

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 0188-7408

Servicios de salud y salud de la mujer en el contexto de la globalización*

Mario Bronfman Pertzovsky
Sergio Lopez Moreno
Blanca Rico Galindo**

Resumen: En 1999 se cumplen cinco años de vigencia del Tratado de Libre Comercio (TLC) de América del Norte. Antes de su puesta en marcha, el tratado fue cuestionado o defendido por los distintos actores sociales que, podían resultar afectados o beneficiados por él. Hoy, a cinco años de vigencia, el debate gira alrededor de los resultados visibles del TLC. En esta discusión, sin embargo, los acontecimientos que emergieron a la escena política y económica mexicana cuando iniciaba el TLC —y que modificaron radicalmente las condiciones en las que inicialmente se planeó el convenio—, provocaron que su puesta en marcha efectiva se aplazara en muchos de sus ámbitos potenciales. A cinco años de su arranque, es de esperar que las acciones del TLC se intensifiquen paulatinamente. En este sentido, es indispensable reanudar el debate pendiente, en especial en aquellas materias en donde los efectos del tratado pueden ser profundos. La polémica debe tomar en cuenta la existencia de los amplios procesos mundiales de globalización observados a partir de la Segunda Guerra Mundial, entre los cuales los tratados comerciales son sólo elementos adicionales. Esto es especialmente importante para evaluar el impacto del convenio comercial sobre variables cuya tempo-

* Una versión anterior de este trabajo fue presentada en el First Americas Program Workshop, organizado por el Pacific Institute for Women's Health, que tuvo lugar del 21 al 24 de febrero de 1996 en Los Angeles, California, EUA.

** Instituto Nacional de Salud Pública. Se les puede enviar correspondencia a: Av. Universidad no. 655, Col Santa María de Ahuacatitlán, Cuernavaca, Morelos, CP 62508. Tel. 01(73) 11-11-40, correo electrónico: bronfman@servidor.dgsca.unam.mx

ralidad se inscribe en plazos mucho mayores o en arreglos institucionales que tienen dinámicas propias y que están inmersos en procesos que anteceden en el tiempo y exceden en el espacio al TLC. En el primer caso, se encuentran los aspectos relacionados con la salud de la mujer, y en el segundo, los procesos que tienen que ver con los sistemas de salud. Este trabajo inicia con una visión panorámica del proceso de globalización y sus consecuencias, para continuar con un análisis de las condiciones específicas que, al iniciar el TLC, guardaban la salud de la mujer y los sistemas de salud de los tres países firmantes. Al final del texto, se comentan las esferas que ya han sufrido modificaciones por efecto directo del TLC.

Abstract: By 1999 The North American Free Trade Agreement will have undergone five years. Before its enforcement the treaty was questioned or defended by different social actors, which, could be affected or benefitted by it. After five years the debate concerns the trade's visible results. In this discussion, the circumstances that emerged in the political and mexican economics scene as NAFTA began (and that radically modified the conditions with which it was initially planned), provoked a setback in many potential fields. Therefore, it is necessary to renew the debate again, especially in those areas in which the treaty profounds. The controversy should take into consideration the globalization processes observed since World War II, in which the commercial treaties are only considered as additional elements. This is very important while evaluating the commercial impact upon variables whose temporarity is enrolled in much bigger time limits or institutionalized arrangements that have their own dynamics and are immersed in processes that precede the time and space that the NAFTA has. First of all there are some aspects relating women's health and secondly the processes that have to do with health systems. This article begins with a global view of the globalizing process and its consequences, continuing with an analysis of specific conditions which when starting the NAFTA had to do with women's health and health systems in the three signing countries. At the end of the paper there is a comment concerning the spheres which suffered modifications due to the NAFTA's direct effect.

Introducción

El fenómeno de la globalización puede definirse como la tendencia progresiva de los procesos económicos, financieros, políticos y culturales de una región o país a influir y ser influidos —en forma cada vez más directa y en plazos más cortos— por procesos similares aparecidos en otras latitudes. El fenómeno, iniciado hace varios siglos y acelerado en los últimos cincuenta años, afecta actualmente a todos los países del mundo. Por esta razón, aunque sea su expresión actual más evidente, la globalización no puede entenderse sólo como la creación de mercados mundiales o financieros comunes entre varios países o regiones.

La globalización financiera y económica es, por lo tanto, la etapa última del fenómeno de creación de una especie de aldea global marcada por la internacionalización del comercio, la intensificación del flujo cultural entre los países —en especial gracias a los procesos de comunicación a distancia—, la internacionalización del capital y el surgimiento de problemas mundiales comunes, derivados de un desarrollo productivo poco ordenado y de los que son ejemplo paradigmático los originados en el desequilibrio del ambiente.

Vista más de cerca, la globalización significa la aparición, en los distintos países del mundo, de patrones de comportamiento social, económico y cultural cada vez más parecidos que, por lo tanto, generan problemas que requieren mecanismos de solución similares o que involucran la participación de más de un actor mundial. Este profundo cambio en el panorama planetario —que ha llevado a las distintas naciones a percibirse ya no como entes independientes, relativamente aislados del resto del mundo— ha sido la causa de que la solución de los problemas emergentes en el planeta, se plantee de manera cada vez más convenida entre los involucrados, sea porque son parte del problema o sea porque son parte de la solución.

Los procesos que resultan de la globalización pueden identificarse como cambios que operan a largo plazo y que casi nunca son pasajeros. Tales cambios pueden abrir oportunidades o significar riesgos para el desarrollo de las sociedades.

Aunque desde hace mucho tiempo se percibe la idea de la interdependencia entre los países, la naturaleza de la globalización, tal como actualmente aparece, fue expresada con claridad por Clement Attlee, primer ministro de Inglaterra, al finalizar la Segunda Guerra Mundial cuando decía: "no podemos crear un paraíso adentro de nuestro país, dejar un infierno fuera, y pensar que vamos a sobrevivir". La opinión de Attlee expresa de manera concisa las ideas actuales sobre las relaciones que, voluntaria o involuntariamente, mantienen entre sí los países del mundo, y que fueron la razón del surgimiento de los varios organismos internacionales que se encargan de la regulación de los procesos económicos, políticos y sociales que afectan, o pueden afectar, a más de un país a la vez.

Recientemente, la globalización se ha presentado como una forma de universalización de las reglas de actuación en las distintas entidades nacionales que, al buscar una mejor manera de inserción en la nueva división internacional del trabajo, modifican sus leyes laborales, realizan importantes reconversiones industriales, cambian su cultura de producción y adecuan su quehacer político y social. En este sentido, las principales tendencias del proceso de globalización, tal como ahora se presentan, pueden resumirse como sigue:

- La tendencia de los países a incrementar su comercio internacional, disminuyendo los aranceles y eliminando los obstáculos de intercambio con el exterior.
- La tendencia del capital internacional a ubicar los nuevos procesos de industrialización y producción en los lugares con mayor ventaja competitiva, buscando una mejor inserción en la producción mundial.
- Como consecuencia directa del proceso anterior, la reconfiguración de los mercados financieros, en búsqueda de las mayores ganancias.
- El cambio de rol de la ciencia y la tecnología, —en especial de aquella que en forma inmediata aumenta la productividad de la industria, la agricultura y los servicios— en el desarrollo económico local. Esto coloca a la investigación científica y tecnológica en una posición estratégica.

- La modificación de las relaciones de trabajo, que resulta tanto del cambio en los patrones productivos como de las nuevas formas de organización, distribución del trabajo y cultura laboral que implica la aplicación de tecnología novedosa.
- Cambios políticos y sociales en los estados nacionales, destinados a facilitar la conformación de alianzas comerciales, industriales o económicas. Este proceso —que conduce finalmente a la creación de grupos de naciones que buscan un mayor grado de integración— implica modificaciones en las legislaciones nacionales en materia de comercio, inversiones, relaciones de trabajo, flujos migratorios, formas de propiedad, regulación alimentaria, protección del ambiente y formas de atención de la salud, entre otras.
- Cambios en las culturas nacionales, al conformarse paulatinamente respuestas parecidas frente a las modificaciones que provocan todos los demás cambios.

Estas tendencias, de largo y mediano plazo, han acentuado algunos procesos de cambio ya existentes al interior de cada país y propiciado la aparición de otros nuevos.

Entre los viejos procesos que la globalización ha acelerado, se encuentra la transición de las economías agrícolas hacia las economías altamente industrializadas. Los procesos de alta sofisticación industrial frecuentemente son llevados a los países que presenten la mejor ventaja comparativa, con la posible exportación de riesgos a la ecología y a la salud.

El proceso de globalización también se acompaña de cambios demográficos. Esta transición implica, entre otras cosas, la disminución relativa del número de infantes y el surgimiento de grandes masas de ancianos, originando problemas sanitarios distintos a los de las décadas anteriores. Esta transición epidemiológica y de riesgos para la salud significa, necesariamente, un cambio en los modelos de atención médica.

Finalmente, la globalización de algunos fenómenos de salud ha provocado que, al manifestarse ahora como problemas a escala mundial, sean considerados como responsabilidad de todo el planeta. De ellos destacan los que resultan del cambio climático, los desastres naturales y sociales y los que se conocen como enfermeda-

des emergentes. Frente a estos problemas globales, han surgido intentos de respuesta globales. Ejemplos de ello son, entre muchos otros, la Cumbre de Río sobre Medio Ambiente y el Programa Global contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud, recientemente reemplazado por el Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA).

No obstante, los cambios que resultan de la globalización de los fenómenos sociales, culturales y económicos no se acompañan exclusivamente de problemas. Es claro que el desarrollo de las telecomunicaciones y la ruptura de los obstáculos para la difusión del saber y de la información a todas las regiones y países, ha tenido un impacto extraordinario no sólo en la calidad y cantidad de educación que recibe cada individuo en el mundo, sino en el desarrollo de procesos democráticos locales, en el fortalecimiento de la participación social y en el surgimiento de barreras contra la impunidad. En este nuevo contexto, el florecimiento de movimientos reivindicativos de las minorías ha adquirido un gran impulso. Destacan la lucha contra la discriminación sexual, racial y cultural, y el fortalecimiento del derecho a la educación, la salud y el bienestar.

La globalización, paradójicamente, ha ido acompañada de procesos que se ubican en las antípodas de la integración: nacionalismos extremos, fundamentalismos irracionales, intolerancia, racismo, discriminación que se expresan en guerras localizadas pero tan o más sangrientas como las que caracterizaron a la primera mitad del siglo. Se puso al descubierto, además, la incapacidad de los organismos internacionales para responder a las enormes exigencias que implica una agenda de cambio. "Creadas para un mundo de 44 naciones con dos mil millones de habitantes —al finalizar la Segunda Guerra Mundial—, los organismos multinacionales no pueden dar respuesta a un mundo de 200 naciones y más de seis mil millones de seres humanos". En materia de salud, educación, cultura, vivienda y bienestar, los organismos multinacionales específicos han entrado en una crisis de respuestas y su lugar ha sido ocupado por las instituciones económicas.

Un análisis somero de la situación sanitaria de América Latina es un ejemplo ensombrecedor de las condiciones actuales del

mundo en desarrollo: las principales causas de muerte en los menores de un año siguen siendo las enfermedades infecciosas, y la tuberculosis, el cólera y el paludismo van en aumento; otros padecimientos emergentes, como el SIDA y el dengue hemorrágico se incrementan en forma acelerada. En esta región, la cuarta parte de los hogares son encabezados por mujeres y el desplazamiento migratorio —económico y político— afecta a millones de personas; la pobreza extrema ha aumentado de 60 millones en 1980 a 196 millones en 1990, y el porcentaje de desempleo abierto entre la población económicamente activa va en aumento. América Latina es la región del mundo con mayor desigualdad en la distribución del ingreso. En esta región y con características similares al conjunto de los países que la conforman se encuentra México, uno de los socios del TLC.

Globalización y procesos de reforma del sector salud

Generalidades

El diseño de programas para atacar los problemas de estabilización financiera y promover el crecimiento económico a largo plazo, ha llevado a prácticamente todos los países del mundo a revisar sus políticas sociales. Esta revisión se ha hecho a la luz de las nuevas necesidades nacionales y de los costos que representan los programas en razón de sus beneficios potenciales y orientados por las propuestas de los organismos multinacionales. En este proceso, varios elementos comunes han determinado la necesidad de realizar reformas a los sistemas de salud.

Las dimensiones principales bajo las cuales todo sistema de atención de salud puede ser analizado son:

- a) la cobertura de los servicios de salud;
- b) el costo de los servicios;
- c) el tipo de financiamiento;

- d) las formas de pago por parte del enfermo;
- e) las formas de prestación de los servicios de salud por parte del Estado.

Los resultados globales de la manera en que se combinan estos elementos se miden, finalmente, a partir del acceso que la población tiene a los servicios y por el impacto de estos sobre las condiciones de salud.

El primer aspecto común a todos los sistemas sanitarios de la segunda mitad de este siglo, ha sido la explosión de los costos médicos. Una de las causas de este fenómeno se debe al desarrollo de tecnología médica cada vez más sofisticada, orientada a la atención individual y a la curación; el otro se encuentra ligado al crecimiento de la población anciana, cuya atención, por los procesos patológicos que se desarrollan, es sumamente costosa. Al final del proceso, la atención médica representa una proporción cada vez mayor del presupuesto nacional. Finalmente, al ser la atención de salud un servicio —y los servicios son el sector económico de más baja productividad—, a largo plazo sus costos crecientes repercuten necesariamente sobre la industria y la agricultura; este fenómeno incrementa la vulnerabilidad de las economías nacionales.

Un ejemplo de este fenómeno lo constituye EUA. Mientras que en 1940, los costos de atención en salud absorbieron cuatro billones de dólares (4% de su Producto Interno Bruto), en 1990, estos gastos ascendieron a 666 billones (12.2% del PIB); para 1992, los EUA ya gastaron más de 800 billones en cuidados médicos, lo que equivale al 15.3% de todo el gasto federal. Debido a que el sector privado norteamericano financió cerca del 60% de esos gastos, las compañías norteamericanas tienen, proporcionalmente, menor capital para invertir y el riesgo de estar en una posición competitiva desfavorable a nivel internacional. Estas colocaciones financieras, además, reducen los fondos disponibles para educación, investigación y desarrollo.

En algunos países, la amenaza de demandas por una mala práctica médica ha incrementado la actitud defensiva entre los trabaja-

dores de la salud. Actualmente, los médicos realizan de manera rutinaria pruebas y procedimientos que tienen un escaso valor médico pero un gran valor legal. Los costos también han aumentado por esta razón.

Otro elemento común en los sistemas actuales de atención médica es la deficiente calidad de los servicios. Incluso en los países de mayor desarrollo, el impacto de la tecnología médica es limitado. Además, la demanda creciente de atención especializada y la mala distribución de los recursos disponibles provoca que la consulta médica sea prestada de manera rutinaria, con un alto grado de deshumanización. A la insatisfacción del paciente, por último, se agrega la insatisfacción de los prestadores de los servicios.

El tercer elemento relevante es la insuficiente cobertura de los servicios médicos públicos, que en algunos países llega a ser apenas del 5% de la población total. Existen actualmente tres grupos con un riesgo alto de enfermedad sin una atención médica mínima: los desempleados o subempleados que viven en países en donde el servicio médico asistencial es insuficiente; aquellos empleados a quienes sus patrones no proporcionan seguro, y aquellos que viven en zonas marginadas en las que no existen los servicios públicos mínimos. El acceso a la seguridad médica ha comenzado a ser un problema especialmente significativo, no sólo por su creciente costo sino por la dificultad de llegar a toda la población que la requiere.

Como resultado de estas realidades, las principales metas planteadas por los gobiernos para la reforma de sus sistemas de salud pueden resumirse en:

- 1) el incremento de la cobertura buscando la universalización;
- 2) el mejoramiento de la calidad de la atención intentando aumentar la satisfacción del usuario;
- 3) el abatimiento de los costos a través del aumento en la eficiencia económica de las acciones y la optimización de la balanza costo-beneficio por acción realizada; y
- 4) la búsqueda de un mayor impacto en las condiciones de salud de la población atendida.

Las estrategias para alcanzar estas metas difieren, sin embargo, entre los distintos países. En general, se discute sobre la modificación en las formas de pago (con una tendencia creciente a la privatización), la diversificación de los prestadores de servicios (con la posibilidad de establecer o incrementar la subrogación de los servicios médicos), y el cambio en el uso de tecnología (con acciones preventivas, masivas y de bajo costo en lugar de las curativas, individuales de alto costo).

Los sistemas de salud en los países del TLC

Si bien las realidades sanitarias de los tres países signatarios del TLC evocan, en primera instancia, las profundas diferencias existentes entre ellos, es posible identificar algunos elementos comunes. Esto es lo que hace Lamarche en un trabajo reciente (Lamarche, 1995) al señalar la existencia de un paradigma dominante común que ha venido orientando los sistemas de salud de Canadá, Estados Unidos y México en los últimos 50 años. El modelo asume que, si bien la salud se encuentra determinada por un gran número de factores no especificados, el principal objetivo de los planeadores está dirigido hacia la atención médica. De esta concepción se deriva que para mejorar la salud de la población hay que mejorar la atención a través de la aplicación creciente de recursos para la salud. Lamarche identifica una primera etapa, caracterizada por la creación de infraestructura hospitalaria —el Programa Hill-Burton en Estados Unidos, el fondo especial para la atención a la salud en Canadá y la construcción de hospitales, centros de salud rurales y urbanos en México— y una segunda etapa, en la que se toma conciencia de que los recursos no eran lo suficientemente accesibles y se desarrollan acciones para mejorar la accesibilidad geográfica y financiera. Parecería que sólo Canadá ha tenido éxito en lograr la accesibilidad mientras que Estados Unidos y México, en ese orden, muestran aún déficits importantes. Pero incluso en el caso de Canadá el sistema de atención a la salud ha sido puesto, recientemente, en tela de juicio.

Aparentemente, tres son los aspectos problemáticos. El primero es que la dinámica de los sistemas de atención a la salud con-

ducen a brindar una atención cada vez más sofisticada y, por ende, más costosa. El segundo es la incapacidad para adaptar los servicios a los problemas emergentes y para brindar atención en los lugares donde la gente vive y trabaja. Finalmente, aun en los países donde existen los recursos y los servicios están accesibles, se empieza a cuestionar cuál es el verdadero impacto de la atención a la salud sobre la salud de la población. Se ha demostrado la dificultad para correlacionar los recursos invertidos con el resultado en salud: mientras que en Estados Unidos, el gasto sigue creciendo, pero la mortalidad infantil y la esperanza de vida se estancaron; en México, la dramática reducción del gasto público en salud de los años ochenta no parece haber afectado de manera importante a los indicadores de salud. Concluye Lamarche que “la provisión de más atención, al menos la que se ha brindado hasta la fecha, puede no ser la mejor manera de mejorar la salud de la población ni de gastar nuestros recursos colectivos” y sugiere que el énfasis de esta nueva etapa debe estar puesto en la producción de salud.

En otro trabajo reciente, el acento está puesto en las diferencias entre los sistemas de salud de los tres socios del TLC (Frenk, 1994). Los autores identifican en el análisis comparativo la existencia de profundas asimetrías:

- a) en la situación de salud;
- b) en los recursos destinados a la atención de la salud;
- c) en la infraestructura;
- d) en la regulación de los servicios;
- e) en las formas dominantes de financiamiento;
- f) en las formas de participación del sector privado;
- g) en el poder del paciente.

Otra diferencia entre Estados Unidos y Canadá respecto de México es que en aquellos el financiamiento y la prestación de servicios de salud están separados, lo que no ocurre en México.

El cuadro siguiente resume estas diferencias:

Cuadro 1

Principales características de los sistemas de salud
de México, Canadá y Estados Unidos

Concepto	México	Canadá	Estados Unidos
Regulación	+	+++	+++
Registro de establecimientos	+	+++	+++
Certificación de unidades	+	+++	+++
Evaluación de tecnología	+	+++	+++
Control de costos	+	+++	++
Control de honorarios privados	+	+++	+
Certificación de escuelas	+	+++	+++
Certificación de titulación	+	++	+++
Actualización	Voluntaria	Obligatoria	Recertificación
Validación de licencias	Nacional	Provincial	Estatal
Requisitos para ejercer:			
Medicina general	Registro	Licencia	Licencia
Especialidad	Certificado	Certificado	Certificado
Poder de asociaciones Profesionales	+	+++	+++
Principal fuente de financiamiento	Pública	Pública	Privada
Financiamiento local	+	++	+++
Seguridad social	++	+++	++
Seguros privados	+	+	+++
Prestación			
Cobertura	Incompleta	Universal	Incompleta
Tipo dominante de servicios	Curativos	Curativos	Curativos
Propiedad establecimientos	Pública	Pública+Privada	Privada
Organización institucional	Fragmentada	Integrada	Fragmentada
Descentralización	+	+++	+++
Capacidad de elección	+	++	+++
Capacidad de demanda legal	+	++	+++

Clave: + Bajo, ++Medio, +++ Alto.

Fuente:Academia Nacional de Medicina, 1993.

El TLC y los servicios de salud en México

El sistema de salud mexicano tiene más de cincuenta años con el mismo esquema de prestación de servicios de salud que sólo ha sufrido ajustes de forma y tamaño. En la actualidad, coexisten la atención médica privada, la asistencia pública y la seguridad social (financiada por el estado, los patrones y los trabajadores).

Una rápida mirada a las condiciones en que opera el sistema permite ver que:

- a) los servicios selectivos de atención médica (Seguridad Social) gastan 20 veces más, por persona atendida, que los servicios abiertos; es decir existe inequidad;
- b) que una tercera parte de los derechohabientes no utiliza los sistemas de seguridad social, es decir, que existe ineficiencia técnica;
- c) que la efectividad del tratamiento médico es reducida (el impacto de las acciones es, en consecuencia, bajo, y la satisfacción del usuario es escasa);
- d) que los servicios médicos y de salud, privados y públicos, son caros;
- e) que la cobertura de los servicios de salud es incompleta (más de 10 millones de personas no poseen ningún tipo de servicio médico); y
- f) que la distribución del gasto está orientada hacia la administración (24.7% del total).

En el contexto de una globalización creciente con la región de Norteamérica, la firma del Tratado de Libre Comercio con Canadá y EUA ha provocado una aceleración del proceso de Reforma del Sector Salud mexicano. Se ha planteado que esta reforma podría iniciar en 1996, luego del préstamo que para tal efecto ha proporcionado el Banco Mundial. Resulta claro que es indispensable construir una estructura de atención que posea mayor cobertura, que ayude a contener los gastos en materia de salud y que sea más equitativa.

La mayoría de los analistas mexicanos sugieren que el TLC creará en México la posibilidad de expandir el mercado para el com-

plejo médico-industrial. También sugieren que promoverá la inversión nacional y extranjera, lo cual crearía empleos y mejoraría el contenido tecnológico, la competitividad, la accesibilidad, la calidad y la productividad de los servicios de salud en México (Frenk, 1994).

Otros estudiosos prevén, en cambio, que los riesgos serán mayores que las posibles ventajas. Estos riesgos se relacionan con el posible incremento de la medicina curativa, la fuga de cerebros, el aumento en la práctica de la medicina defensiva, la inflación de los precios, y la posibilidad de que las inequidades del sistema de salud se profundicen (Laurell, 1994).

La perspectiva mexicana ha sido expresada en varios documentos, entre los cuales los más consistentes han sido producidos por un grupo ad hoc creado por la Academia Nacional de Medicina (1994) y retomados por Frenk y colaboradores en el trabajo ya citado (1994). Según ellos, cinco serían los modos de interacción que serían estimulados por la existencia del TLC:

- a) los movimientos de demandantes de los servicios;
- b) los movimientos de los prestadores de los servicios;
- c) el movimiento de unidades de atención;
- d) el movimiento de servicios; y
- e) proyectos conjuntos.

En el cuadro siguiente, se presentan las oportunidades y riesgos que se derivan de estas modalidades de interacción y se incorpora, para captar los matices, la dirección del movimiento.

Del análisis presentado hasta aquí, se puede inferir que la relación entre la puesta en marcha del TLC y la operación de los sistemas de salud está lejos de ser simple. Más allá de las hipótesis que se puedan formular y de su plausibilidad, resulta evidente que hay elementos de los sistemas de salud que son más permeables a una influencia de la liberalización de los intercambios comerciales y otros que dependen de decisiones de política más ligadas a los proyectos nacionales. En el caso de México, parece evidente que entre las primeras estarán la tecnología utilizada, el tipo de financiamien-

Cuadro 2

to de los servicios, la forma de pago de los servicios por parte del usuario, el costo de la atención médica y, en alguna medida, la calidad de la atención. El nivel de la cobertura y la equidad del sistema en su conjunto seguirán siendo una consecuencia de decisiones tomadas localmente y de las políticas sociales nacionales.

Mujer y salud

Es un hecho ampliamente aceptado la situación de desventaja en la que viven grandes sectores de mujeres en casi todo el mundo. Para el caso de los tres países del TLC, México se encuentra en la peor situación, aunque también existen en Estados Unidos y Canadá situaciones de injusticia específicas de la mujer. Los datos presentados por el PNUD en su informe 1991 ilustran este panorama. El PNUD utiliza un índice de desarrollo humano (IDH) basado en tres componentes —longevidad, educación y nivel de vida— según el cual Japón ocupa el primer lugar en el mundo, Canadá el segundo, Estados Unidos el séptimo y México el 47. Cuando el índice se desagrega y ajusta de acuerdo con los sexos, Japón pasa al lugar 17; Canadá al noveno, Estados Unidos al décimo, y en México ni siquiera se puede construir el índice, porque no hay datos disponibles para mucha de la información estadística que se requiere para la población femenina (PNUD, 1991).

El estudio de la situación de la mujer ha logrado documentar cómo la diferencia sexual se traduce en desigualdad social de género. Esta desigualdad se manifiesta en los principales indicadores del nivel de desarrollo —analfabetismo, años promedio de escolaridad, ocupación y desnutrición. Los cambios en estos indicadores han tenido mayor impacto sobre las condiciones de salud que los cambios en los servicios médicos.

Salud de la mujer en los países del TLC

El rol reproductivo de la mujer es, probablemente, la causa por la que la prevención, atención e investigación de la morbilidad y mor-

talidad femenina se ha centrado, casi exclusivamente, en el binomio madre-hijo y en los problemas de salud que se originan a partir de este evento. Apenas recientemente ha empezado a prestarse atención a la salud de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital y no sólo a la madre, en tanto reproductora de la especie. A continuación, se presentarán datos seleccionados que describen la situación de salud de la mujer. La presentación comienza por la morbilidad y mortalidad materna, pero se desarrolla siguiendo el ciclo de vida de la mujer. En muchos casos, se compara la situación de la mujer respecto de la del hombre con el objeto de constatar las diferencias genéricas existentes. En otros, la comparación se realiza entre los tres países del TLC con el fin de dar cuenta de las diferencias en salud derivadas de profundos contrastes socioeconómicos.

Por las características de este documento, los datos se presentarán a nivel nacional. Sin embargo, cabe recordar que en México se han documentado ampliamente contrastes muy notables en las condiciones de salud entre los distintos estados de la República y entre los diversos grupos de población; en Estados Unidos también hay diferencias importantes entre algunos estados del norte y del sur y, particularmente, entre los distintos grupos socioeconómicos y étnicos (NC Equity, 1991). Canadá, a pesar de contar con el sistema de salud más equitativo, también tiene algunas poblaciones más desprotegidas o vulnerables (EINES, 1993), particularmente entre su población indígena.

Mortalidad y morbilidad materna

La mortalidad y morbilidad materna representan, sin duda, el principal problema de salud en mujeres de edad reproductiva en términos individuales, familiares y sociales (Mora, 1993). Incluso, la magnitud real de la población en riesgo de morir por causas maternas está subestimada, debido a la forma en que se calcula este indicador (Schkolnik, 1990). El subregistro de la mortalidad materna es de gran magnitud y ha sido documentado en un rango que va del 39% en Estados Unidos (Koonin, 1988) a más del 79% en los países menos desarrollados del continente (Castellanos, 1990).

La mortalidad materna es, sin duda, un reflejo del grado de desarrollo de un país, por tratarse de muertes prevenibles casi en su totalidad. A finales de la década pasada, México tenía una tasa de mortalidad materna 10 veces mayor que Estados Unidos y 20 veces mayor que Canadá, el país con menor mortalidad materna de todo el continente (Mora, 1993).

La calidad de los servicios de salud, y la disponibilidad de recursos para la prevención y el tratamiento oportuno de los padecimientos relacionados con la maternidad, han sido señalados como factores importantes para explicar las variaciones en la magnitud de las tasas de mortalidad materna. En una clasificación de países realizada por la OPS según el nivel de mortalidad materna y un índice de necesidades de salud, México se ubica en los niveles altos de ambas variables mientras que sus dos socios del TLC son los únicos países de la región con mortalidades "bajas" e índices de necesidades de salud también "bajos" (PAHO, 1990) (ver cuadro 3).

Al comparar las causas de mortalidad materna entre los tres países, las diferencias más notables se observan precisamente en aquellos problemas que indican una mala atención del parto, según las cifras del último año disponible (1988 para Canadá, 1987 para EUA y 1986 para México).

Cuadro 3

Causas de mortalidad materna

	Aborto	Hemorragias	Toxemia	Complic. puerperio	Residual	Obstétricas indirectas
Canadá (1988)	0	1		1	2	0
EU (1987)	1	1		1	2	1
México (1986)	7	19	15	7	28	1

Tasas por 100,000 nacidos vivos

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información Técnica.

En la siguiente tabla se pueden observar algunas cifras sobre las causas de hospitalización por problemas relacionados con el embarazo en México y en Estados Unidos según dos reportes de finales de los ochenta (CDC, 1991; IMSS, 1990).

Cuadro 4

Causas de hospitalización (en porcentaje)

Hospitalizaciones	Estados Unidos 86000	México 74000
Parto prematuro	27	
Aborto	13	44.2
Infecciones genitourinarias	8	
Hemorragias	8	13.7
Vómito	6	
Hipertensión/Toxemia	7	11.5
Diabetes mellitus	5	
Otras causas (no especificadas)	26	30.6
Total	100	100

Las cifras revelan no sólo diferencias en cuanto a la magnitud del problema, sino en cuanto al nivel de desagregación con que se notifica en ambos países.

En México, los abortos inducidos, ilegales y clandestinos, son en buena medida responsables de la mortalidad materna. Por las condiciones en que suelen llevarse a cabo no se pueden cuantificar de manera confiable. No obstante, se sabe que las cifras deben ser muy elevadas, pues la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992, revelan que aproximadamente 20% de las mujeres alguna vez embarazadas han abortado, y que 5.6% han tenido dos o más abortos (ssa, 1994a). En cambio en Canadá y Estados Unidos el aborto es, en la mayoría de los casos, legal y se realiza en general en condiciones adecuadas, por lo que no contribuye de manera significa-

tiva a la morbilidad y mortalidad femenina. La tasa de abortos en los EUA ha disminuido recientemente, a pesar de lo cual en 1992, se notificaron 1'359,145 abortos inducidos legalmente a los CDC (Reproductive Health Information, 1995).

En México, la incidencia de abortos es mayor entre las mujeres de más de 35 años, mientras que en EUA la mayoría de los abortos se practican en mujeres blancas menores de 25 años. Estos datos sugieren que las razones para abortar en ambos países deben ser distintas —en México abortan las mujeres con varios hijos, que ya no pueden mantener uno más y en los Estados Unidos lo hacen mujeres jóvenes, posiblemente sin hijos, como método de control natal— y las condiciones socioeconómicas de las mujeres que lo practican también, con todas las implicaciones que ello tiene para los niveles de riesgo.

Las cifras de morbilidad y mortalidad materna ilustran, tal vez mejor que ningún otro indicador, las enormes diferencias que existen en las condiciones de salud y acceso a los servicios entre las mujeres mexicanas y sus congéneres norteamericanas y canadienses.

Morbilidad y mortalidad general en las distintas etapas del ciclo de vida

Infancia. Los avances alcanzados en el acceso de las mujeres a la educación, al trabajo y, en general, a una situación de mayor igualdad con respecto al hombre, se han dado principalmente en la población infantil, y se deben más a las estrategias generales de desarrollo que a los programas y políticas diseñadas específicamente para beneficiar a la mujer (de los Ríos, 1993).

En todos los rangos de edad, y en igualdad de condiciones, las mujeres han mostrado tener menores tasas de mortalidad que los hombres. Esta ventaja biológica —determinada al parecer genéticamente— llega a verse alterada e incluso revertida cuando existen factores externos desfavorables a las mujeres, particularmente aquellos relacionados con el estatus social. Una de las etapas en que este fenómeno se observa con mayor frecuencia, es entre el primero y el quinto año de vida (WHO, 1980).

Aunque se han planteado varias hipótesis para explicar el exceso de mortalidad entre las niñas en algunos países subdesarrollados, en la mayoría de los casos el problema obedece a que las niñas reciben una nutrición menos adecuada y una menor atención médica que los niños.

La razón de la tasa de mortalidad masculina entre la femenina, permite comparar con facilidad la situación de ambos sexos para este indicador: mientras mayor sea a 1, mayor será la tasa de mortalidad masculina. Como se observa en el cuadro 5, en los tres países y para todos los grupos de edad, la razón es mayor a uno pero es precisamente en México en el grupo de 1 a 4 años en el que la razón es más cercana a uno.

Cuadro 5

Razón Hombre/Mujer de las tasas de mortalidad por grupo de edad

Edad	0-1	1-14	5-14	35-44	45-54	65-74	75 y más
Canadá	1.25	1.18	1.47	1.80	1.72	1.91	1.39
EU	1.25	1.27	1.68	2.10	1.79	1.75	1.34
México	1.20	1.05	1.48	2.17	1.73	1.39	1.13

Fuente: ops, Sistema de Información Técnica (1990), "Mortality data and estimates of life expectancy at birth: Health Conditions in the Americas", Washington D. C., Edition, p.28.

Cuando se analiza esta razón por causas específicas se observa que, por ejemplo, en los padecimientos prevenibles por vacunación hubo un exceso de mortalidad en niñas y ha sido la razón de 0.82. Esta sobremortalidad sólo puede deberse a que vacunan menos a las niñas. En el siguiente cuadro se muestra el gran contraste que se observa entre Estados Unidos y Canadá, por un lado, y México por el otro, en las tasas de mortalidad de niños entre 1 y 4 años de edad.

Cuadro 6

Promedio de las tasas de mortalidad en niños de 1-4 años

	Niños	Niñas
Canadá	45.6	36.6
Estados Unidos	56.1	45
México	201.2	192.2

Tasas por 100,000

Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica (1990), Washington D.C.

(Incluyen enteritis y otras enfermedades diarreicas; infecciones respiratorias agudas; desnutrición; enfermedades prevenibles por vacunación y accidentes y violencias).

Las deficiencias nutricionales son probablemente la causa de muerte más directamente relacionada con el exceso de mortalidad femenina en la infancia (Puffer, 1973; Galway, 1987). En un análisis longitudinal sobre las diferencias en la mortalidad por deficiencias nutricionales, en función del sexo, se encontró un exceso de la mortalidad en niñas por esta causa no sólo en los países en desarrollo como Argentina, Guatemala, México y Venezuela, sino también en Estados Unidos, país donde entre 1980 y 1985, la razón de las tasas de mortalidad de niños sobre la de niñas fue de 0.95 en 1980; de 0.66 en 1982; de 0.93 en 1983, y de 0.87 en 1985 (Gómez, 1993). Estos datos muestran que aun en un país altamente desarrollado como Estados Unidos, hace apenas una década, existía una clara desventaja para las niñas en cuanto a la nutrición y su impacto.

A pesar de los avances en las condiciones de salud de los niños en los últimos 20 años, que se hizo evidente en un descenso de la mortalidad y en una reducción importante de las enfermedades de origen infeccioso, México sigue estando muy rezagado con respecto a los países con quienes ahora comparte un mercado común.

Adolescencia. Las características de esta etapa que con mayor frecuencia ponen en riesgo la salud de los adolescentes, particularmente de las mujeres, son: las consecuencias del inicio de la vida sexual activa (ETS, SIDA y embarazos no deseados); un aumento en la vulnerabilidad a los accidentes; el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas psicotrópicas; la violencia en general y, otra vez, los problemas nutricionales.

El inicio de la vida sexual varía entre las regiones, pero la tendencia es a que ocurra cada vez a edades más tempranas (Morris, 1987). La adquisición de ETS y VIH/SIDA se ha convertido en un serio problema a esta edad. De hecho, la prevalencia de SIDA está creciendo rápidamente entre adolescentes y se ha documentado que las adolescentes mujeres son más vulnerables que los hombres. En Estados Unidos, si se excluyen los lugares donde predominan las prácticas homosexuales entre varones, las tasas en adolescentes mujeres son iguales e incluso ligeramente superiores a las de los hombres (Sweeney et al., 1995). En México, la relación promedio de casos hombre/mujer es de 6/1, pero para el grupo de 15 a 19 años es de 3/1 (SIDA/ETS, 1995).

Es posible que el problema de salud más importante durante la adolescencia sean los embarazos no deseados. Para finales de los ochenta, el número de adolescentes embarazadas entre los 15 y los 19 años rebasaba el millón en Estados Unidos. De estos, aproximadamente dos terceras partes terminaron en parto, y un tercio en abortos inducidos (Henriques-Mueller, 1993). Actualmente, se empieza a observar una tendencia a la disminución. A pesar de que la tasa de nacimientos de madres adolescentes de 1993 todavía fue más alta que la de hace 20 años, ésta fue menor a la de 1991 (State specific..., 1995).

Es difícil conseguir datos sobre México, particularmente de los embarazos que terminan en aborto, por ser éste ilegal. Sin embargo, existen notables diferencias con los socios del TLC, pues en México, por costumbre y tradición, la edad de unión marital ocurre entre los 15 y los 19 años en sectores amplios de la población. De hecho, la fecundidad adolescente ha disminuido entre 1974 y 1991 de 130 a 82.1 por cada 1,000. La fecundidad adolescente contribuye con 12.7% de la TGF de las mujeres de 15 a 49 años, sin duda una

cifra muy elevada, que coincide con el hecho de que solamente el 36% de las mujeres de 15 a 19 años usan métodos anticonceptivos (SSA, 1994b).

Cuadro 7

Tasas de mortalidad en los tres países en 1976 y 1986

	1976		1986	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Canadá				
10-14	41.3	26.2	26.2	18.3
15-19	146.6	52.2	104.4	42.1
Estados Unidos				
10-14	43.3	24.6	36.1	20.3
15-19	137.7	52.5	124.3	48.6
México				
10-14	100.3	68.9	62.8	37.1
15-19	183.2	105.9	142.1	60.5

Tasas por 100,000

Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica (1992).

Los problemas de salud entre los adolescentes se caracterizan por el peso de la dimensión psicosocial. La adolescencia es un periodo de gran vulnerabilidad a los accidentes y al inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Henriques-Mueller, 1993).

Llaman la atención, especialmente, las causas de muerte violenta. En Estados Unidos, los homicidios pasaron de la onceava a la décima causa de muerte en 1994, y son la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años y la tercera en niños de 5 a 14. La tasa de suicidios en jóvenes muestra una tendencia al aumento. La tasa de homicidios por arma de fuego en hombres entre 15 y 24 años representan cerca del 90 por ciento del total de homicidios en este grupo de edad (Cdc. National Center for Injury Prevention and Control, 1995).

En México, el grupo de 15 a 19 años se ha convertido en un problema de salud pública para el país en lo que a suicidios se refiere, pues la tasa por 100,000 aumentó de 9.5 a 13.1 entre 1985 y 1992, siendo para ese año la más alta de todos los grupos de edad. En general, las mujeres intentaron suicidarse en mayor número que los hombres (SSA, 1994d).

La disminución en la prevalencia de las enfermedades infecciosas había reducido las ya de por sí bajas tasas de mortalidad en este grupo de edad, pero en la última década, los riesgos asociados al comportamiento parecen estar aumentándolas nuevamente.

La adolescencia es una etapa de requerimientos nutricionales especiales, pues es un periodo de crecimiento acelerado, y hay un aumento en el consumo de proteínas, hierro, zinc y calcio (Morgan, 1984). Debido a la presión social sobre el estereotipo de la figura femenina ideal, así como por algunas prácticas culturales, las adolescentes están expuestas a tener una alimentación inadecuada. En los países desarrollados se ha observado un incremento en la frecuencia de anorexia y bulimia, mientras que en los países en desarrollo la desnutrición continúa siendo un problema importante en esta etapa (Henriques-Mueller, 1993).

Es posible que el TLC acelere la aculturación puesta en marcha por el fenómeno de globalización, y que esto repercuta negativamente en la salud de los adolescentes.

La mujer adulta. A pesar de que la mujer vive más, se ha observado que se enferma más frecuentemente, requiere de un mayor número de consultas médicas y presenta más discapacidades (Restrepo, 1993). La Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II, 1994) reporta que 9% de la población total en México tuvo algún problema de salud —enfermedad, molestia o accidente— durante las dos semanas previas a la entrevista, pero para las mujeres esta proporción fue de 10%, mientras que para los hombres fue de 8%. En general, las mujeres se declararon con un estado de salud regular o malo en mayor proporción que los hombres (SSA, 1994a).

En Estados Unidos y Canadá, la mortalidad por enfermedades infecciosas en las mujeres adultas es casi inexistente, y lo mismo ocurre con la morbilidad. En cambio en México, los datos de la ENSA-II señalan que las principales causas de morbilidad en mujeres

adultas fueron las infecciones respiratorias (22.9%); las enfermedades del aparato digestivo como gastritis y colitis (7%), diarreas (2%); parasitosis y dolor abdominal (1.7%) (SSA, 1994a).

Algunas de las infecciones más frecuentes se deben simplemente a prácticas higiénicas deficientes o a problemas de inmunodeficiencias transitorias, como las vaginitis bacterianas, la candidiasis o la tricomoniasis. Al practicar procedimientos diagnósticos o médicos en los que se introducen instrumentos en el cervix, se producen con frecuencia infecciones ascendentes que pueden llegar a tener serias consecuencias para la mujer y, en muchas ocasiones para su descendencia (Wasserheit, 1989). Fundamentalmente por esta razón se han dejado de usar los dispositivos intrauterinos (DIU) en Estados Unidos y Canadá. En México en cambio, su uso ha ido aumentando a lo largo de los años, siendo para 1992 el segundo método de anticoncepción, con una prevalencia de uso del 11.1% (SSA, 1994b).

Los cambios en la estructura demográfica, con el consiguiente envejecimiento de la población, algunos factores ambientales y, sobre todo, los cambios en los estilos de vida, han incrementado el riesgo de que las mujeres padezcan enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades reumáticas y, muy particularmente, padecimientos de tipo psicológico (PAHO, 1990; Restrepo, 1993). La salud mental de la mujer prácticamente ha sido ignorada en los programas de salud pública (Koblinsky, 1993).

Entre los principales factores de riesgo a los que se atribuye el incremento en los padecimientos crónicos, están el aumento en el consumo de tabaco y alcohol (Debert-Ribeiro, 1993); la vida sedentaria, y las dietas ricas en sal, carbohidratos y grasas y bajas en fibra. Según la Encuesta Nacional de Adicciones, en México 31% de las mujeres de 12 años y más son fumadoras activas y la proporción de mujeres que fuman se está incrementando rápidamente. El consumo de alcohol en mujeres también ha aumentado rápidamente. Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones muestran que en la actualidad casi un 58% del total de mujeres entre 12 y 65 años acostumbran ingerir alcohol (SSA, 1994a).

Los factores sociales y ambientales han sido descritos como altamente determinantes en el perfil de la morbilidad y mortalidad

Cuadro 8

Razón hombre/mujer de las tasas de mortalidad
por edad para infarto del miocardio

País	Edad		
	25-44	44-64	65+
Canadá	4.45	3.65	1.65
Estados Unidos	4.24	2.89	1.48
México	2.60	2.59	1.47

Fuente: OPS, Programa de Promoción de la Salud (1991).

de una población, y la incorporación de la mujer a la fuerza laboral remunerada, constituye uno de esos factores. Se han propuesto dos hipótesis: una que le atribuye efectos benéficos al trabajo sobre la salud y el bienestar de la mujer (Baruch, 1986; Kessler, 1981 y Verbrugge, 1982, en Aston, 1993), y otra que, por el contrario, sostiene que, al aumentarle roles y responsabilidades a la mujer, se crea un estado de estrés y conflicto que le produce enfermedad y síntomas físicos (Goode, 1960, en Aston, 1993). Las evidencias, como las de un estudio realizado en mujeres mexicano-norteamericanas y blancas no hispanas, parecen inclinar la balanza por la primera hipótesis (Hazuda, 1986, en Debert-Ribeiro, 1993).

Las enfermedades crónicas más frecuentes en mujeres son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la artritis reumatoide, la osteoporosis y la incontinencia urinaria. Para el caso de infarto al miocardio, las cifras de las razones hombre/mujer en los tres países, muestran que en México existe una ventaja para las mujeres adultas, pues mueren menos de infarto que las norteamericanas o canadienses, en comparación con los hombres. En cambio, ya en la tercera edad el fenómeno es igual en los tres países.

El cáncer que afecta sólo a la mujer se localiza en el aparato reproductivo: los tumores de mama y de cuello del útero provocan alrededor de la mitad de las defunciones por tumores malignos de las mujeres en edad reproductiva en México (SSA, 1994a). En 1986, la tasa de tumores malignos fue de 40.5 en hombres y de 48.0 en mujeres (Martínez, 1995), contribuyendo a esta diferencia los tumores del aparato reproductivo. Ese mismo año, la principal causa de muerte por cáncer en mujeres fue el tumor del cuello del útero, que representaron el 18.6% de todos los tumores; los que le seguían más cerca fueron el de estómago y el de mama, representando el 9.6 y el 9.1% respectivamente. En el periodo 1980-1990, el cáncer cérvico-uterino duplicó su peso relativo dentro de la mortalidad general y representó el 10% de todas las muertes por cáncer y el 19% de las muertes en la mujer (Senties, 1994).

Siendo la mortalidad por el cáncer cérvico-uterino casi totalmente prevenible, estos datos son un claro reflejo de la situación de atraso del país. De hecho, en Estados Unidos y Canadá, la mortalidad por cáncer de cuello ha disminuido drásticamente. Para el periodo 1980-1984, ya se observaba un exceso de mortalidad por esta causa en México; el exceso se calculó usando la tasa de Canadá como base, dando como resultado un riesgo 4.5 veces mayor para México comparado con EUA y Canadá (Restrepo, 1993).

La mujer de la tercera edad. En México la población femenina perteneciente a este grupo de edad casi se triplicó en términos absolutos entre 1930 y 1980; se calcula que para el año 2000 será de alrededor de 3'770,000 (Senties, 1994). La esperanza de vida ha mostrado una tendencia a ser cada vez mayor en las mujeres, por lo que es urgente que los problemas de la mujer anciana sean considerados como una prioridad pues esto contribuiría a mantener y a mejorar la estabilidad familiar, las estructuras comunitarias y la calidad de vida de todos los segmentos de la población (Sennott-Miller, 1993).

Los principales problemas de salud en este grupo de edad son los problemas músculo-esqueléticos, la diabetes y el cáncer (Sennott-Miller, 1993).

En México, el 7.2% de la población total fue identificada como diabética en 1993. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas mostró que la prevalencia del padecimiento es prácticamente

Cuadro 9
Tasas de mortalidad por edad y sexo y razón hombre/mujer
para diabetes mellitus

País	Grupo de edad 25-44				Grupo de edad 45-64		Grupo de edad 65+	
	Sexo	Tasa	Razón	Tasa	Razón	Tasa	Razón	
Canadá	H	1.7	(2.12)	15.4	(1.41)	107.4	(0.98)	
	M	0.8		10.9		108.9		
Estados Unidos	H	2.9	(1.52)	19.4	(1.12)	90.9	(0.91)	
	M	1.9		17.2		99.6		
México	H	7.8	(1.34)	101.5	(0.91)	416.0	(0.80)	
	M	5.8		110.4		521.0		

Tasas por 100,000

Fuente: OMS, Programa de Promoción de la Salud (1991).

igual para hombres y mujeres hasta los 50 años; a partir de esa edad es mayor en mujeres y llega a alcanzar niveles superiores al 24% en el grupo de edades de 60 años y más (ssa, 1994a), fenómeno que ilustra el cuadro 9, que presenta una comparación realizada por la ops en 1987.

La existencia de una sobremortalidad por diabetes en mujeres de la tercera edad, que se acentúa en México, es un fenómeno al que debe darse prioridad en las instituciones que prestan servicios de salud, pues su atención representará cada vez una carga mayor para el sistema.

Acceso y uso de los servicios de salud por las mujeres

En casi todos los países latinoamericanos, incluido México, se ha observado un deterioro en la cobertura y calidad de los servicios de salud, como resultado de las restricciones financieras impuestas al sector público (Mora, 1993). Uno de los hallazgos más relevantes de la ENSA-II fue que la población de menores recursos se atiende más en servicios privados y dedica una parte considerable de sus ingresos a gastos en salud (ssa, 1994a). Se volvió a constatar, además, que más del 10% de la población no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud. La ausencia de información desglosada por sexo en cuanto a utilización de servicios de salud impide elaborar más detalladamente al respecto, aun cuando algunos estudios de corte cualitativo revelan que los niveles de insatisfacción por la atención que reciben las mujeres tanto en servicios para población abierta como las derechohabientes de la seguridad social son elevados. Estos hallazgos de orden general se acentúan cuando se trata de servicios relacionados con la salud reproductiva (Bronfman et.al., 1995).

Estados Unidos cuenta con un sistema de salud casi exclusivamente privado, por lo que, a excepción de quienes pueden ser usuarios de los dos seguros de atención pública —Medicare para la población de edad avanzada y Medicaid para la indigente— el resto de la población tiene que pagar por sus servicios médicos, generalmen-

te a través de un seguro privado. Aproximadamente 13.5 millones de mujeres (19.2% del total de la población femenina) viven en la pobreza, con ingresos anuales de 5,515 dólares o menos y, muchas de ellas, por lo tanto, no son candidatas a ninguno de los seguros públicos. Las tasas de pobreza entre las mujeres de las minorías son particularmente alarmantes: en 1991, 38.6% de las mujeres afroamericanas y 33.5% de las hispanas vivían en la pobreza, en comparación con 13.4% de mujeres blancas en esas condiciones.

Esas cifras se elevan a 51.2%, 49.7% y 28.4%, respectivamente, entre las mujeres que dirigen su hogar. La situación es aún más grave entre las mujeres de edad avanzada, particularmente si pertenecen a las minorías.

Una de las modificaciones más importantes del sistema de salud americano en los últimos 20 años, ha sido el cambio del énfasis en el acceso y disponibilidad de atención de calidad hacia un énfasis en la reducción de los costos. Este cambio ha tenido un efecto devastador para las poblaciones pobres y no aseguradas (Thomas, 1994). Conforme ha crecido la población de pobres, el número de personas sin seguro médico aumentó, entre 1978 y 1985, en más de 40%, incluyendo a 9.5 millones de mujeres en edad reproductiva. La proporción de familias cubiertas por Medicaid cayó significativamente (Himmelstein, 1991).

En 1991, casi dos tercios de todos los derechohabientes del seguro público fueron mujeres. Por ello, todo el sistema Medicaid y sus problemas se están convirtiendo cada vez más en un asunto de la mujer. Además de las reducciones de acceso a Medicaid, ha habido reducciones en otros programas que brindan atención y servicios a mujeres pobres (the National Health Service Corps, the Community Health Center Program y the Child Health Assurance Program). Así, muchas mujeres pobres que no son elegibles para Medicaid y no pueden pagar por servicios privados son excluidas del sistema de salud por completo (Thomas, 1994). A éstas hay que agregar a las mujeres aseguradas como cónyuges que si se divorcian o enviudan pierden el seguro. Otros factores estructurales adicionales limitan el acceso de las mujeres pobres a los servicios. Entre ellos destacan que cada vez son menos los médicos que aceptan trabajar para Medicaid; que las mujeres generalmente sólo tienen acceso a salas de emergen-

cia y consulta externa (no a prevención, seguimiento u hospitalización); y que los servicios a los que pueden acudir suelen estar mal ubicados y no están accesibles en transporte público (Thomas, 1994).

Canadá tiene cubierta a la población femenina dentro de su sistema de atención universal; sin embargo, por imprecisiones y deficiencias en la legislación y diferencias entre las leyes federales y las de las provincias y territorios, hay ciertas poblaciones que quedan descubiertas, entre las que se encuentran, por ejemplo, las trabajadoras domésticas y las minorías étnicas como los esquimales (Eines, 1993).

Un ejemplo puntual, pero que ilustra la dinámica existente en relación con el acceso y uso de los servicios de salud entre los países del tratado, es el de las mujeres mexicanas que cruzan la frontera para dar a luz a sus hijos en los Estados Unidos. En California en la actualidad, uno de cada tres nacimientos es de origen hispánico. Según los resultados de un estudio, una de cada 10 mujeres encuestadas en Tijuana, había tenido un hijo en California. Al contrario de la creencia generalizada, no se trataba de mujeres indigentes y/o indocumentadas, sino de mujeres que preferían pagar los servicios privados en Estados Unidos y conseguir la nacionalidad americana para su descendencia. De hecho, sólo 5% de los partos de mexicanas en Estados Unidos fueron de mujeres de bajos recursos (Guendelman, 1992). La misma autora ha observado que las mujeres mexicanas tienen una mejor evolución obstétrica en Estados Unidos que las propias norteamericanas. Entre las posibles explicaciones menciona que las costumbres de esta población (menor consumo de alcohol, tabaco y drogas), así como su dieta, pudieran ser comportamientos protectores (Guendelman, 1994). Es muy posible que el TLC repercuta en problemas como éste.

Es cierto que la mayor parte de las consultas y las principales necesidades de atención de las mujeres adultas están relacionadas con su salud reproductiva, pero la excesiva orientación de los servicios médicos para mujeres con este enfoque, ha determinado que se descuiden otros aspectos de su salud, y que se excluya a aquellas mujeres que no están en la etapa reproductiva, o que directamente no se reproducen.

El tema de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ha sido motivo de debates y desacuerdos a lo largo de los últimos 20 años, y todavía hay dificultad para introducirlos como términos o conceptos dentro de los acuerdos internacionales que se han signado, incluyendo la Conferencia del Cairo y la IV Conferencia Mundial de la Mujer realizada en 1995 en Pekín. Al respecto, las diferencias entre los tres países socios del TLC son enormes. En Estados Unidos y Canadá, se encuentran mucho más avanzados en el ejercicio y la defensa de estos derechos que, sin duda, tienen enormes repercusiones sobre la salud reproductiva de las mujeres. Mientras que en EU y Canadá, se están discutiendo con un alto nivel de sofisticación los derechos fetales, el aborto, o el derecho al libre ejercicio de la sexualidad, en México, continúan sin resolverse los problemas más elementales como las altas tasas de mortalidad materna o el acceso a los métodos anticonceptivos. En México, se calcula que en 1987 el 27.6% de las mujeres unidas tenía una necesidad insatisfecha de anticoncepción y en las áreas rurales esta cifra se eleva al doble (SSA, 1994b).

A pesar de que los cambios en la legislación pueden tardar mucho tiempo en lograr su impacto a nivel social e individual, son el primer paso para conseguir un cambio permanente. Los principales determinantes de la salud con frecuencia se encuentran fuera del ámbito del sistema de salud y, por tanto, de su regulación y legislación específicas. En consecuencia, la legislación sobre aspectos sociales, económicos, psicológicos, ocupacionales y del bienestar físico de las mujeres, deben ser tomados en cuenta en una revisión sobre la salud de la mujer (Eines, 1993), y algunos de ellos son aspectos en los que sin duda repercutirá el TLC.

En este sentido México es de los tres, el país que más tiene que avanzar. Por ejemplo, es el único país de América Latina que todavía no cuenta con un organismo nacional enfocado específicamente al mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer, según lo establecido por Naciones Unidas (Martínez, 1995). Uno de los efectos benéficos del TLC es precisamente que México ha tenido que actualizar su legislación. Este proceso ya ha comenzado con la revisión de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y cabe destacar que la nueva Norma Oficial Mexicana sobre Planificación Familiar fue el resulta-

do de una intensa consulta en la que participaron no sólo funcionarios del sector salud, sino también miembros de la comunidad académica y de organizaciones no gubernamentales, especialmente, de aquéllas que luchan por los derechos de la mujer. El resultado ha sido un instrumento jurídico que hace un fuerte hincapié en las formas de prestación del servicio y no sólo en los aspectos biológicos y técnicos de los métodos de planificación familiar.

¿Qué impacto tendrá el TLC en la salud de la mujer?

Como se señaló en un principio resulta difícil, sino imposible, aventurar hipótesis muy firmes respecto al impacto que podrá tener el TLC en la salud de la mujer. Ello es así por los motivos apuntados al inicio del trabajo —temporalidad de los procesos, otras tendencias en marcha, modificación de paradigmas en cuanto a servicios de salud, entre otros— pero también porque es muy difícil vaticinar el ritmo, las modalidades y la propia supervivencia del TLC.

Debido a que la puesta en marcha del TLC es aún muy reciente, y el arranque ha tenido menos fuerza que la que se vaticinaba,—fundamentalmente por la crisis que está atravesando México— se puede afirmar que todavía no se observa ningún impacto sobre la salud de la población atribuible directamente al tratado, y que los elementos tangibles para evaluarlo son todavía muy escasos.

El TLC se ha puesto en marcha en un momento en el que, en el mundo entero, los sistemas de salud están sufriendo profundas reformas. México está atravesando, además, por una de las peores crisis económicas y políticas de su historia; Estados Unidos y Canadá por su parte, también están viviendo tiempos de importantes cambios, de manera que es difícil hacer un ejercicio en el que se puedan diferenciar claramente cuáles serán los impactos sobre la salud atribuibles a la(s) reforma(s); cuáles serán los imputables al TLC y, por último, cuáles estarán determinados por las crisis políticas y económicas que atraviesan actualmente los países en cuestión. Lo que es claro es que la definición y el desenlace de estos factores influirán sobre la economía; sobre el TLC; sobre los sistemas de salud y, por lo tanto, tendrán impactos en la salud.

Por ser México el país menos desarrollado y con mayores problemas y deficiencias tanto en su situación económica como en su sistema de salud, podemos predecir que el impacto del TLC sobre la salud de la mujer será mayor —si no es que exclusivo— en la mujer mexicana.

El TLC tiene mayores posibilidades de modificar las condiciones de salud de la mujer de manera indirecta —a través de sus alcances en la vida económica, social y política—, que directamente a través del sistema de salud.

Estados Unidos y México son países de grandes diferencias y contrastes. Tratar de dilucidar los impactos que tendrá el TLC sobre la salud de la mujer, lleva necesariamente a preguntarnos sobre qué mujer: ¿la niña chiapaneca de la selva?, ¿la cuarentona pudiente de Tijuana?, ¿la joven campesina de Michoacán?, ¿la anciana de la colonia Narvarte?, ¿la trabajadora de la maquila? La edad, la situación socioeconómica, el lugar de residencia, la condición familiar y de empleo son sin duda variables que se deberían considerar en un ejercicio completo que rebasa las posibilidades de este ejercicio. Por ello, nos limitamos a presentar la situación actual de los sistemas de salud y el panorama de la salud de la mujer enfatizando, cuando ello fue posible, una perspectiva comparativa.

A manera de conclusión

Escenario actual y futuro de la aplicación del TLC

Los Estados Unidos no aprobaron la reforma de salud propuesta por el presidente Bill Clinton. En consecuencia, todo indica que la tendencia de este país seguirá siendo la de privilegiar la política del libre mercado en el complejo médico-industrial. Otros elementos, además, indican que seguirá reduciéndose gradualmente el presupuesto para los seguros públicos (Medicare y Medicaid), y que cada vez serán más los ciudadanos e inmigrantes (no sólo los ilegales) que estarán marginados de los servicios de salud. Por otra parte, mientras se alcanzan niveles impresionantes de sofisticación tecno-

lógica en tratamientos hospitalarios, los costos siguen en espiral ascendente. La tendencia curativa de los servicios se ha reforzado, pues en este contexto resulta inconveniente invertir en programas cuyos efectos son visibles sólo a muy largo plazo, como es el caso de los servicios preventivos. Consecuentemente, la restricción de los mercados potenciales de las empresas aseguradoras norteamericanas las está orientando a buscar nuevos espacios de intercambio comercial. En este contexto, la reforma actual del sistema de salud mexicano puede tener la cuestionable "virtud" de ofrecer un mercado prácticamente virgen para las grandes empresas de la atención médica.

En México, la pobreza extrema se extiende aún más. La inequidad es la característica fundamental del Sistema Nacional de Salud, que deja sin atención a una porción importante de la población. La medicina es sobre todo curativa y en algunas regiones urbanas tiende a ser altamente sofisticada; es decir, cara. A este tipo de medicina, comparable a la practicada en los Estados Unidos y Canadá, sólo tienen acceso unos cuantos. Esta es la población que seguramente será el objetivo de las empresas médicas aseguradoras. Aunque la posibilidad de una mezcla público-privada podría permitir que una parte de los servicios de salud para los más pobres sea "subsidiada" por los más favorecidos; en un escenario de creciente ascenso en los costos de la atención, seguramente persistirá el problema de los grupos de población descubiertos. Por esta razón, la orientación curativa de la medicina continuará siendo hegemónica, apoyada en proyectos preventivos para algunos problemas de salud seleccionados por su magnitud, gravedad o eficiencia preventiva demostrada (vacunación, prevención de cáncer cérvico-uterino y mamario, SIDA, tuberculosis, algunos padecimientos crónicos; tabaquismo, alcoholismo y drogadicción). En un contexto de profunda crisis económica, programas integrales de salud que incluyan acciones efectivas y de elevada calidad para la mayoría de la población, planeadas no de acuerdo con los recursos disponibles sino con las necesidades de toda la población, se alejan cada vez más de las posibilidades del gobierno. Y no parece fácil modificar esta tendencia. Si la salud no se concibe como un bien que el Estado tiene la obligación de proteger, es im-

posible convencer a los gobiernos que es necesario poner en marcha programas equitativos y de elevada calidad, aunque no sean rentables desde el punto de vista económico.

Aunque el gobierno de México ha declarado que mantendrá la naturaleza pública de su sistema de salud, es evidente que este proyecto incluye sólo la atención de los problemas de salud básicos y para la población más desprotegida. La seguridad social tiende además, a perder su espíritu solidario, y aún persiste la idea entre algunos funcionarios, de privatizar los servicios de salud de tercer nivel, a fin de permitir que la libre competencia, la acreditación de las unidades de atención, la certificación y el licenciamiento de los profesionales, se encarguen de aumentar la calidad de los servicios, así sea exclusivamente a la población que tiene acceso a ellos.

Estas serían las consecuencias naturales en caso de triunfar la perspectiva de libre mercado en la planeación de las acciones de salud. El TLC seguramente sería uno de los principales vehículos legales para poner en marcha estas estrategias. Si ese fuera el caso, el panorama sobre el futuro inmediato de la salud y el sistema de salud mexicano, en consecuencia, no tendría perspectivas favorables para los millones de mexicanos que estábamos seguros que un tratado de esta naturaleza estaría abriendo al país las puertas del primer mundo.

Recibido en julio de 1998
Revisado en octubre de 1998

Bibliografía

Academia Nacional de Medicina (1993), *El Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos: Elementos para el análisis y la negociación*, México.

Antrobus, P. (1993), "A Gender Approach to Health Delivery Systems: the Caribbean Case", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 18-22.

Aston, J, y J. Lavery (1993), "The Health of Women in Paid Employment: Effects of Quality of Work Role, Social Support and Cynicism on Psychological and Physical Well-being", *Women Health*, vol. 20, no. 3, pp. 1-25.

BEMFAM (1992), "Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem. Rio de Janeiro, Curitiba, and Recife, 1989-1990", Center for disease Control, United States Department of Health and Human Services.

_____(1994), "Cairo a matter of choice", *Lancet*, 344 (8921), pp. 557-58.

Castellanos, M. D. J.; J. C. Ochoa Vázquez y V. David (1990), "Mortalidad de mujeres en edad reproductiva y mortalidad materna, Honduras: UNAH, 1990", presentado en el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Montevideo, diciembre.

Centers for Disease Control and Prevention (cdc) (1995), "Reproductive Health Information, Abortion Surveillance", consulta a través de Internet.

_____(1991), "National Center for Health Statistics, Public Health Service, National Hospital Discharge Survey", Hyattsville, Maryland, United States Department of Health and Human Service.

_____(1995), "National Center for Injury Prevention and Control", consulta vía Internet.

Debert-Ribeiro, M. B. (1993), "Women and Chronic Disease in Latin America", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 82-89.

De los Ríos, R. (1993), "Gender, Health, and Development: An Approach in the Making", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 3-17.

Delgado, E.; M. McLeod y D. Hernández (1991), "Country Adolescent Strategy", México, mimeografiado, Pathfinder México.

Eines, T. T. (1993), "An Analysis of the Impact of Canadian Health Legislation on the Well-being of Women", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 225-236.

Frenk, J. et al. (1994), "Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective from Mexico", *American Journal of Public Health*, vol. 84, no. 10, October.

Lamarche, P. (1995), "Los Retos de los Sistemas de Salud en América del Norte", en *Los sistemas de salud ante la globalización*, Academia Nacional de Medicina (México) e Instituto de Medicina (EUA), pp. 83-93

Laurell, C. y M. E. Ortega (1991), "El Impacto del Tratado de Libre Comercio en el Sector Salud", *Documentos de Trabajo*, México, Fundación Friedrich Ebert.

Galway, K; B. Wolff y R. Sturgis (1987), *Child Survival: Risks and the Road to Health*, Columbia, Maryland, Demographic Data for Development Project, Institute for Resource Development/Washington.

Gómez-Gómez, E. (1993), "Sex Discrimination and Excess Female Mortality in Childhood", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 25-42.

- Guendelman, S. y M. Jasis (1992), "Giving Birth Across the Border: the San Diego-Tijuana Connection", *Soc Sci Med*, vol.34, no. 4, pp. 419-425.
- Guendelman, S. (1994), Mexican women in the United States, *Lancet*, pp. 344-352.
- Henriques-Mueller, M. E. y J. Yunes (1993), "Adolescence: Misunderstandings and Hopes", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 43-61.
- Heynes D. M. (1994), "The Quality of Breast Cancer Care in Local Communities: Implications for Health Care Reform", *Med Care*, vol. 32, no. 4, pp. 328-40.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Subdirección General Médica (1990), "Estadísticas de egresos hospitalarios 1989, tomado de los 30 diagnósticos más frecuentes por sexo", México, D. F., pp. 1-2.
- Koblinsky, M.; J. Timyan y J. Gay (1993), *The Health of Women: A Global Perspective*, Westview, Boulder CO.
- Koonin, L. M.; H. K. Atrash; R. W. Rochat y J. C. Smith (1988), "Maternal mortality surveillance", United States, 1980, *MMWR* 37 (SS-5), pp. 19-29.
- Martínez, A. I. (1995), *Mujeres Latinoamericanas en cifras*, Teresa Valdés y Enrique Gomariz (coords.), Santiago de Chile, Instituto de la Mujer y FLACSO.
- Mora, G. y J. Yunes (1993), "Maternal Mortality: an Overlooked Tragedy", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 62-79.
- Morgan, B. L. G. (1984), "Nutritional Needs of the Female Adolescent", *Women Health (Special Double Issue)* 9 (2 and 3), pp. 15-27, Summer/Fall.

Morris, L. (1987), *Young Adult Reproductive Health Surveys in Latin America*.

NC Equity (1991), "What is a Woman Worth? North Carolina Women, Families & The Economy in Transition".

Pan American Health Organization (1990), "Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas, Item 5.9 of the Preliminary Program of the xxiii Pan American Sanitary Conference, xlii Meeting of the who Regional Committee for the Americas", Washington D C, Doc csp23/10, 20 July.

_____ (1990), "Health Conditions in the Americas", vol. 1, Washington, D. C., PAHO (Scientific Publication no. 524).

PNUD (1991), *Desarrollo Humano: Informe 1991, Tercer Mundo Editores, Colombia*.

Puffer R. R., y C.V. Serrano (1973), "Patterns of Mortality in Childhood", Washington D. C., Pan American Health Organization (Scientific Publication no. 262).

Restrepo, H.E. (1993), "Discussion Notes on the Care and Promotion of Adult Women's Health in the Americas", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 80-81.

_____ (1993), "Cancer Epidemiology and Control in Women in Latin America and the Caribbean", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, PAHO, Washington, pp. 90-103.

Riquer, M. F. (coord.) (1995), "Aspectos sociodemográficos de la población rural y urbana. Una lectura desde la desigualdad de género", Comité Nacional para la iv Conferencia Mundial sobre la Mujer, Ma.

Schkolnik, S.; H. Simons; L. Wong y W. Grahama (1990), *El método de hermanas para estimar la mortalidad materna: aplicaciones con especial énfasis en América Latina*, Santiago de Chile, CELADE.

Sennott-Miller, L. (1993), "Older Women in the Americas: Problems and Potential", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, PAHO, pp. 62-79.

Sentíes, Y. (coord.), "Documento Temático Salud de la Mujer", iv Conferencia Mundial de la Mujer, 4 de marzo, mimeo.

Sharpe, P. A. (1995), "Older Women and Health Services: Moving from Ageism Toward Empowerment", *Women Health* vol 22, no. 3, pp. 9-23.

Separata SIDA/ETS.SIDA/ETS (1995), Publicación trimestral, México, CONASIDA, agosto-octubre.

SSA (1994a), *Mujer y Familia: pilares de la salud en México*, Cuadernos de Salud.

_____ (1994b), *Salud Reproductiva. Situación actual y perspectivas*, Cuadernos de Salud.

_____ (1994c), *Salud de la Población de Edad Avanzada*, Cuadernos de Salud.

_____ (1994d), *Lesiones. Una realidad accidentada*, Cuadernos de Salud.

"State Specific Pregnancy and Birth Rates Among Teenagers. U.S. 1991-1992", *MMWR*, septiembre.

Sweeney, P.; M.L. Lindegren; J.W. Buehler; I. M. Onorato y R. S. Jansen (1995), "Teenagers at Risk of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection. Results from Seroprevalence Surveys in the United States", *Arch Pediat Adolesc Med*, vol 149, no. 5, pp. 521-528.

Thomas, V. G. (1994), "Using Feminist and Social Structural Analysis to Focus on the Health of Poor Women", *Women and Health*, vol. 22, no. 1.

Wasserheit, J. (1989), "The Significance and Scope of Reproductive tract Infections Among Third World Women", *Int J Gynecol Obstet*, (Suppl. 3) pp. 154-155.

World Health Organization, Division of Family Health (1980), *Health and the status of women*, Geneva, Document FHE/80.1.

