La salud de las mujeres en México

Genoveva Amador Fierros

Tradicionalmente el tema de salud o del proceso salud-enfermedad se aborda desde la perspectiva de la población en general conformada por hombres y mujeres. Si se le aplica alguna tipología clasificatoria, generalmente se hace desde el punto de vista del panorama epidemiológico o bien de acuerdo con las especialidades médicas, como ginecología, pediatría, salud materno-infantil, etcétera, pero nunca desde el enfoque de género.

Mediante este enfoque es posible replantear la salud de las mujeres desde su condición con toda la construcción cultural que asigna mandatos muy claros hacia su manera de actuar, de relacionarse con los hombres y con otras mujeres y de participar en la vida privada y en la vida pública de nuestro país. Esto significa dar visibilidad al hecho de que vivimos en una sociedad en la que por mandato cultural, los hombres y las mujeres a lo largo de toda su historia personal y social, van construyendo patrones de conducta diferenciados que provocan desigualdades en las oportunidades de desarrollo y de participación en la toma de decisiones, y que actúan en contra de las mujeres.

Tomar conciencia de esas desigualdades permite por una parte ir identificando cada vez con mayor precisión, por ejemplo: que hombres y mujeres presentan demandas distintas a los servicios de salud y que acceden a ellos de manera desigual, que las mujeres tienen riegos específicos que ponen en peligro su salud y su vida por el sólo hecho de ser mujeres, etcétera, y por otra parte, la visibilidad y toma de conciencia sobre tales elementos permite plantear estrategias de acción orientadas a erradicar los factores que provocan las desigualdades en términos de los riesgos específicos de las mujeres de enfermar o morir y de las oportunidades para participar conscientemente en la toma de decisiones sobre su salud y su desarrollo.

Hecho este planteamiento, partiré del concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, para subrayar los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de la mujer. Posteriormente abordaré la situación de salud de las mujeres en México, haciendo énfasis en los riesgos de enfermedad y muerte, para finalmente concluir con unos breves comentarios relacionados con las estrategias de intervención.

Concepto de salud

De acuerdo con la OMS, **la salud es el completo bienestar biológico, psicológico y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad.** Por tanto, cuando hablamos de salud o de enfermedad no sólo estamos hablando del cuerpo físico de un hombre o de una mujer, estamos hablando de que la salud y la enfermedad son resultantes de procesos muy complejos que tienen que ver con la forma de relacionarse entre sí los hombres y las mujeres, pero también con la forma en que se relacionan con su medio ambiente y las características que asume ese medio ambiente.

Factores que influyen en la salud de las mujeres

En tal sentido, **los factores que influyen en la salud de las mujeres son de tipo biológico, psicológico, ambiental, económico y cultural**. Al ser así, **no todas las mujeres tienen los mismos riesgos de enfermar o de morir**. Su nivel de educación, el nivel socioeconómico, el área geográfica en la que se desarrollan, su accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de los mismos, los tipos de discriminación a los que están sujetas, etcétera, hacen que unas mujeres, más que otras, sufran padecimientos que deterioran su calidad de vida, que mueran prematuramente, o bien que en alguna etapa de su vida mueran por causas que son factibles de evitarse con los recursos y la tecnología de que se dispone actualmente.

Caracterización de la situación de la salud de las mujeres en México

El descenso sostenido en los niveles de mortalidad de hombres y mujeres en México, registrado desde 1930 hasta la fecha, ha dado lugar al incremento de la esperanza de vida que en 1930 se estimaba en 30 años para los hombres y 35 para las mujeres, y que para 1995 se estimó en 69.8 años para los hombres y en 76 años para las mujeres.

Sin embargo, existen marcadas diferencias por regiones geográficas y niveles socioeconómicos, por ejemplo en los estados de Oaxaca, Chiapas y Puebla la esperanza de vida para las mujeres disminuye en 3.5 años con relación a los estados de Baja California Sur, Nuevo León, Distrito Federal y Quintana Roo. En ello influyen, por lo menos, el nivel socioeconómico, la escolaridad y la inaccesibilidad a los servicios de salud.

Por otra parte, el perfil epidemiológico en nuestro país está sufriendo grandes transformaciones. Paulatinamente están disminuyendo las muertes causadas por padecimientos infecciosos que son indicadores de pobreza e insalubridad general y, paralelamente, se están incrementando las muertes por causas crónico-degenerativas y de lesiones, que son propias de los países desarrollados.

Esto muestra una idea sobre cómo en su paso del subdesarrollo al desarrollo, en México se están dejando rezagos importantes de pobreza regionalizada que marginan a muchas mujeres. Es ampliamente sabido que las marginadas geográficamente lo son también en la educación, en la salud y en la información.

Esas condiciones hacen que muchas mujeres mueran prematuramente. Según los datos del *Programa Nacional de la Mujer*, en los estados de Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Zacatecas, las mujeres pierden 15 años potenciales de vida. Tal vez lo más importante de destacar aquí es que se ha comprobado que los niveles de mortalidad más altos son causados por enfermedades transmisibles, lo cual "significa que la sobremortalidad femenina de los estados más pobres podría disminuirse de ser abatida la mortalidad por padecimientos infecciosos, que son los más factibles de prevenirse mediante intervenciones de salud pública [PNM: p.21].



♦♦♦

Las principales causas de muerte entre las mujeres de 15 a 64 años de edad fueron en orden de importancia en 1992:

- Tumores malignos
- Enfermedades del corazón
- Diabetes
- Lesiones

Me interesa destacar el deshonroso primer lugar que ocupan las causas de muerte por tumores malignos, dado que, *45 de cada cien casos corresponden a cáncer del cuello del útero y a cáncer de mama, ambos con altas probabilidades de ser detectados oportunamente y evitar las muertes por esas causas.*

Para que ello ocurra, sin embargo, es necesario que las mujeres tengamos información suficiente sobre el problema y las medidas de prevención, que estemos capacitadas para realizarnos la autoexploración del cáncer de mama y que acudamos periódicamente a realizarnos el examen del papanicolaou. En 1994, por ejemplo, una de cada cuatro mujeres de 15 a 49 años de edad se había practicado el examen de papanicolaou y en las localidades rurales sólo el 17%.

Pero por otra parte, el problema se torna más complejo cuando nos damos cuenta que aún las mujeres suficientemente informadas no cumplen con esas medidas de autocuidado de la salud. ¿Habrá entonces otros elementos que debamos tomar en cuenta para el planteamiento de la estrategia de prevención? ¿Habrá implicaciones de la condición de género de las mujeres que les impide participar en el autocuidado?

De frente a estas interrogantes, podríamos pensar por una parte que la cultura política de nuestro país se convierte en uno de las limitantes. Y no hablo de política en términos partidistas, sino desde el concepto de construcción de la ciudadanía. *No tenemos una cultura de autocuidado de la salud porque los valores relacionados con el derecho a la información, con la participación responsable en las decisiones sobre nuestro destino y con la autoestima hacia la persona como ser integral y libre, son sumamente débiles en nuestro país.*

Pero, por otra parte, para que las mujeres participen en el autocuidado de su salud cuando hablamos de frente a problemas como el cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, se necesita luchar contra barreras culturales relacionadas con la condición de género. Para realizarnos la autoexploración como medida preventiva para el cáncer de mama, además de contar con información y capacitación, necesitamos conocer nuestro cuerpo y saber tocarlo para poder identificar anormalidades oportunamente.

No obstante, por construcciones culturales, las mujeres son preparadas para ocultar a los demás y ocultarse a sí mismas las partes del cuerpo consideradas como más íntimas. Incluso son preparadas para considerar esas áreas íntimas como zonas prohibidas para el tacto. Esa construcción cultural tiene su expresión en prácticas y mensajes cotidianos como "tápate eso", "no te toques ahí", "eso es sucio", etcétera. Es ampliamente conocido que lo más difícil de cambiar en las personas son las actitudes, porque éstas se construyen enmarcadas en un conjunto de valores asimilados también mediante prácticas cotidianas que se van reforzando en el tiempo.

De manera que la estrategia de intervención para la lucha contra el cáncer debe considerar, además de los esfuerzos directamente relacionados con la responsabilidad del sector salud en términos de información, capacitación y promoción para el autocuidado, aquellos que tienen que ver con la participación consciente de las mujeres en el conocimiento del tema como problema de salud, de las medidas de prevención y de las barreras culturales relacionadas con su condición de género.

Respecto a los **factores de riego asociados al embarazo y al parto**, de acuerdo con la clasificación de la OMS, las mujeres deberían saber que existen al menos cuatro categorías en las que se inscriben factores de riesgo que atentan contra su salud e incluso contra su vida. Dichas categorías son:

Riesgos preexistentes, como las edades extremas, los intervalos cortos entre los embarazos, la pobreza, el analfabetismo, los malos hábitos higiénicos, el vivir en zonas marginadas o en zonas rurales con servicios de salud inadecuados, la baja estatura y la desnutrición u obesidad de las madres.

Enfermedades preexistentes, como las venéreas, el SIDA, la tuberculosis, las infecciones crónicas, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiacas y renales.

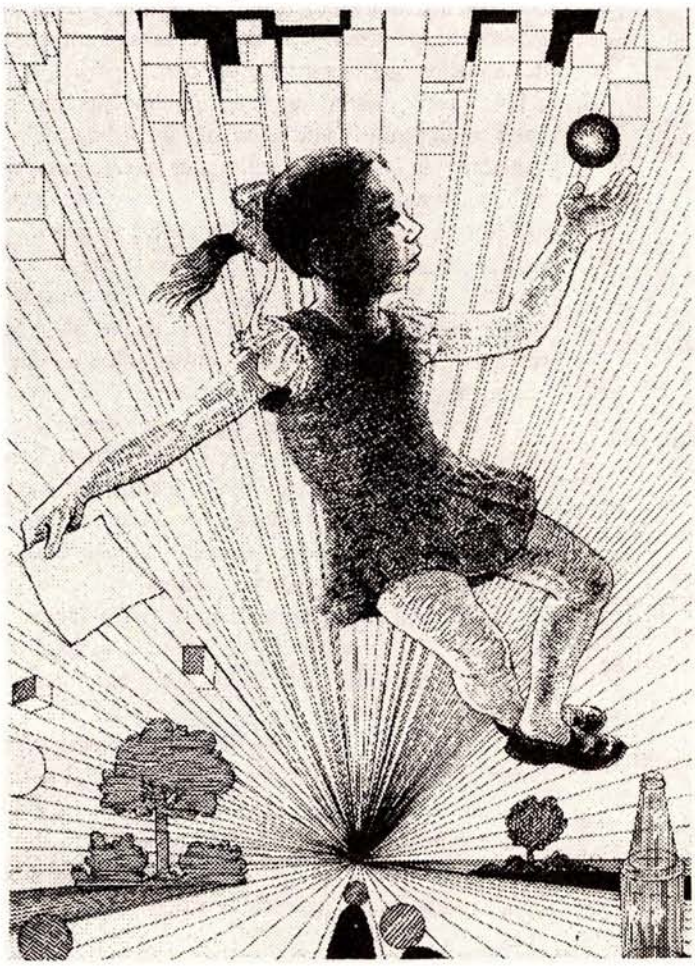
Riesgos que aparecen durante el embarazo, como la anemia, la diabetes, las infecciones, el bajo aumento de peso o su exceso, los embarazos múltiples o con problemas de presentación del feto, el abuso del alcohol, las drogas y el tabaco, la exposición a radiaciones y los riesgos ocupacionales.

♦♦♦

Riesgos que se presentan durante el parto, como la presentación fetal, las septicemias, los peligros asociados con la anestesia, las hemorragias durante el trabajo de parto, el parto prematuro o prolongado y la ruptura prematura de membranas. Además de las hemorragias y las infecciones que pueden presentarse en el post-parto.

De acuerdo con los datos registrados en el PNM, en México han disminuido los riesgos asociados con el embarazo, debido en parte a que la proporción de mujeres que recibió atención médica durante ese periodo se elevó de 63.3 a 85.3 por ciento. También se ha reducido la tasa global de fecundidad que pasó de 6.8 hijos a finales de la década de los años sesenta a 3.0 hijos en 1994, gracias a la extensión de cobertura de los métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas o unidas en edad fértil. Entre ellas, la prevalencia pasó de 30.2 por ciento en 1976 a un nivel superior a 66 por ciento en 1995. Sin embargo, continúa habiendo rezagos importantes en los sectores más pobres, en mujeres de baja o nula escolaridad y en zonas marginales o rurales. Tales rezagos se traducen en demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, así como en el elevado número de hijos [PNM: p.22].

Una de las consecuencias son los embarazos no deseados que culminan en abortos. **El aborto inducido es uno de los problemas más serios** no sólo en México sino en América Latina. Según un estudio realizado por el Population Council, en América Latina se realizan 500 abortos por cada mil nacidos vivos, lo cual se traduce en 5 millones de abortos anuales. Debido al carácter de ilegalidad en la práctica del aborto, existe un elevado subregistro; por ejemplo, de acuerdo con cifras oficiales, en México se estima que se realizan 220 mil abortos por año y que actualmente esta práctica **ocupa el quinto lugar como causas de muerte materna**. Sin embargo, en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que en México se efectúan por lo menos 800 mil procedimientos anuales.



Esto está ocurriendo, aun cuando se ha comprobado, aunque sea casuísticamente, mediante un estudio realizado en Chile, que la estrategia de ampliación de cobertura y de vigilancia de la calidad de los servicios de planificación familiar, actúa como una importante medida preventiva contra la práctica del aborto.

Como afirma Gómez Gómez, [Gómez: OPS: 1990], el aborto, más que una opción, es la respuesta a la falta de opciones reales, tanto de salud como económicas, sociales y educativas.

Aunque en México la mortalidad materna ha disminuido considerablemente, **todavía se considera alta la mortalidad asociada al embarazo y al parto.** En 1994 se estimó en —por lo menos— 61 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, lo cual representa casi el doble de las muertes que ocurren en los países desarrollados.

Como afirma el Dr. César A. Chelala [Chelala: OPS/OMS: 1992], "La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo o el parto es siempre una desgracia, pero se vuelve una verdadera tragedia cuando esa muerte podría haberse evitado".

De acuerdo con datos de la OMS, **la mortalidad materna en América tiene dos características fundamentales:**

- **Es evitable en un gran número de casos**: se calcula que entre el 90 y 95 por ciento de las muertes maternas son evitables con los conocimientos y tecnología de que se dispone actualmente.
- **Predomina en determinados grupos de mujeres y clases sociales**. Las mujeres más afectadas son aquellas que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos y las que viven en zonas rurales alejadas de centros hospitalarios, o que por otras razones ven reducida su accesibilidad a los servicios de salud.

No existen datos que permitan determinar el costo social de las muertes maternas, sin embargo algunas aproximaciones hechas por la OMS apuntan a que éstas juegan un papel primordial en el desencadenamiento de problemas tales como la desintegración familiar, la orfandad y el probable aumento de la mortalidad infantil, así como pérdidas de oportunidades de desarrollo para los niños y niñas huérfanos.

Otros problemas específicos que enfrentan las mujeres tienen que ver con el aumento progresivo de las mujeres infectadas de **VIH** y las que desarrollan el **SIDA**, con una tasa de crecimiento mayor que la de los varones de acuerdo con datos de 1994 en los que el 13.6 por ciento de los casos notificados en México correspondió a mujeres [PNM: p. 24]. La desnutrición de las mujeres y niñas, así como la fatiga y el desgaste físico y mental resultantes de la necesidad de desempeñar dobles jornadas laborales dentro y fuera del hogar, colocan a las mujeres en situaciones de mayor susceptibilidad a enfermarse. Y si esta situación se presenta durante el embarazo conduce a un círculo viciosos de desnutrición y desgaste físico que heredará la niña recién nacida.

Comentarios finales

Las estrategias de intervención para el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres en México se deben considerar como parte integral del desarrollo socioeconómico.

Está claramente identificado que influyen sobre la salud de las mujeres factores médicos, biológicos, económicos y culturales. Se conocen también las causas más frecuentes de mortalidad. Las estrategias, por tanto, deben enfocarse para actuar sobre esos factores en su conjunto.

Las políticas de desarrollo socioeconómico deben contemplar visiblemente sus metas sobre la condición de las mujeres para atacar el analfabetismo, el desempleo y las desigualdades económicas y sociales.

El contar por primera vez en la historia de México con un *Programa Nacional de la Mujer* es un avance importante, porque entonces los problemas de las mujeres se convierten también —por primera vez— en problemas a resolver mediante políticas públicas. Hay sin embargo mucho por hacer en el monitoreo sobre el cumplimiento de las acciones prioritarias.

Hoy más que nunca las mujeres tenemos un papel trascendental. Necesitamos estar bien informadas para participar conscientemente en la planeación de acciones del sector salud. Nadie mejor que las mujeres puede identificar sus propias necesidades y al mismo tiempo convertirse en catalizadoras de las políticas económicas y sociales que las afectan.♦

Bibliografía

OPS/OMS, Prevención de la mortalidad materna en las Américas. *Perspectivas para los años noventa*. Washington, D. C., 1992.

Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. *Programa Nacional de la Mujer 1995-200*. México, 1996.