



Morbilidad femenina

¿De qué mueren las mujeres mexicanas?

4to Trimestre 2017

Este material, su divulgación, integridad de la obra y colección del mismo, es propiedad de la Cámara de Diputados en términos de lo dispuesto por el artículo 83 de la Ley Federal del Derecho de Autor. Las opiniones expresadas en este documento reflejan el punto de vista de su autora o autor, investigadora o investigador, y no necesariamente el del CEAMEG.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 2 |
| I. La construcción social del género y su relación con la salud | 4 |
| 1. conceptos fundamentales | 5 |
| II. La perspectiva de género en el ámbito de la salud | 5 |
| 1. Género y salud en el trabajo | 8 |
| 2. Género y Ciencia, Movimientos sociales e investigación científica | 10 |
| 3. violencia de género y salud | 12 |
| III. Concepto de morbilidad | 13 |
| 1. Mortalidad y morbilidad | 14 |
| IV. Estadística y datos nacionales sobre mujeres en México | 15 |
| V. Principales causas de mortalidad en mujeres en México. | 35 |
| Mortalidad por grupos de edad | |
| 1. Salud de la mujer en números | 36 |
| VI. Panorama de la salud de la mujer en México | 44 |
| Referencias | 48 |

Introducción

El término sexo se deriva de las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer, mientras que género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres. Esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre.

Dos son los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud: la socialización y el control institucional. Una consideración es la relativa a la cautela que debe ejercerse para no tratar las categorías derivadas de la experiencia como normativamente homogéneas, marcada por factores de clase social, grupo étnico, nivel educativo, coyuntura histórica.

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer, dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social. La utilización de este enfoque como herramienta analítica enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad, que señala diferenciales empíricos entre hombres y mujeres de acuerdo a las siguientes dimensiones:

- a) Necesidades especiales de atención.
- b) Riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas.
- c) Percepciones de enfermedad.
- d) Conductas de búsqueda de atención.

- e) Grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud.
- f) A nivel macro social, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

De acuerdo a la definición de salud de la OMS, que dice que es un estado completo de bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades, y dirige la atención no solo a los aspectos médicos de la atención a la salud si no también "a la justicia de las bases sobre las cuales la sociedad funciona con particular referencia al acceso y al control que ejercen diferentemente los sexos sobre los recursos a la salud.

En el estudio de las condiciones de salud de una población con un enfoque de género, comprobamos que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón, que se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad. La conjunción (para las mujeres) de un mayor número de afecciones no mortales y uno no menor de afecciones morales significa un total más grande de años de vida, y también de más años de enfermedad y de disfunción.

I. La construcción social del género y su relación con la salud

Todo estudio que emplee la variable hombre/mujer, trata de analizar las diferencias que puedan darse en función de ésta. La mayor parte de las diferencias tienden a beneficiar a los hombres frente a las mujeres. Los hombres disfrutan de mejores empleos, de salarios más elevados, de menor desempleo, poseen mayor representación pública y un status social más elevado. La magnitud de las diferencias es tal que no se hablan tanto de diferencias como de desigualdades.

La OMS define la desigualdad en función de las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas.

Otra variable es el tiempo, las diferencias entre hombres y mujeres han evolucionado a lo largo del tiempo, fenómenos como la incorporación a la actividad remunerada, la adquisición de derechos políticos, los cambios en las pautas de fecundidad o los avances de las mujeres en el terreno educativo e investigador son muestra de ello.

Las desigualdades en Salud con enfoque de Género han despertado el interés de la investigación social. La distinción entre los términos sexo (biológico) y género (social) ha resultado decisiva en el desarrollo de esta línea de investigación.

Las desigualdades de salud por género son producidas socialmente, aunque también son fruto de diferencias biológicas entre los sexos.

Los procesos históricos, sociales y culturales aparecen como herramientas útiles para explicar cómo han ido formándose las diferencias y desigualdades de género.

1. Conceptos fundamentales.

Género: La interpretación social de la diferencia biológica entre hombres y mujeres. El género se refiere a las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, y la construcción social de feminidad y la masculinidad.

Equidad: Resolución de desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas.

Salud: Se refiere, en síntesis, al más alto nivel de bienestar.

II. La perspectiva de Género en el ámbito de la salud

El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia (Scott, 1988).

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000).

Además de los factores biológicos ligados al sexo también se deben considerar los factores sociales datos poblacionales uno de los primeros pasos es desagregar la muestra según sexo. Cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte.

El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que éste se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres (Rohlf et al., 1997).

Los roles de género afectan a ambos

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, sin embargo presentan mayor morbilidad e incapacidad, lo que ha generado un amplio campo de investigación. De este contexto surge una pregunta crucial: **¿cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres?**

Primariamente, la salud de la mujer fue estudiada básicamente con relación a su fisiología reproductiva. Y, debido a la Invisibilización de su salud como un todo, hay patologías, que si los/las médicos/as no las investigan, su diagnóstico pasa desapercibido.

Asimismo cabe destacar que los roles de género también afectan a la salud de los hombres, por ejemplo condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico, a las dificultades decurrentes de las situaciones de paro. La falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, así como las deficiencias del propio sistema sanitario significan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (adiciones, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo) (Bonino, 2001).

El «pensar el mundo en masculino» también representó para las ciencias de la salud (y en algunos casos sigue representando) una interpretación de que los hechos relacionados con la producción de enfermedad o la secuencia exposición–enfermedad no tienen matiz de sexo, mucho menos de género. Sin embargo, a partir de principios de la pasada década, el estudio de las desigualdades en la salud de mujeres y hombres, que sobrepasaban sus diferencias biológicas (sexuales), ha ido poco a poco ganando espacio en las publicaciones científicas.

Vinculación con otros factores

Históricamente, muchos estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina. El patrón básico ha sido un hombre blanco (anglosajón) de 1,75 m de altura, 35 años y complexión fuerte. Las generalizaciones hechas a partir de este patrón han servido para disminuir o enmascarar las desigualdades en salud. Debido a que las desigualdades de género no actúan aisladas y sí interaccionan con otros factores, tales como el nivel socioeconómico, la etnia o la religión, no todas las mujeres u hombres de una determinada sociedad

experimentan las desigualdades en salud de la misma manera (Gender y Health Group–Liverpool School of Tropical Medicine, 1998).

Otro aspecto clave a tener en cuenta en el estudio de las desigualdades sociales en la salud es la estratificación socioeconómica de nuestra sociedad. El nivel socioeconómico es uno de los más importantes determinantes del estado de salud, conductas relacionadas con la salud y utilización de los servicios sanitarios (Borrell et al., 2000).

Prácticamente, en todos los continentes, debido a las estructuras de poder y oportunidades, son sobre todo las mujeres las más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social. Es esencial analizar cómo el género se correlaciona con las circunstancias socioeconómicas individuales y familiares, observando que a medida que empeoran las condiciones del entorno los indicadores de salud son más negativos. Hacer un abordaje exclusivo de clase o de género sería incompleto. El género y las clases sociales deberían ser comprendidos como un proceso continuo y dinámico que tiene su origen en los entresijos de las relaciones sociales entre personas del mismo o de diferentes sexos (Saffioti, 1992).

1. Género y salud en el trabajo.

La equidad en la noción de necesidad de los distintos grupos, y en las personas de menores ingresos tiende a experimentar más enfermedad que las de ingresos altos, el género se destaca como un criterio de desigualdad socioeconómica, que marca diferencias derivadas tanto de la biología como de la posición social. Así por ejemplo resulta tan discriminatorio usar el potencial de maternidad de las mujeres como justificación para negarles acceso a posiciones laborales.

La noción de discriminación encierra pues una dimensión grupal donde se utilizan criterios irrelevantes sobre la base de su pertenencia de programas especiales dirigidos a la mujer desde el sistema de salud.

La dinámica de desarrollo no expresada mediante índices de crecimiento económico, delinearon el perfil que puso de manifiesto la creciente "exclusión" o marginalización" de ciertos grupos de población. En este contexto aparecieron las mujeres como grupo socialmente excluido de los beneficios del desarrollo" y como su no-participación o exclusión del mundo del trabajo remunerado y de las esferas de los publico.

La definición de la condición de la posición tuvo como patrón de referencia el conjunto de actividades que realizaban los hombres en la esfera pública, y en esta esfera se esculcaron todos los lugares donde las mujeres habían sido excluidas, marginadas y sus presentadas. Se fijó así un programa para la acción futura de los gobiernos y los organismos de desarrollo durante el decenio de las naciones unidas para la mujer (1976-1985), con la meta común de "integrar a las mujeres a los procesos de desarrollo".

En este contexto se emitió la carta magna de los derechos de la mujer a través de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la cual traza las bases jurídicas que deberán adoptar los países del mundo en su compromiso con la igualdad y la incorporación de las mujeres al desarrollo. Las mujeres fueron vistas no solo desde la perspectiva de los derechos y la igualdad de oportunidades sino, también como un importante factor de producción y consumo para garantizar las metas globales del desarrollo.

Centrándose en la función productiva de las mujeres dicho enfoque promovió la búsqueda de opciones de empleo remunerado para las mujeres de bajos ingresos y estimulo el desarrollo de iniciativas de proyectos productivos a pequeña escala. Las políticas y de estabilización económica constituyeron un conjunto de medidas que, en procura de controlar la demanda y frenar la expansión de la oferta, buscaron una reasignación de recursos orientada a restaurar el equilibrio en las balanzas de pagos, aumentar las exportaciones y reducir la caída en los índices de crecimiento

económico. Como sería lógico pensar, las propuestas desde el campo de la salud recibieron también influencias de estas tesis integracionistas.

Cabe aquí resaltar la influencia que tuvieron sobre la visión de la salud de la mujer, y en su contribución al desarrollo, los postulados de la atención primaria y la participación comunitaria para la consecución de las metas de salud para todos en el año 2000 aprobadas en Alma Ata en 1977.

Desde la perspectiva del integracionismo, la salud de las mujeres se planteó como una contribución al desarrollo en un doble sentido: por una parte como un medio para garantizar la reproducción biológica y la supervivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación materna y por la otra como recurso que participa en el desarrollo de programas y servicios de salud que benefician a la población. En ambos casos las mujeres son vistas como un insumo para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial; escasa o ninguna consideración se manifiesta por los efectos del desarrollo, de la discriminación y desigualdad por sexo, sobre sus propias condiciones de salud. Este enfoque, inspirado en la concepción de la salud como parte de la formación del capital humano, visualiza la salud de la mujer como una inversión para el bienestar de la salud. Como puede observarse, las resoluciones no solo reconocieron la importancia de la salud de la mujer para la reproducción y el mantenimiento de sus hijos sino que también visualizaron, bajo enfoques de la igualdad, la contribución de la salud para eliminar las barreras que obstaculizarían su integración al desarrollo, entendiendo por este último su integración al trabajo remunerado. En 1986 los ministros de salud de las Américas reunidos en la XXII conferencia panamericana sanitaria, aprobaron las estrategias regionales para el futuro sobre la mujer, la salud, y el desarrollo. En esa ocasión señalaron los aspectos relativos a la protección y prevención de daños a la salud de la mujer y a los servicios, mencionando específicamente: la reducción de las tasas inaceptables de mortalidad materna y a la reducción de la mortalidad por cáncer en la mujer; la reducción de los riesgos asociados con el trabajo (salud,

ocupacional y salud mental), la garantía de la accesibilidad a los servicios a las mujeres y que los mismos se orienten a satisfacer sus necesidades.

2. Género y Ciencia, Movimientos sociales e investigación científica

Una de las maneras que han encontrado las mujeres para hacer oír su voz y ampliar sus opiniones y necesidades en relación con muchos temas, aunque más específicamente los ligados a la salud, ha sido y sigue siendo el asociacionismo.

La interacción entre los movimientos sociales y la investigación científica, debería permitir priorizar el estudio y la resolución de los problemas que realmente preocupan y afectan a la salud de una alta proporción de personas y, a su vez, también servir como un control social y científico de las políticas sanitarias.

La mayor morbilidad de las mujeres y su paradójica mayor esperanza de vida, pone en evidencia la necesidad de una estricta metodología de estudio para el análisis de riesgos y exposiciones, que debería estar amparada por un marco conceptual que tenga en cuenta los factores sociales y psicológicos que afectan de forma desigual a mujeres y hombres, o sea, el análisis desde la perspectiva del género. Este tipo de investigación ayudaría a explicar cómo el género repercute de forma desigual y, por tanto, injusta en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas.

Una de las finalidades de la investigación de género y salud es señalar y suplir la ausencia de datos indispensables para el conocimiento de la vida de las mujeres, además de poner en evidencia los sesgos producidos por generalizaciones de conocimientos que, a menudo, se fundamentan en investigaciones basadas sólo en población de sexo masculino.

Asimismo, hay temas de especial interés en el estudio de las desigualdades en salud según el género, como por ejemplo el impacto de las situaciones de violencia de género en la salud física y mental de las mujeres. Aún no se disponen de estadísticas y fuentes de datos fiables para que se puedan planificar y protocolizar

actuaciones sanitarias que no sean un sufrimiento añadido a las víctimas de estas situaciones. También hay que avanzar en el impacto de la medicalización de los procesos naturales como el embarazo y la menopausia.

El abordaje transversal en género y salud es parte fundamental de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y también de las directrices políticas de la Comunidad Europea. A medida que podamos conocer mejor los determinantes biológicos y sociales, tanto de la salud como de las enfermedades, estaremos caminando en la posibilidad de diseñar programas y políticas sanitarias que actúen en el sentido de mejorar la calidad de vida, evitar y minimizar los efectos de las enfermedades y eliminar las inequidades en la salud de mujeres y hombres.

3. violencia de género y salud

Todo tipo de violencia (física, sexual y psicológica) produce aisladamente y conjuntamente efectos de todo tipo en relación a la salud de las afectadas.

1. Síndrome de la mujer maltratada. Conjunto de síntomas que se manifiestan de forma simultánea o combinada, de forma más o menos intensa, dependiendo de la situación vivida por cada mujer, la duración y el tipo de violencia sufrido. Malos tratos en el ambiente doméstico.

El problema de los malos tratos es demasiado complejo para ser abordado desde perspectivas que limiten su explicación a un solo factor. Podrían argumentarse tres tipos de causas: biológicas-fisiológicas, psicológicas y socio-culturales.

Se necesita de la conjunción de las tres para aportar explicaciones al fenómeno, para la elaboración de medidas que no sólo contemplen la asistencia de las víctimas y el castigo de los agresores.

Este enfoque, reclama la necesidad de cuestionar muchos elementos culturales que se dan por sentado en la sociedad (la educación).

El papel de las instituciones es el de proporcionar un mensaje diferente: una educación por la igualdad y el respeto de la diferencia.

III. Concepto de morbilidad

El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

La tasa de morbilidad es el resultado de dividir el número de personas enfermas por el conjunto de la población. La morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. Esto es así a modo de poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son más fácilmente observables. La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología, la disciplina de la medicina que se especializa en el análisis y estudio del avance de diferentes epidemias en diferentes tipos de población.

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la investigación basada en la morbilidad, los especialistas pueden saber el poder o el efecto que una enfermedad tiene en una población, al mismo tiempo que se pueden analizar las causas de tal

situación y buscar las posibles soluciones para el futuro (soluciones que pueden ir desde vacunas o remedios específicos hasta cambios en el acceso a las condiciones de vida esenciales para el ser humano).

Ciertas enfermedades pueden tener consecuencias graves en el conjunto de una población. Pensemos en un territorio donde sus habitantes se dedican mayoritariamente a la minería y, como consecuencia de ello, se producen patologías asociadas a esta actividad laboral. Esta situación tiene repercusiones sanitarias, sociales y económicas.

La morbilidad puede analizarse desde parámetros distintos, pues existe la tasa de incidencia, la tasa de prevalencia, la tasa de casos y la tasa de letalidad como parámetros específicos. La tasa de incidencia se refiere al número de personas que adquieren una enfermedad a lo largo de un periodo de tiempo concreto. Este dato es de vital importancia para prevenir enfermedades o bien para organizar un sistema de vacunación.

La tasa de prevalencia hace referencia al número de individuos con una dolencia específica. Este dato proporciona información relevante para conocer los niveles de salud de una población con respecto a una enfermedad. En el caso de América Latina, el control de la malaria depende en gran medida del conocimiento de esta tasa.

El control oficial del número de personas que tienen una patología determinada es conocido como tasa de control.

La tasa de letalidad se refiere al porcentaje de la población que como consecuencia de una enfermedad se produce la muerte.

1. Mortalidad y morbilidad

Mortalidad y Morbilidad son dos conceptos que no deben confundirse, la idea de morbilidad hace alusión a las enfermedades, mientras que la mortalidad es un indicador del número de personas fallecidas en una población. Como es lógico, ambos conceptos tienen una cierta relación, ya que la morbilidad puede desencadenar el fenómeno de la mortalidad. Los datos relacionados con la mortalidad de un país son un indicador importante para conocer la calidad de vida de la población. La tasa de mortalidad infantil es un parámetro que afecta al conjunto de una nación, pues aporta información sobre aspectos diversos (el sistema de salud, las condiciones sociales, la situación económica, etc.).

Las diferencias de mortalidad y morbilidad por sexo se derivan de condiciones no solo biológicas sino, también del medio social donde entre otros factores, actúan la valoración que la sociedad adscribe al ser hombre y al ser mujer, valoración aparece ligada con las relaciones genéricas de subordinación. Finalmente en materia de salud no pueden dejar de mencionarse hallazgos que sugieren hipótesis similares de causalidad sociales cuanto a discriminación y desvalorización del ser mujer. Tal sería el caso de la incidencia diferencial por sexo de la desnutrición en la niñez, con clara desventaja para la niña.

Desde la perspectiva del desarrollo a escala humana, la construcción social de género determina el contenido y la selección de un conjunto de satisfactores y bienes económicos que se relacionan, con el ser, el tener, el hacer y el estar de las mujeres y los hombres, tienden a satisfacer de manera diferente las necesidades axiológicas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, y libertad.

IV. Estadística y datos nacionales sobre mujeres

- De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal 2015, en México, la población de mujeres representa más de la mitad de la población total (51.4%) con respecto

a la población de hombres (48.6%), lo que implica una relación de 94.4 hombres por cada 100 mujeres.

- Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, indican que en el trienio de 2011 a 2013 la tasa global de fecundidad es de 2.21 hijos por mujer.
- En México y de acuerdo a las estadísticas educativas, en el ciclo escolar 2015-2016, uno de cada dos estudiantes de nivel superior es una mujer.
- En 2015, 82.2% del total de la población tiene afiliación a servicios médicos; de esta, 52.4% son mujeres.

Con los años, la ONU y sus organismos técnicos han promovido la participación de las mujeres en condiciones de igualdad con los hombres en el logro del desarrollo sostenible, la paz, la seguridad y el pleno respeto de los derechos humanos. El empoderamiento de la mujer sigue siendo un elemento central de los esfuerzos de la ONU para hacer frente a los desafíos sociales, económicos y políticos en todo el mundo. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), consciente de la innegable contribución económica y social de las mujeres a la vida nacional, pone a disposición de los usuarios y del público en general información sociodemográfica sobre las mujeres que habitan en territorio nacional.

Situación demográfica

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, en México hay 61.4 millones de mujeres y representan más de la mitad de la población nacional (51.4%); en términos proporcionales, la relación por sexo es de 94.4 hombres por cada 100 mujeres. Los estados que cuentan con una mayor presencia relativa de mujeres son la Ciudad de México, con una relación de 90.3 hombres por cada 100 mujeres, Oaxaca de 90.8 y Puebla, con una relación de 91.3. En tanto los estados de Baja California Sur (101.8%) Quintana Roo (100.2%) y Baja California (99.1%), son las entidades donde la presencia relativa de mujeres y hombres es casi igual dentro de su estructura poblacional.

El proceso de transición demográfica tardío que experimenta nuestro país, tiene como una de sus consecuencias que la estructura poblacional actual presente una mayor proporción de personas en edades productivas (15 a 64 años), respecto de las personas dependientes (menores de 15 años y de 65 y más años), así lo muestran los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, donde la razón de dependencia es 52.8 dependientes por cada 100 en edades productivas.

En términos de la población adulta mayor de 60 y más años, las mujeres en este rango de edad se encuentra en mayor proporción (10.9%) en relación con la de los hombres en este mismo rango; porcentaje que es mayor en un punto porcentual con respecto a la población masculina, esto puede estar explicado por la mayor sobrevivencia de las mujeres. En el lado opuesto de la pirámide, en la población menor de 15 años, existe una mayor proporción de población masculina, 28.6% en relación al 26.3 % de las mujeres.

| GRANDES GRUPOS DE EDAD | POBLACIÓN | | |
|--------------------------|-----------|---------|---------|
| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
| ESTADOS UNIDOS MEXICANOS | 100 | 48.6 | 51.4 |
| CERO A 14 AÑOS | 27.4 | 28.6 | 26.3 |
| 15 A 59 AÑOS | 62.2 | 61.5 | 62.8 |
| 60 Y MÁS AÑOS | 10.4 | 9.9 | 10.9 |

Nota: No se distribuye la población con edad no especificada

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015, base de datos

Educación

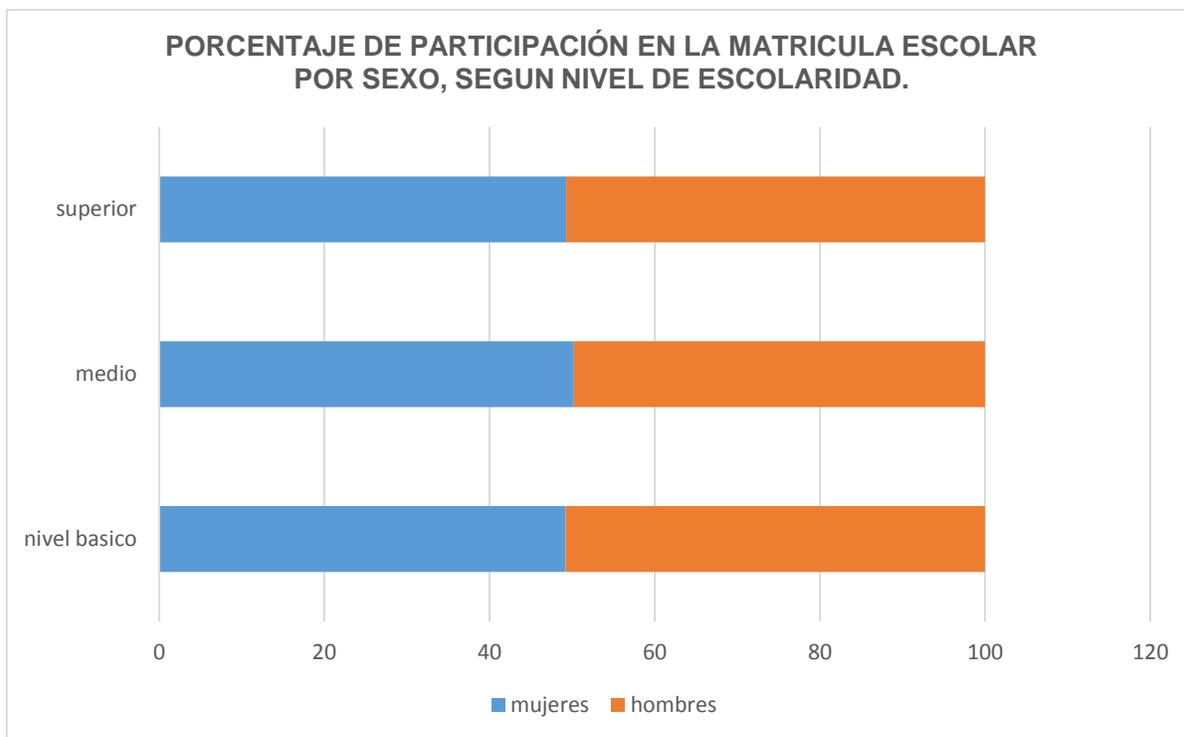
En el ámbito educativo, México se encuentra en proceso de crecimiento en materia de igualdad de oportunidades para que tanto mujeres y hombres obtengan acceso a niveles de educación que les permita sumarse de igual manera a los beneficios del desarrollo. En este sentido, datos de la Encuesta Intercensal 2015, muestran que México ha sumado importantes avances hacia la alfabetización universal de su población de 15 y más años, 93.6% de la población mexicana sabe leer y escribir

un recado, 92.5% mujeres y 94.7% hombres. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) propone medir el analfabetismo funcional, el cual se define como la condición de las personas que no pueden comprender lo que leen, o que no se pueden dar a entender por escrito, o bien se les dificulta realizar operaciones matemáticas elementales¹.

Para cuantificarlo, se considera analfabeta funcional a aquella persona de 15 años o más que tiene aprobados menos de tres grados de primaria. De acuerdo con la Encuesta Intercensal, la proporción de mujeres en analfabetismo funcional es casi dos puntos porcentuales mayor que en hombres; 10.6% de las mujeres de 15 y más años es analfabeta funcional, mientras que en la población masculina esta características se presenta en 8.7% de la población.

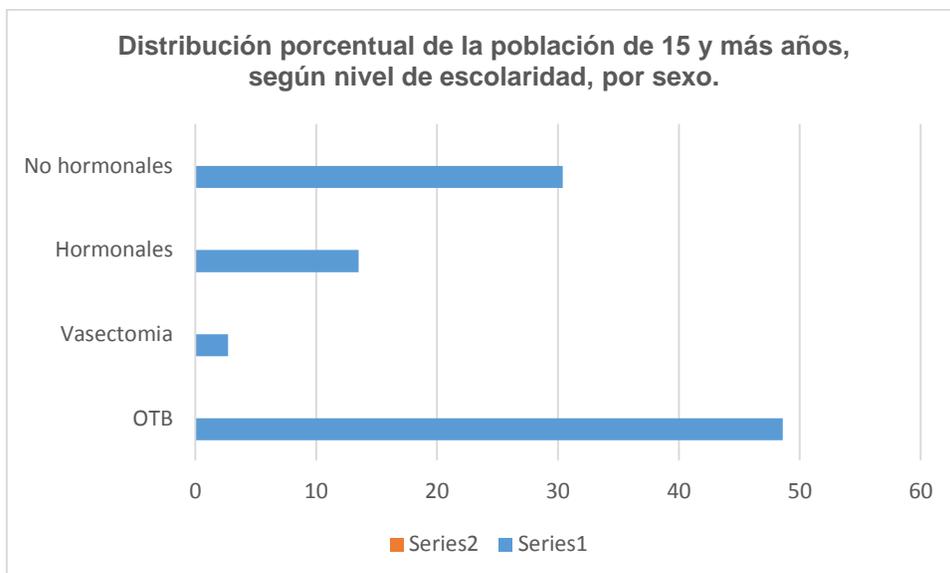
En años recientes, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), junto con otros organismos subsidiarios de Naciones Unidas, promovió la igualdad entre géneros respecto del acceso a los diferentes niveles de enseñanza formal. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Educación Pública (SEP), en el ciclo escolar 2015-2016, 49.9% de los inscritos en el nivel de enseñanza básico en el Sistema Educativo Nacional es una mujer; en el nivel medio existe una ligera pero mayor proporción de mujeres inscritas (50.2%) que hombres (49.8%), en tanto que en el nivel superior 49.3% de las personas que cursan estudios profesionales es una mujer.

¹ Jiménez, Juan. (2005). Redefinición del analfabetismo: el analfabetismo funcional, en: Revista de educación. Núm. 338. pp. 273-294. Recuperado en enero de 2017.



Nota: El nivel básico incluye primaria y secundaria. Nivel medio incluye bachillerato general, bachillerato tecnológico y profesional técnico. Nivel superior incluye normal, licenciatura y posgrado.
Fuente: SEP. Principales cifras del Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos. 2015-2016.

Otra forma de medir las condiciones de equidad en el acceso a servicios educativos, son los años promedio de escolaridad de la población, datos de la Encuesta Intercensal 2015 indican que los grados promedio de escolaridad para las mujeres es de 9.1, mientras que los hombres tienen en promedio 9.3 grados de escolaridad. Referente al nivel de escolaridad, se distinguen diferencias por sexo, aunque la brecha es relativamente baja. De las personas de 15 años y más, el porcentaje de mujeres sin instrucción es mayor al de los hombres en 1.6 puntos porcentuales (6.8% y 5.2% respectivamente); para el nivel medio superior la diferencia es de 1.8 puntos entre mujeres y hombres (18.7% y 20.9%, respectivamente) y por último, en el nivel superior difieren en 1.9 puntos porcentuales (16.1% en mujeres y 18% en hombres). En el caso de estudios de normal, técnicos o comerciales, las mujeres duplican el nivel mostrado por los varones (5.4% en mujeres respecto de 2.6% en hombres).



Nota: Sin instrucción refiere a las categorías Ninguno; Preescolar y kínder. Nivel básico refiere a las categorías Primaria; Secundaria. Nivel medio superior refiere a las categorías Preparatoria o bachillerato general; Bachillerato tecnológico. Estudios de normal, técnicos o comerciales refiere a las categorías Estudios técnicos o comerciales (con primaria o secundaria o preparatoria terminada); Normal (con primaria o secundaria terminada). Nivel superior refiere a las categorías Normal de licenciatura; Licenciatura; Especialidad; Maestría; Doctorado.

Fuente: INEGI. Estimaciones con base en la Encuesta Intercensal 2015.

En México y de acuerdo a las reformas en materia educativa sucedidas en el año 2013, la educación básica obligatoria corresponde a los niveles de educación primaria y secundaria, instrucción que debe ser completada al cumplir los 15 años de edad. Por lo anterior, se considera que una persona está en situación de rezago educativo² cuando al cumplir esa edad no cuenta con el nivel básico de escolaridad. Datos de la Encuesta Intercensal 2015, muestran que 35.6% de la población de 15 años o más se encuentran en rezago educativo, esta condición se presenta en 36.7% de las mujeres y 34.4% en los hombres de ese grupo de edad³

Sin instrucción Nivel básico Nivel medio superior Estudios de normal, técnicos o comerciales Nivel superior Mujeres Hombres a servicios médicos; considerando a la población con afiliación, 47.6% son varones y 52.4% mujeres.

² Se entiende como rezago educativo a las personas de 15 años y mayores sin instrucción educativa y secundaria no terminada.

³ Porcentaje de participación en la matrícula escolar por sexo, según nivel de escolaridad Ciclo 2015 - 2016

Salud

Pese a que en los últimos años ha habido importantes avances en la cobertura universal en salud, persisten desigualdades en el acceso a servicios médicos. El Objetivo es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades, Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), señalan que aproximadamente la mitad de las mujeres de países en vías de desarrollo carecen de asistencia sanitaria en la actualidad⁴, siendo la desigualdad de género una de las principales barreras que enfrentan para acceder a servicios médicos. En el país durante 2015, 82.2% del total de la población tiene afiliación⁵. Comparando por sexo y grupos de edad, los porcentajes de afiliación de los varones superan ligeramente al de las mujeres únicamente de cero a los 14 años de edad. Tomando en consideración exclusivamente a las mujeres en el análisis del uso de servicios de salud, de cada 100, 98 son usuarias de estos⁶. Al distribuir a las mujeres usuarias por lugar de atención, la mayoría se atienden en centros de salud y hospitales de la SSA (39.7%), en el IMSS (30%) y en clínicas, consultorios y hospitales privados (13.5 por ciento). A destacar es que son más las que prefieren atenderse en consultorios de farmacia (8.5%) que en el ISSSTE, ISSSTE estatal, servicios de PEMEX, Defensa o Marina y en otro lugar⁷

Mortalidad

En el año 2015, se registraron 655 mil 688 defunciones en el país, de estas 363 732 fueron defunciones masculinas y 285 498 defunciones femeninas. Este total de

⁴ Naciones Unidas (2016). Salud y bienestar: por qué es importante. Recuperado el 16 de enero de 2017. http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf 5 Jara, L. (2015, septiembre).

⁵ Distribución porcentual de la población por sexo y grupos de edad, según condición de afiliación a servicios de salud e institución de afiliación 2015

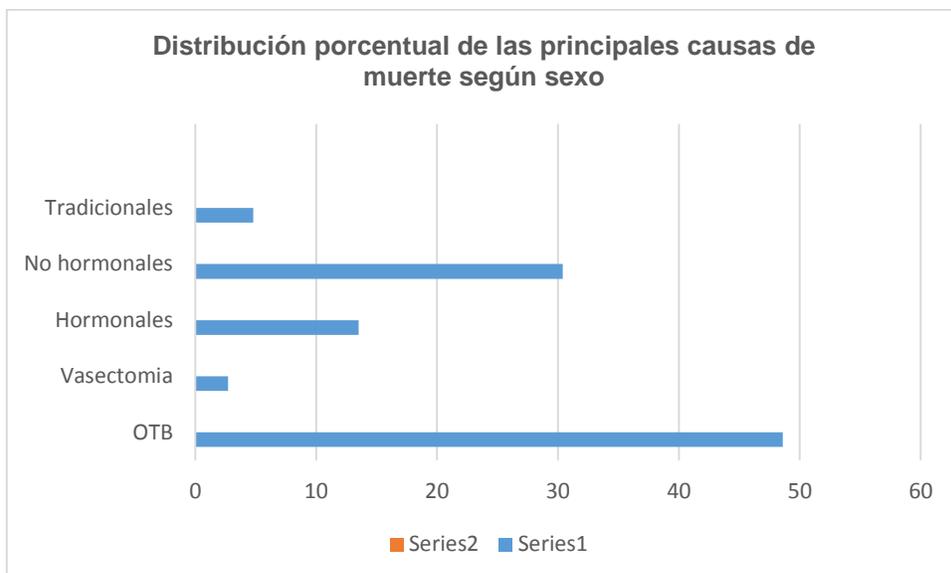
⁶ La distribución porcentual de la condición de afiliación a servicios de salud se calcula respecto de la población total.

⁷ El porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo con respecto de la población afiliada.

muertes equivale a una tasa bruta de mortalidad de 5.4 fallecimientos por cada 1 000 habitantes 4.5 fallecimientos por cada 1 000 mujeres y 6.2 muertes por cada 1 000 hombres. La mayoría de las defunciones de mujeres registradas durante 2015 se concentró en edades adultas: 72% aconteció en la población de 60 y más años, 19.3% en mujeres de 30 a 59 años; mientras que la población infantil (0 a 14) y joven (15 a 29 años) representa 1.7% y 2.9% de las defunciones femeninas, respectivamente⁸.

Entre las principales causas de muerte entre la población del país, sobresalen las enfermedades del sistema circulatorio, responsables del 25.5% del total de muertes, 23.8% de los fallecimiento de hombres y 27.5% de las muertes femeninas, entre las que sobresalen las enfermedades isquémicas del corazón (13.3%) y cerebro vasculares (6.0%). Las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, son la segunda causa de muerte más frecuente en la población, 17.5% del total de fallecimientos se deben a este tipo de enfermedades, las cuales están más presentes en las mujeres 20.2%, que en hombres 15.3%. La diabetes mellitus agrupa 15% del total de muertes en el país; 17.4% de muertes femeninas y 13.1% de las masculinas. Los tumores malignos (13%) son la tercera causa de muere en la población, 15% en mujeres y 11.5% en hombres.

⁸ La distribución porcentual de las causa de muerte en la población femenina no suma 100%, debido a los casos donde la edad al fallecimiento no está especificada.
http://www.inegi.org.mx/eventos/2015/genero/doc/p_s7_LiliaJara.pdf



Nota: La clasificación de las enfermedades corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10/2

Fuente: INEGI Estadísticas Vitales

Acceso a la salud de la población con discapacidad

El derecho a la salud es primordial para toda la población, cobra particular importancia para las personas con discapacidad debido a sus necesidades específicas de atención médica; en México la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad menciona: “La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible.” (Cámara de Diputados, 2015)”

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, de la población de tres años y más con discapacidad⁹ 53.6% son mujeres y 46.4%

⁹ Son las personas que tienen mucha dificultad o no pueden realizar al menos una de las siguientes actividades de la vida diaria: caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); mover o usar brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse; así como problemas emocionales o mentales.

varones; mientras que en la población con limitación¹⁰ concentran 52.7% y 47.3% respectivamente. Los tipos de dificultad más frecuentes entre la población femenina con discapacidad son: caminar, subir o bajar usando sus piernas (53.7%); ver (41.9%) y escuchar (16.5%). Mientras que en las mujeres con limitación: ver (67.1%); caminar, subir o bajar usando sus piernas (47.7%) y aprender, recordar o concentrarse (31.3%).

Porcentaje de población de 3 años y más por tipo de dificultad seleccionada y condición de discapacidad o limitación según sexo.

| Tipo de dificultad | Total | Hombres | Mujeres |
|---|-------|---------|---------|
| Población con discapacidad | | | |
| Caminar, subir o bajar usando sus piernas | 50.1 | 45.9 | 53.7 |
| Ver | 39.9 | 37.6 | 41.9 |
| Escuchar | 19.3 | 22.5 | 16.5 |
| Población con limitación | | | |
| Ver | 64.7 | 62.2 | 67.7 |
| Caminar, subir o bajar usando sus piernas | 43.9 | 39.8 | 47.7 |
| Aprender, recordar concentrarse | 28.3 | 24.9 | 31.3 |

Nota: No se incluye la población que no especificó su edad. El porcentaje se calcula con respecto al total de personas de 3 años y más con discapacidad o limitación. Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

La afiliación a los servicios de salud brinda el derecho a la atención de la salud; según datos de la ENADID 2014, 85.2% de las mujeres con discapacidad de 3 años y más están afiliadas a alguna institución de salud, proporción cuatro unidades mayor que en los varones (81.6%); para la población con limitación, 85.5% de las mujeres está afiliada y 80.3% de los hombres. Entre las principales instituciones de afiliación en la población femenina con discapacidad son el Seguro popular (49.0%), IMSS (43.0%) e ISSSTE (11.2%); en el caso de las mujeres con limitación 50.2% está afiliada al Seguro Popular; 41.3 al IMSS y 11.2% al ISSSTE.

¹⁰ Son las personas que tienen poca dificultad para realizar al menos una de las actividades de la vida cotidiana sobre las cuales se indaga y que no están incluidas en las personas con discapacidad.

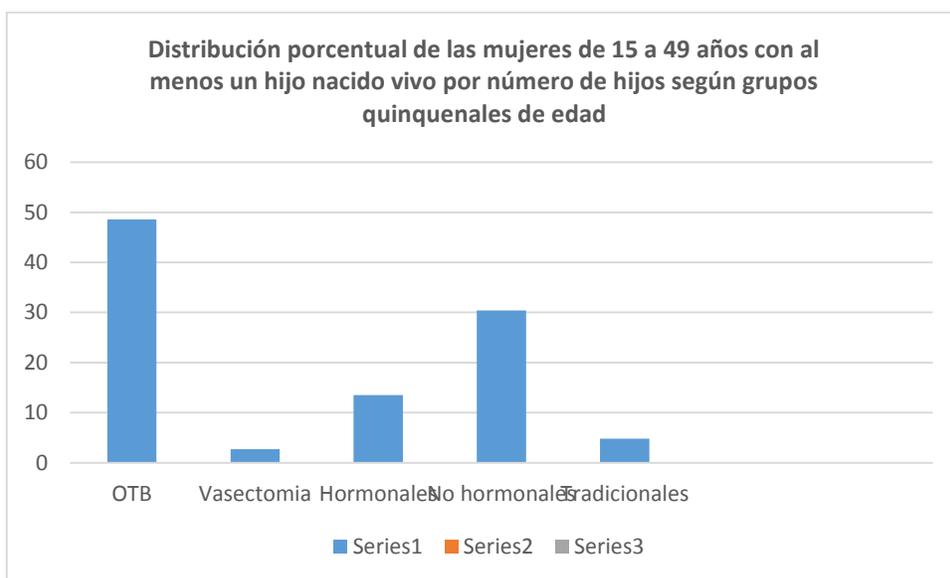
Otro indicador importante es el lugar de atención de la salud, en este sentido las mujeres de 3 años y más con discapacidad que son usuarias de servicios de salud, se atienden en algún centro de salud u hospital de SSA (35.2%), IMSS o IMSS oportunidades (33.3%) y consultorio, clínica u hospital privado (14.1%). Estas tres instituciones de salud son también las más utilizadas por la población femenina con limitación con 35.8%, 29.9% y 14.3% respectivamente.

Fecundidad

El nivel de fecundidad es un factor determinante en el ritmo de crecimiento de una población y genera cambios en la composición de las estructuras de edad, de ahí la relevancia de observar las tendencias y monitorear los cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres. De acuerdo con los resultados de la ENADID 2014, en México habitan 31.9 millones de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), es decir 51.9% del total de mujeres.

La edad promedio al primer hijo nacido vivo ha mostrado leves pero importantes incrementos a lo largo del tiempo. Según la ENADID 2014, la edad media al primer hijo nacido vivo de las mujeres en edad fértil a nivel nacional es de 21.1 años de edad, lo que refleja una fecundidad temprana en nuestro país, pues además la mayor tasa de fecundidad se presenta para el grupo de edad de 20 a 24 años (113.1 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en ese rango de edad), esto para el trienio 2011 a 2013.

De acuerdo con la ENADID 2014, el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad fértil, es de 1.7 hijos por mujer; 16.7% tiene solo un hijo, 21.8% tiene dos; 16.4% tres y 12% cuatro o más hijos; 33.1% de las mujeres en edad fértil no tiene hijos.



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

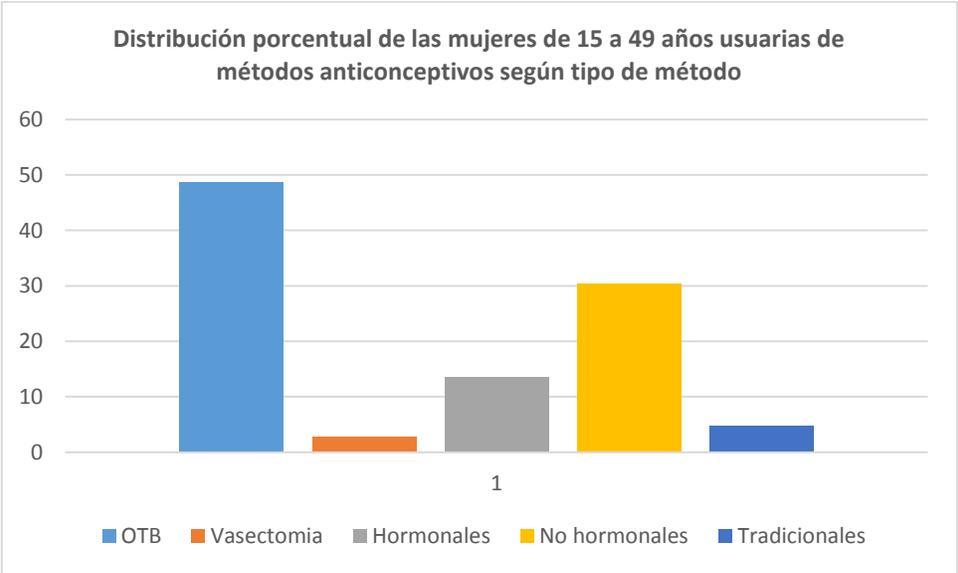
A nivel nacional la tasa global de fecundidad es de 2.21 hijos por mujer (estimada para el trienio 2011 a 2013), la cual se encuentra cercana al nivel de reemplazo. Por entidad federativa, se tiene que Chiapas (2.90), Zacatecas (2.66), Nayarit (2.58) y Guerrero (2.57) presentan la fecundidad más alta; en tanto que la Ciudad de México (1.47) y Yucatán (1.98) tienen la fecundidad más baja, es decir, por debajo del nivel de reemplazo.

Uso de métodos anticonceptivos

En las últimas décadas, gran parte de la reducción de la fecundidad se debe al incremento en el uso y acceso a los métodos anticonceptivos, siendo factores de su prevalencia los valores culturales y familiares, sus ideologías y el reflejo de las políticas orientadas a este tema, por lo que la práctica anticonceptiva se ha convertido en una expresión de la autonomía física de las mujeres”¹¹.

¹¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007, Junio). Estadísticas para la equidad de género: Magnitudes y tendencias en América Latina. pp. 79. Recuperado en enero de 2017. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/27843-estadisticas-la-equidad-genero-magnitudes-tendencias-america-latina>

De acuerdo a la ENADID 2014, 98.7% de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo; 51.6% declararon ser usuarias actuales de algún tipo de método, 15.3% han utilizado en el pasado pero actualmente ya no lo hacen; 31.8% declararon nunca haber utilizado métodos anticonceptivos. Con respecto al tipo de método anticonceptivo utilizado, el 48.6% de las mujeres de 15 a 49 años usuarias actuales de métodos, utiliza la oclusión tubaria bilateral (OTB) siendo este el principal método empleado, seguido por los métodos no hormonales¹² con 30.4%, 13.5% son usuarias de anticonceptivos hormonales¹³, 4.8% de métodos tradicionales¹⁴ y solo el 2.7% utilizan la vasectomía. Esto da cuenta de que en mayor medida las mujeres en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos modernos (95.2%) como consecuencia a un mayor involucramiento en la decisión del uso de métodos de control natal.



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Por grupos de edad, la diferencia en cuanto al uso de los distintos tipos de métodos anticonceptivos entre las edades se acentúa, ya que en las adolescentes (15 a 19

¹² Incluye al DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma, espermicidas.

¹³ Pastillas o píldora, inyectables, implantes sub-dérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con hormonas y anillo vaginal.

¹⁴ Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica, retiro o coito interrumpido y método de amenorrea de la lactancia (MELA). 48.6 2.7 13.5 30.4 4.8 OTB Vasectomía Hormonales No hormonales Tradicionales

años) y las jóvenes (20 a 24 años) usuarias, el uso de métodos anticonceptivos definitivos es marcadamente menor, es decir, que solo el 1.4% de las adolescentes usuarias utilizó la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el 9.5% de las jóvenes de 20 a 24 años utilizó tanto la OTB como la vasectomía. Conforme avanza la edad, se percibe un incremento en la utilización de estos métodos, alcanzando su mayor proporción de uso en las mujeres de 40 a 44 años y de 45 a 49 años con un 73.8% y un 82.6% respectivamente.

El comportamiento del uso de métodos por grupos de edad se modifica cuando hablamos de tipos de métodos no definitivos, como los métodos hormonales y no hormonales, ya que las adolescentes (15 a 19 años) usuarias de este tipo de métodos representan el 94.5%, seguidas de las jóvenes (20 a 24 años) usuarias de estos métodos con un 85.8%.

Para las edades de entre 40 a 44 años y 45 a 49 años estas proporciones disminuyen considerablemente, con un 21.7% y un 13.5% respectivamente. Derivado de esta información, podemos dar cuenta de que el uso de métodos reversibles entre las mujeres más jóvenes, es debido a que a la falta de cumplimiento de metas con respecto a su número ideal de hijos y que por ello buscan únicamente el control y espaciamiento de los mismos a lo largo de su vida reproductiva. Para el caso de las mujeres en edades más avanzadas, el comportamiento puede deberse a que muchas de ellas han cumplido con el número ideal de hijos o por diversos factores endógenos como enfermedades de índole reproductivo que hacen ya no ser necesario el uso de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad.

Distribución porcentual por tipo de método utilizado según grupo quinquenal de edad

| Grupos Quinquenales de edad | Tipo de método anticonceptivo utilizado | | | | |
|-----------------------------|---|------------|------------|---------------|--------------------|
| | Oclusión Tubaria Bilateral | Vasectomía | Hormonales | No hormonales | Solo tradicionales |
| 15 a 19 años | 1.4 | 0 | 27.6 | 66.9 | 4.1 |
| 20 a 24 años | 9.2 | 0.3 | 27.9 | 57.9 | 4.7 |
| 25 a 29 años | 25.7 | 1.2 | 23.1 | 44.6 | 5.4 |
| 30 a 34 años | 45.2 | 2.7 | 14.8 | 31.7 | 5.6 |
| 35 a 39 años | 59.2 | 3.7 | 9.5 | 22.4 | 5.2 |
| 40 a 44 años | 70.1 | 3.7 | 5.1 | 16.6 | 4.5 |
| 45 a 49 años | 78.2 | 4.4 | 2.9 | 10.6 | 3.9 |

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Situación conyugal

El inicio de la vida en pareja en casi cualquier cultura del mundo marca una transición social, tanto en los hombres como en las mujeres de manera significativa que casi siempre se acompaña de reconocimiento civil y religioso. Por ello, es considerado como un factor de gran relevancia por su estrecha relación con las variables demográficas y como mecanismo regulador del crecimiento poblacional¹⁵.

En México, los cambios en los patrones sociales han provocado un decremento en los matrimonios como práctica, prueba de esto es que para el año 2015, la tasa bruta de nupcialidad es de 4.6 matrimonios por cada mil habitantes en nuestro país, que implica una disminución del 34.3% con respecto al año 2000 donde este indicador fue de 7.0 matrimonios por cada mil habitantes. En lo que respecta a las mujeres en edad fértil, la edad promedio en relación a la primera unión ha presentado un incremento en las últimas décadas, de pasar de 18.8 años en 1976 a 20.2 años en 2014 (ENADID).

¹⁵ INEGI (2011). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados. pp. 53. Recuperado en enero de 2017 de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825495602>

De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal 2015, se destaca que de la población total, el 31.5% de las mujeres son solteras, en contraste con el 37.0% de los hombres que comparten esta característica; de la misma manera esta diferencia también se presenta en las mujeres que son casadas (38.1%) con respecto de los hombres que se encuentran en esta misma situación conyugal (40.6 por ciento).

Mientras que las mujeres tienden a permanecer sin pareja una vez que se disolvió su vínculo conyugal, los hombres vuelven a unirse, lo cual se refleja en proporción con respecto a las mujeres alguna vez unidas (viudas, divorciadas, separadas), es decir, que el 15.0% de las mujeres se encuentran en esta situación y solo el 6.1% de los hombres estuvo alguna vez unido.

Porcentaje de población de 12 años y más, por situación conyugal según sexo

| Situación conyugal | Distribución porcentual | | |
|---|--------------------------------|----------------|----------------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| Estados Unidos Mexicanos | 100 | 100 | 100 |
| Unión libre | 15.4 | 15.9 | 15.0 |
| Separada(o) | 4.4 | 2.8 | 5.9 |
| Divorciada(o) | 1.6 | 1.2 | 2.0 |
| Viuda(o) | 4.7 | 2.1 | 7.1 |
| Casada(o) | 39.3 | 40.6 | 38.1 |
| Soltera(o) | 34.2 | 37 | 31.5 |
| No especifica situación conyugal | 0.4 | 0.4 | 0.4 |

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Base de datos.

Empleo

La participación de las mujeres mexicanas en el mercado laboral en las últimas décadas significó la transformación política, social y económica del país.

Actualmente, la participación de las mujeres es reconocida en todos los ámbitos de la vida pública, más allá del trabajo doméstico¹⁶.

A partir de los años 80 del siglo pasado, su participación en los sectores productivos creció aceleradamente, situación debida a múltiples factores de orden económico, como la necesidad de aportar al ingreso familiar ante la caída del poder adquisitivo de los salarios; pero también de orden social, como el impulso a los programas de planificación familiar, que redujeron notablemente la tasa de fecundidad. Diversos estudios han demostrado la relación inversa entre número de hijos y la participación laboral de las mujeres. En este sentido, la población de mujeres en edad productiva (15 a 64 años) ascendió a 40.6 millones en 2015, esta cantidad representa el 66.1% del total de población de mujeres.

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) refiere que en el tercer trimestre de 2016, 20.8 millones de mujeres de 15 y más años forman parte de la población económicamente activa (PEA) en el país. La tasa de participación económica es 43.9%, lo que significa que cerca de la mitad de mujeres en edad de trabajar tiene o está en búsqueda de un empleo, sin embargo pese a que el empleo en las mujeres ha crecido a un mayor ritmo que en los hombres en las últimas dos décadas, la participación femenina continúa siendo menor a la masculina, 78 de cada 100 hombres de 15 y más años pertenece a la población económicamente activa.

Para el tercer trimestre de 2016, la suma de mujeres ocupadas de 15 y más años en el país es de 19.9 millones, en su mayoría, 8 de cada 10 (78.7%), están ocupadas en el sector terciario de la economía, principalmente como comerciantes (33.1%), servicios diversos (19.3%), servicios sociales (16.8%) y restaurantes y servicios de

¹⁶ Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM (2013). Inserción laboral femenina, motor de la transformación de México en los últimos 30 años. Instituto de Investigaciones Económicas. Recuperado en enero de 2017. http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_147.html

alojamiento (14.3%); 17.1% del total de ocupadas se emplean en el sector secundario y solo 3.8% está ocupada en el sector primario (agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca).

De las mujeres ocupadas, 23.3% trabajan por cuenta propia, 2.3% son empleadoras y 7.5% no recibe remuneración por su trabajo. Dos de cada tres mujeres ocupadas (66.9%) son subordinadas y remuneradas, de ellas, 37.7% no cuenta con acceso a servicios de salud como prestación laboral, 41.9% labora sin tener un contrato escrito, más de la tercera parte (33.8%) no cuenta con prestaciones laborales, solo una de cada dos trabajadoras subordinadas (55.2%) goza de vacaciones pagadas, 62.6% recibe aguinaldo y 16.9% reparto de utilidades.

Respecto a la duración de la jornada laboral más de la tercera parte (37.1%) de las mujeres de 15 y más años ocupadas, cumple jornadas semanales de entre 40 y 48 horas; 19.2% cumple una jornada de más de 48 horas por semana; 29.1% de 15 a 39 horas y 14.2% menos de 15 horas por semana.

Migración interna

De acuerdo con la ONU, migrante es la persona que ha cambiado de manera permanente su lugar de residencia habitual, de una división política administrativa a otra, con la finalidad generalmente de ampliar sus oportunidades de desarrollo económico, social, así como un ambiente adecuado. En México, la dinámica migratoria interna ha presentado cambios trascendentales en los últimos 40 años, siendo el principal determinante demográfico de los cambios en la distribución geográfica de la población¹⁷.

¹⁷ Consejo Nacional de Población. CONAPO (2016). Migración interna en México. Recuperado en enero de 2017. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/migracion-interna-en-mexico?idiom=es>.

Según cifras de la Encuesta Intercensal 2015, 3.8 millones de personas de 5 y más años de edad es migrante interno reciente¹⁸, esto equivale al 3.5% del total de población de ese rango de edad a nivel nacional. En lo que respecta a la distribución por sexo, el comportamiento de la migración interna es muy similar entre las mujeres (2.9%) y los hombres (3.0 por ciento).

Migración internacional

El migrante internacional es la persona que cambia su lugar de residencia habitual a otro país debido a múltiples factores y donde el motivo del movimiento se asocia a la búsqueda de mejores condiciones de vida que generalmente se relacionan a cambios en las condiciones familiares, económicas, culturales, sociales, políticas, violencia o inseguridad, así como desastres naturales.

En México, los desplazamientos migratorios internacionales se realizan mayoritariamente por hombres, aunque en los últimos años la participación femenina ha incrementado gradualmente respecto del total de movimientos. En ese sentido, datos de la ENADID 2014 muestran que por cada cuatro emigrantes recientes¹⁹, una fue mujer y el resto fueron hombres; en términos proporcionales, por cada 100 hombres migrantes, hay 35 mujeres que realizaron su cambio de residencia a otro país.

Respecto de la composición de las mujeres que emigran, la mayor parte de ellas realizó su desplazamiento en edad joven, esto es, por cada dos mujeres que emigran, una lo hizo entre las edades de 15 a 29 años.

Referente al país al que se van a vivir los emigrantes internacionales, en el 86.3% de los casos el destino es Estados Unidos de América.

¹⁸ Persona que cambió su lugar de residencia actual de una entidad federativa distinta a la que vivía en marzo de 2010

¹⁹ Persona que cambió su lugar de residencia habitual de un país de origen a otro de destino en un lapso de cinco años

Diferenciado por sexo, esta situación cambia para las mujeres emigrantes internacionales, ya que por cada cuatro movimientos, tres de ellas se fueron a vivir a la Unión Americana donde la mayoría (73.7%) ingresa a dicho país con documento de forma legal en contraste con los hombres emigrantes internacionales donde solo el 50.8% ingresa a ese país en las mismas condiciones

Distribución porcentual de la población emigrante internacional según país de destino y tenencia de documento para ingresar a EEUU según sexo

| Sexo | Emigrantes Internacionales | Estados Unidos Mexicanos de América | | | | Otros |
|--------|----------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|-------|
| | | Total | Con documento | Sin documento | No especificado | |
| Total | 719 242 | 86.3 | 56.0 | 41.6 | 2.4 | 13.7 |
| Hombre | 532 763 | 89.8 | 50.8 | 47.2 | 2.0 | 10.2 |
| Mujer | 186 479 | 76.3 | 73.7 | 22.7 | 3.6 | 23.7 |

Fuente: INEGI. Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

V. Principales causas de mortalidad en mujeres en México

| Orden de Importancia | Causas | Defunciones |
|----------------------|---|-------------|
| 1 | Enfermedades del corazón c/ | 60,670 |
| | Enfermedades isquémicas del corazón | 38,882 |
| 2 | Diabetes mellitus | 50,705 |
| 3 | Tumores malignos | 40,612 |
| | De la mama | 6,273 |
| | Del cuello del útero | 4,009 |
| | Del hígado y de las vías biliares intrahepáticas | 3,245 |
| 4 | Enfermedades cerebrovasculares | 17,595 |
| 5 | Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 9,964 |
| 6 | Enfermedades del hígado | 9,958 |
| | Enfermedad alcohólica del hígado | 1,068 |
| 7 | Accidentes | 8,856 |
| | De tráfico de vehículos de motor | 3,348 |
| 8 | Influenza y neumonía | 8,430 |
| 9 | Insuficiencia renal | 5,961 |
| 10 | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal d/ | 5,556 |
| | Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal | 2,403 |
| 11 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 4,352 |
| 12 | Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 3,633 |
| 13 | Agresiones | 2,383 |
| 14 | Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma | 2,189 |
| 15 | Enfermedades infecciosas intestinales | 1,985 |
| 16 | Anemias | 1,815 |
| 17 | Septicemia | 1,441 |
| 18 | Lesiones auto infligidas intencionalmente | 1,280 |
| 19 | Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia | 1,252 |
| 20 | Colelitiasis y colecistitis | 1,171 |
| | Subtotal | 239,808 |
| | Paro cardíaco | 0 |
| | Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 5,364 |
| | Las demás causas | 46,465 |
| | Total | 291,637 |

- Los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80% del total de defunciones registradas. Se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas.
- Se excluye paro cardíaco
- Incluye tétanos neonatal
- Incluye tétanos obstétrico, trastornos mentales y del comportamiento asociado con el puerperio, y osteomalacia puerperal, se exceptúa el subgrupo.

Fuente: INEGI. Dirección de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales.

Por grupos de edad

Lactantes y niñas (0 a 9 años)

Tanto las tasas de mortalidad como las causas de defunción son similares para los niños y para las niñas durante la lactancia y la infancia. La prematuridad, la asfixia neonatal y las infecciones son las principales causas de defunción durante el primer mes de vida, que representa la etapa vital en que el riesgo de morir es más elevado. La neumonía, la prematuridad, la asfixia neonatal y la diarrea son las principales causas de mortalidad durante los cinco primeros años de vida. La malnutrición es uno de los principales factores coadyuvantes en el 45% de las muertes en niños menores de 5 años. El cáncer también es la principal causa de muerte en los niños y niñas.

Adolescentes (10 a 19 años)

Salud mental y traumatismos: Las lesiones autoinfligidas, los traumatismos causados por accidentes de tránsito y el ahogamiento figuran en el mundo entero entre las principales causas de defunción en las adolescentes. Los trastornos depresivos –y en los adolescentes de 15 a 19 años, la esquizofrenia– son las principales causas de mala salud.

Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) y mujeres adultas (20 a 59 años)

VIH/SIDA: Para las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años), el VIH/SIDA constituye la principal causa de mortalidad a nivel mundial, mientras que las relaciones sexuales no seguras constituyen el mayor factor de riesgo en los países en desarrollo. Los factores biológicos, la falta de acceso a la información y los servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la desigualdad de poder en las relaciones sexuales exponen a las mujeres, en particular a las jóvenes, al riesgo de infección por el VIH.

Mujeres de edad avanzada (60 años o mayores)

A nivel mundial, los hombres superan en número ligeramente a las mujeres; no obstante, las mujeres, al ser más longevas, representan una proporción mayor de la población adulta de edad avanzada: el 54% de las personas de 60 años o más son mujeres, una proporción que pasa a situarse en cerca del 60% para el grupo etario de 75 años o más y en el 70% para el de 90 años o más.

1. Salud de la mujer en números

Datos Globales

- A nivel mundial, las mujeres viven por término medio unos cuatro años más que los hombres.
- En 2011 la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 46 países, pero de apenas 58 años en la Región de África de la OMS.
- Las niñas tienen muchas más probabilidades que los niños de padecer abusos sexuales.
- En los países de ingresos altos y medio-altos, los traumatismos por accidentes de tránsito son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes.
- La práctica totalidad (el 99%) de las aproximadamente 287 000 defunciones maternas que se registran cada año se concentran en los países en desarrollo.
- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema «masculino», son la principal causa de mortalidad entre las mujeres.
- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más mortífero entre las mujeres de 20 a 59 años en todas las partes del mundo.

a) Lactantes, niñas y niños (0 a 9 años)

Tanto las tasas de mortalidad como las causas de defunción son similares para los niños y para las niñas durante la lactancia y la infancia. La prematuridad, la asfixia neonatal y las infecciones son las principales causas de defunción durante el primer mes de vida, que representa la etapa vital en que el riesgo de morir es más elevado. La neumonía, la prematuridad, la asfixia neonatal y la diarrea son las principales causas de mortalidad durante los cinco primeros años de vida. La malnutrición es uno de los principales factores coadyuvantes en el 45% de las muertes en niños menores de 5 años.

b) Salud mental y traumatismos

Las lesiones auto infligidas, los traumatismos causados por accidentes de tránsito y el ahogamiento figuran en el mundo entero entre las principales causas de defunción en las adolescentes.

Los trastornos depresivos –y en los adolescentes de 15 a 19 años, la esquizofrenia– son las principales causas de mala salud.

c) VIH/SIDA

En 2011 se registraron en los países de ingresos bajos y medios unos 820 000 nuevos casos de infección por el VIH en la población con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años; más del 60% eran mujeres.

A nivel mundial, las adolescentes y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) presentan un riesgo de infección por el VIH el doble de elevado que los niños y jóvenes varones del mismo grupo de edad. Este mayor riesgo está asociado a prácticas sexuales poco seguras, a menudo no deseadas y realizadas bajo coacción.

d) Embarazos de adolescentes

El embarazo precoz incrementa los riesgos tanto para la madre como para el niño. Aunque se observan avances en la reducción de las tasas de natalidad entre las adolescentes, más de 15 millones de los 135 millones nacidos vivos registrados a nivel mundial corresponden a adolescentes de entre 15 y 19 años.

En las adolescentes embarazadas, el riesgo de abortar en condiciones poco seguras es mayor que en las adultas. Se estima que se practican cada año unos 3 millones de abortos peligrosos en mujeres de 15 a 19 años. Los abortos peligrosos contribuyen de forma importante al padecimiento de problemas de salud de larga duración y a la mortalidad materna. En los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto constituyen una importante causa de defunción en las adolescentes de entre 15 y 19 años.

e) Abuso de sustancias

Las adolescentes consumen cada vez más tabaco y alcohol, lo que puede poner en peligro su salud, sobre todo en posteriores etapas de la vida. En algunos lugares, las niñas consumen tabaco y alcohol en cantidades similares que los niños. En la Región de las Américas de la OMS, por ejemplo, el 23% de los niños y el 21% de las niñas de entre 13 y 15 años reconocieron haber consumido tabaco durante el último mes.

f) Nutrición

En 21 de los 41 países para los que se dispone de datos, más de un tercio de las adolescentes de 15 a 19 años padecen anemia. La anemia –en la mayoría de los casos, anemia ferropénica– incrementa el riesgo de hemorragia y sepsis durante el parto. Por otro lado, provoca déficit cognitivo y físico en los niños de corta edad y reduce la productividad en los adultos. Las mujeres y las niñas son particularmente

vulnerables a la anemia debido a la insuficiencia de hierro en la dieta, la pérdida de sangre durante la menstruación y los periodos de rápido crecimiento.

g) Salud materna

Las defunciones maternas ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fecunda. Cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto unas 287 000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo.

Aunque el uso de anticonceptivos ha aumentado en los últimos 30 años, hay en todas las regiones muchas mujeres que siguen sin tener acceso a métodos modernos de anticoncepción. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar los embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar.

h) Tuberculosis

La tuberculosis, a menudo relacionada con la infección por el VIH, figura, en los países de ingresos bajos, entre las cinco causas de defunción más importantes en las mujeres en edad fecunda y en las mujeres de 20 a 59 años.

i) Traumatismos

Los traumatismos provocados por accidentes de tránsito figuran entre las 10 causas principales de mortalidad de las mujeres adultas (20 a 59 años) a nivel mundial. Además, en la Región de Asia Sudoriental, las quemaduras son una de las mayores causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 44 años. Las mujeres sufren lesiones y mueren por causas relacionadas con el fuego en mucha mayor medida que los hombres. Numerosas muertes se deben a accidentes ocurridos en la cocina y muchas son resultado de casos de violencia por parte de la pareja y violencia en el hogar.

j) Cáncer del cuello uterino

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y ello en todas las partes del mundo; todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a los oportunos servicios de detección y tratamiento es muy limitado.

k) Violencia

La violencia contra la mujer está muy extendida en el mundo entero. Según las últimas estimaciones mundiales, el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja o de violencia sexual fuera de la pareja. Por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero.

Se calcula que, a nivel mundial, hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas.

Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas más elevadas de problemas de salud mental, embarazos no deseados y abortos inducidos y espontáneos. Las mujeres expuestas a la violencia en la pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión, cerca del doble de probabilidades de padecer trastornos asociados al consumo de alcohol y 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH u otra infección de transmisión sexual. El 42% de estas mujeres han experimentado traumatismos causados por esos abusos. En muchos conflictos, se utiliza también cada vez más la violencia sexual como táctica de guerra.

i) Depresión y suicidio

Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad. La depresión es la causa más importante dentro de la carga de morbilidad femenina, y ello tanto en los países de ingresos altos, como en los de ingresos bajos. La depresión posterior al parto afecta al 20% de las madres en los países de ingresos bajos y medios-bajos, lo que representa un porcentaje incluso más elevado que las tasas notificadas anteriormente con respecto a los países de ingresos altos.

Se estima que cada año se suicidan en el mundo entero unas 800 000 personas, la mayoría hombres. Existen, no obstante, algunas excepciones: en China, por ejemplo, las tasas de suicidio en el medio rural son más elevadas en las mujeres que en los varones. Las tentativas de suicidio, que superan en 20 veces a los suicidios consumados, suelen ser más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres y entrañan una carga de discapacidad que se tiende a ignorar. Sin embargo, constituyen un importante factor de riesgo de muerte por suicidio y deberían ser atendidas debidamente prestando a este grupo los servicios de salud que correspondan.

m) Discapacidad

Las discapacidades –que afectan al 15% de la población mundial– son más frecuentes en la mujer que en el hombre. Las mujeres con discapacidad suelen presentar resultados sanitarios más deficientes, tasas de rendimiento más bajas en los estudios, niveles más bajos de participación en la actividad económica e índices de pobreza más elevados que las mujeres sin discapacidad. Las mujeres adultas con discapacidad son al menos 1,5 veces más propensas a ser víctimas de actos de violencia que las demás.

Entre los demás problemas de salud que afectan a las mujeres de edad avanzada y que repercuten en su funcionamiento físico y cognitivo figuran las afecciones oftalmológicas (por ejemplo, las cataratas), las deficiencias auditivas, la artritis, la

depresión y la demencia. Aunque los hombres también pueden padecer este tipo de problemas, en muchos países las mujeres tienen menos probabilidades que ellos de recibir los tratamientos o los dispositivos de ayuda necesarios.

Las mujeres de edad avanzada están más expuestas a las discapacidades que los hombres, lo que es reflejo de determinantes de la salud de más amplio alcance como los que siguen:

- La persistencia de desigualdades en las normas y políticas que redundan en perjuicio de la mujer;
- La evolución de las estructuras familiares; y
- La persistencia en las mujeres de tasas más elevadas de empleo no remunerado y de participación en el sector informal.

La conjunción de estos factores incrementa la vulnerabilidad y reduce el acceso a unos servicios de salud eficaces y acordes con sus necesidades.

n) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

El consumo de tabaco y el uso de combustibles sólidos para cocinar son los principales factores de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) –una afección potencialmente mortal– en la mujer. Una tercera parte de la carga total de mortalidad y morbilidad por esta causa en las mujeres se debe a la exposición en espacios interiores al humo producido al cocinar a fuego abierto o con hornillos y cocinas ineficientes.

A nivel mundial, los hombres superan en número ligeramente a las mujeres; no obstante, las mujeres, al ser más longevas, representan una proporción mayor de la población adulta de edad avanzada: el 54% de las personas de 60 años o más son mujeres, una proporción que pasa a situarse en cerca del 60% para el grupo etario de 75 años o más y en el 70% para el de 90 años o más.

o) Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles –principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer–, son la principal causa de defunción en las mujeres de edad avanzada, con independencia del nivel de desarrollo económico del país en el que viven. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 46% de las muertes de mujeres de edad avanzada en el mundo entero, en tanto que al cáncer se le atribuye un 14% (los más mortíferos son el cáncer de pulmón, el de mama, el de colon y el de estómago). Las afecciones respiratorias crónicas, en particular la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), causan un 9% de las defunciones en ese grupo.

Muchos de los problemas de salud que padecen las mujeres en las etapas más avanzadas de la vida se deben a la exposición a diversos factores de riesgo durante la adolescencia y etapas anteriores de la edad adulta, como el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación.

VI. Panorama de la salud de la mujer en México

La atención integral de la salud debe considerar lo la misma definición de salud por la OMS indica, las dimensiones física, psicológica y social del conjunto de mujeres en nuestro País. Los enfoques para integrar un plan con impacto en la ciudadanía deben converger en una visión holística de los principales factores que dificultan la prevención y la atención en la salud.

En México la salud en las mujeres tiene una profunda implicación con los factores culturales, religiosos-espirituales, económicos, familiares, sociales, las creencias, los mitos o tabúes, aunado a los individualismos como los valores y actitudes de

cada persona, familia o sociedad²⁰. Dentro de éstas individualidades también tienen cabida los factores ligados a la salud física y, en caso de tenerlos, la responsabilidad sobre la salud y el bienestar de los hijos que por lo general la mujer mexicana tiende a colocar en un primer plano por encima de sí misma. Esta situación agrega otra determinante estructural de la salud: el género²¹, contemplando que hombres y mujeres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales, los cuales influyen en sus comportamientos en relación con la salud.

Las áreas de oportunidad ciudadana para atender las necesidades de salud implican un planteamiento que involucre gobierno y sociedad civil, subsanando los factores que limitan la participación en el autocuidado y la prevención.

Esta oportunidad significa que las necesidades de salud individual están estrechamente ligadas a la mujer y su familia, llevando a los profesionales de la salud a las comunidades (salud comunitaria) para la promoción a la educación en salud, la prevención y la orientación desde el nacimiento hasta la vejez y enfocadas a la integralidad de equipos multidisciplinarios que atiendan la exposición a los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales presentes en las enfermedades en nuestro País, tomando como piedra angular que, aunque para su estudio y comprensión, se ha dividido psique, soma y sociedad, para la atención la Mujer y su salud forzosamente deben atenderse en programas holísticos que los conglomeren.

La oportunidad ciudadana abre la puerta a la nueva generación de proyectos y programas provenientes de la iniciativa civil donde se dé prioridad a lo que la gente necesita más que a lo que las Instituciones supongan que es necesario.

²⁰ Lira Ochoa, 2015. Tesis “Salud mental y sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia”. Universidad Autónoma del Estado de México.

²¹ Sol-Pastorino y cols. 2017. Salud Pública de México. vol. 59 p. 600-603

A la fecha, aunque se ha avanzado en la construcción de un marco legal hacia la igualdad entre mujeres y hombres, y en el acceso de ellas a una vida libre de violencia, no se ha logrado la igualdad sustantiva ni la igualdad de facto en la práctica cotidiana de las familias, comunidades e instituciones. La salud de las mujeres es diferente y desigual en comparación con la de los hombres, ya que, por un lado, existen diferencias biológicas que determinan la exposición diferencial a riesgos a la salud de las mujeres y los hombres, enfermedades o presentación- NET distintas de éstas; y, por otro lado, existen diferencias vinculadas al género (actitudes, creencias, comportamientos, valores, roles y estereotipos de lo que se espera de un hombre o una mujer) que determinan también riesgos diferenciales según sus ocupaciones, percepciones de riesgo y necesidades distintas o diferencias en el acceso, utilización, adherencia al tratamiento y calidad de los servicios de salud.

Hay problemas de salud que, por sexo y/o por género, afectan a las mujeres de manera diferenciada, como son la salud mental, en particular la depresión y trastornos de la ansiedad o alimentarios; la violencia de género; la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial; problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva y el creciente incremento de las adicciones, entre otros. El enfoque de salud con base en línea de vida prevé y busca satisfacer las necesidades de las mujeres desde la infancia hasta la vejez de manera integral y reconoce el derecho de todas ellas a tomar decisiones informadas sobre su salud.

En un balance general, la salud de las mujeres también ha mejorado en muchos aspectos en las últimas décadas, pero de manera invariable existen rezagos que debemos remontar si queremos construir una sociedad más justa y equitativa. Las mujeres en México viven más que los hombres; la esperanza de vida para las mujeres es de 77.4 años de edad, mientras que la de los hombres es de 71.7 años, es decir, casi seis años de diferencia. No obstante, esto no significa que necesariamente las mujeres tengan más salud o una mejor calidad de vida.

El reto que tenemos como sociedad es exigir y proponer la construcción de mejores políticas públicas basadas en la evidencia científica, la ética y en las mejores prácticas que permitan avanzar hacia la igualdad sustantiva; así como mejorar la salud de las mujeres en beneficio de su propia salud y de la población.

Referencias

Cámara de Diputados (2015). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015). México: Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. Recuperado el 13 de enero de 2017. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_171215.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006-2007). Estadísticas para la equidad de género: Magnitudes y tendencias en América Latina. Pp. 79. Recuperado en enero de 2017.

Encuesta Intercensal EIC 2015. Base de datos. México, 2016. — Encuesta Intercensal EIC 2015. Tabulados básicos. México, 2016 — Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2014. México, 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (INEGI-STPS). (2016). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Tercer trimestre 2016. Base de datos. México 2016. Jara, L. (2015, septiembre). Género y salud en el marco de los ODS. Documento presentado en el XVI Encuentro Internacional de Estadísticas de Género. Desafíos Estadísticos hacia la implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015, Aguascalientes, México. Recuperado el 13 de enero de 2017. http://www.inegi.org.mx/eventos/2015/genero/doc/p_s7_LiliaJara.pdf. Naciones Unidas (2016). Salud y bienestar: por qué es importante. Recuperado el 16 de enero de 2017.

Fuente de los datos: Estimaciones regionales de la mortalidad por causas específicas (2000-2011) Género y salud: diferencias y desigualdades, Isabelle Rohlf

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Base de datos. Total Hombres Mujeres Estados Unidos Mexicanos 100 48.6 51.4 Cero a 14 años 27.4 28.6 26.3 15 a 59 años 62.2 61.5 62.8 60 y más años 10.4 9.9 10.9 Grandes grupos de edad Población

<http://www.cepal.org/es/publicaciones/27843-estadisticas-la-equidad-genero-magnitudestendencias-america-latina>. Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2016).

http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/El_perfil_sociodemografico_de_los_hogares_en_Mexico_1976-1997. Jiménez, Juan. (2005). “Redefinición del analfabetismo: el analfabetismo funcional” en: Revista de educación. Núm. 338. Recuperado en enero de 2017. http://www.revistaeducacion.mec.es/re338_16.htm.

http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wpcontent/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf López R, Adriana (2001). El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997. México, CONAPO. 2001. Recuperado el 30 de enero de 2017.

<https://palabrademujer.wordpress.com/2010/08/22/genero-y-salud-diferencias-y-desigualdades/>

<https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/migracion-interna-en-mexico?idiom=es>. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016).

Lira Ochoa, 2015. Tesis “Salud mental y sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia”. Universidad Autónoma del Estado de México.

Sol-Pastorino y cols. 2017. Salud Pública de México. vol. 59 p. 600-603 Academia Nacional de Medicina. México. La Mujer y la Salud en México. Recuperado de <http://anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L4-La-mujer-salud-Mexico.pdf>

Migración interna en México. Recuperado en enero de 2017.



CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS
MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO

Cámara de Diputados
LXIII Legislatura
Diciembre 2017

<http://ceameg.diputados.gob.mx>
ceameg.difusion@congreso.gob.mx

51 28 55 00 Ext. 59218/ 50 36 00 00 Ext.59206

Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género

C. Adriana Gabriela Ceballos Hernández
Directora General

Mtro. Justino Eugenio Arriaga Rojas

**Director de Estudios Jurídicos
de los Derechos Humanos de las Mujeres y la Equidad de Género**

Lic. Blanca Judith Díaz Delgado

**Directora de Estudios Sociales
de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género**

Arturo Vega Jimenez
Elaboración