos que afectan la salud de las mujeres y los hombres de manera diferente. Por ejemplo, el trabajo en la construcción y en la minería puede exponer a accidentes y causar mortalidad proporcionalmente más alta en los hombres. Por otra parte, el trabajo en las plantaciones bananeras y en la floricultura puede exponer a mujeres y hombres a productos químicos tóxicos que podrían contribuir a la incidencia de neoplasias malignas, generar problemas reproductivos y aun causar la muerte. La exposición al humo por la utilización de leña como combustible en los hogares puede causar enfermedades respiratorias, especialmente en las mujeres que realizan el trabajo doméstico.

A pesar de que hay más conocimiento sobre los problemas asociados con el trabajo de los hombres, últimamente se han identificado varios riesgos relacionados con trabajos en los que predominan las mujeres. Por ejemplo, en las maquiladoras de América Latina, se ha constatado que las mujeres están expuestas a productos químicos nocivos, riesgos ergonómicos, ruido y estrés (20, 21). Asimismo, las mujeres están expuestas a acoso sexual en sus lugares de trabajo más a menudo que los hombres, y la fatiga relacionada con el trabajo es también más común entre ellas (20).

Problemas de salud asociados a la longevidad

Dado el envejecimiento de la población de las Américas, la documentación de las diferencias por sexo en la salud de los adultos mayores es crucial para diseñar iniciativas que respondan adecuadamente a las necesidades específicas de ese grupo de población. Las enfermedades que aquejan a los hombres y las mujeres en edades avanzadas son distintas y, por lo tanto, la respuesta del sector salud debe ser diferenciada.

Como producto de estudios sobre la salud y bienestar de la población adulta mayor realizados en América Latina y el Caribe y otros que se han realizado en Estados Unidos y Canadá, se conoce que la hipertensión, la diabetes mellitus y la discapacidad, entre otros, son problemas que afectan a los adultos mayores (1). Por otra parte, las mujeres de 60 años y más de edad presentan mayor grado de discapacidad que los hombres del mismo grupo de edad. Como se mostró anteriormente (véase la figura 23), de las encuestas realizadas en siete ciudades de las Américas, entre 16% y 23% de las mujeres de 60 años y más de edad tenían limitaciones para bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a la silla o caminar. Entre 11% y 14% de los hombres estaban afectados por estas limitaciones. Las mujeres también tienen más problemas de osteoporosis y artritis. Por ejemplo, en los Estados Unidos en 2004, la tasa de hospitalización por fractura de la cadera por 100.000 personas fue el doble entre las mujeres que entre los hombres o 1.113 y 558 por 100.000 personas, respectivamente (22).



IV. SALUD REPRODUCTIVA Y ACCESO A SERVICIOS

El concepto de salud reproductiva adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) incluyó elementos relacionados con la capacidad de llevar una vida sexual satisfactoria y sin riesgo; la libertad para decidir sobre la propia reproducción y el acceso a información, medios y servicios para tener embarazos y partos sin riesgo.

La mayor diferencia cualitativa entre las mujeres y los hombres con respecto a la salud está determinada por la actividad sexual y reproductiva. Sobre las mujeres recaen las consecuencias biológicas del embarazo, el parto y la lactancia, así como la responsabilidad asignada por la sociedad del cuidado de los hijos. Las mujeres llevan la mayor carga de la anticoncepción y son más vulnerables a infecciones de transmisión sexual. Como resultado, los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva representan aproximadamente 20% de la carga total de enfermedad de las mujeres y 15% de la de los hombres (1). Las relaciones de poder desiguales entre los sexos prevalentes en las sociedades de las Américas limitan a las mujeres el control de su propia sexualidad y su capacidad de protegerse de relaciones sexuales y embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual, cuyos resultados son devastadores.

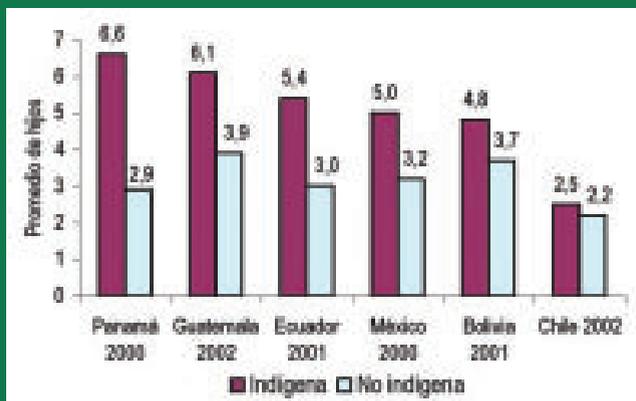
FECUNDIDAD

El creciente ingreso de las mujeres al mercado laboral y su mayor acceso a la educación formal en las últimas décadas son fenómenos que han fortalecido su autonomía e influido en la naturaleza de las relaciones entre los sexos y la capacidad de los individuos de tomar decisiones sobre sus vidas. Uno de los resultados de tales cambios es el creciente control de las mujeres sobre su reproducción, que, conjugado con el acceso a mejores tecnologías de anticoncepción, ha contribuido a que el número de hijos por mujer en América Latina y el Caribe haya disminuido de cerca de 6 en el quinquenio 1955-1959 (23) a 2,3 en 2008 (3), es decir, una reducción de aproximadamente 60% en 48 años.

No obstante, la disminución en la fecundidad no se ha manifestado en todos los países por igual. Hay desventajas socioeconómicas persistentes que caracterizan a ciertos grupos de la población y que constituyen una barrera a las decisiones que podrían tomar las mujeres sobre su reproducción. Así, por ejemplo, en 2008, mientras el número de hijos por mujer fue 2 o menos en Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Martinica, Puerto Rico y gran parte de las islas del Caribe No-Latino, dicho número alcanzó 4,1 en Guatemala y más de 3 en Bolivia, Guayana Francesa, Haití y Honduras (3). Las poblaciones étnicas están aún más afectadas por las altas tasas de fecundidad. La figura 47 muestra que, con excepción de Chile, en todos los países analizados, las mujeres indígenas tienen mayor número de hijos que las mujeres no indígenas. En Panamá, por ejemplo, en 2000, el número de hijos promedio de las mujeres indígenas duplicó el número registrado para las mujeres no indígenas.

Más allá de los efectos positivos de la planificación del embarazo en la salud de las mujeres y sus hijos, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer contribuye al logro de la igualdad de género, establecida como tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Figura 47. Tasa global de fecundidad, población indígena y no indígena, seis países de las Américas, ronda de censos de 2000



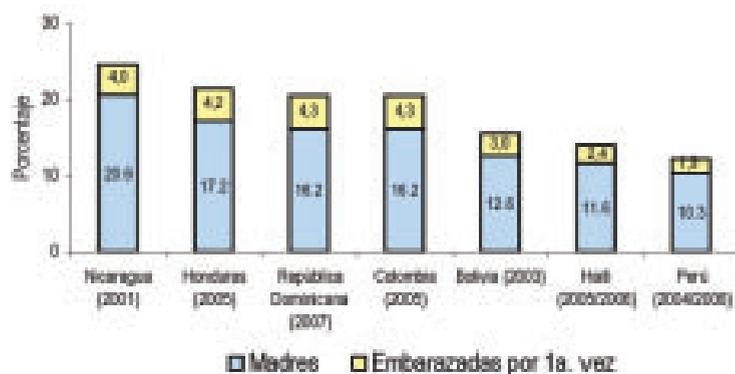
Nota: Países en orden descendente de la TGF en la población indígena.
 Fuente: CEPAL, Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas.

EMBARAZO Y MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo y la maternidad en la adolescencia pueden tener repercusiones graves en el futuro de las madres jóvenes y sus niños, no solo en relación con su salud física, sino también por las restricciones que la maternidad temprana impone sobre las oportunidades educacionales, sociales y laborales. La población adolescente, especialmente la de clase socioeconómica baja, constituye un grupo con desventajas particulares en cuanto al acceso y uso de recursos de salud sexual y reproductiva. Esto explica, al menos parcialmente, que la tasa específica de fecundidad de las adolescentes se mantenga alta en la Región de las Américas.

Según las encuestas demográficas y de salud realizadas en los últimos años en algunos países de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez al momento la encuesta fluctuó entre 12,2% en Perú y 24,6% —una de cada cuatro— en Nicaragua (Figura 48).

Figura 48. Adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya son madres o están embarazadas por primera vez (%), siete países de las Américas, año más reciente con información disponible



Fuente: ORC Macro, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 2 de septiembre de 2008.

Como se observa en el cuadro 5, existen diferencias por grado de educación y por zona de residencia. Entre las adolescentes de nivel educacional más alto la proporción de madres o embarazadas por primera vez es más baja. También es más baja entre las adolescentes que viven en las zonas urbanas que entre las que viven en las zonas rurales.

Cuadro 5. Adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez (%), según grado de educación y zona de residencia, siete países de las Américas, año más reciente con información disponible

Pais	Sin educación	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Zona urbana	Zona rural	Total
Nicaragua (2001)	46,3	32,4	16,3	21,3	30,2	24,7
Honduras (2005)	46,3	31,5	10,5	17,7	26,0	21,5
República Dominicana (2007)	51,3	32,0	14,7	18,3	26,0	20,6
Colombia (2005)	52,3	42,3	16,3	18,5	26,9	20,5
Bolivia (2003)	47,2	25,2	9,8	12,9	21,9	15,7
Haití (2005/06)	30,0	16,6	8,7	11,0	16,7	14,0
Perú (2004/06)	nd	33,2	9,0	8,4	21,1	12,2

Nota: Países en orden descendente del total.

Fuente: ORC Macro, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. En <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 2 de septiembre de 2008.

Estos porcentajes han variado muy poco en los últimos años. Durante la década 1995-2005, de cuatro países con información disponible —Bolivia, Colombia, Haití y República Dominicana—, hubo cambios de magnitud importante en el porcentaje de adolescentes sin educación que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez en Bolivia y la República Dominicana. En Bolivia el porcentaje aumentó de 37,5 a 47,2 y en la República Dominicana, disminuyó de 58,3 a 51,5 (24).

Es común ver a las niñas criando niños. Se quedan como madres solteras. Esto no es nada nuevo, siempre ha sucedido.

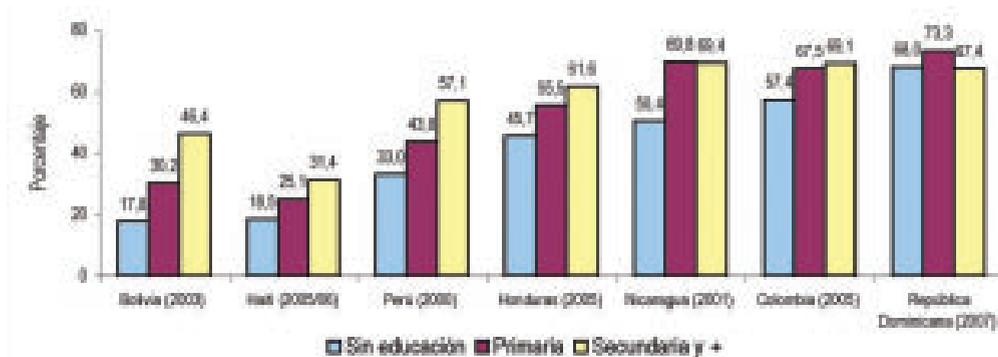
Mujer adolescente, comunidad Garífuna, Guatemala.

USO DE ANTICONCEPTIVOS

Los datos de América Latina y el Caribe de alrededor de 2005 indican que el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, que usaba algún método anticonceptivo alcanzó 68% en promedio, aunque alrededor de 10 países y territorios presentaron cifras por debajo de 50%. En Bolivia y Haití, la proporción de uso de algún método anticonceptivo fue menos de 30%, y en Anguila, Guyana, Honduras, Islas Caimán, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela la proporción estuvo entre 30% y 49% (3).

Estas desigualdades entre países también se reproducen dentro de cada país. Como se observa en la figura 49, el análisis por grado de instrucción de las mujeres en unión muestra que el uso de métodos anticonceptivos modernos crece conforme aumenta el nivel de educación, excepto en la República Dominicana, donde el porcentaje de uso de anticonceptivos entre las mujeres con mayor educación es levemente inferior al de las mujeres sin educación. En Bolivia, el porcentaje estimado para las mujeres con mayor educación es 2,7 veces el de las mujeres sin educación.

Figura 49. Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, que usan métodos anticonceptivos modernos (%), según nivel de instrucción, siete países de las Américas, alrededor de 2005

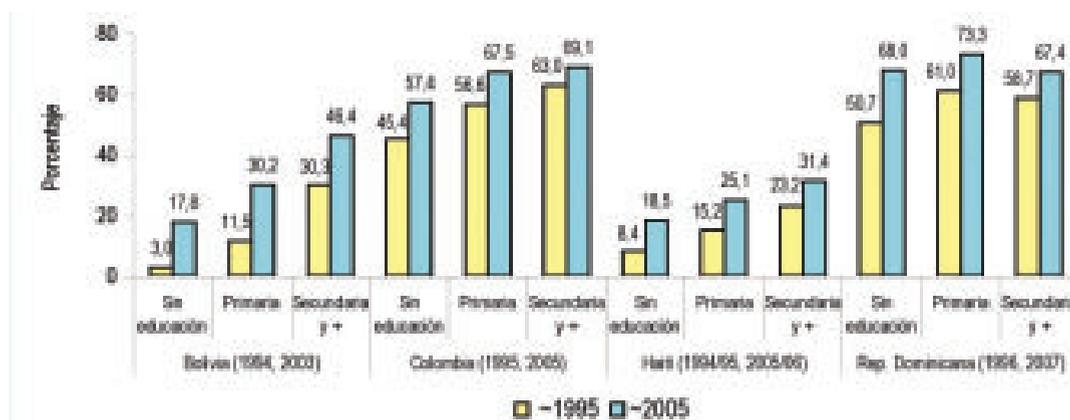


Nota: Países en orden ascendente del uso de anticonceptivos modernos en mujeres sin educación.

Fuente: Macro International Inc. 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 31 de marzo de 2009.

Al comparar el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, que usan métodos anticonceptivos modernos alrededor de 1995 y de 2005 (Figura 50), se observa un aumento para todos los niveles de educación en los cuatro países considerados –Bolivia, Colombia, Haití y República Dominicana.– Bolivia presentó los mayores incrementos en la década, ya que el uso de métodos modernos de planificación entre las mujeres sin educación fue seis veces más alto en el período más reciente, entre las que tienen nivel primario casi se triplicó y entre las de mayor nivel educativo subió 50%.

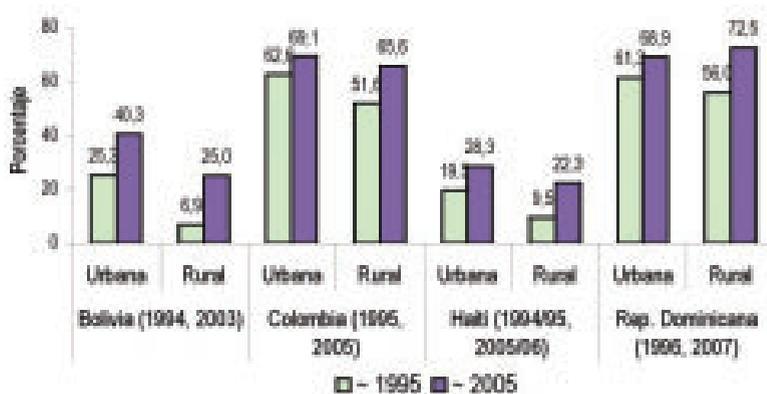
Figura 50. Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, que usan métodos anticonceptivos modernos (%), según nivel de educación, cuatro países de las Américas, alrededor de 1995 y 2005



Fuente: Macro International, Inc., 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com> Consultado el 27 noviembre 2008.

Al considerar la zona de residencia, el incremento en el uso de métodos modernos de planificación familiar en la zona rural fue mayor que en la zona urbana en la década 1995-2005 (Figura 51). En Bolivia, pese al considerable aumento en ambas zonas de residencia, aún se mantiene una pronunciada disparidad entre zonas, con un uso de anticonceptivos mucho más bajo en la zona rural. Por el contrario, en la República Dominicana, en 2007, el uso de anticonceptivos modernos fue más alto en la zona rural (72,5%) que en la urbana (68,9%).

Figura 51. Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, que usan métodos anticonceptivos modernos (%), según zona de residencia, cuatro países de las Américas, alrededor de 1995 y de 2005



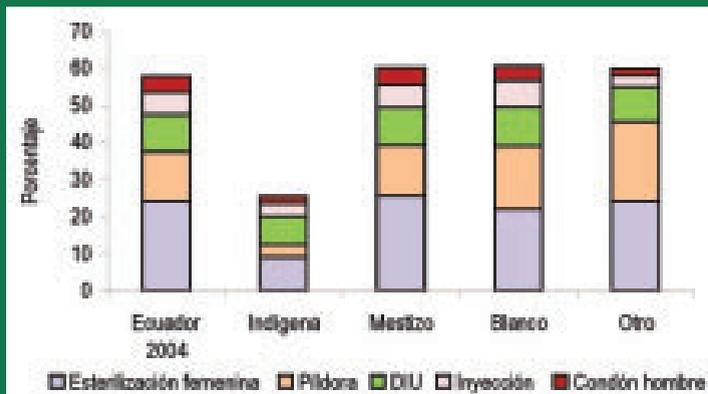
Fuente: Macro International, Inc., 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 27 de noviembre de 2008.

En el campo están mal vistas las mujeres que toman cosas para no tener hijos, tenemos nomás que tener los hijos.

Mujer de la comunidad aledaña al Hospital Achacahi, Bolivia.
 Fuente: OPS. Experiencia ganadora de concurso sobre buenas prácticas 2009.
 Bolivia: Atención primaria de salud con enfoque de género (Servicios de Salud Estrella).

Las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos también se manifiestan entre los grupos de diferente origen étnico (Figura 52). Aunque hay poca información desglosada por esa variable, los datos del Ecuador muestran que, en 2004, menos de 26% de las mujeres indígenas en unión usaban métodos anticonceptivos, aun cuando a nivel nacional el uso estaba sobre 55%. El método anticonceptivo más utilizado por las mujeres en unión de Ecuador, en todos los grupos étnicos, era la esterilización femenina; entre las mujeres indígenas, el segundo método en orden de preferencia era el diafragma intrauterino, y en los demás grupos, la píldora.

Figura 52. Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, que usan métodos anticonceptivos modernos (%), por origen étnico, Ecuador, 2004

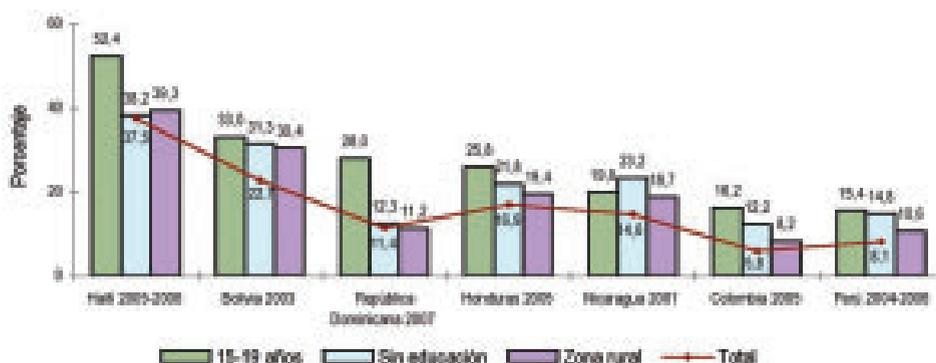


Fuente: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004. Informe Final. Octubre 2005.

Demanda insatisfecha de planificación familiar

La demanda insatisfecha de planificación familiar es un indicador que provee información útil para programar mejoras en el acceso a servicios que ofrecen a las mujeres la opción de evitar los embarazos no deseados. En los siete países analizados (Figura 53), la necesidad insatisfecha de planificación familiar de las adolescentes fue mayor que en las otras categorías analizadas (nivel de educación y área de residencia), excepto en Nicaragua, donde las mujeres sin educación enfrentan mayor demanda insatisfecha que las adolescentes. En Haití, 52% de las adolescentes en unión manifestaron que su necesidad de servicios de planificación familiar estaba insatisfecha. Cabe resaltar que entre los factores asociados a la reducción del embarazo en adolescentes está el acceso a recursos de salud reproductiva y uso de esos recursos, tales como información, métodos y servicios de planificación familiar de calidad.

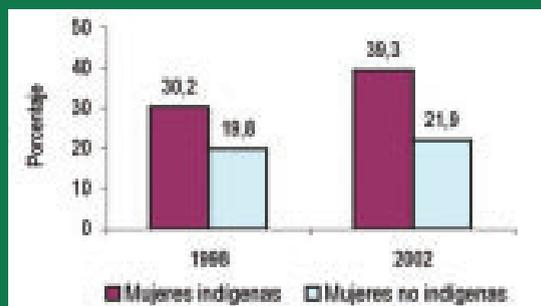
Figura 53. Mujeres de 15 a 49 años de edad, en unión, con demanda insatisfecha de planificación familiar (%), según características seleccionadas, siete países de las Américas, alrededor de 2005



Nota: Países en orden descendente del porcentaje en mujeres de 15 a 19 años.
 Fuente: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATCompiler. <http://www.measuredhs.com> . Consultado el 7 de Mayo de 2009.

La demanda insatisfecha de planificación familiar creció en Guatemala en el período de 1998-2002 tanto para la población indígena como para la no indígena, pero en mayor proporción entre la primera, como se observa en la figura 54. En 1998 la brecha fue de 10 puntos y en 2002, de 17 puntos porcentuales. Esta situación tiene implicaciones para los programas de planificación familiar que no están respondiendo la demanda creciente.

Figura 54. Mujeres indígenas y no indígenas de 15 a 49 años de edad, en unión, con demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar (%), Guatemala, 1998 y 2002



Fuente: CEPAL, Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas.

SALUD MATERNA

La salud de la mujer es la salud de todos. Sin embargo, pareciera ser que a cambio de traer otra vida al mundo, ella debiera perder la suya propia.

Mujer aimara, Bolivia (25)

Nacimientos con alto riesgo

El derecho a decidir el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos ha sido consagrado como un derecho básico de la pareja, particularmente de las mujeres. Se ha demostrado que los embarazos muy numerosos, muy seguidos o en las edades extremas del ciclo reproductivo constituyen riesgos evitables para la salud y la supervivencia, tanto de la madre como del hijo. Estos riesgos, además, se magnifican en condiciones socioeconómicas adversas que limitan el acceso a una buena nutrición y un servicio ginecoobstétrico adecuado.

Con respecto a las edades extremas, en 38 países y territorios de la Región, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que dieron a luz en 2007 fluctuó entre 1% en Canadá y 11% en Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana. En el otro extremo, en el grupo de edad de 35 a 49 años, las cifras más altas corresponden a Haití con 7%, seguido de Guatemala con 6% (18). La información disponible indica que de los siete países analizados, en cuatro (Colombia, Haití, Honduras y Perú), 20% de los nacimientos tuvieron un intervalo menor de 24 meses, en Nicaragua 26%, y en dos países (Bolivia y República Dominicana) 28% de los nacimientos tuvieron esa característica. Las diferencias entre países con respecto a los nacimientos de orden mayor de tres varían entre 18% en Colombia y 38% en Haití, como figura en el cuadro 6.

Cuadro 6. Nacimientos de orden mayor a tres e intervalos de menos de 24 meses desde el nacimiento anterior (%), siete países de las Américas, 2000-2005, año más reciente con información disponible

País	Nacimientos orden > 3 (%)	Nacimientos con intervalo < 24 meses desde el nacimiento anterior (%)
Bolivia (2003)	37	28
Colombia (2005)	18	20
Haití (2005)	38	20
Honduras (2005)	30	20
Nicaragua (2001)	29	26
Perú (2000)	27	20
República Dominicana (2002)	20	28

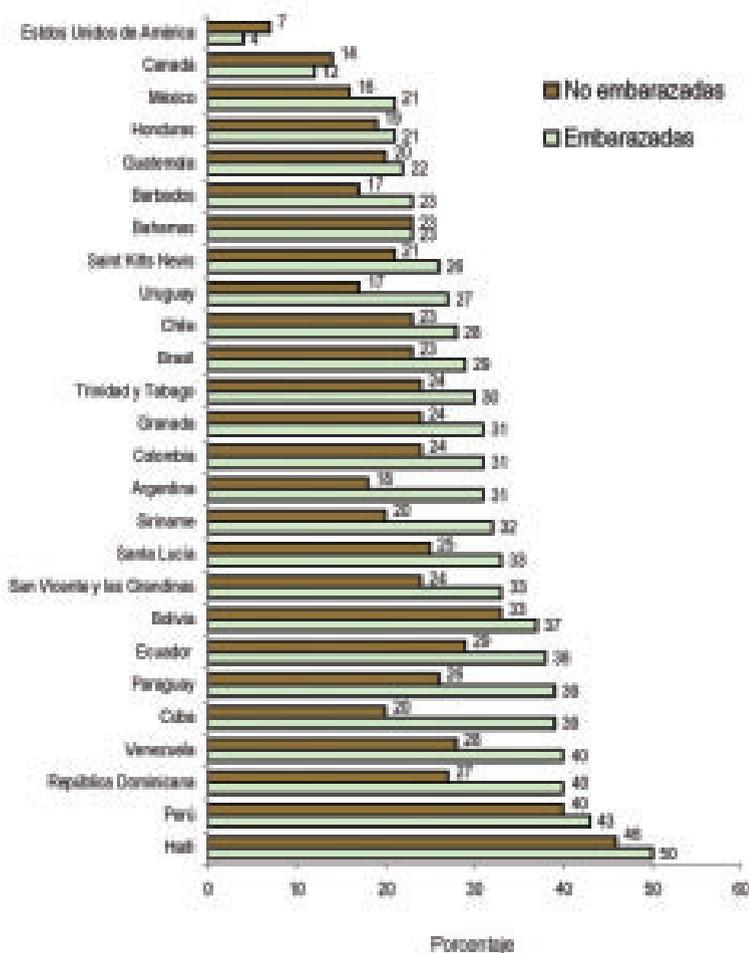
Fuente: OPS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007.

Anemia en las mujeres embarazadas

Como se señaló en la sección sobre problemas nutricionales, la deficiencia de hierro en la mayoría de los casos de anemia es la forma más común de deficiencia nutricional. Asimismo, es sabido que con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan y se intensifican durante el embarazo y la lactancia. En América Latina y el Caribe, más de la cuarta parte de las mujeres padecen

anemia ferropénica. En la figura 55 se muestra la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad embarazadas y no embarazadas, y se observa que la prevalencia de ese trastorno es más alta entre las embarazadas en casi todos los países de la Región, con la excepción de Estados Unidos y Canadá. En la Región (2002-2007), la prevalencia de anemia entre las mujeres embarazadas fluctuó entre un mínimo de 4% en los Estados Unidos y un máximo de 50% en Haití. Entre las no embarazadas (2003-2007), tales porcentajes fueron de 7% en Estados Unidos y 46% en Haití. La prevalencia de anemia entre las mujeres embarazadas fue de 30% o más en 15 de los 26 países con información disponible. En tres países la prevalencia de anemia entre las mujeres en edad reproductiva no embarazadas fue también de 30% o más (18).

Figura 55. Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años, embarazadas y no embarazadas (%), en 26 países de las Américas, 2002-2007, año más reciente con información disponible



Nota: Países en orden ascendente del porcentaje en mujeres embarazadas.
 Fuente: OPS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007. Washington, D.C. 2007.

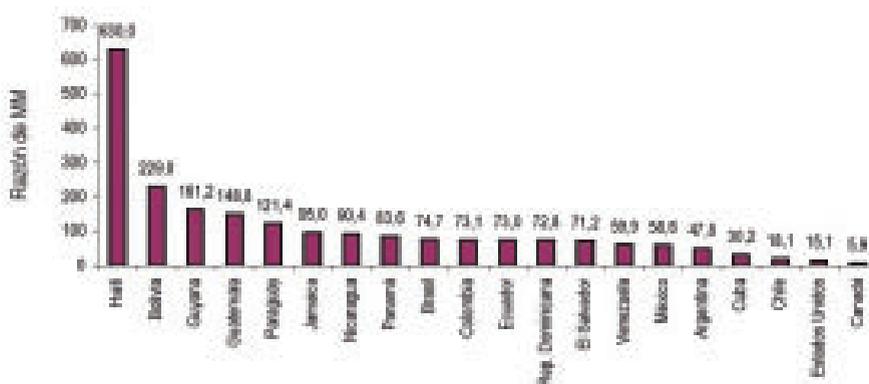
Mortalidad materna

La mortalidad materna ha sido calificada como la prueba más clara de inequidad social, así como la expresión más dramática de la desventaja que afecta a grandes sectores de mujeres de la Región en el ejercicio de sus derechos fundamentales (26).

Las muertes maternas son injustas, ya que son esencialmente prevenibles. Desde hace varias décadas se cuenta con el conocimiento y la tecnología necesarios para impedir estas defunciones, que se producen principalmente entre las mujeres pobres y marginadas. Según la información proporcionada por los ministerios de salud de los países de la Región, en 2003 hubo 11.652 defunciones por causas maternas (1), es decir, murieron 32 mujeres por día debido a esas causas.

Las brechas entre los países de las Américas con respecto a la mortalidad materna son grandes. Por ejemplo, en 2007, siete islas del Caribe No-Latino no registraron muertes maternas; otras tres islas, junto con Belice, Costa Rica y Uruguay registraron entre 1 y 14 muertes maternas en ese mismo año. Entre los países para los cuales se dispone de la razón de mortalidad materna¹⁰ para el período 2003-2007, esta va de 5,9 por 100.000 nacidos vivos en Canadá a 630 por 100.000 nacidos vivos en Haití (Figura 56). Es decir, la probabilidad de morir por causas maternas en Haití fue 107 veces más alta que en Canadá, y la probabilidad de morir en Bolivia fue 39 veces la de Canadá (3).

Figura 56. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos), 20 países de las Américas, 2003-2007, año más reciente con información disponible



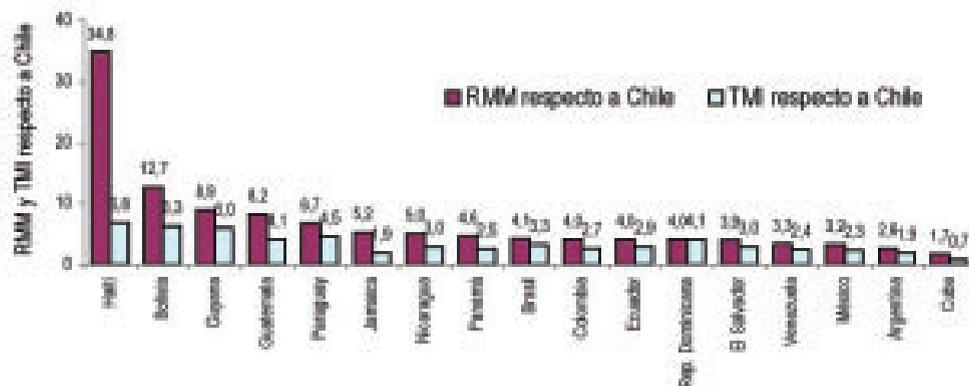
Fuente: OPS Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, D.C., 2008

La razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil son indicadores del estado de salud de la población, y su reducción es una prioridad que se refleja en varios compromisos internacionales. Las brechas en América Latina y el Caribe en relación con la mortalidad materna son significativamente más grandes que las de la mortalidad infantil. Por ejemplo, al comparar Haití y Chile (Figura 57), se observa que mientras la tasa de mortalidad infantil en Haití era siete veces más alta que la de Chile, la tasa de mortalidad materna era 35 veces más en el primer país que en el segundo.¹¹ Dado que Chile es el país de América Latina con la razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil más bajas (18,1 y 7 respectivamente, alrededor de 2006), se lo eligió como parámetro de comparación para determinar la brecha reducible de ambos indicadores en el resto de los países.

¹⁰ En algunos países, debido al número pequeño de eventos, la razón de mortalidad materna no cumple con las normas de fiabilidad y precisión; en ese caso se presenta el número de eventos.

¹¹ El tamaño de las brechas se obtuvo dividiendo las razones de mortalidad materna y las tasas de mortalidad infantil de cada país por las respectivas de Chile

Figura 57. Brechas reducibles de mortalidad materna e infantil en países de América Latina y el Caribe: razón entre las tasas de cada país y las tasas de Chile. Razón de mortalidad materna alrededor de 2006 y tasa de mortalidad infantil alrededor de 2008



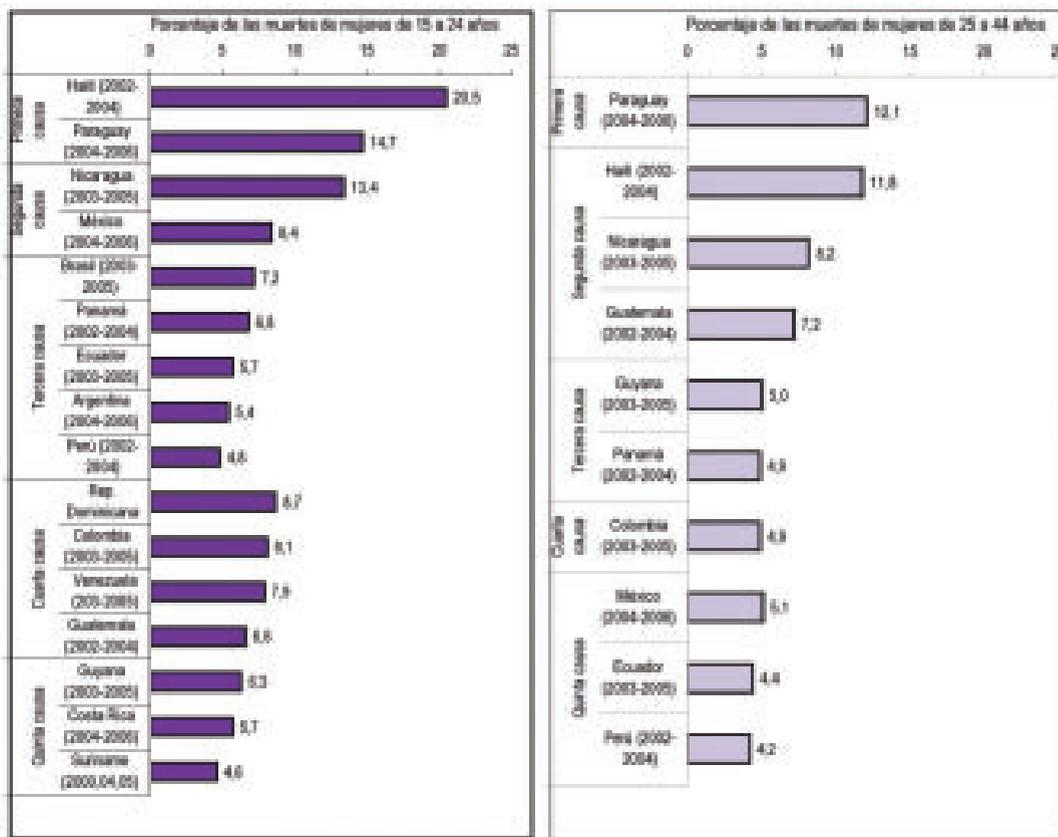
Nota: Países en orden descendente de la brecha reducible de la razón de mortalidad materna.

Fuentes: 1) OPS. Indicadores Básicos 2008. Washington, D.C., 2008. 2) OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2007.

Al interior de los países las desigualdades se reproducen. Por ejemplo, en Guatemala en 2000, la razón de mortalidad materna en mujeres indígenas fue tres veces la de mujeres no indígenas (27). Alrededor de 2000, en 10 países analizados, la mortalidad infantil en la población indígena y en la no indígena fue desde 1,1 veces en Chile a 3,3 veces en Panamá (28).

Las causas maternas continúan figurando entre las principales causas de mortalidad en muchos países de la Región. La figura 58 muestra que, en el grupo de 15 a 24 años de edad, alrededor de 2004-2006, las causas maternas fueron una de las cinco primeras causas de muerte en 16 países: la primera causa en 2, la segunda en otros 2, la tercera en 5, la cuarta en 4 y la quinta en 3. En Haití, 20,5% de las muertes de mujeres de 15 a 24 años de edad se debieron a complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, mientras que para los países donde figura en quinto lugar, menos de 6% de las mujeres jóvenes murieron por esta causa. Asimismo, con bastante frecuencia las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio estuvieron entre las primeras cinco causas de muerte de mujeres de 25 a 44 años de edad, principalmente en los países donde también estuvieron entre las cinco primeras causas de defunción de las mujeres de 15 a 24 años de edad.

Figura 58. Posición jerárquica de las causas maternas de mortalidad, mujeres de 15 a 24 años y 25 a 44 años de edad, por país, datos más recientes disponibles



Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C.

El riesgo de morir por causas maternas entre las niñas de 10 a 14 años de edad es más alto que el riesgo de morir por estas causas en otras edades. En el cuadro 7 se observa que en cuatro países para los cuales se tiene información, la razón de mortalidad materna en niñas de 10 a 14 años de edad va de 42 por 100.000 nacidos vivos en Chile a 190 en Argentina. En el grupo de 15 a 19 años, la razón de mortalidad materna fluctúa entre 20 por 100.000 nacidos vivos en Chile y 38 en Brasil. Es decir, el riesgo de morir por causas maternas en niñas de 10 a 14 años de edad es alrededor del doble que en el grupo de 15 a 19 años de edad en Brasil y Chile; 3,5 veces en México y 8 veces en Argentina.

Cuadro 7. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en cuatro países de las Américas, madres de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad, alrededor de 2003

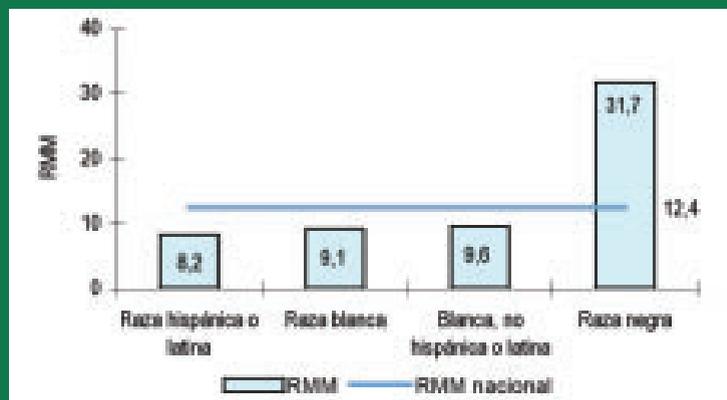
Pais	10-14 años de edad	15-19 años de edad
Argentina	190	23
México	131	37
Brasil	65	38
Chile	42	20

Nota: Países en orden descendente de la razón de mortalidad materna en madres de 10 a 14 años.

Fuente: Salud en las Américas 2007. Volumen I-Regional.

Es importante notar las diferencias al interior de los países. La mortalidad materna de las mujeres indígenas y afrodescendientes también es más alta, aunque pocos países incluyen la variable de origen étnico en sus estadísticas vitales. En los Estados Unidos en 2005, la razón de mortalidad materna de las mujeres negras fue 2,5 veces la del total de mujeres, y casi cuatro veces la observada entre las mujeres hispanas o latinas (Figura 59).

Figura 59. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos), según raza, Estados Unidos, 2005

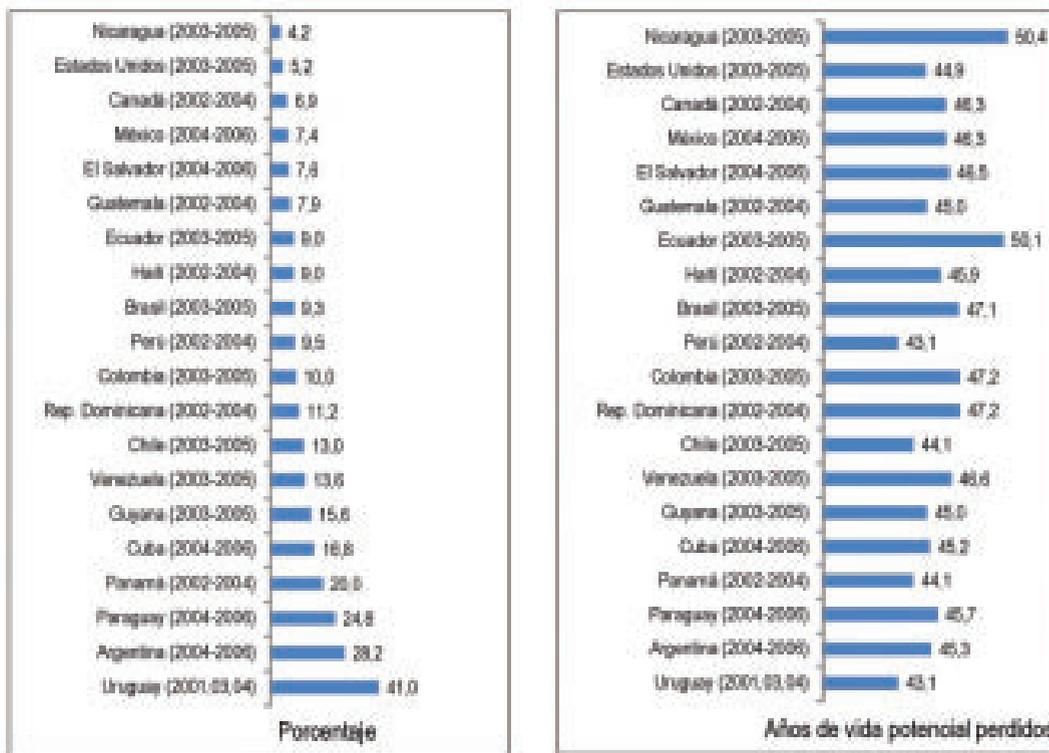


Fuente: U.S. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2007. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>

Mortalidad materna por aborto inseguro

Las complicaciones del aborto siguen siendo un grave problema de salud pública en las Américas, especialmente cuando el procedimiento se realiza en condiciones inseguras. A pesar de ello, en la gran mayoría de los países de las Américas el aborto aún es ilegal. Se estima que cada año se realizan más de 4 millones de abortos en América Latina, alrededor de 50% de ellos en los países más grandes: Argentina, Brasil y México (1). La figura 60 muestra que la contribución del aborto a la mortalidad materna varía entre 4,2% en Nicaragua y 41% en Uruguay. En este último país, de las 14 muertes maternas registradas en 2007, seis fueron por aborto; es decir, el alto porcentaje de muertes por aborto guarda relación con el número bajo de muertes maternas, lo cual distorsiona la proporción de mortalidad por abortos. También muestra que el número de años de vida potencial perdidos hasta los 75 años de edad por cada defunción por aborto varía entre 43,1 en Uruguay y Perú y 50,4 en Nicaragua.

Figura 60. Mortalidad materna por aborto (%) y años de vida potencial perdidos, hasta los 75 años de edad, por cada defunción por aborto, 20 países de las Américas, alrededor de 2005

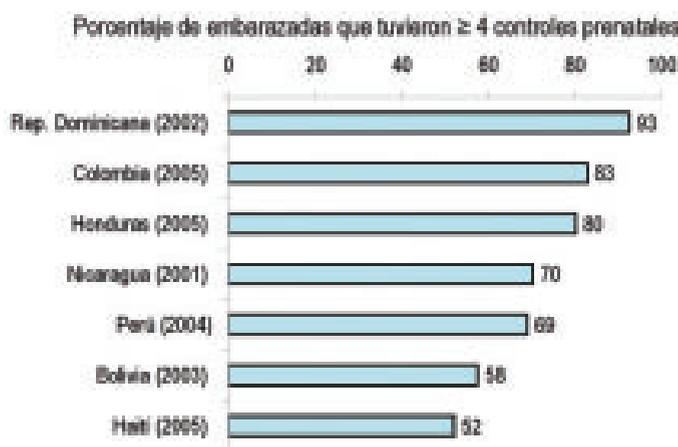


Nota: Países en orden ascendente del porcentaje de muertes maternas por aborto.
 Fuente: OPS. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio de 2008.

ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y EL PARTO

La atención prenatal es fundamental para detectar problemas del embarazo y evitar complicaciones del parto. Se recomienda que haya entre cuatro y cinco consultas debidamente programadas para promover una mejor la salud de la madre y la infantil (1). Los datos disponibles de encuestas demográficas y de salud materna e infantil indican que en varios países la proporción de mujeres embarazadas que tienen al menos cuatro visitas de control prenatal es alta. No obstante, las diferencias en el acceso a estos servicios son evidentes; de los siete países para los cuales se dispone de información, el porcentaje de mujeres que cumple al menos cuatro visitas prenatales varía entre 52% en Haití y 93% en la República Dominicana (Figura 61).

Figura 61. Mujeres embarazadas que tuvieron al menos cuatro controles prenatales (%), siete países de las Américas, 2001-2005, año más reciente con información disponible

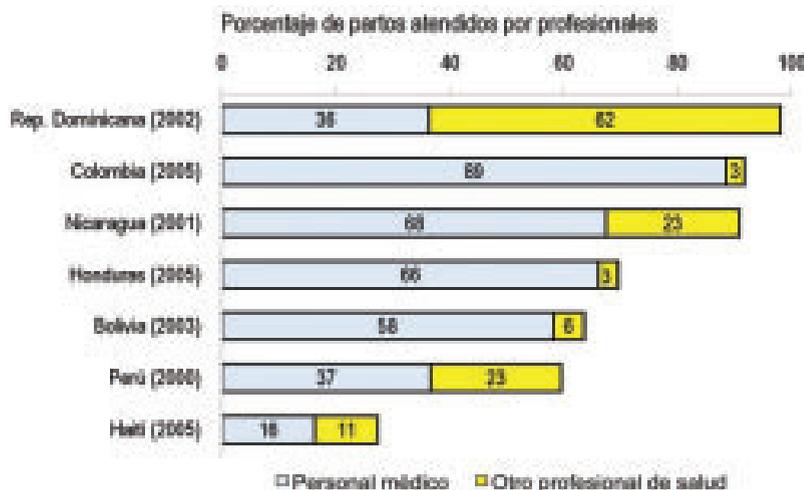


Fuentes: 1) Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), USAID, Measure DHS/ORC Macro 2006. Encuesta ENDES Continua 2004. Lima. 2) Otros países: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 23 de mayo de 2008.

Al igual que la atención prenatal, la atención profesional del parto es una recomendación internacional para asegurar la salud de las madres y sus niños. La atención del parto por personal capacitado,¹² llegó a 87,8% en la Región (alrededor de 2006). Sin embargo, si se analiza por país, este porcentaje fluctuó desde un mínimo de 26% en Haití y 31,4% en Guatemala hasta 100% en nueve Islas del Caribe No-Latino (3).

La figura 62 muestra que en cuatro países de los siete donde se han realizado encuestas demográficas y de salud materna e infantil (2000 y 2005), la atención por parte de médicos supera la brindada por otros profesionales de la salud, excepto en la República Dominicana, donde 36% de la atención en el parto es por médicos y 62%, por otros profesionales de la salud.

Figura 62. Partos atendidos por profesionales (%) en siete países de las Américas, período de 2001-2005, año más reciente con información disponible

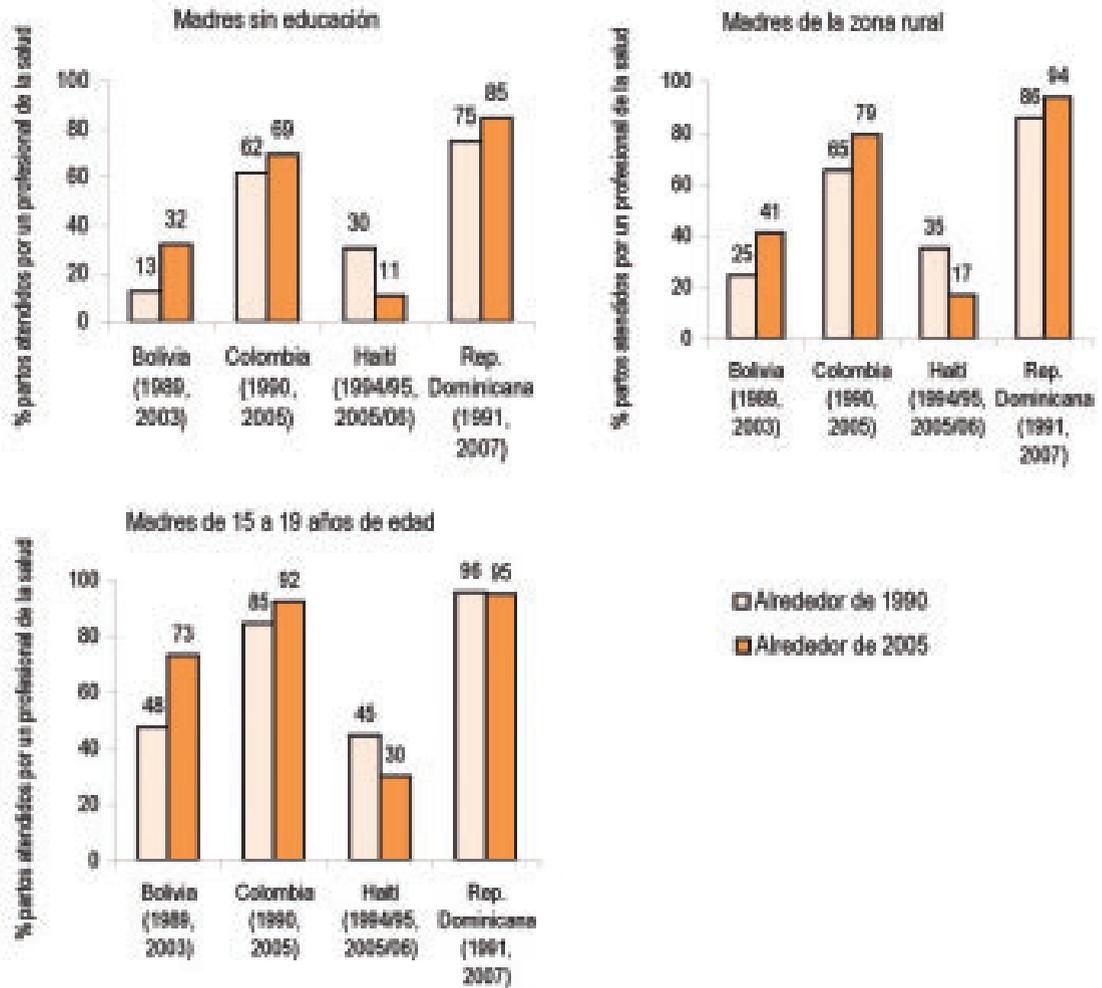


Fuente: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 23 de mayo de 2008.

¹² El personal capacitado incluye obstetras, médicos con adiestramiento en partos, parteras y enfermeras universitarias con adiestramiento en partos y parteras graduadas. No incluye parteras tradicionales con o sin entrenamiento.

En tres de los cuatro países de la figura 63, en dos puntos diferentes en el tiempo, el porcentaje de partos con atención profesional aumentó en casi todas las categorías analizadas: madres sin educación, madres de la zona rural y madres adolescentes. La excepción fue Haití, donde la atención disminuyó para todas las categorías señaladas.

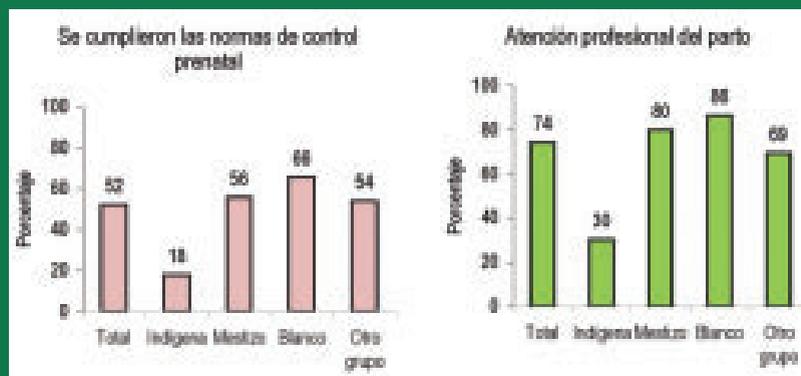
Figura 63. Nacimientos atendidos por personal médico u otro profesional de la salud (%) entre mujeres sin educación, mujeres de la zona rural y adolescentes de 15 a 19 años de edad, cuatro países de las Américas, alrededor de 1990 y 2005



Fuente: Macro International Inc., 2008. MEASURE DHS STATcompiler, www.measuredhs.com. Consultado el 5 de diciembre de 2008.

En el Ecuador, las mujeres indígenas tienen desventajas considerables para cumplir con las normas de control prenatal, así como para el parto con atención profesional. En 2004, la relación entre 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 (Figura 64).

Figura 64. Atención prenatal y atención profesional del parto (%), según origen étnico, Ecuador, 2004



Notas: 1) Las normas de control prenatal son: primer control en el primer trimestre y cinco o más controles. 2) Los datos de atención del parto son para nacimientos vivos desde julio de 1999 hasta junio de 2004.

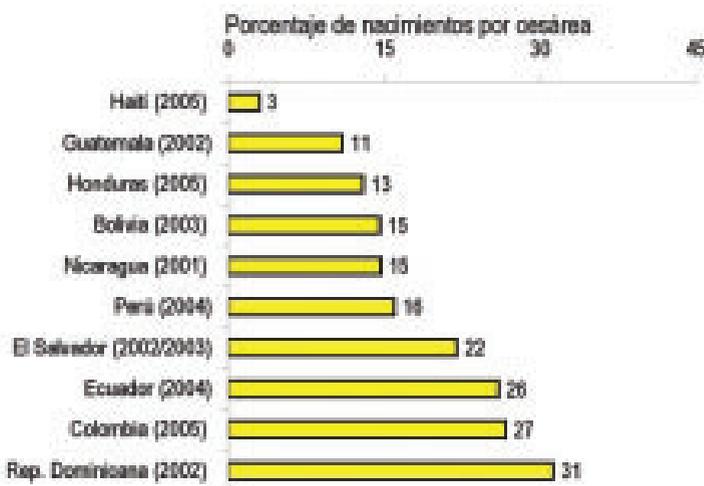
Fuente: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004, ENDEMAIN 2004. Informe final. Quito, octubre de 2005.

Nacimientos por cesárea

La incidencia de cesárea es un indicador de la calidad de la atención materna perinatal. La OMS ha señalado que de 15% a 20% de los partos deberían ser por cesárea, debido a complicaciones u otras situaciones de riesgo (1).

Alrededor de 2004 (Figura 65), en 5 de los 10 países con información disponible la proporción de partos por cesárea estaba precisamente alrededor de 15% y 20%, mientras que en tres países era más de 25%, con un máximo de 31% en la República Dominicana. En Haití los nacimientos por cesárea fueron solo 3% del total, lo cual señala una probable falta de acceso a este tipo de atención, generando un déficit con repercusiones negativas en la salud materna e infantil.

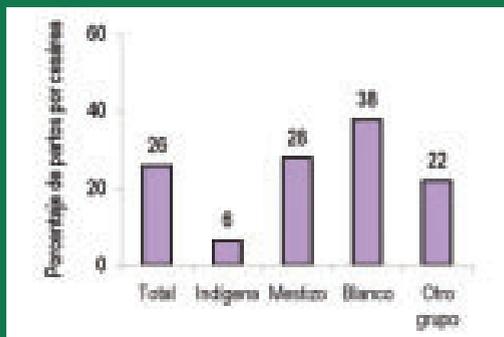
Figura 65. Nacimientos por cesárea (%), 10 países de las Américas, 2001-2005, año más reciente con información disponible



Fuentes: 1) Bolivia, Colombia, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 23 de mayo de 2008. 2) El Salvador y Guatemala: DRH/CDC. Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America. Trends and Challenges Facing Women and Children. El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua. 2005. 3) Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), USAID, Measure DHS/ORC Macro 2006. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004. Lima.

Los datos del Ecuador revelan que, a pesar de que el porcentaje de partos por cesárea para todo el país era mucho más alto que lo recomendado por la OMS, en el caso de las mujeres indígenas era solo 6% del total de partos; entre las mujeres blancas la proporción de partos por cesárea llegaba a 38% (Figura 66).

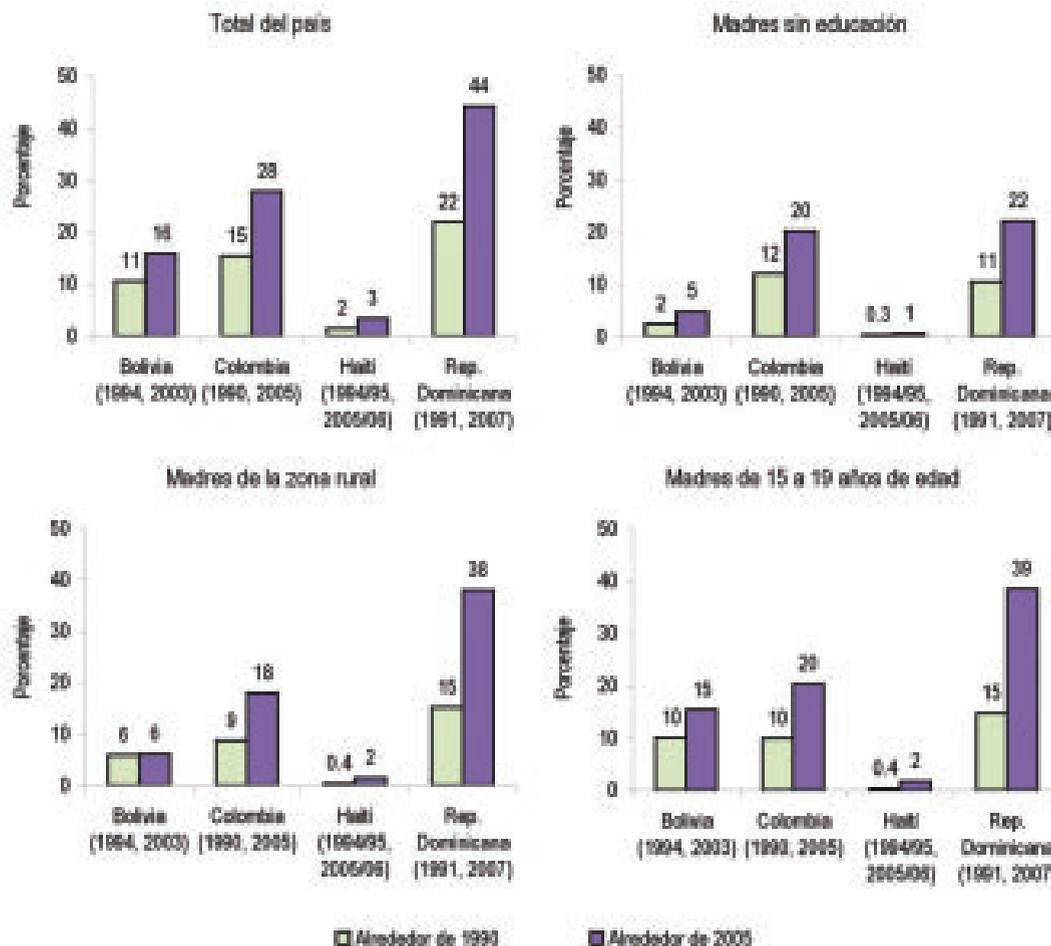
Figura 66. Partos por cesárea (%) según origen étnico, Ecuador, 2004



Fuente: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004, ENDEMAIN 2004. Informe Final. Quito, octubre 2005.

El porcentaje de nacimientos por cesárea en los cuatro países analizados (Figura 67) muestra un aumento entre 1990 y 2005 en todas las categorías seleccionadas: madres sin educación, madres de la zona rural y madres adolescentes. Estos incrementos tienen algunas peculiaridades, por ejemplo en Haití los aumentos fueron minúsculos a pesar de que los valores iniciales también eran muy bajos; en la República Dominicana, los porcentajes en 2007 fueron más del doble de los de 1991 en todas las categorías consideradas. En el último país, el porcentaje de partos de madres adolescentes por cesárea llegó a 39% en 2007.

Figura 67. Nacimientos por cesárea (%) para el total del país, madres sin educación, madres de la zona rural y madres de 15 a 19 años de edad, cuatro países de las Américas, alrededor de 1990 y 2005



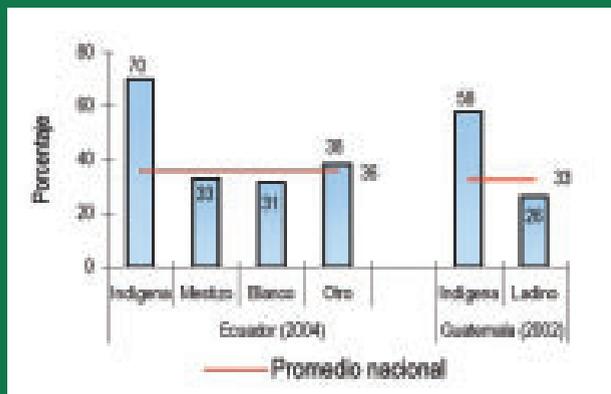
Fuente: Macro International Inc., 2008. MEASURE DHS STATcompiler, www.measuredhs.com. Consultado el 5 de diciembre de 2008

PRUEBA DE PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou forma parte integral de los derechos y servicios de salud reproductiva, es de fácil aplicación y permite detectar la neoplasia maligna del útero en etapas tempranas, cuando todavía se puede tratar de manera eficaz y a bajo costo.

En dos países con información (Ecuador y Guatemala) preocupa observar los altos porcentajes de mujeres que nunca se han realizado la prueba de Papanicolaou, en particular, entre las mujeres indígenas (Figura 68).

Figura 68. Mujeres que nunca se han hecho una prueba de Papanicolaou (%), según origen étnico, Ecuador y Guatemala, alrededor de 2004



Nota: Los datos de Ecuador son para mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual; los de Guatemala son para mujeres de 30 a 49 años de edad.

Fuentes: 1) Ecuador: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004. Informe Final. Quito, octubre 2005. 2) Guatemala: MSPAS/INE/UVG/CDC/USAID/ASDI/APRESAL/UE/PNUD/UNICEF/FNUAP/Proyecto POLICY II/CARE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, octubre 2003.

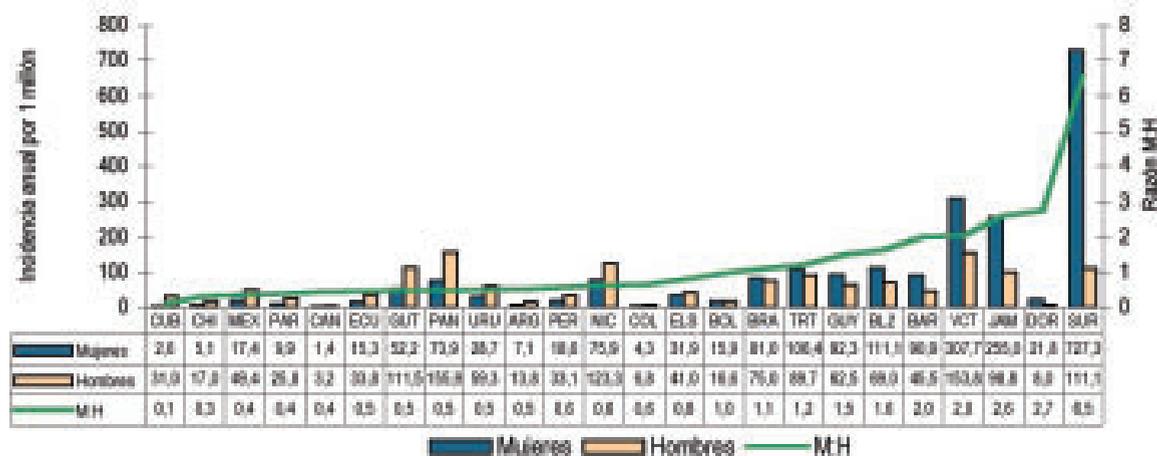
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Aunque las ITS son comunes a ambos sexos, las mujeres exhiben mayor vulnerabilidad biológica, debido a que el área vaginal de exposición durante las relaciones sexuales es amplia y frágil. Además, con frecuencia las mujeres infectadas tienden a exhibir menos síntomas de algunas infecciones y, por lo tanto, no buscan tratamiento oportuno. En cuanto a la conducta sexual de las mujeres y los hombres, los roles, expectativas y posiciones sociales influyen en los comportamientos de riesgo y vulnerabilidad en ambos casos. Las expectativas machistas de los hombres pueden contribuir a su agresividad sexual no protegida con múltiples parejas, mientras las expectativas femeninas las convierten en receptoras pasivas.

VIH y sida

En general, la mayoría de los casos nuevos de sida afectan a los hombres. Sin embargo, en los últimos años, la infección por VIH está aumentando rápidamente entre las mujeres, llegándose a registrar proporciones más altas en las mujeres que en los hombres de algunos países del Caribe No-Latino, el Caribe Latino y el Istmo Centroamericano, especialmente en el grupo de 15 a 24 años de edad (Figura 69).

Figura 69. Número anual de casos registrados de sida en la población de 15 a 24 años de edad (por 1.000.000 habitantes), 24 países de las Américas, 2005



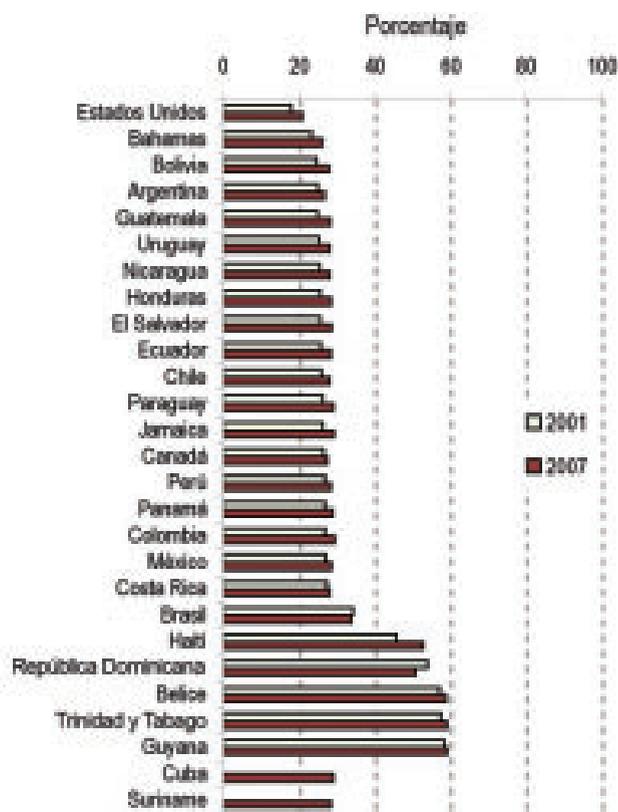
Nota: Países en orden ascendente de la razón mujer:hombre.

Países: ARG, Argentina; BAR, Barbados; BLZ, Belice; BOL, Bolivia; BRA, Brasil; CAN, Canadá; CHI, Chile; COL, Colombia; CUB, Cuba; DOR, República Dominicana; ECU, Ecuador; ELS, El Salvador; GUT, Guatemala; GUY, Guyana; JAM, Jamaica; MEX, México; PAN, NIC, Nicaragua; Panamá; PAR, Paraguay; PER, Perú; VCT, San Vicente y las Granadinas; SUR, Suriname; TRT, Trinidad y Tabago; URU, Uruguay.

Fuente: OPS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007. Washington, DC 2007.

Si se analiza el total de casos de VIH en 2001 y 2007, se observa que la proporción de mujeres es creciente en la Región. Solamente en la República Dominicana hubo una disminución en la proporción de mujeres entre la población de 15 años y más de edad infectada con VIH (Figura 70). En Belice, Guyana y Trinidad y Tabago, de cada 100 personas de 15 y más años de edad que viven con VIH, casi 60 son mujeres.

Figura 70. Mujeres de 15 años y más de edad con VIH como porcentaje del total de personas de 15 años y más de edad con VIH, 27 países de las Américas, 2001 y 2007



Nota: Países en orden ascendente del porcentaje correspondiente a 2001.

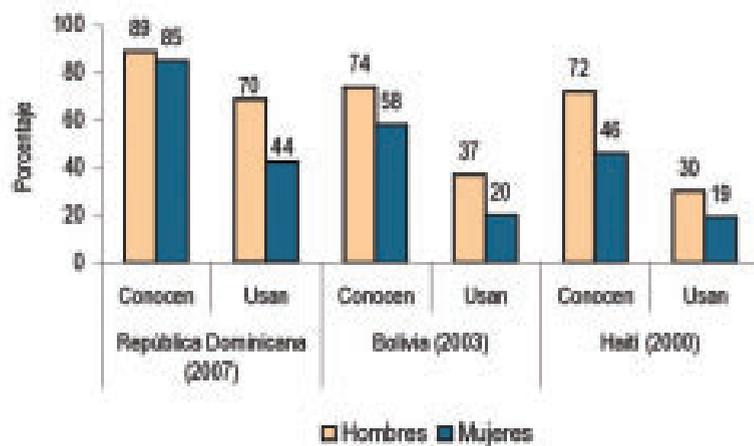
Fuente: ONUSIDA. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Julio 2008. http://www.unaids.org/en/HIV_data

La tasa de detección de la infección por VIH en las mujeres embarazadas y los recién nacidos ha aumentado en los últimos años. En algunas zonas de la República Dominicana, una de cada 12 mujeres que recibieron atención prenatal estaba infectada con el VIH; los porcentajes para otros países con información fueron 7,1% en Guyana, 3,6% en Bahamas, 2,5% en Belice, 1,5% en Jamaica y 1,4% en Honduras (1).

Uso de condón

El condón se utiliza como método de planificación familiar que también brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH. El uso del condón no es una práctica generalizada, pese a que se conoce que es una forma de prevenir las ITS. Por ejemplo, en la República Dominicana, 85% de las mujeres y 89% de los hombres de 15 a 24 años de edad declararon conocer el condón como método de prevención del VIH; sin embargo, en el mismo grupo de edad, solo 44% de las mujeres y 70% de los hombres utilizaron el condón en su última relación sexual riesgosa. En Bolivia y Haití se observan comportamientos similares (Figura 71).

Figura 71. Jóvenes de 15 a 24 años de edad que conocen el condón como medio de protección de las ITS y jóvenes que usaron condón en la última relación sexual riesgosa (%), según sexo, tres países de las Américas, 2000-2007, año más reciente con información disponible



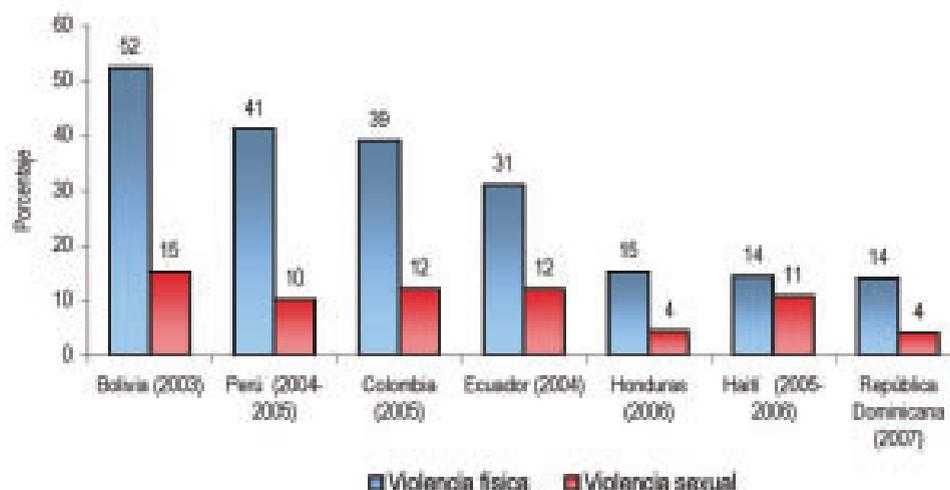
Fuentes: HIV/AIDS Survey Indicators Database. <http://www.measuredhs.com/hivdata/>. Consultado el 5 de mayo de 2009.

V. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia contra las mujeres es un atentado contra los derechos humanos que tiene efectos devastadores en la salud física y mental de las sobrevivientes; de allí que desde hace más de una década se reconoce esta agresión como un problema de salud pública. En el ámbito de la familia, la magnitud y el impacto de la violencia de pareja, que afecta principalmente a las mujeres, es uno de los problemas de salud que enfrentan todos los grupos de población de las Américas. La violencia física contra las mujeres se da junto con la violencia psicológica, y muchas veces con violencia sexual, cuyo impacto en la salud reproductiva puede ser grave e incluye riesgos de adquirir infección por VIH y otras ITS. En ocasiones, la violencia se manifiesta en su grado máximo, el asesinato.

En los países con información disponible, se ha podido verificar una alta prevalencia de violencia física y sexual contra la mujer de parte de su esposo o compañero. La figura 72 muestra el porcentaje de mujeres, alguna vez unidas, que declararon haber sido víctimas de violencia física. La proporción fluctuó entre 14% en la República Dominicana y Haití y 52% en Bolivia, y la violencia sexual entre 4% en la República Dominicana y Honduras y 15% en Bolivia.

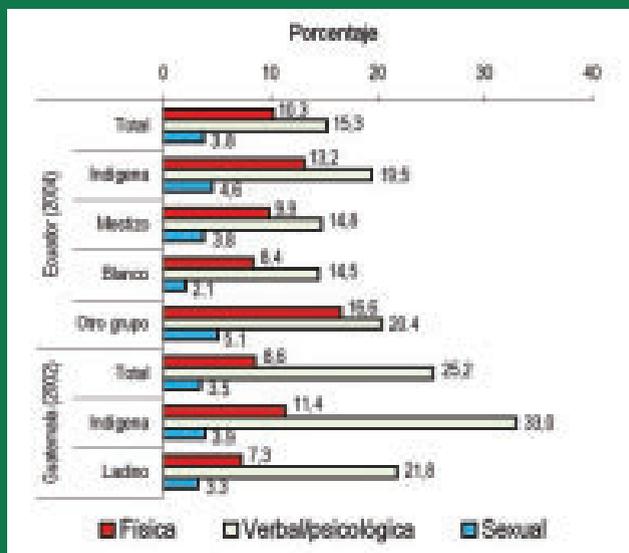
Figura 72. Mujeres de 15 a 49 años de edad, alguna vez unidas, que declaran haber sido víctimas de violencia por parte de su esposo o compañero (%), siete países de las Américas, alrededor de 2005



Fuente: ORC Macro. Measure DHS, Encuestas Demográficas y de Salud, excepto para Ecuador: CEPAR. ENDEMAIN.

Aunque la violencia contra las mujeres es un problema que se manifiesta en todos los grupos de población, las mujeres indígenas, afrodescendientes, desplazadas y migrantes están más expuestas. Por ejemplo, en el Ecuador, la violencia física contra las mujeres en la población indígena es 28% más que la registrada para el país como un todo. En Guatemala, la violencia física contra las mujeres indígenas es 56% más que la registrada para las ladinas (Figura 73).

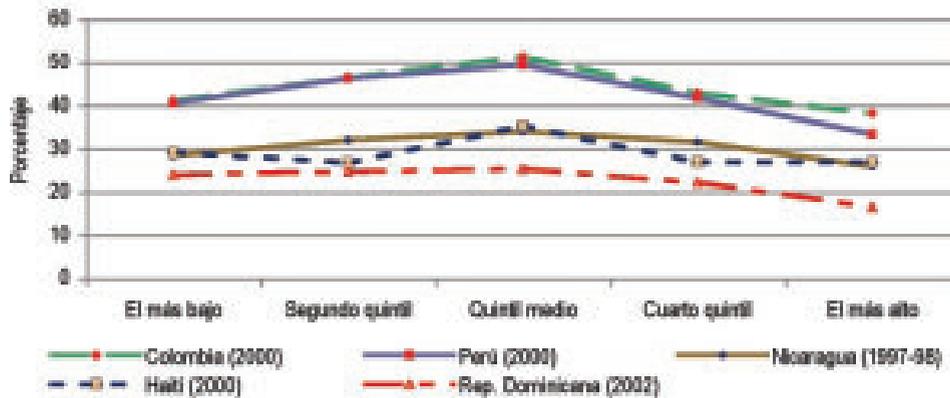
Figura 73. Mujeres de 15 a 49 años de edad que sufrieron violencia de pareja en los últimos 12 meses (%), por tipo de violencia y origen étnico, Ecuador 2004 y Guatemala 2002



Fuentes: 1) Ecuador: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, EN-DEMAIN 2004. Informe Final. Quito, octubre 2005. 2) Guatemala: MSPAS/INE/UVG/CDC/USAID/ASDI/APRESAL/UE/PNUD/UNICEF/FNUAP/Proyecto POLICY II/CARE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, octubre 2003.

También se ha constatado que la violencia contra las mujeres se manifiesta independientemente del nivel económico del hogar. Según se observa en la figura 74, la mayor prevalencia se da en el quintil medio.

Figura 74. Mujeres que alguna vez sufrieron violencia de pareja (%), por quintil de riqueza del hogar, cinco países de las Américas, alrededor de 2000



Nota: Los datos de Perú corresponden a violencia física; en los demás países corresponden a violencia física o a sexual o ambas.
 Fuente: Kishor, Sunita and Kiersten Johnson. Profiling Domestic Violence- A Multi-Country Study. Calverton, Maryland: ORC Macro. Junio de 2004.

Pese a la existencia de marcos normativos, programas y redes de prevención y atención, campañas regionales y nacionales y otras iniciativas interinstitucionales contra la violencia, un porcentaje importante de las mujeres que la enfrentan no piden ayuda, poniendo en riesgo su integridad física, psicológica y reproductiva. Según los datos disponibles de las encuestas demográficas y de salud de seis países, del total de mujeres que alguna vez sufrieron violencia por parte de sus parejas, entre un mínimo de 44% en Haití (2005-2006) y un máximo de 62% en Colombia (2005) no pidieron ningún tipo de ayuda. En el total de los seis países, entre 18% y 26% acudieron a su propia familia (18).

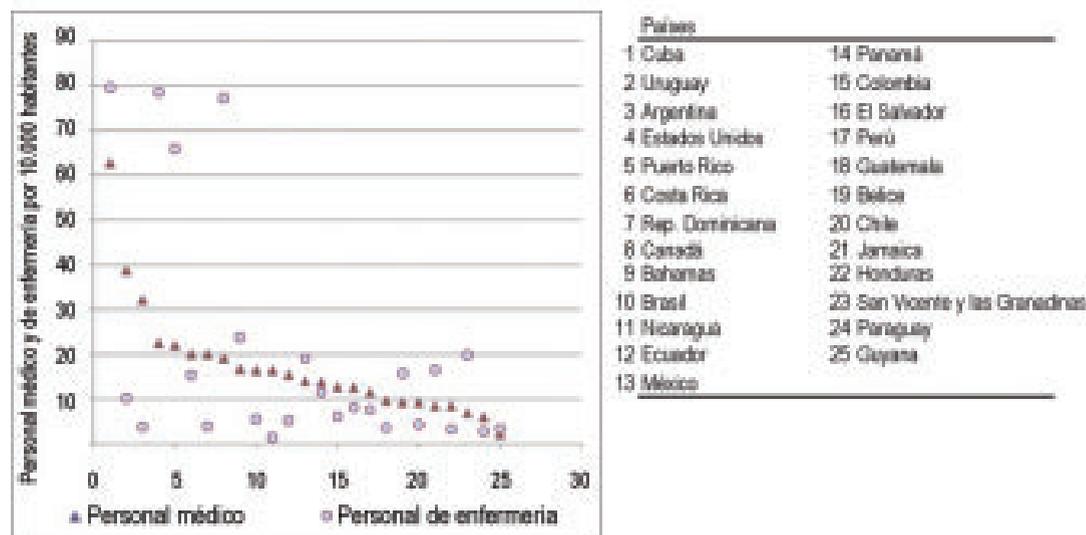
La erradicación de la violencia contra las mujeres continúa siendo un reto para las sociedades en todo el mundo. A pesar de tratarse de un problema complejo y multidimensional, los esfuerzos y recursos asignados en los presupuestos nacionales no son suficientes para responder a los compromisos internacionales de los Estados Miembros de Naciones Unidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

VI. RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En general, la participación de las mujeres en la atención de la salud es mayor que la de los hombres, aunque los puestos donde se toman decisiones están dominados por los segundos. De datos de censos y encuestas de 13 países de la Región, se estimó que entre 65% y 70% del personal sanitario está constituido por mujeres (1), principalmente concentrado en funciones de enfermería y auxiliares, que son de menor poder, jerarquía e ingresos.

En 15 de los 25 países de las Américas con información disponible, hay más personal médico que de enfermería (Figura 75).

Figura 75. Número de personal médico y de enfermería por 10.000 habitantes, 25 países de las Américas, alrededor de 2005

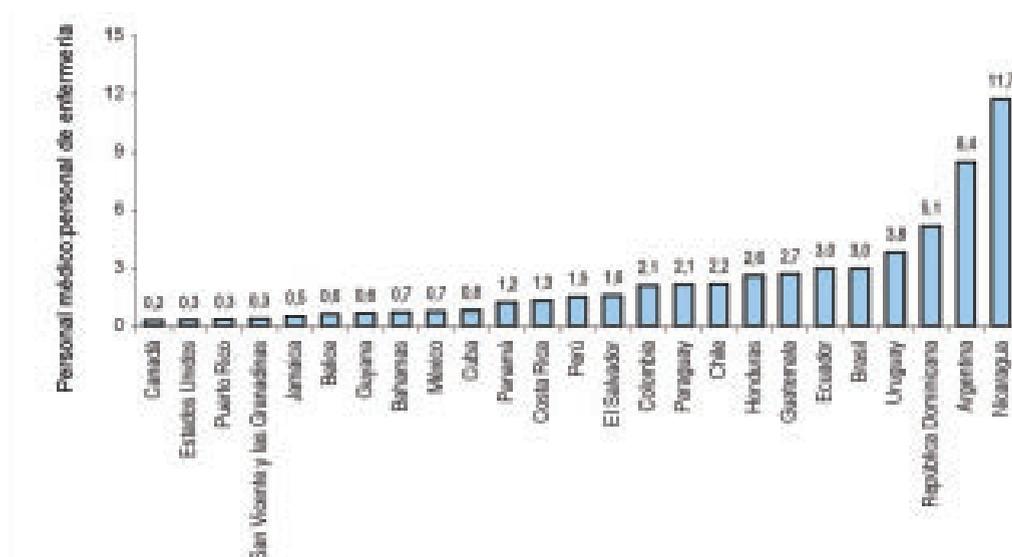


Nota: Países en orden descendente del número de personal médico por 10.000 habitantes.

Fuente: OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, DC 2008.

Al analizar la razón personal médico:personal de enfermería, en los 15 países con mayor número de médicos (Figura 76), se puede observar que en Nicaragua la relación es 12:1, en Argentina 8:1 y en la República Dominicana, 5:1. Esta riqueza de recursos médicos y escasez de personal de enfermería conlleva diversos problemas en la organización y prestación de servicios de salud, especialmente cuando la atención primaria de salud es fundamental para lograr la salud para toda la población y el acceso universal.

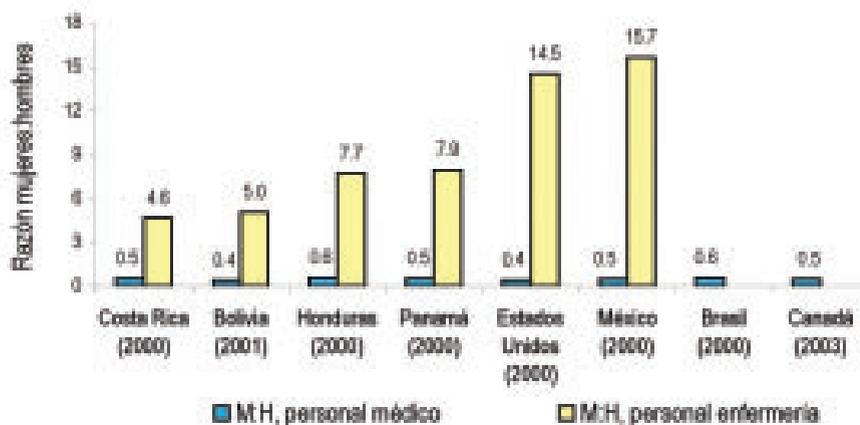
Figura 76. Razón personal médico:personal de enfermería, 25 países de las Américas, alrededor de 2005



Nota: Países en orden ascendente según razón personal médico:personal de enfermería.
Fuente: OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, DC 2008.

Por otra parte, las mujeres cada vez son una proporción mayor del total del personal médico. En los ocho países con información, se puede observar que hay entre 39 y 56 médicas por cada 100 médicos. Por el contrario, el personal de enfermería continúa siendo mayoritariamente femenino. En los seis países con información, el número de enfermeras supera entre 5 y 16 veces el número de enfermeros (Figura 77).

Figura 77. Razón mujer:hombre en el personal médico y de enfermería, ocho países de las Américas, alrededor de 2000



Nota: Países en orden ascendente según razón mujer:hombre del personal de enfermería.
Fuente: OMS. Atlas Mundial de Salud, www.who.int/globalatlas/dataQuery. Consultado el 16 de febrero de 2009.

Dados los roles asignados a cada sexo, tradicionalmente se han descargado sobre las mujeres las responsabilidades de la producción de servicios de cuidado de la salud de los otros miembros del hogar y de la comunidad. Sin embargo, pese a la contribución sostenida de las mujeres al mejoramiento de la salud, este aporte continúa siendo invisible, desvalorizado y carente de apoyo, por considerarse una función intrínseca de la naturaleza femenina y una extensión del trabajo doméstico no remunerado. Este tema requiere atención especial, dada la demanda creciente de cuidado de la salud en los hogares como producto del envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la transferencia de cuidado del sector formal de la salud a los hogares y las comunidades. Esa transferencia responde a políticas de ahorro en el gasto público del sector salud y el supuesto de que hay mujeres que se encuentran fuera del mercado laboral que asumirían este cuidado en el hogar, aunque las mujeres cada vez más se incorporan al mercado de trabajo. En consecuencia, es fundamental medir y valorar la contribución de los servicios de salud no remunerados realizados principalmente por mujeres a los sistemas de salud.



VII. CONCLUSIONES

Los principales aspectos que se pueden resaltar del presente documento están relacionados con la disponibilidad de datos, las diferencias sistemáticas entre mujeres y hombres en los temas relacionados con la salud y sus determinantes sociales y la necesidad de profundizar el conocimiento en temas pertinentes por medio de investigaciones específicas.

Con respecto a la disponibilidad de datos, se puede señalar:

- Los vacíos de datos nacionales desagregados por sexo y actualizados sobre temas relacionados con la salud fueron evidente durante la elaboración de este documento. Por ejemplo, los datos de mortalidad más recientes corresponden a 2006.
- Los datos estadísticos que den cuenta del estado de salud de grupos específicos de la población, como los que se encuentran en condición de pobreza, los pueblos indígenas y afrodescendientes, las personas adultas mayores, entre otros, son muy limitados. Este déficit de información impide realizar un análisis que haga visibles las desigualdades sanitarias que son evitables e injustas y sus factores determinantes y, por lo tanto, limita también la posibilidad de definir respuestas adecuadas.
- En el marco de los compromisos internacionales, es fundamental continuar realizando esfuerzos para mejorar los sistemas de información de salud nacionales, en colaboración entre los Estados Miembros y las agencias de cooperación internacional. Se requiere aplicar estrategias para mejorar el registro de los datos de salud desglosados por sexo, origen étnico y otras variables, al igual que el análisis desde una perspectiva de género y diversidad cultural y la presentación y uso de los resultados.
- La disponibilidad de datos de salud, desagregados por sexo, origen étnico, edad y otras variables, actualizados y confiables, facilitará el establecimiento de sistemas de monitoreo de los avances hacia la igualdad de género en salud.

Sobre las desigualdades en el estado de salud y determinantes socioeconómicos:

- Los indicadores socioeconómicos presentados ilustran los avances en la reducción de las desigualdades entre las mujeres y los hombres en la esfera educativa y, en menor medida, en la participación laboral. No obstante, estos logros no se han visto acompañados por avances similares en la reducción de las desigualdades de acceso a recursos económicos y participación política.
- Los promedios nacionales presentados deben tomarse con cautela, ya que existen situaciones al interior de los países que reflejan que las mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes, residentes en la zona rural y adolescentes están en mayor desventaja.
- Las desigualdades más significativas entre países y al interior de ellos y que podrían ser disminuidas por medio de programas adecuados para responder a las necesidades específicas de las mujeres y los hombres en las distintas etapas del ciclo de vida son evidentes en:
 - La mortalidad materna. En algunos países, la magnitud de la razón de mortalidad materna continúa llamando la atención. Los indicadores relacionados con acceso a recursos de salud reproductiva, que contribuirían a reducir tales muertes, muestran desventajas para ciertos grupos de mujeres, tales como las indígenas, adolescentes y afrodescendientes.

- La violencia contra las mujeres. Reconocida como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública, la violencia contra las mujeres todavía afecta a un alto porcentaje de las mujeres de la Región.
- La mortalidad por neoplasia maligna del útero. Esta causa de mortalidad es evitable mediante la detección temprana. La desigualdad entre países es grande, y al analizar el acceso a las pruebas de Papanicolaou, se observa que las mujeres indígenas son las que menos acceso tienen a este recurso.
- Los comportamientos riesgosos y violentos que minan la salud de los hombres. Las tasas de mortalidad masculina por homicidio, accidentes y suicidio son bastante más altas que las de las mujeres. Las tasas de mortalidad por lesión de intención no determinada es un llamado de atención a la necesidad de mejorar el registro de la mortalidad.

En cuanto a la necesidad de investigaciones en temas relevantes:

- La población adulta mayor muestra un rápido crecimiento, por lo que es importante que se disponga de manera habitual de datos sobre las principales causas de morbilidad en este grupo. Esta información permitirá realizar proyecciones sobre la demanda de servicios de salud de esta población y definir opciones de cuidado que no recaigan mayormente sobre las mujeres.
- La ausencia de información sobre las contribuciones del trabajo no remunerado de las mujeres y los hombres al sistema de asistencia sanitaria confirma la necesidad de una línea de investigación que genere evidencias para la abogacía en espacios de toma de decisiones.
- Los datos sobre las causas de morbilidad en los diferentes grupos de la población son escasos, excepto para las causas de registro obligatorio o aquellas recolectadas a través de encuestas específicas.
- También es preciso disponer de datos sobre la calidad de los servicios y la atención diferenciada a hombres y mujeres; el gasto de bolsillo de hombres y mujeres en la atención de la salud; los recursos humanos de que disponen los países para responder a las necesidades de atención de la salud, desagregados por profesión y lugar de trabajo.
- Para poder interpretar mejor las desigualdades de género en salud, es fundamental promover investigaciones sobre las interrelaciones de los determinantes sociales de la salud y sus efectos diferenciados en los riesgos de enfermar y morir para los hombres y las mujeres de los diferentes grupos de edad.

Finalmente, es importante señalar que, además de la información sobre las desigualdades en la salud, un esfuerzo serio para el desarrollo de políticas y programas orientados a reducir las inequidades de género en salud debe incluir el empoderamiento de las mujeres, un abordaje integral de los factores sociales determinantes con estrategias específicas según el contexto, el trabajo intersectorial y la participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones y control ciudadano.



REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. Volumen I. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007.
2. Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2006 Revision*. Nueva York: UN, 2006. <http://esa.un.org/unpp/>. Consultado el 29 de agosto de 2008.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2008*. Washington, D.C.: OPS, 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos Básicos, cuadragésimo quinta edición, octubre de 2006. Ginebra: OMS, 2006. Disponible en <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>.
5. Véase en http://www.who.int/social_determinants/en/.
6. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, septiembre de 2007.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <http://www.eclac.cl/mujer/>. Fecha de acceso, 26 de marzo de 2009.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina 2008*. Santiago de Chile: CEPAL, 2008.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Estadísticas e indicadores de Género*. División de Asuntos de Género, Estadísticas de género. <http://www.eclac.cl/mujer/>. Consultado el 15 de junio de 2009.
10. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <https://intranet.paho.org/AGS/AUTHORITIES/HEALTHAUTHO.CFM>. Consultado el 15 de mayo de 2009.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en <http://www.cepal.org/oig/decisiones/>. Consultado el 15 de julio de 2009.
12. Gómez, Elsa. *Mujer, Género y Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 541. Washington, D.C.: OPS, 1993.
13. World Health Organization. *Gender and Health, Technical Paper*. Geneva: WHO, 1998.
14. Verbrugge, L.M. *Pathways of Health and Death*. In: Apple, R.(ed) *Women, Health and Medicine in America*, Nueva York, Garland Publishing, 1990.
15. World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, Geneva: WHO, 2008.

16. Organización Panamericana de la Salud. *Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI*. Washington, D.C.: OPS, 2004.
17. United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Health Statistics, Summary Health Statistics for US Adults: National Health Interview Survey, 2006. Hyattsville, Maryland, 2007; US Department of Health and Human Services, *Health United States 2008*, Hyattsville, Maryland, 2008.
18. Organización Panamericana de la Salud. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores Básicos 2007*. Washington, D.C.: OPS, 2007.
19. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de Información y Análisis de la Salud, Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, D.C., julio 2008.
20. World Health Organization. Karen Messing, Pirooska Östlin. *Gender Equality, Work and Health: A review of the evidence*. Geneva: WHO, 2006.
21. Cedillo Becerril LA, Harlow SD, Sanchez RA, Monroy DS (1997). Establishing priorities for occupational health research among women working in the maquiladora industry. *Int J Occup Environ Health*. 3(3):221-230.
22. Centers for Disease Control and Prevention. The State of Aging and Health in America Report. <http://apps.nccd.cdc.gov/saha/ViewbyIndicator.aspx> . Consultado el 19 de mayo de 2009.
23. UNFPA. *The State of World Population 2000*. New York: UNFPA, 2000.
24. ORC Macro, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Consultado el 20 de septiembre 2008.
25. Organización Panamericana de la Salud. Boletín indígena. Restableciendo el espíritu del mundo, Edición No. 2, mayo de 2004.
26. Organización Panamericana de la Salud. Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Washington D.C.: OPS. 1987.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000, informe final. Disponible en <http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t79/seccionc3.pdf>. Consultado el 22 de julio de 2009.
28. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*. Santiago de Chile: CEPAL, 2006.

I. Contexto demográfico

- Tabla 1. Evolución de la tasa global de fecundidad (hijos por mujer), 1960-1965 a 2005-2010
- Tabla 2. Crecimiento de la población de las Américas, por grupo de edad, 1960-2010
- Tabla 3. Distribución de la población (miles) de América Latina y el Caribe por grupos de edad, según sexo, 1960
- Tabla 4. Distribución de la población (miles) de América Latina y el Caribe por grupos de edad, según sexo, 2010
- Tabla 5. Distribución de la población (miles) de América del Norte por grupos de edad, según sexo, 1960
- Tabla 6. Distribución de la población (miles) de América del Norte por grupos de edad, según sexo, 2010
- Tabla 7. Evolución de la población de mujeres de 15-49 años de edad (miles) 1960-2010
- Tabla 8. Evolución de la población de 65 años y más de edad, 1960-2010

II. Contexto socioeconómico

- Tabla 9. Tasa de alfabetización (%) de la población de 15 a 24 años de edad, 25 países, 2007
- Tabla 10. Ingreso medio laboral de mujeres y hombres y razón mujer/hombre del ingreso medio, en zonas urbanas de 18 países, alrededor de 2007
- Tabla 11. Población ocupada en sectores de baja productividad (%) en zonas urbanas de 17 países, alrededor de 2007 (en porcentajes del total de la población urbana ocupada)
- Tabla 12. Porcentaje del total de hogares y porcentaje de hogares indigentes encabezados por mujeres en zonas urbanas de 18 países, alrededor de 2006
- Tabla 13. Participación política: porcentaje de mujeres en el Parlamento, 35 países, 2007

III. Salud, enfermedad y muerte

- Tabla 14. Esperanza de vida al nacer (años) (EVN) y esperanza de vida a los 60 años de edad (EV60), 39 países, 2005-2010
- Tabla 15. Esperanza de vida saludable (EVS) (años), al nacer y a los 60 años de edad, 35 países, 2002
- Tabla 16. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en la población de 25-44 años de edad, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 17. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 18. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 19. Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 25 a 44 años de edad de edad, 25 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 20. Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 45 a 64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 21. Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 65 años y más de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 22. Mortalidad de mujeres de 25 a 44 años de edad por neoplasias malignas del útero y de mama, 27 países, alrededor de 2004-2006

- Tabla 23. Mortalidad de mujeres de 45 a 64 años de edad por neoplasias malignas del útero y de mama, 27 países, alrededor de 2004-2005
- Tabla 24. Mortalidad de mujeres de 65 años y más de edad por neoplasias malignas del útero y de mama, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 25. Tasas de mortalidad por neoplasias malignas del útero y de mama, mujeres de 45 a 64 años de edad, 21 países, alrededor de 2004-2006, e ingreso nacional bruto per cápita 2006, valor ppa, en esos países Favor de escribir completo.
- Tabla 26. Mortalidad de hombres de 45 a 64 años, y de 65 años y más de edad, por neoplasias malignas de próstata, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 27. Años de vida potencial perdidos hasta los 75 años de edad (AVPP75) por cada defunción debido a neoplasias malignas del útero, la mama de la mujer y la próstata, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 28. Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón (incluye bronquios y tráquea) en la población de 45 a 64 años de edad, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 29. Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón (incluye bronquios y tráquea) en la población de 65 años y más de edad, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 30. Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 31. Mortalidad por enfermedad por VIH en la población de 25 a 44 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 32. Mortalidad por enfermedad por VIH en la población de 45 a 64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 33. Tasas de mortalidad por accidentes del transporte terrestre en la población de 15 a 24 y 25 a 44 años de edad, 26 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 34. Razón hombre:mujer de las tasas de mortalidad por accidentes de transporte en dos grupos de edad: 15-24 años y 25-44 años, en 26 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 35. Mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad debido a accidentes, 27 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 36. Mortalidad por homicidio en la población de 15 a 24 años de edad, 21 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 37. Mortalidad por homicidio en la población de 25 a 44 años de edad, 21 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 38. Mortalidad por suicidio en la población de 15 a 24 años de edad, 18 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 39. Mortalidad por suicidio en la población de 25 a 44 años de edad, 18 países, alrededor de 2004-2006
- Tabla 40. Mortalidad por lesión de intención no determinada en la población de 25 a 44 años de edad, 8 países, alrededor de 2003-2005
- Tabla 41. Orden de importancia del suicidio en la mortalidad de las mujeres de 15 a 24 años de edad en 18 países, y porcentaje de las muertes debido a suicidio, en cada sexo, alrededor de 2004-2006
- Tabla 42. Tasas de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia, niños de 1 a 4 años de edad, 17 países, alrededor de 2004-2006

IV. Salud reproductiva y acceso a servicios

- Tabla 43. Tendencia del porcentaje de adolescentes (15-19 años) que son madres o están embarazadas por primera vez: total, adolescentes sin educación y adolescentes que residen en la zona rural, 4 países, alrededor de 1995 y 2005
- Tabla 44. Uso actual de métodos anticonceptivos (%) por grupo étnico (mujeres en unión), Ecuador (2004)
- Tabla 45. Cambios en la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar (mujeres en unión) en cuatro países – total y mujeres de 15 a 19 años de edad, alrededor de 1995 y 2005
- Tabla 46. Total de muertes por causas maternas, número y porcentaje de muertes por aborto y años de vida potencial perdidos hasta los 75 años de edad (AVPP75) por cada defunción debido a estas causas, en un trienio alrededor de 2004-2006
- Tabla 47. Porcentaje de madres que recibieron atención prenatal y del parto, por grupo étnico, Ecuador (2004)
- Tabla 48. Distribución porcentual de mujeres según tiempo desde la última prueba de Papanicolau, por grupo étnico, en Ecuador (2004) y Guatemala (2002)
- Tabla 49. Estimaciones del total de adultos (15 años y más de edad) infectados con VIH y del porcentaje de mujeres en esa población, 2001 y 2007

V. Violencia contra las mujeres

- Tabla 50. Porcentaje de mujeres que alguna vez sufrieron violencia de pareja, por quintil de riqueza del hogar, en cinco países, alrededor de 2000

VI. Recursos humanos en salud

- Tabla 51. Personal médico y personal de enfermería por 10,000 habitantes, por país, alrededor de 2005
- Tabla 52. Personal médico y personal de enfermería, y razón mujeres:hombres para cada profesión, ocho países, alrededor de 2000

I. Contexto demográfico

Tabla 1. Evolución de la tasa global de fecundidad (hijos por mujer). 1960-1965 a 2005-2010

Subregión	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-2000	2000-05	2005-10
América Latina y el Caribe	5,97	5,54	5,04	4,48	3,92	3,41	3,03	2,73	2,52	2,37
América del Norte	3,35	2,55	2,01	1,78	1,81	1,89	1,99	1,95	1,99	2,00

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>
 Fecha de acceso: 29 de agosto de 2008.

Tabla 2. Crecimiento de la población de las Américas, por grupo de edad, 1960-2010

Subregión	Año	Población (miles) por grupo de edad			
		0-4 años	5-14 años	15-64 años	65 y más
América Latina y el Caribe	1960	37.265	56.312	118.521	8.069
	1970	45.632	76.603	153.671	11.637
	1980	52.345	91.685	204.158	16.192
	1990	55.732	104.991	262.023	21.525
	2000	56.286	110.078	326.715	29.970
	2010	55.608	110.630	386.599	40.859
América del Norte	1960	23.097	40.340	122.265	18.447
	1970	19.678	46.456	143.410	22.387
	1980	18.577	38.932	169.853	28.184
	1990	21.697	39.775	188.029	34.419
	2000	21.690	45.663	209.373	38.946
	2010	23.209	45.567	234.856	44.943

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>
 Fecha de acceso: 29 de agosto de 2008.

Tabla 3. Distribución de la población (miles) de América Latina y el Caribe por grupos de edad, según sexo, 1960

Grupos quinquenales de edad	Hombres	Mujeres
0-4 años	18.864	18.402
5-9 años	15.695	15.376
10-14 años	12.770	12.471
15-19 años	10.519	10.347
20-24 años	9.088	9.021
25-29 años	7.832	7.919
30-34 años	7.046	7.144
35-39 años	5.994	6.068
40-44 años	4.994	5.055
45-49 años	4.449	4.522
50-54 años	3.730	3.806
55-59 años	3.034	3.109
60-64 años	2.344	2.499
65-69 años	1.651	1.821
70-74 años	1.086	1.256
75-79 años	616	747
80-84 años	269	351
85 y más	108	163
Total	110.089	110.077

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>.
Fecha de acceso: 14 de febrero de 2009.

Tabla 4. Distribución de la población (miles) de América Latina y el Caribe por grupos de edad, según sexo, 2010

Grupos quinquenales de edad	Hombres	Mujeres
0-4 años	28.377	27.231
5-9 años	28.316	27.244
10-14 años	28.002	27.069
15-19 años	27.302	26.697
20-24 años	25.866	25.983
25-29 años	24.665	25.059
30-34 años	22.526	23.359
35-39 años	20.510	21.411
40-44 años	18.420	19.437
45-49 años	16.621	17.635
50-54 años	13.896	14.912
55-59 años	11.463	12.438
60-64 años	8.742	9.655
65-69 años	6.510	7.448
70-74 años	4.799	5.812
75-79 años	3.267	4.313
80-84 años	2.018	2.928
85 y más	1.396	2.367
Total	292.696	300.998

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>.
Fecha de acceso: 14 de febrero de 2009.

Tabla 5. Distribución de la población (miles) de América del Norte por grupos de edad, según sexo, 1960

Grupos quinquenales de edad	Hombres	Mujeres
0-4 años	11.796	11.301
5-9 años	10.873	10.428
10-14 años	9.725	9.315
15-19 años	7.682	7.499
20-24 años	6.337	6.403
25-29 años	6.318	6.274
30-34 años	6.829	6.851
35-39 años	7.014	7.111
40-44 años	6.511	6.604
45-49 años	6.072	6.191
50-54 años	5.425	5.577
55-59 años	4.563	4.856
60-64 años	3.850	4.298
65-69 años	3.225	3.716
70-74 años	2.351	2.834
75-79 años	1.525	1.946
80-84 años	757	1.055
85 y más	395	642
Total	101.248	102.901

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>. Fecha de acceso: 14 de febrero de 2009.

Tabla 6. Distribución de la población (miles) de América del Norte por grupos de edad, según sexo, 2010

Grupos quinquenales de edad	Hombres	Mujeres
0-4 años	11.894	11.315
5-9 años	11.636	11.073
10-14 años	11.711	11.146
15-19 años	12.690	12.065
20-24 años	12.730	12.169
25-29 años	12.313	11.925
30-34 años	11.687	11.438
35-39 años	11.532	11.411
40-44 años	11.796	11.837
45-49 años	12.705	12.905
50-54 años	12.293	12.743
55-59 años	10.754	11.333
60-64 años	8.885	9.644
65-69 años	6.431	7.286
70-74 años	4.654	5.591
75-79 años	3.496	4.604
80-84 años	2.512	3.822
85 y más	2.043	4.504
Total	171.762	176.811

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>. Fecha de acceso: 14 de febrero de 2009.

Tabla 7. Evolución de la población de mujeres de 15-49 años de edad (miles), 1960-2010

Subregión	1960	1970	1980	1990	2000	2010
América Latina y el Caribe	50.076	65.153	87.106	112.506	139.706	159.581
América del Norte	46.933	55.057	65.848	75.043	80.688	83.750

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>.

Fecha de acceso: 22 de noviembre de 2008.

Tabla 8. Evolución de la población de 65 años y más de edad, 1960-2010

Subregión	Año	65 años y + (millones)	% de la población total	
			65 y +	80 y +
América Latina y el Caribe	1960	8,1	3,7	0,4
	1970	11,6	4,0	0,5
	1980	16,2	4,4	0,6
	1990	21,5	4,8	0,8
	2000	30,0	5,7	1,0
	2010	40,9	6,9	1,5
América del Norte	1960	18,4	9,0	1,4
	1970	22,4	9,7	1,8
	1980	28,2	11,0	2,3
	1990	34,4	12,1	2,6
	2000	38,9	12,3	3,2
	2010	44,9	12,9	3,7

Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. <http://esa.un.org/unpp>.

Fecha de acceso: 5 de febrero de 2009.

II. Contexto socioeconómico

Tabla 9. Tasa de alfabetización (%) de la población de 15 a 24 años de edad, 25 países, 2007

Países	Total	Hombres	Mujeres	Razón M:H
Cuba	100,0	100,0	100,0	1,00
Trinidad y Tabago	99,5	99,5	99,5	1,00
Aruba	99,3	99,2	99,4	1,00
Argentina	99,1	98,9	99,3	1,00
Chile	99,1	98,9	99,2	1,00
Uruguay	98,7	98,3	99,1	1,01
Bolivia	98,5	99,0	97,9	0,99
Antillas Neerlandesas	98,2	98,2	98,3	1,00
México	98,1	98,2	97,9	1,00
Costa Rica	98,0	97,6	98,5	1,01
Colombia	97,9	97,6	98,3	1,01
Perú	97,9	98,5	97,2	0,99
Brasil	97,8	97,0	98,5	1,02
Venezuela (a)	97,2	96,3	98,1	1,02
Ecuador	96,5	96,2	96,7	1,01
Paraguay	96,4	96,2	96,6	1,00
Panamá	96,3	96,5	96,1	1,00
Rep, Dominicana	96,0	95,0	97,0	1,02
Suriname	95,2	95,7	94,6	0,99
El Salvador	95,2	94,6	95,8	1,01
Jamaica	94,3	90,9	97,9	1,08
Honduras	90,3	87,9	92,8	1,06
Nicaragua	88,7	85,4	91,9	1,08
Guatemala	85,5	88,1	82,9	0,94
Haití	81,7	76,3	87,2	1,14

(a) Datos de 2001.

Nota: Países en orden descendente del porcentaje para ambos sexos en conjunto.

Fuente: <http://www.uis.unesco.org>. Fecha de acceso: 29 de septiembre de 2008.

Tabla 10. Ingreso medio laboral de mujeres y hombres y razón mujer:hombre del ingreso medio, en zonas urbanas de 18 países, alrededor de 2007

Países	Ingreso medio, mujeres	Ingreso medio, hombres	Ingreso mujeres / Ingreso hombres
Perú (2003)	1,8	3,4	0,5
Paraguay (2007)	2,0	3,0	0,7
Honduras (2007)	2,3	2,9	0,8
Nicaragua (2005)	2,3	3,3	0,7
Guatemala (2006)	2,3	4,2	0,5
Bolivia (2007)	2,5	4,2	0,6
Colombia (2005)	2,7	3,8	0,7
El Salvador (2004)	3,0	3,8	0,8
Ecuador (2007)	3,0	4,8	0,6
México (2006)	3,0	4,9	0,6
Uruguay (2007)	3,1	4,6	0,7
Rep, Dominicana (2007)	3,3	5,5	0,6
Venezuela (total país) (2007)	3,5	4,4	0,8
Brasil (2007)	3,5	5,3	0,7
Argentina (Gran Bs. Aires) (2006)	4,5	7,0	0,6
Costa Rica (2007)	4,6	6,6	0,7
Panamá (2007)	4,8	6,7	0,7
Chile (2006)	5,1	7,5	0,7

Notas: (1) El ingreso medio se expresa en múltiplos de las respectivas líneas de pobreza per cápita. (2) Los datos son para la población económicamente activa ocupada. (3) Los países están en orden ascendente del ingreso medio de las mujeres.

Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina 2008. Cuadros 21.1a y 21.1b.

Tabla 11. Población ocupada en sectores de baja productividad (%) en zonas urbanas de 17 países, alrededor de 2007 (en porcentajes del total de la población urbana ocupada)

Subregión y países	Total	Mujeres	Hombres	M:H
CENTROAMÉRICA, MÉXICO, CARIBE LATINO				
Panamá (2007)	36,5	39,3	34,4	1,14
Costa Rica (2007)	37,7	42,2	34,7	1,22
Honduras (2007)	43,9	41,9	45,4	0,92
México (2006)	45,7	50,8	42,0	1,21
Rep. Dominicana (2007)	48,9	45,5	51,0	0,89
El Salvador (2004)	54,7	62,6	47,8	1,31
Guatemala (2006)	58,1	65,4	52,5	1,25
Nicaragua (2005)	58,4	64,1	54,0	1,19
ÁREA ANDINA				
Venezuela (total país) (2006)	50,1	47,9	51,5	0,93
Ecuador (2007)	57,3	64,5	52,2	1,24
Bolivia (2007)	62,5	70,6	56,4	1,25
Perú (2003)	64,6	72,5	58,1	1,25
CONO SUR Y BRASIL				
Chile (2006)	30,7	38,2	25,6	1,49
Argentina (Gran Bs. Aires) (2006)	41,0	42,9	37,7	1,14
Brasil (2007)	41,8	47,7	37,3	1,28
Uruguay (2007)	43,8	49,5	39,5	1,25
Paraguay (2007)	60,1	67,4	54,6	1,23

Notas: En cada subregión, los países están en orden ascendente del porcentaje para ambos sexos en conjunto.

Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina 2008. Cuadros 18, 18.1 y 18.2.

Tabla 12. Porcentaje del total de hogares y porcentaje de hogares indigentes encabezados por mujeres en zonas urbanas de 18 países, alrededor de 2006

Países	% del total de hogares	% de los hogares indigentes
Guatemala (2002)	22,1	29,6
Ecuador (2006)	23,3	24,7
Perú (2003)	24,5	29,9
Bolivia (2004)	25,5	26,6
México (2006)	26,1	25,4
Panamá (2006)	30,4	45,8
Chile (2006)	31,2	47,5
Brasil (2006)	31,3	36,3
Argentina (Gran Bs. Aires) (2006)	31,5	44,3
Costa Rica (2006)	31,7	54,3
Venezuela (Total país) (2006)	32,5	44,4
Colombia (2005)	32,7	38,0
Honduras (2006)	33,8	36,8
Rep. Dominicana (2006)	33,9	49,5
Nicaragua (2001)	34,2	36,6
Paraguay (Asunción) (2005)	34,3	38,9
Uruguay (2005)	34,3	34,3
El Salvador (2004)	35,3	34,9

Nota: Los países están en orden ascendente del % del total de hogares encabezados por mujeres.

Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina 2007. Cuadro 11.

Tabla 13. Participación política: porcentaje de mujeres en el Parlamento, 35 países, 2007

Países	Cámara inferior o única		Cámara superior o Senado		Ambas cámaras		
	Asientos	Mujeres (%)	Asientos	Mujeres (%)	Asientos	Mujeres	Mujeres (%)
Haití	98	4,1	18	11,1	116	6	5,2
Saint Kitts y Nevis	15	6,7			15	1	6,7
Brasil	513	9,0	81	12,3	594	56	9,4
Colombia	166	8,4	102	11,8	268	26	9,7
Belice	32	0,0	13	38,5	45	5	11,1
Guatemala	158	12,0			158	19	12,0
Uruguay	99	12,1	31	12,9	130	16	12,3
Chile	120	15,0	38	5,3	158	20	12,7
Paraguay	80	12,5	45	15,6	125	17	13,6
Jamaica	60	13,3	21	14,3	81	11	13,6
Barbados	30	10,0	21	19,0	51	7	13,7
Bolivia	130	16,9	27	3,7	157	23	14,6
Antigua y Barbuda	19	10,5	17	23,5	36	6	16,7
El Salvador	84	16,7			84	14	16,7
Panamá	78	16,7			78	13	16,7
República Dominicana	178	19,7	32	3,1	210	36	17,1
Santa Lucía	18	11,1	11	27,3	29	5	17,2
Estados Unidos	431	17,4	99	17,2	530	92	17,4
San Vicente y las Granadinas	22	18,2			22	4	18,2
Nicaragua	92	18,5			92	17	18,5
Venezuela	167	18,6			167	31	18,6
Dominica	32	18,8			32	6	18,8
Granada	15	13,3	13	30,8	28	6	21,4
México	500	23,2	128	18,0	628	139	22,1
Honduras	128	23,4			128	30	23,4
Canadá	308	22,1	93	34,4	401	100	24,9
Bahamas	41	12,2	15	60,0	56	14	25,0
Ecuador	100	25,0			100	25	25,0
Suriname	51	25,5			51	13	25,5
Perú	120	29,2			120	35	29,2
Guyana	70	30,0			70	21	30,0
Trinidad y Tabago	41	26,8	31	41,9	72	24	33,3
Costa Rica	57	36,8			57	21	36,8
Argentina	255	40,0	72	38,9	327	130	39,8
Cuba	614	43,2			614	265	43,2

Nota: Datos suministrados por los parlamentos nacionales hasta noviembre 2008. Los países están en orden ascendente del porcentaje (ponderado) de mujeres en ambas cámaras en conjunto.

Fuente: Unión Interparlamentaria. <http://www.ipu.org>. Fecha de consulta: 18 de febrero de 2009.

III. Salud, enfermedad y muerte

Tabla 14. Esperanza de vida al nacer (EVN) (años) y esperanza de vida a los 60 años de edad (EV60), 39 países, 2005-2010

País	Ambos sexos	EVN mujeres	EVN hombres	EV60 mujeres	EV60 hombres
Haití	60,9	62,8	59,1	17,0	16,6
Bolivia	65,6	67,7	63,4	18,8	16,7
Guyana	66,8	69,9	64,2	20,0	16,7
Granada	68,7	70,4	67,0	17,9	16,1
Trinidad y Tabago	69,8	71,8	67,8	19,7	16,9
Honduras	70,2	73,7	66,9	22,4	19,1
Suriname	70,2	73,6	67,0	20,5	17,8
Guatemala	70,3	73,8	66,7	21,5	19,2
Perú	71,4	74,0	68,9	20,8	18,3
San Vicente y las Granadinas	71,6	73,8	69,5	20,3	16,1
Paraguay	71,8	73,9	69,7	21,3	19,4
El Salvador	71,9	74,9	68,8	21,9	18,6
República Dominicana	72,2	75,5	69,3	22,7	20,3
Brasil	72,4	76,1	68,8	22,5	19,5
Jamaica	72,6	75,2	70,0	21,6	19,3
Colombia	72,9	76,6	69,2	21,9	19,3
Nicaragua	72,9	76,0	69,9	22,4	19,9
Bahamas	73,5	76,3	70,6	23,2	19,5
Santa Lucía	73,7	75,6	71,9	21,0	17,7
Venezuela	73,7	76,8	70,9	21,7	19,3
Aruba	74,2	77,1	71,3	20,7	17,2
Ecuador	75,0	78,0	72,1	23,5	21,2
Antillas Neerlandesas	75,1	78,8	71,3	22,7	19,1
Argentina	75,3	79,1	71,6	23,0	18,1
Panamá	75,5	78,2	73,0	22,8	20,3
Guayana Francesa	75,9	79,9	72,6	22,7	17,6

Continuación...

País	Ambos sexos	EVN mujeres	EVN hombres	EV60 mujeres	EV60 hombres
Belice	76,1	79,2	73,3	23,5	20,4
México	76,2	78,6	73,7	22,9	20,7
Uruguay	76,4	79,9	72,8	23,5	18,5
Barbados	77,3	79,8	74,4	22,7	18,5
Estados Unidos de América	78,2	80,8	75,6	24,2	20,3
Cuba	78,3	80,4	76,2	23,5	20,8
Chile	78,6	81,5	75,5	24,5	20,7
Puerto Rico	78,7	82,7	74,7	25,4	19,9
Costa Rica	78,8	81,2	76,5	24,4	21,6
Guadalupe	79,2	82,2	76,0	25,1	20,9
Islas Vírgenes (EUA)	79,4	83,3	75,5	25,7	19,2
Martinica	79,5	82,3	76,5	25,2	21,1
Canadá	80,7	82,9	78,3	25,2	21,7

Nota: Países en orden ascendente de la EVN para ambos sexos en conjunto.

Fuente: unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/statistics.htm. Fecha de acceso: 3 de mayo de 2008. La EVN para ambos sexos en conjunto es de: <http://esa.un.org/unpp>. Fecha de acceso: 24 de octubre de 2008.

Tabla 15. Esperanza de vida saludable (EVS) (años), al nacer y a los 60 años de edad, 35 países, 2002

Países	EVS al nacer, ambos sexos	EVS al nacer, mujeres	EVS al nacer, hombres	EVS60, mujeres	EVS60, hombres
Haití	43,8	44,1	43,5	11,7	10,3
Bolivia	54,4	55,2	53,6	12,1	10,9
Guyana	55,2	57,2	53,1	12,2	10,2
Guatemala	57,4	59,9	54,9	13,3	12,3
Honduras	58,4	60,5	56,3	13,1	11,4
Suriname	58,8	60,8	56,7	12,8	10,6
Granada	59,2	60,0	58,4	12,6	11,1
República Dominicana	59,6	61,9	57,2	13,7	11,3
El Salvador	59,7	62,3	57,2	14,1	12,6
Brasil	59,8	62,4	57,2	13,7	11,6
Belice	60,3	62,2	58,4	13,3	11,5
Perú	61,0	62,4	59,6	14,4	12,7
San Vicente y las Granadinas	61,0	62,2	59,9	14,2	12,6
Nicaragua	61,4	63,1	59,7	14,5	13,0
Saint Kitts y Nevis	61,5	63,1	59,9	13,5	11,9
Antigua y Barbuda	61,9	63,6	60,1	13,8	11,6
Paraguay	61,9	64,2	59,6	14,6	11,7
Ecuador	61,9	64,1	59,8	15,2	13,2
Trinidad y Tabago	62,0	64,2	59,8	14,1	11,9
Colombia	62,0	66,3	57,8	15,4	12,6
Santa Lucía	62,7	64,2	61,2	14,4	12,5
Bahamas	63,5	66,0	61,0	16,2	14,4
Dominica	63,7	65,6	61,9	15,3	13,8
Venezuela	64,2	66,7	61,7	15,7	13,9
Jamaica	65,1	65,9	64,2	14,5	13,0
Argentina	65,3	68,1	62,5	16,5	13,0
México	65,4	67,6	63,3	16,2	14,4
Barbados	65,6	68,2	62,9	16,6	13,1
Panamá	66,2	68,0	64,3	16,8	14,9
Uruguay	66,2	69,4	63,0	17,1	13,0
Costa Rica	67,2	69,3	65,2	16,7	14,4
Chile	67,3	69,7	64,9	16,8	13,9
Cuba	68,3	69,5	67,1	16,7	15,2
Estados Unidos de América	69,3	71,3	67,2	17,9	15,3
Canadá	72,0	74,0	70,1	19,3	16,1

Nota: Los países están en orden ascendente de la EVS al nacer, ambos sexos, y luego en orden ascendente de la EVS, al nacer, mujeres.
Fuente: OMS. Informe sobre la salud mundial 2004. Cuadro anexo 4.

Tabla 16. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en la población de 25-44 años de edad, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			M:H
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Canadá (2002-2004)	2,0	1,9	2,1	0,90
Costa Rica (2004-2006)	3,1	3,0	3,2	0,94
Puerto Rico (2003-2005)	3,3	3,4	3,1	1,10
Estados Unidos (2003-2005)	3,6	3,4	3,8	0,89
El Salvador (2004-2006)	4,5	5,3	3,7	1,43
México (2004-2006)	4,5	4,1	5,0	0,82
Chile (2003-2005)	4,7	4,4	4,9	0,90
Martinica (2003-2005)	4,7	2,3	7,3	0,32
Panamá (2002-2004)	5,5	3,6	7,4	0,49
Colombia (2003-2005)	5,6	6,3	4,8	1,31
Guadalupe (2003-2005)	6,2	5,5	7,0	0,79
Cuba (2004-2006)	6,4	6,0	6,8	0,88
Venezuela (2003-2005)	6,6	6,4	6,8	0,94
Argentina (2004-2006)	6,9	6,3	7,6	0,83
Perú (2002-2004)	7,0	6,7	7,4	0,91
Ecuador (2003-2005)	7,6	6,4	8,7	0,74
Uruguay (2001,03,04)	8,1	7,2	9,0	0,80
Nicaragua (2000-2002)	8,4	9,1	7,6	1,20
Paraguay (2004-2006)	8,4	9,2	7,7	1,19
Rep. Dominicana (2002-2004)	8,8	9,0	8,6	1,05
Guatemala (2002-2004)	9,2	8,5	10,0	0,85
Trinidad y Tabago (2000-2002)	9,2	8,0	10,5	0,76
Guyana (2003-2005)	9,9	8,4	11,5	0,73
Brasil (2003-2005)	14,3	14,4	14,2	1,01
Haití (2002-2004)	17,0	14,3	19,8	0,72
Suriname (2000,04,05)	18,6	14,1	23,1	0,61
Bolivia (2002,2003)	22,2	22,2	22,2	1,00

Nota: Países en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto. Se incluyen países con un mínimo de 15 defunciones de 25-44 años por enfermedad cerebrovascular.

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

Tabla 17. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Canadá (2002-2004)	14,1	12,3	16,0	0,77
Costa Rica (2004-2006)	20,3	17,8	22,7	0,78
Estados Unidos (2003-2005)	23,0	20,1	26,1	0,77
Puerto Rico (2003-2005)	25,6	19,2	33,3	0,58
El Salvador (2004-2006)	27,1	27,3	26,8	1,02
México (2004-2006)	32,5	27,5	37,9	0,73
Barbados (2000,2001)	35,8	26,0	46,8	0,56
Guatemala (2002-2004)	37,1	34,9	39,4	0,89
Martinica (2003-2005)	37,2	21,8	55,4	0,39
Ecuador (2003-2005)	38,4	33,0	43,9	0,75
Perú (2002-2004)	40,3	34,8	46,0	0,76
Chile (2003-2005)	41,9	34,3	49,9	0,69
Guadalupe (2003-2005)	47,9	26,6	72,4	0,37
Panamá (2002-2004)	50,8	39,3	62,4	0,63
Venezuela (2003-2005)	51,6	45,4	57,8	0,79
Cuba (2004-2006)	55,4	48,5	62,6	0,77
Colombia (2003-2005)	56,1	56,1	56,2	1,00
Argentina (2004-2006)	61,1	44,1	79,6	0,55
Nicaragua (2000-2002)	68,7	67,1	70,4	0,95
Uruguay (2001,03,04)	76,0	58,8	95,1	0,62
Bolivia (2002,2003)	87,0	77,2	97,6	0,79
Paraguay (2004-2006)	97,3	87,4	106,8	0,82
Trinidad y Tabago (2000-2002)	97,3	85,3	110,5	0,77
Rep, Dominicana (2002-2004)	99,0	82,0	115,8	0,71
Brasil (2003-2005)	101,4	87,7	116,4	0,75
Guyana (2003-2005)	151,6	126,2	175,3	0,72
Suriname (2000,04,05)	176,0	128,0	229,2	0,56
Haití (2002-2004)	223,7	256,5	187,6	1,37

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 18. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			M:H
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Martinica (2003-2005)	18,6	9,8	29,1	0,34
Guadalupe (2003-2005)	28,1	16,1	42,0	0,38
Ecuador (2003-2005)	32,8	20,9	45,0	0,46
Perú (2002-2004)	38,3	22,5	54,4	0,41
Guatemala (2002-2004)	39,7	30,3	49,8	0,61
Haití (2002-2004)	46,3	41,6	51,6	0,81
Barbados (2000,2001)	52,3	27,7	79,9	0,35
Chile (2003-2005)	53,5	25,4	83,0	0,31
Bolivia (2002,2003)	57,4	40,4	76,0	0,53
El Salvador (2004-2006)	63,1	52,5	75,3	0,70
Argentina (2004-2006)	63,5	24,6	105,8	0,23
Panamá (2002-2004)	65,6	36,7	94,5	0,39
Canadá (2002-2004)	69,0	27,5	111,1	0,25
Costa Rica (2004-2006)	70,2	40,5	99,5	0,41
México (2004-2006)	72,6	41,4	105,0	0,39
Uruguay (2001,03,04)	80,7	36,9	129,1	0,29
Paraguay (2004-2006)	84,3	50,1	117,2	0,43
Puerto Rico (2003-2005)	89,4	52,6	132,8	0,40
Estados Unidos (2003-2005)	102,3	53,4	153,7	0,35
Colombia (2003-2005)	104,2	72,8	139,5	0,52
Cuba (2004-2006)	110,7	74,8	148,2	0,50
Nicaragua (2000-2002)	112,1	98,1	126,3	0,78
Brasil (2003-2005)	118,7	77,5	163,8	0,47
Venezuela (2003-2005)	125,7	74,6	177,6	0,42
Rep, Dominicana (2002-2004)	134,8	97,5	171,7	0,57
Suriname (2000,04,05)	136,5	75,8	203,8	0,37
Guyana (2003-2005)	197,2	144,6	246,2	0,59
Trinidad y Tabago (2000-2002)	226,3	157,4	301,6	0,52

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 19. Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 25-44 años de edad, 25 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Uruguay (2001,03,04)	0,8	0,8	0,9	0,89
Chile (2003-2005)	1,2	1,1	1,2	0,92
Argentina (2004-2006)	1,7	1,6	1,9	0,84
Canadá (2002-2004)	1,7	1,2	2,2	0,55
Perú (2002-2004)	1,9	1,8	1,9	0,95
Costa Rica (2004-2006)	2,1	2,4	1,9	1,26
Colombia (2003-2005)	2,4	2,5	2,3	1,09
Cuba (2004-2006)	3,1	3,1	3,1	1,00
Estados Unidos (2003-2005)	3,3	2,5	4,0	0,63
Panamá (2002-2004)	3,8	4,3	3,4	1,26
Paraguay (2004-2006)	4,1	3,7	4,5	0,82
Venezuela (2003-2005)	4,2	3,5	4,8	0,73
Ecuador (2003-2005)	4,4	3,9	4,9	0,80
Brasil (2003-2005)	4,7	4,0	5,4	0,74
Puerto Rico (2003-2005)	5,3	3,8	6,8	0,56
El Salvador (2004-2006)	5,6	6,3	4,8	1,31
Bolivia (2002,2003)	5,7	2,7	8,9	0,30
Rep. Dominicana (2002-2004)	5,7	5,7	5,8	0,98
Guatemala (2002-2004)	8,0	6,7	9,5	0,71
Guyana (2003-2005)	8,7	9,3	8,2	1,13
Suriname (2000,04,05)	8,8	8,6	9,0	0,96
Nicaragua (2000-2002)	8,9	9,5	8,3	1,14
Trinidad y Tabago (2000-2002)	9,5	8,0	11,0	0,73
Haití (2002-2004)	9,7	10,8	8,4	1,29
México (2004-2006)	11,6	9,3	14,0	0,66

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto. Se incluyen países con un mínimo de 15 defunciones de 25-44 años de edad por diabetes mellitus.

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

Tabla 20. Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			M:H
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Martinica (2003-2005)	11,1	12,8	9,1	1,4
Canadá (2002-2004)	14,9	9,8	20,1	0,5
Uruguay (2001,03,04)	17,7	15,2	20,4	0,7
Cuba (2004-2006)	19,8	23,8	15,7	1,5
Chile (2003-2005)	23,0	20,4	25,8	0,8
Estados Unidos (2003-2005)	23,6	19,2	28,2	0,7
Bolivia (2002,2003)	25,0	18,2	32,4	0,6
Perú (2002-2004)	27,6	22,9	32,5	0,7
Costa Rica (2004-2006)	27,9	28,9	27,0	1,1
Argentina (2004-2006)	29,5	22,3	37,4	0,6
Guadalupe (2003-2005)	29,6	23,8	36,2	0,7
Colombia (2003-2005)	39,7	41,1	38,2	1,1
Barbados (2000,2001)	46,0	45,3	46,8	1,0
Panamá (2002-2004)	48,1	53,2	43,0	1,2
Brasil (2003-2005)	50,7	50,1	51,3	1,0
Ecuador (2003-2005)	50,8	50,7	50,9	1,0
El Salvador (2004-2006)	56,1	64,0	47,0	1,4
Rep. Dominicana (2002-2004)	57,5	53,8	61,1	0,9
Venezuela (2003-2005)	61,0	53,6	68,5	0,8
Puerto Rico (2003-2005)	70,2	54,3	89,1	0,6
Guatemala (2002-2004)	71,9	77,5	66,0	1,2
Haití (2002-2004)	75,9	88,9	61,7	1,4
Paraguay (2004-2006)	79,4	88,5	70,6	1,3
Suriname (2000,04,05)	86,8	83,0	91,0	0,9
Nicaragua (2000-2002)	106,4	117,2	95,5	1,2
Guyana (2003-2005)	149,3	170,4	129,7	1,3
México (2004-2006)	150,1	137,2	163,6	0,8
Trinidad y Tabago (2000-2002)	222,9	194,3	254,1	0,8

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 21. Mortalidad por diabetes mellitus en la población de 65 años y más de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Cuba (2004-2006)	121,1	157,7	79,8	2,0
Uruguay (2001,03,04)	143,3	131,3	161,5	0,8
Perú (2002-2004)	144,9	147,9	141,3	1,0
Bolivia (2002,2003)	146,1	139,9	153,7	0,9
Estados Unidos (2003-2005)	152,1	145,7	160,9	0,9
Canadá (2002-2004)	162,5	150,6	178,1	0,8
Argentina (2004-2006)	182,8	159,5	217,5	0,7
Chile (2003-2005)	210,3	196,6	229,2	0,9
Martinica (2003-2005)	222,5	245,8	190,3	1,3
Costa Rica (2004-2006)	227,7	249,1	203,3	1,2
Ecuador (2003-2005)	259,6	291,8	222,9	1,3
Guadalupe (2003-2005)	276,3	311,7	227,1	1,4
Guatemala (2002-2004)	280,5	316,3	240,7	1,3
Colombia (2003-2005)	284,5	309,2	252,6	1,2
Brasil (2003-2005)	286,1	316,1	247,1	1,3
El Salvador (2004-2006)	291,8	330,1	241,7	1,4
Suriname (2000,04,05)	300,8	275,2	331,6	0,8
Rep. Dominicana (2002-2004)	344,1	402,4	285,3	1,4
Haití (2002-2004)	397,6	459,0	324,4	1,4
Panamá (2002-2004)	415,8	495,3	330,6	1,5
Venezuela (2003-2005)	419,2	452,8	379,6	1,2
Puerto Rico (2003-2005)	420,4	399,3	448,7	0,9
Nicaragua (2000-2002)	463,8	553,7	361,8	1,5
Guyana (2003-2005)	484,9	543,6	415,3	1,3
Barbados (2000,2001)	609,0	637,5	561,1	1,1
Paraguay (2004-2006)	640,9	754,2	512,1	1,5
México (2004-2006)	728,5	759,1	690,7	1,1
Trinidad y Tabago (2000-2002)	1014,80	961,8	1083,8	0,9

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 22. Mortalidad de mujeres de 25-44 años de edad por neoplasias malignas del útero y de la mama, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 mujeres	
	NM del útero	NM de la mama
Canadá (2002-2004)	2,0	7,0
Estados Unidos (2003-2005)	2,4	7,2
Martinica (2003-2005)	2,9	9,4
Puerto Rico (2003-2005)	3,0	6,1
Costa Rica (2004-2006)	4,2	4,2
Guadalupe (2003-2005)	4,5	10,0
Haití (2002-2004)	4,5	4,8
Chile (2003-2005)	5,7	4,9
Rep. Dominicana (2002-2004)	5,7	6,9
Trinidad y Tabago (2000-2002)	5,9	12,0
México (2004-2006)	6,4	6,4
Ecuador (2003-2005)	7,0	3,7
Argentina (2004-2006)	7,4	7,3
Brasil (2003-2005)	7,5	8,5
Uruguay (2001,03,04)	7,5	9,0
Suriname (2000,04,05)	7,6	8,8
Colombia (2003-2005)	8,9	6,1
Guyana (2003-2005)	9,8	6,5
Guatemala (2002-2004)	10,2	2,8
Panamá (2002-2004)	10,4	5,7
Perú (2002-2004)	11,0	6,2
Venezuela (2003-2005)	11,7	6,7
Cuba (2004-2006)	12,7	8,8
Paraguay (2004-2006)	13,3	6,7
El Salvador (2004-2006)	16,1	5,3
Nicaragua (2003-2005)	17,7	6,0
Bolivia (2002,2003)	29,2	10,2

Nota: Países en orden ascendente de la tasa de NM del útero.

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

Tabla 23. Mortalidad de mujeres de 45-64 años de edad por neoplasias malignas del útero y de mama, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 mujeres	
	NM del útero	NM de la mama
Canadá (2002-2004)	8,2	42,9
Puerto Rico (2003-2005)	9,2	34,0
Estados Unidos (2003-2005)	10,0	40,5
Martinica (2003-2005)	10,5	41,3
Guadalupe (2003-2005)	16,1	39,1
Costa Rica (2004-2006)	17,3	27,5
Chile (2003-2005)	19,5	27,8
Uruguay (2001,03,04)	22,0	57,1
México (2004-2006)	24,7	24,8
Argentina (2004-2006)	26,1	53,7
Haití (2002-2004)	26,5	30,1
Brasil (2003-2005)	27,5	40,5
Ecuador (2003-2005)	30,8	19,5
Cuba (2004-2006)	32,5	37,5
Rep. Dominicana (2002-2004)	32,9	36,4
Panamá (2002-2004)	35,3	28,9
Trinidad y Tabago (2000-2002)	36,3	44,5
Colombia (2003-2005)	37,1	37,1
Venezuela (2003-2005)	37,4	36,4
Suriname (2000,04,05)	39,4	24,0
Guatemala (2002-2004)	41,5	10,8
Perú (2002-2004)	48,4	32,3
Guyana (2003-2005)	49,0	36,4
El Salvador (2004-2006)	49,3	17,5
Paraguay (2004-2006)	56,3	41,4
Nicaragua (2003-2005)	64,7	29,2
Bolivia (2002,2003)	70,8	21,7

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa de NM del útero.

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

Tabla 24. Mortalidad de mujeres de 65 años y más por neoplasias malignas del útero y de mama, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 mujeres	
	NM del útero	NM de la mama
Puerto Rico (2003-2005)	28,0	70,8
Canadá (2002-2004)	29,5	130,5
Estados Unidos (2003-2005)	30,1	113,5
Argentina (2004-2006)	49,4	139,8
Uruguay (2001,03,04)	51,0	147,9
Brasil (2003-2005)	54,9	74,3
Chile (2003-2005)	60,8	77,8
México (2004-2006)	63,5	44,9
Martinica (2003-2005)	65,6	96,5
Guadalupe (2003-2005)	67,0	69,9
Costa Rica (2004-2006)	67,6	96,9
Suriname (2000,04,05)	74,2	82,3
Cuba (2004-2006)	77,9	101,4
Colombia (2003-2005)	79,5	63,9
Guyana (2003-2005)	85,5	65,0
Ecuador (2003-2005)	86,5	29,6
Perú (2002-2004)	88,5	51,4
Guatemala (2002-2004)	89,3	22,9
Panamá (2002-2004)	92,7	67,6
Venezuela (2003-2005)	97,9	81,9
Rep. Dominicana (2002-2004)	103,1	73,1
El Salvador (2004-2006)	110,5	30,2
Bolivia (2002,2003)	111,8	51,1
Haití (2002-2004)	115,1	84,1
Trinidad y Tabago (2000-2002)	122,5	122,5
Nicaragua (2003-2005)	130,8	49,6
Paraguay (2004-2006)	163,8	114,0

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa de NM del útero.

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

Tabla 25. Mortalidad de mujeres de 45-64 años de edad por neoplasias malignas del útero y de la mama, 21 países, alrededor de 2004-2006, e ingreso nacional bruto per cápita 2006, valor ajustado por la paridad del valor adquisitivo (ppa) en esos países

Países	Tasas por 100.000 mujeres		
	Útero	Mama	INBpc 2006 (ppa)
Haití (2002-2004)	26,5	30,1	1.070
Nicaragua (2003-2005)	64,7	29,2	2.720
Guyana (2003-2005)	49,0	36,4	3.410
Paraguay (2004-2006)	56,3	41,4	4.040
Guatemala (2002-2004)	41,5	10,8	5.120
Rep. Dominicana (2002-2004)	32,9	36,4	5.500
El Salvador (2004-2006)	49,3	17,5	5.610
Colombia (2003-2005)	37,1	37,1	6.130
Perú (2002-2004)	48,4	32,3	6.490
Ecuador (2003-2005)	30,8	19,5	6.810
Panamá (2002-2004)	35,3	28,9	8.690
Brasil (2003-2005)	27,5	40,5	8.700
Costa Rica (2004-2006)	17,3	27,5	9.220
Uruguay (2001,03,04)	22,0	57,1	9.940
Venezuela (2003-2005)	37,4	36,4	10.970
Chile (2003-2005)	19,5	27,8	11.300
Argentina (2004-2006)	26,1	53,7	11.670
México (2004-2006)	24,7	24,8	11.990
Trinidad y Tabago (2000-2002)	36,3	44,5	16.800
Canadá (2002-2004)	8,2	42,9	36.280
Estados Unidos (2003-2005)	10,0	40,5	44.070

INBpc 2006 = Ingreso nacional bruto per cápita, valor ppa (US\$) en 2006.

Nota: Los países están en orden ascendente del INBpc 2006.

Fuentes: OPS. Proyecto de Información y Análisis de Salud (HA). (1) Sistema Regional de Mortalidad y Población. Washington, DC, julio 2008. (2) Los datos de INBpc 2006: Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008.

Tabla 26. Mortalidad de hombres de 45-64 años, y de 65 años y más de edad, por neoplasias malignas de próstata, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 hombres	
	45-64 años	65 años y más
El Salvador (2004-2006)	4,4	151,5
Costa Rica (2004-2006)	5,4	263,0
Ecuador (2003-2005)	6,1	187,7
Guatemala (2002-2004)	6,5	139,0
México (2004-2006)	7,2	167,0
Estados Unidos (2003-2005)	7,3	175,9
Canadá (2002-2004)	7,4	194,5
Chile (2003-2005)	7,7	263,4
Nicaragua (2003-2005)	8,5	228,6
Puerto Rico (2003-2005)	8,7	228,6
Colombia (2003-2005)	9,5	243,5
Perú (2002-2004)	10,0	220,7
Paraguay (2004-2006)	10,3	327,9
Suriname (2000,04,05)	10,4	238,6
Brasil (2003-2005)	10,5	205,6
Panamá (2002-2004)	10,6	314,2
Argentina (2004-2006)	10,9	233,7
Venezuela (2003-2005)	11,8	283,5
Guadalupe (2003-2005)	12,3	531,3
Cuba (2004-2006)	15,6	362,0
Guyana (2003-2005)	15,7	327,4
Bolivia (2002,2003)	16,8	124,0
Haití (2002-2004)	18,0	370,3
Uruguay (2001,03,04)	18,5	346,6
Martinica (2003-2005)	19,1	503,9
Rep. Dominicana (2002-2004)	22,7	608,5
Trinidad y Tabago (2000-2002)	24,4	626,6

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa en el grupo de 45 a 64 años de edad.

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

Tabla 27. Años de vida potencial perdidos hasta los 75 años de edad (AVPP75) por cada defunción debido a neoplasias malignas del útero, la mama de la mujer y la próstata, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	AVPP75 por defunción		
	NM del útero	NM de la mama	NM de la próstata
Martinica (2003-2005)	7,4	12,0	2,0
Canadá (2002-2004)	9,8	9,7	2,2
Guadalupe (2003-2005)	10,7	16,0	1,6
Estados Unidos (2003-2005)	10,8	10,3	2,3
Puerto Rico (2003-2005)	12,1	12,1	1,9
Uruguay (2001,03,04)	12,5	9,5	2,5
Trinidad y Tabago (2000-2002)	12,6	15,7	3,0
Haití (2002-2004)	13,5	15,4	3,8
Chile (2003-2005)	13,7	12,5	2,3
Costa Rica (2004-2006)	14,3	13,5	1,9
Argentina (2004-2006)	14,6	10,3	2,7
Ecuador (2003-2005)	14,9	17,6	2,6
Cuba (2004-2006)	15,0	12,1	2,4
Rep. Dominicana (2002-2004)	15,9	18,8	3,2
México (2004-2006)	16,3	18,1	3,0
Suriname (2000,04,05)	16,5	16,3	3,0
Brasil (2003-2005)	16,8	16,0	3,3
Guyana (2003-2005)	16,9	17,4	3,3
El Salvador (2004-2006)	17,0	17,6	2,3
Colombia (2003-2005)	17,1	16,6	3,0
Panamá (2002-2004)	17,2	16,0	2,4
Perú (2002-2004)	17,3	17,3	2,9
Paraguay (2004-2006)	17,5	16,0	3,1
Guatemala (2002-2004)	18,1	18,2	3,7
Venezuela (2003-2005)	19,1	17,4	3,9
Nicaragua (2003-2005)	19,1	18,7	3,0
Bolivia (2002,2003)	21,1	20,0	5,2

Nota: Los países están en orden ascendente de los AVPP75 por NM de útero.

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

Tabla 28. Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón (incluye bronquios y tráquea) en la población de 45-64 años de edad, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Guyana (2003-2005)	7,0	3,6	10,1	0,4
Ecuador (2003-2005)	8,4	7,5	9,3	0,8
Costa Rica (2004-2006)	9,1	6,1	12,1	0,5
Guatemala (2002-2004)	9,5	9,0	10,1	0,9
El Salvador (2004-2006)	9,9	8,7	11,2	0,8
Haití (2002-2004)	11,0	13,7	8,0	1,7
México (2004-2006)	12,8	8,0	17,8	0,4
Nicaragua (2003-2005)	13,0	12,3	13,7	0,9
Puerto Rico (2003-2005)	17,2	9,5	26,2	0,4
Perú (2002-2004)	17,7	15,4	20,2	0,8
Bolivia (2002,2003)	18,2	14,8	22,0	0,7
Panamá (2002-2004)	19,1	10,8	27,4	0,4
Suriname (2000,04,05)	19,4	9,2	30,7	0,3
Martinica (2003-2005)	20,7	12,8	30,0	0,4
Trinidad y Tabago (2000-2002)	21,1	7,2	36,2	0,2
Rep. Dominicana (2002-2004)	21,3	17,8	24,7	0,7
Colombia (2003-2005)	21,5	16,4	27,2	0,6
Chile (2003-2005)	22,1	13,8	30,9	0,4
Paraguay (2004-2006)	24,7	7,1	41,7	0,2
Guadalupe (2003-2005)	26,3	11,9	42,8	0,3
Venezuela (2003-2005)	28,5	20,4	36,7	0,6
Brasil (2003-2005)	29,3	19,8	39,7	0,5
Argentina (2004-2006)	50,6	22,7	80,8	0,3
Canadá (2002-2004)	61,9	54,3	69,6	0,8
Estados Unidos (2003-2005)	62,0	49,3	75,4	0,7
Cuba (2004-2006)	62,1	43,9	81,1	0,5
Uruguay (2001,03,04)	70,0	18,6	127,0	0,1

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 29. Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón (incluye bronquios y tráquea) en la población de 65 años y más de edad, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Guyana (2003-2005)	26,5	9,2	47,0	0,2
Haití (2002-2004)	41,6	34,6	50,0	0,7
Guatemala (2002-2004)	46,7	36,4	58,2	0,6
Martinica (2003-2005)	57,8	32,2	93,4	0,3
El Salvador (2004-2006)	57,9	54,9	61,9	0,9
Ecuador (2003-2005)	58,3	40,6	78,6	0,5
Guadalupe (2003-2005)	60,7	27,7	106,7	0,3
Nicaragua (2003-2005)	63,9	55,2	73,8	0,7
Trinidad y Tabago (2000-2002)	70,2	32,9	118,6	0,3
Costa Rica (2004-2006)	78,8	49,5	112,4	0,4
México (2004-2006)	84,9	48,5	129,7	0,4
Puerto Rico (2003-2005)	85,6	57,0	123,9	0,5
Suriname (2000,04,05)	91,4	50,5	140,3	0,4
Bolivia (2002,2003)	92,7	52,3	142,8	0,4
Perú (2002-2004)	93,9	74,8	116,4	0,6
Panamá (2002-2004)	108,0	74,0	144,5	0,5
Brasil (2003-2005)	108,8	63,5	166,4	0,4
Chile (2003-2005)	116,9	73,5	177,0	0,4
Venezuela (2003-2005)	123,0	95,3	155,4	0,6
Colombia (2003-2005)	124,1	90,2	168,0	0,5
Rep. Dominicana (2002-2004)	124,7	90,8	159,0	0,6
Paraguay (2004-2006)	126,1	50,2	212,3	0,2
Argentina (2004-2006)	136,2	57,1	253,9	0,2
Uruguay (2001,03,04)	177,5	46,6	376,6	0,1
Cuba (2004-2006)	238,2	145,4	343,0	0,4
Canadá (2002-2004)	304,3	215,2	421,6	0,5
Estados Unidos (2003-2005)	312,1	237,9	414,6	0,6

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 30. Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Canadá (2002-2004)	13,8	8,0	19,6	0,4
Barbados (2000,2001)	14,2	3,5	26,4	0,1
Martinica (2003-2005)	14,9	4,5	27,2	0,2
Colombia (2003-2005)	15,2	8,8	22,3	0,4
Argentina (2004-2006)	19,2	6,7	32,8	0,2
Cuba (2004-2006)	19,7	8,9	31,0	0,3
Uruguay (2001,03,04)	20,8	6,3	36,8	0,2
Paraguay (2004-2006)	21,4	6,1	36,1	0,2
Trinidad y Tabago (2000-2002)	21,9	9,3	35,6	0,3
Panamá (2002-2004)	22,5	12,0	32,9	0,4
Estados Unidos (2003-2005)	23,1	13,0	33,8	0,4
Haití (2002-2004)	23,8	16,7	31,6	0,5
Venezuela (2003-2005)	27,1	9,7	44,8	0,2
Suriname (2000,04,05)	29,3	16,4	43,7	0,4
Guadalupe (2003-2005)	30,1	11,2	51,9	0,2
Costa Rica (2004-2006)	31,8	16,4	47,1	0,3
El Salvador (2004-2006)	32,4	19,8	46,8	0,4
Puerto Rico (2003-2005)	35,1	10,9	63,6	0,2
Ecuador (2003-2005)	35,6	16,9	55,0	0,3
Brasil (2003-2005)	41,4	13,1	72,5	0,2
Rep. Dominicana (2002-2004)	48,0	33,0	62,9	0,5
Chile (2003-2005)	56,9	23,8	91,7	0,3
Perú (2002-2004)	58,8	32,8	85,2	0,4
Guatemala (2002-2004)	72,9	36,8	111,8	0,3
Guyana (2003-2005)	74,6	25,2	120,6	0,2
Bolivia (2002,2003)	77,1	53,7	102,6	0,5
Nicaragua (2000-2002)	80,2	32,9	128,1	0,3
México (2004-2006)	83,4	30,1	138,8	0,2

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 31. Mortalidad por enfermedad por VIH en la población de 25-44 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Bolivia (2002,2003)	0,9	1,1	0,6	1,83
Cuba (2004-2006)	2,4	0,9	3,9	0,23
Canadá (2002-2004)	2,5	0,9	4,0	0,23
Chile (2003-2005)	5,5	1,4	9,6	0,15
Costa Rica (2004-2006)	6,0	2,0	9,9	0,20
Nicaragua (2000-2002)	6,7	3,4	10,1	0,34
Estados Unidos (2003-2005)	7,8	4,6	10,9	0,42
Martinica (2003-2005)	8,1	4,1	12,6	0,33
Paraguay (2004-2006)	9,3	5,7	12,7	0,45
Argentina (2004-2006)	9,6	5,3	13,9	0,38
Ecuador (2003-2005)	10,9	3,5	18,4	0,19
Venezuela (2003-2005)	11,8	5,2	18,3	0,28
Guadalupe (2003-2005)	12,0	6,0	18,6	0,32
México (2004-2006)	12,1	3,8	21,0	0,18
Uruguay (2001,03,04)	12,1	5,7	18,7	0,30
Colombia (2003-2005)	12,8	6,3	19,5	0,32
Guatemala (2002-2004)	15,4	7,1	25,1	0,28
Perú (2002-2004)	20,3	10,0	30,6	0,33
Brasil (2003-2005)	20,4	13,0	28,1	0,46
El Salvador (2004-2006)	21,8	18,9	24,9	0,76
Puerto Rico (2003-2005)	25,0	13,2	37,6	0,35
Rep. Dominicana (2002-2004)	37,7	33,2	42,2	0,79
Panamá (2002-2004)	38,7	21,1	56,0	0,38
Barbados (2000,2001)	44,7	27,4	62,3	0,44
Suriname (2000,04,05)	63,9	42,9	84,4	0,51
Trinidad y Tabago (2000-2002)	78,6	55,8	102,2	0,55
Guyana (2003-2005)	110,9	93,8	127,9	0,73
Haití (2002-2004)	132,5	106,6	160,1	0,67

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 32. Mortalidad por enfermedad por VIH en la población de 45-64 años de edad, 28 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Cuba (2004-2006)	1,0	0,1	2,0	0,05
Canadá (2002-2004)	2,3	0,5	4,2	0,12
Nicaragua (2000-2002)	2,9	1,4	4,5	0,31
Bolivia (2002,2003)	3,6	2,2	5,0	0,44
Chile (2003-2005)	3,8	1,0	6,7	0,15
Ecuador (2003-2005)	4,9	1,3	8,6	0,15
Argentina (2004-2006)	5,0	2,2	8,1	0,27
Costa Rica (2004-2006)	6,0	2,0	10,0	0,20
Paraguay (2004-2006)	6,6	3,2	9,9	0,32
Uruguay (2001,03,04)	6,6	2,4	11,3	0,21
México (2004-2006)	7,1	2,0	12,5	0,16
Venezuela (2003-2005)	8,0	2,8	13,2	0,21
Martinica (2003-2005)	8,3	3,8	13,6	0,28
Estados Unidos (2003-2005)	8,6	3,8	13,6	0,28
Guatemala (2002-2004)	9,1	3,7	15,0	0,25
Colombia (2003-2005)	10,4	3,4	18,3	0,19
Guadalupe (2003-2005)	11,8	4,9	19,8	0,25
Brasil (2003-2005)	12,6	7,8	17,9	0,44
Perú (2002-2004)	13,5	4,6	22,6	0,20
El Salvador (2004-2006)	18,0	11,1	25,9	0,43
Puerto Rico (2003-2005)	23,3	0,5	40,9	0,01
Panamá (2002-2004)	31,9	12,7	51,1	0,25
Rep. Dominicana (2002-2004)	37,3	22,6	51,8	0,44
Barbados (2000,2001)	37,6	20,8	56,5	0,37
Suriname (2000,04,05)	64,7	42,3	89,7	0,47
Guyana (2003-2005)	65,1	43,1	85,6	0,50
Trinidad y Tabago (2000-2002)	65,5	33,7	100,2	0,34
Haití (2002-2004)	138,0	98,5	181,5	0,54

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 33. Tasas de mortalidad por accidentes de transporte (por 100.000 habitantes) en la población de 15-24 y 25-44 años de edad, 26 países, alrededor de 2004-2006

Países	Población de 15-24 años de edad			Población de 25-44 años de edad		
	Mujeres	Hombres	H:M	Mujeres	Hombres	H:M
Guatemala (2002-2004)	0,9	4,5	5,0	1,1	9,6	8,7
Haití (2002-2004)	4,2	10,9	2,6	5,9	16,6	2,8
Perú (2002-2004)	3,9	12,4	3,2	5,8	21,4	3,7
Trinidad y Tabago (2000-2002)	5,4	16,5	3,1	6,8	29,4	4,3
Uruguay (2001,03,04)	5,6	16,8	3,0	5,2	18,0	3,5
Argentina (2004-2006)	5,4	18,0	3,3	5,0	19,5	3,9
Chile (2003-2005)	5,3	18,2	3,4	4,3	28,2	6,6
Costa Rica (2004-2006)	4,8	21,7	4,5	5,5	28,7	5,2
Suriname (2000,04,05)	4,6	24,4	5,3	5,2	32,4	6,2
El Salvador (2004-2006)	9,7	19,7	2,0	13,3	52,4	3,9
Colombia (2003-2005)	6,9	22,9	3,3	7,4	30,8	4,2
Paraguay (2004-2006)	7,6	22,4	2,9	5,6	29,5	5,3
Ecuador (2003-2005)	5,9	24,7	4,2	6,3	34,9	5,5
Nicaragua (2000-2002)	5,6	25,8	4,6	6,1	40,9	6,7
Cuba (2004-2006)	11,8	19,8	1,7	5,1	22,8	4,5
Canadá (2002-2004)	9,2	24,7	2,7	4,6	14,6	3,2
Guyana (2003-2005)	7,9	29,8	3,8	5,8	38,1	6,6
Panamá (2002-2004)	7,7	31,2	4,1	5,5	38,6	7,0
México (2004-2006)	6,6	33,7	5,1	7,0	37,9	5,4
Venezuela (2003-2005)	10,0	29,6	3,0	10,4	46,1	4,4
Puerto Rico (2003-2005)	8,4	32,4	3,9	4,9	26,0	5,3
Guadalupe (2003-2005)	5,8	37,3	6,4	6,2	44,7	7,2
Martinica (2003-2005)	7,3	39,2	5,4	3,2	31,2	9,8
Rep. Dominicana (2002-2004)	10,1	38,2	3,8	8,4	43,6	5,2
Brasil (2003-2005)	10,2	41,7	4,1	9,6	56,3	5,9
Estados Unidos (2003-2005)	15,5	37,8	2,4	8,9	25,5	2,9

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa en el grupo de 15-24 años, ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 34. Razón hombre:mujer de las tasas de mortalidad por accidentes de transporte en dos grupos de edad: 15-24 años y 25-44 años, en 26 países, alrededor de 2004-2006

Países	15-24 años	25-44 años
Cuba (2004-2006)	1,7	4,5
El Salvador (2004-2006)	2,0	3,9
Estados Unidos (2003-2005)	2,4	2,9
Haití (2002-2004)	2,6	2,8
Canadá (2002-2004)	2,7	3,2
Paraguay (2004-2006)	2,9	5,3
Venezuela (2003-2005)	3,0	4,4
Uruguay (2001,03,04)	3,0	3,5
Trinidad y Tabago (2000-2002)	3,1	4,3
Perú (2002-2004)	3,2	3,7
Colombia (2003-2005)	3,3	4,2
Argentina (2004-2006)	3,3	3,9
Chile (2003-2005)	3,4	6,6
Guyana (2003-2005)	3,8	6,6
Rep. Dominicana (2002-2004)	3,8	5,2
Puerto Rico (2003-2005)	3,9	5,3
Panamá (2002-2004)	4,1	7,0
Brasil (2003-2005)	4,1	5,9
Ecuador (2003-2005)	4,2	5,5
Costa Rica (2004-2006)	4,5	5,2
Nicaragua (2000-2002)	4,6	6,7
Guatemala (2002-2004)	5,0	8,7
México (2004-2006)	5,1	5,4
Suriname (2000,04,05)	5,3	6,2
Martinica (2003-2005)	5,4	9,8
Guadalupe (2003-2005)	6,4	7,2

Nota: Los países están en orden ascendente de la razón H:M en el grupo de 15-24 años.

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

Tabla 35. Mortalidad de niños de 1-4 años de edad debido a accidentes, 27 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Niñas	Niños	H:M
Puerto Rico (2003-2005)	5,0	4,4	5,7	1,3
Canadá (2002-2004)	5,8	5,0	6,6	1,3
Guatemala (2002-2004)	8,2	7,2	9,2	1,3
Costa Rica (2004-2006)	9,0	6,4	11,5	1,8
Estados Unidos (2003-2005)	10,5	8,5	12,4	1,5
Uruguay (2001,03,04)	10,9	9,7	12,1	1,2
Chile (2003-2005)	12,1	9,5	14,5	1,5
Cuba (2004-2006)	14,5	11,4	17,3	1,5
Argentina (2004-2006)	14,9	12,3	17,5	1,4
Trinidad y Tabago (2000-2002)	16,4	17,6	15,3	0,9
Martinica (2003-2005)	17,0	9,4	24,2	2,6
Guyana (2003-2005)	17,5	19,5	15,6	0,8
Panamá (2002-2004)	23,4	17,6	29,0	1,6
Ecuador (2003-2005)	23,6	18,7	28,3	1,5
Brasil (2003-2005)	26,7	20,0	33,1	1,7
Haití (2002-2004)	27,6	21,1	33,9	1,6
Suriname (2000,04,05)	27,8	23,9	31,4	1,3
Paraguay (2004-2006)	29,3	23,3	35,2	1,5
Rep. Dominicana (2002-2004)	30,4	29,4	31,3	1,1
Nicaragua (2000-2002)	34,5	22,8	45,8	2,0
Belice (1999-2001)	35,6	36,0	35,1	1,0
El Salvador (2004-2006)	38,2	28,2	47,8	1,7
México (2004-2006)	38,7	28,2	48,8	1,7
Colombia (2003-2005)	40,0	41,0	39,0	1,0
Venezuela (2003-2005)	55,5	48,2	62,4	1,3
Bolivia (2002,2003)	62,3	57,3	67,1	1,2
Perú (2002-2004)	78,9	73,0	84,6	1,2

Notas: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto. Se incluyen los países con un mínimo de 10 defunciones de 1-4 años de edad por estas causas.

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

Tabla 36. Mortalidad por homicidio en la población de 15-24 años de edad, 21 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	H:M
Canadá (2002-2004)	2,7	1,1	4,2	3,8
Uruguay (2001,03,04)	6,8	2,1	11,4	5,4
Costa Rica (2004-2006)	7,9	3,0	12,7	4,2
Chile (2003-2005)	8,5	0,9	15,8	17,6
Argentina (2004-2006)	8,9	1,8	15,8	8,8
Cuba (2004-2006)	9,9	6,1	13,6	2,2
México (2004-2006)	11,7	2,9	21,1	7,3
Estados Unidos (2003-2005)	12,6	3,5	21,3	6,1
Trinidad y Tabago (2000-2002)	14,1	5,1	22,9	4,5
Paraguay (2004-2006)	16,2	2,5	29,5	11,8
Guyana (2003-2005)	22,8	8,4	37,2	4,4
Haití (2002-2004)	23,8	5,9	41,8	7,1
Panamá (2002-2004)	24,3	3,4	44,5	13,1
Ecuador (2003-2005)	24,4	3,8	44,4	11,7
Nicaragua (2000-2002)	26,4	5,9	46,9	7,9
Puerto Rico (2003-2005)	46,7	4,0	88,6	22,2
Guatemala (2002-2004)	51,4	7,9	96,6	12,2
Venezuela (2003-2005)	57,1	6,1	106,5	17,5
Brasil (2003-2005)	62,3	8,7	114,8	13,2
El Salvador (2004-2006)	67,3	27,0	107,2	4,0
Colombia (2003-2005)	81,1	15,6	145,2	9,3

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 37, Mortalidad por homicidio en la población de 25-44 años de edad, 21 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	H:M
Canadá (2002-2004)	2,0	1,1	2,9	2,6
Uruguay (2001,03,04)	6,3	2,9	9,7	3,3
Argentina (2004-2006)	7,6	1,8	13,4	7,4
Chile (2003-2005)	8,3	1,4	15,2	10,9
Estados Unidos (2003-2005)	8,9	3,6	14,2	3,9
Costa Rica (2004-2006)	10,8	2,5	18,8	7,5
Cuba (2004-2006)	11,4	6,2	16,6	2,7
México (2004-2006)	17,9	3,3	33,4	10,1
Paraguay (2004-2006)	21,2	3,5	38,5	11,0
Panamá (2002-2004)	22,2	3,7	40,6	11,0
Trinidad y Tabago (2000-2002)	22,7	6,0	40,0	6,7
Haití (2002-2004)	28,1	7,0	50,6	7,2
Nicaragua (2000-2002)	28,6	6,3	52,2	8,3
Ecuador (2003-2005)	29,3	4,0	54,5	13,6
Puerto Rico (2003-2005)	34,3	5,1	65,9	12,9
Guyana (2003-2005)	34,6	8,9	60,1	6,8
Venezuela (2003-2005)	45,8	5,5	85,8	15,6
Guatemala (2002-2004)	50,9	8,0	101,1	12,6
Brasil (2003-2005)	52,2	8,4	97,6	11,6
El Salvador (2004-2006)	77,2	22,2	136,2	6,1
Colombia (2003-2005)	89,9	17,2	166,4	9,7

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 38. Mortalidad por suicidio en la población de 15-24 años de edad, 18 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			H:M
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Puerto Rico (2003-2005)	5,3	1,0	9,5	9,5
Brasil (2003-2005)	5,5	3,0	8,1	2,7
México (2004-2006)	6,6	2,7	10,9	4,0
Paraguay (2004-2006)	7,8	7,0	8,5	1,2
Cuba (2004-2006)	8,0	6,4	9,5	1,5
Costa Rica (2004-2006)	8,5	3,3	13,3	4,0
Panamá (2002-2004)	9,4	3,6	15,0	4,2
Colombia (2003-2005)	9,5	7,1	11,9	1,7
Estados Unidos (2003-2005)	9,9	3,3	16,2	4,9
Canadá (2002-2004)	11,7	5,2	18,0	3,5
Chile (2003-2005)	11,8	4,3	19,1	4,4
Ecuador (2003-2005)	11,9	10,4	13,4	1,3
Argentina (2004-2006)	12,3	4,9	19,5	4,0
El Salvador (2004-2006)	12,3	14,5	10,2	0,7
Uruguay (2001,03,04)	12,8	5,2	20,2	3,9
Trinidad y Tabago (2000-2002)	13,9	7,8	19,9	2,6
Nicaragua (2000-2002)	25,2	18,8	31,6	1,7
Guyana (2003-2005)	31,3	26,2	36,4	1,4

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 39. Mortalidad por suicidio en la población de 25-44 años de edad, 18 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	H:M
Paraguay (2004-2006)	5,4	3,4	7,2	2,1
Colombia (2003-2005)	6,5	2,9	10,3	3,6
México (2004-2006)	6,7	1,8	12,0	6,7
Ecuador (2003-2005)	7,6	3,3	12,0	3,6
Brasil (2003-2005)	8,1	3,4	13,1	3,9
Argentina (2004-2006)	8,7	3,4	14,0	4,1
Puerto Rico (2003-2005)	9,2	1,6	17,4	10,9
El Salvador (2004-2006)	10,1	6,6	13,8	2,1
Costa Rica (2004-2006)	10,2	2,6	17,5	6,7
Panamá (2002-2004)	10,2	2,8	17,5	6,3
Cuba (2004-2006)	12,9	5,9	19,7	3,3
Estados Unidos (2003-2005)	13,7	5,7	21,6	3,8
Chile (2003-2005)	14,3	4,5	24,0	5,3
Canadá (2002-2004)	14,8	6,6	22,9	3,5
Uruguay (2001,03,04)	15,1	6,7	23,7	3,5
Nicaragua (2000-2002)	18,4	7,6	29,7	3,9
Trinidad y Tabago (2000-2002)	18,8	5,8	32,2	5,6
Guyana (2003-2005)	43,0	17,1	68,8	4,0

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 40. Mortalidad por lesión de intención no determinada en la población de 25-44 años de edad, 8 países, alrededor de 2003-2005

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	H:M
Guyana (2003-2005)	11,0	3,7	18,2	4,9
Haití (2002-2004)	11,1	5,8	16,7	2,9
Perú (2002-2004)	15,7	5,9	25,6	4,3
Guayana Francesa (2003-2005)	24,7	2,5	48,0	19,2
Venezuela (2003-2005)	30,7	4,7	56,5	12,0
Rep, Dominicana (2002-2004)	31,3	8,0	55,0	6,9
Suriname (2000,04,05)	35,8	9,8	61,2	6,2
Guatemala (2002-2004)	45,5	11,5	85,3	7,4

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

Tabla 41. Orden de importancia del suicidio en la mortalidad de las mujeres de 15-24 años de edad en 18 países y porcentaje de las muertes debido a suicidio, en cada sexo, alrededor de 2004-2006

Orden de importancia, mujeres 15-24 años	Países	Porcentaje de las defunciones (15-24 años)	
		Mujeres	Hombres
Primera causa	Guyana (2003-2005)	22,2	18,3
	Nicaragua (2000-2002)	18,1	16,3
	Ecuador (2003-2005)	15,2	8,3
Segunda causa	Canadá (2002-2004)	17,7	25,5
	Chile (2003-2005)	15,2	21,2
	El Salvador (2004-2006)	14,7	5,8
	Uruguay (2001,03,04)	14,6	19,4
	Argentina (2004-2006)	11,7	17,5
	Colombia (2003-2005)	10,3	5,0
	Costa Rica (2004-2006)	10,2	15,1
	Trinidad y Tabago (2000-2002)	9,6	14,8
	Cuba (2004-2006)	9,2	9,8
	Tercera causa	Paraguay (2004-2006)	12,4
Estados Unidos (2003-2005)		7,9	14,3
Cuarta causa	Panamá (2002-2004)	6,8	9,6
	Brasil (2003-2005)	4,8	3,5
Quinta causa	México (2004-2006)	5,4	7,8
	Puerto Rico (2003-2005)	2,9	5,7

Nota: Se omitieron los países donde hubo altos porcentajes de muertes que se asignaron al rubro Lesión de intención no determinada, ya que esto indica una probable subestimación importante de las defunciones por suicidio y homicidio.

Tabla 42. Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en niños de 1-4 años de edad, 17 países, alrededor de 2004-2006

Países	Tasas por 100.000 habitantes			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	M:H
Costa Rica (2004-2006)	1,1	1,2	1,0	1,2
Argentina (2004-2006)	2,4	2,6	2,3	1,1
Guyana (2003-2005)	6,1	4,4	7,6	0,6
México (2004-2006)	7,3	6,4	8,2	0,8
Brasil (2003-2005)	7,5	7,2	7,8	0,9
El Salvador (2004-2006)	7,9	7,8	7,9	1,0
Ecuador (2003-2005)	8,8	8,3	9,3	0,9
Suriname (2000,04,05)	8,8	12,1	5,7	2,1
Bolivia (2002,2003)	15,3	9,9	20,4	0,5
Paraguay (2004-2006)	16,8	19,2	14,5	1,3
Colombia (2003-2005)	17,8	21,9	13,8	1,6
Guatemala (2002-2004)	19,8	20,5	19,1	1,1
Nicaragua (2000-2002)	26,7	28,4	25,1	1,1
Perú (2002-2004)	30,8	28,8	32,6	0,9
Panamá (2002-2004)	31,8	34,3	29,5	1,2
Venezuela (2003-2005)	32,1	32,0	32,2	1,0
Rep. Dominicana (2002-2004)	37,0	37,1	36,8	1,0

Nota: Los países están en orden ascendente de la tasa para ambos sexos en conjunto.

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

IV. Salud reproductiva y acceso a servicios

Tabla 43. Tendencia del porcentaje de adolescentes (15-19 años) que son madres o están embarazadas por primera vez, según características seleccionadas, cuatro países, alrededor de 1995 y 2005

País	Año de la encuesta	Total de adolescentes	Adolescentes sin educación	Adolescentes de la zona rural
Bolivia	1994	17,5	37,6	22,2
	2003	15,7	47,2	21,9
Colombia	1995	17,4	50,7	25,5
	2005	20,5	52,3	26,9
Haití	1994/95	14,5	25,6	16,4
	2005/06	14,0	30,0	16,7
Rep, Dominicana	1996	22,7	58,3	30,6
	2007	20,6	51,3	26,0

Fuente: Macro International Inc., 2009, MEASURE DHS STATcompiler.
<http://www.measuredhs.com>. Fecha de acceso: 12 de octubre de 2009.

Tabla 44. **Mujeres en unión (%) que utilizan métodos anticonceptivos, según grupo étnico, Ecuador, 2004**

Grupo étnico	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón hombre
Total del país	24,2	13,3	10,1	5,9	4,3
Indígena	9,0	3,5	7,6	3,6	1,8
Mestizo	25,7	13,5	10,3	6,1	4,7
Blanco	22,0	17,0	10,7	7,1	3,8
Otro	24,2	21,5	9,4	3,1	1,9

Fuente: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004. Informe Final. Octubre 2005. Cuadro 7.6

Tabla 45. **Cambios en la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar en mujeres en unión, en cuatro países - total y mujeres de 15-19 años de edad, alrededor de 1995 y 2005**

País (año de la encuesta)	Total de mujeres en unión		Mujeres de 15-19 años	
	Alrededor de 1995	Alrededor de 2005	Alrededor de 1995	Alrededor de 2005
Bolivia (1994, 2003)	23,2	22,7	29,4	33,0
Colombia (1995, 2005)	7,7	5,8	16,2	16,2
Haití (1994/95, 2005/06)	44,5	37,5	61,6	52,4
Rep. Dominicana (1996, 2007)	12,5	11,4	26,3	28,0

Fuente: Macro International Inc., 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>. Fecha de acceso: 25 de septiembre de 2008.

Tabla 46. Total de muertes por causas maternas, número y porcentaje de muertes por aborto y años de vida potencial perdidos hasta los 75 años de edad (AVPP75) por cada defunción debido a estas causas, en un trienio alrededor de 2004-2006

Países (trienio)	Total de muertes en el trienio		Porcentaje por aborto	AVPP75 por cada defunción	
	Causas maternas	Aborto		Total maternas	Aborto
Nicaragua (2003-2005)	289	12	4,2	47,5	50,4
Estados Unidos (2003-2005)	2002	105	5,2	42,7	44,9
Canadá (2002-2004)	58	4	6,9	43,7	46,3
México (2004-2006)	3723	274	7,4	46,0	46,3
El Salvador (2004-2006)	66	5	7,6	45,8	46,5
Guatemala (2002-2004)	873	69	7,9	44,4	45,0
Ecuador (2003-2005)	411	37	9,0	46,1	50,1
Haití (2002-2004)	288	26	9,0	41,5	45,9
Brasil (2003-2005)	4930	458	9,3	46,4	47,1
Perú (2002-2004)	639	61	9,5	44,1	43,1
Colombia (2003-2005)	1597	159	10,0	46,2	47,2
Rep. Dominicana (2002-2004)	206	23	11,2	47,0	47,2
Chile (2003-2005)	123	16	13,0	43,6	44,1
Venezuela (2003-2005)	990	135	13,6	46,5	46,6
Guyana (2003-2005)	64	10	15,6	44,5	45,0
Cuba (2004-2006)	184	31	16,8	44,0	45,2
Panamá (2002-2004)	95	19	20,0	45,3	44,1
Paraguay (2004-2006)	412	102	24,8	45,0	45,7
Argentina (2004-2006)	944	266	28,2	44,9	45,3
Uruguay (2001,03,04)	39	16	41,0	43,5	43,1

Nota: Los países están en orden ascendente del porcentaje de muertes maternas por aborto.

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

Tabla 47. Porcentaje de madres que recibieron atención prenatal y del parto, según grupo étnico, Ecuador, 2004

	Total	Indígena	Mestizo	Blanco	Otro grupo
Atención prenatal					
- Al menos un control prenatal	84,2	61,4	86,8	90,4	84,8
- Se cumplieron las normas de control prenatal	52,0	17,7	55,5	65,6	54,0
Atención del parto					
- Atención profesional del parto	74,2	30,1	79,6	86,2	69,2
- Parto por cesárea	25,8	6,4	27,8	37,7	21,9

Notas: (1) Los datos se refieren a nacidos vivos desde julio 1999 hasta junio 2004. (2) Normas de control prenatal: primer control en el primer trimestre y un total de cinco o más controles.

Fuente: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004. Informe Final. Quito, Octubre 2005. Cuadros 9.6, 9.8, 9.14, 9.18.

Tabla 48. Distribución porcentual de mujeres según tiempo desde la última prueba de Papanicolaou, por grupo étnico, en Ecuador (2004) y Guatemala (2002)

País	Grupo étnico	Tiempo desde la última prueba Papanicolaou (%)				
		1-11 meses	12-23 meses	24 ó más	Nunca	No sabe o no recuerda
Ecuador (2004)	Total	24,5	16,2	23,3	35,6	0,6
	Indígena	11,8	6,8	10,6	69,8	1,4
	Mestizo	25,5	17,3	24,0	32,8	0,5
	Blanco	27,5	14,7	25,7	31,4	0,7
	Otro	22,1	12,4	27,1	38,1	0,5
Guatemala (2002)	Total	26,6	14,6	24,2	32,5	0,0
	Indígena	12,1	9,3	18,6	57,7	0,0
	Ladino	30,2	15,9	25,6	26,3	0,0

Nota: Los datos de Ecuador son para mujeres de 15 a 49 años con experiencia sexual; para Guatemala se refieren a mujeres de 30 a 49 años.

Fuentes: (1) Datos de Ecuador: CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN 2004. Informe Final. Octubre 2005. Cuadro 9.28, (2) Datos de Guatemala: MSPAS/INE/UVG/CDC/USAID/ASDI/APRESAL/UE/PNUD/UNICEF/FNUAP/Proyecto POLICY II/CARE. GUATEMALA: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Octubre 2003, Cuadro 10.11.

Tabla 49. Estimaciones del total de adultos (15 años y más de edad) infectados con VIH y del porcentaje de mujeres en esa población, 2001 y 2007

Países	Adultos (15 y +)		Porcentaje de mujeres (15 años y +)	
	2001	2007	2001	2007
Estados Unidos	1.000.000	1.100.000	18,0	20,9
Bahamas	5.600	6.100	23,2	26,2
Bolivia	6.100	7.900	24,6	27,8
Argentina	100.000	120.000	25,0	26,7
Guatemala	48.000	53.000	25,0	28,3
Uruguay	6.300	10.000	25,4	28,0
Nicaragua	4.300	7.500	25,6	28,0
Honduras	30.000	26.000	25,7	28,5
El Salvador	28.000	34.000	25,7	28,5
Ecuador	19.000	25.000	25,8	28,4
Chile	25.000	31.000	26,0	28,1
Paraguay	11.000	20.000	26,4	29,0
Jamaica	22.000	26.000	26,4	29,2
Canadá	49.000	73.000	26,5	27,4
Perú	56.000	74.000	26,8	28,4
Panamá	16.000	19.000	26,9	28,9
Colombia	130.000	160.000	26,9	29,4
México	170.000	200.000	27,1	28,5
Costa Rica	5.100	9.600	27,5	28,1
Brasil	640.000	710.000	34,4	33,8
Haití	94.000	110.000	45,7	52,7
República Dominicana	63.000	59.000	54,0	50,8
Belice	2.800	3.400	57,1	58,8
Trinidad y Tabago	12.000	13.000	57,5	59,2
Guyana	12.000	12.000	58,3	59,2
Cuba	2.300	6.200	...	29,0
Suriname	3.400	6.700	...	28,4

Nota: Los países están en orden ascendente del porcentaje de mujeres infectadas en 2001.

Fuente: A partir de estimaciones publicadas en: ONUSIDA. 2008 Report on the global AIDS epidemic, disponible en http://www.unaids.org/en/HIV_data. Fecha de acceso: julio 2008.

V, La violencia contra las mujeres

Tabla 50. Porcentaje de mujeres que alguna vez sufrieron violencia de pareja, por quintil de riqueza del hogar, en 5 países, alrededor de 2000

Quintil	Colombia (2000)	Haití (2000)	Nicaragua (1997-98)	Perú (2000)	Rep, Dominicana (2002)
El quintil más bajo	41,1	28,9	28,3	40,5	23,8
Segundo quintil	46,3	26,6	31,9	46,2	24,6
Quintil medio	51,2	35,2	33,8	49,2	25,1
Cuarto quintil	42,8	26,7	31,4	41,6	22,1
El quintil más alto	38,1	26,8	25,8	33,3	16,3

Nota: Los datos de Perú son de violencia física; para los demás países son de violencia física y/o sexual.

Fuente: Kishor, Sunita and Kiersten Johnso. Profiling Domestic Violence - A Multi-Country Study. Calverton, Maryland: ORC Macro. Junio 2004. Cuadro 3.4.1.

VI, Recursos humanos en salud

Tabla 51. Personal médico y personal de enfermería por 10.000 habitantes, por país, alrededor de 2005

Países	Personal médico	Personal de enfermería	Personal de enfermería por médico/a	Personal médico por enfermero/a
Cuba	62,7	79,5	1,27	0,79
Uruguay	38,7	10,2	0,26	3,79
Argentina	32,1	3,8	0,12	8,45
Estados Unidos	22,5	78,5	3,49	0,29
Puerto Rico	22,0	65,9	3,00	0,33
Costa Rica	20,0	15,3	0,77	1,31
Rep, Dominicana	20,0	3,9	0,20	5,13
Canadá	19,1	77,2	4,04	0,25
Bahamas	16,7	23,8	1,43	0,70
Brasil	16,4	5,5	0,34	2,98
Nicaragua	16,4	1,4	0,09	11,71
Ecuador	15,4	5,2	0,34	2,96
México	14,0	19,0	1,36	0,74
Panamá	13,8	11,5	0,83	1,20
Colombia	12,7	6,1	0,48	2,08
El Salvador	12,6	8,1	0,64	1,56
Perú	11,5	7,6	0,66	1,51
Guatemala	9,7	3,6	0,37	2,69
Belice	9,3	15,7	1,69	0,59

Continuación...

Países	Personal médico	Personal de enfermería	Personal de enfermería por médico/a	Personal médico por enfermero/a
Chile	9,3	4,3	0,46	2,16
Jamaica	8,5	16,5	1,94	0,52
Honduras	8,5	3,3	0,39	2,58
San Vicente y las Granadinas	6,9	19,8	2,87	0,35
Paraguay	6,0	2,8	0,47	2,14
Guyana	2,2	3,4	1,55	0,65

Nota: Los países están en orden descendente de la razón de médicos/as por 10.000 habitantes.

Fuente: OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008. Washington, DC, 2008.

Tabla 52. Personal médico y personal de enfermería, por sexo, y razón mujeres:hombres para cada profesión, ocho países, alrededor de 2000

País	Personal médico			Personal de enfermería		
	Mujeres	Hombres	M:H	Mujeres	Hombres	M:H
Costa Rica (2000)	1.817	3.387	0,54	2.988	643	4,6
Bolivia (2001)	2.962	7.367	0,40	15.015	2.980	5,0
Honduras (2000)	1.326	2.350	0,56	7.374	959	7,7
Panamá (2000)	1.496	2.935	0,51	7.245	913	7,9
Estados Unidos (2000)	205.139	525.662	0,39	2.497.424	172.179	14,5
México (2000)	62.687	133.210	0,47	83.357	5.321	15,7
Brasil (2000)	71.221	126.932	0,56	
Canadá (2003)	22.069	44.514	0,50	

Nota: Los países están en orden ascendente de la razón M:H de personal de enfermería.

Fuente: OMS. Atlas Mundial de Salud. www.who.int/globalatlas/dataQuery. Fecha de acceso: 16 de febrero de 2009.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud