

LA MUJER Y LA SALUD: NUEVOS RETOS



BEIJING A LOS 10 AÑOS: DE LA POLÍTICA A LA PRÁCTICA

Revisión y valoración de la implementación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing



Área Crítica C. La mujer y la salud

El principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos. En foros nacionales e internacionales, las mujeres han hecho hincapié en que la igualdad, incluidas las obligaciones familiares compartidas, el desarrollo y la paz son condiciones necesarias para gozar de un nivel óptimo de salud durante todo el ciclo vital.
-Plataforma de Acción de Beijing C.89

La salud, al igual que la educación, es esencial para el desarrollo individual y social. Tanto en el plano internacional, como dentro de los propios Estados, la situación de salud y riesgo varía ampliamente según el nivel económico, el acceso a recursos y la incidencia de otras muchas variables. Entre éstas, el género constituye una de las más importantes: las mujeres enfrentan distintos y a menudo mayores riesgos de salud debida simplemente a su condición y a que, en virtud de ella, se les asigna un estatuto socio-económico y político diferente.

Globalmente, la mujer encara amenazas a su bienestar físico y psicológico que derivan de una creciente multiplicidad de fuentes: pobreza; conflictos internacionales y civiles; migración y desplazamiento de poblaciones; desastres naturales; peligros ambientales y laborales; la epidemia del VIH/SIDA; enfermedades contagiosas, tales como la malaria y la tuberculosis; cáncer; cardiopatías; falta de acceso a servicios de salud, seguro médico, seguridad social u otras formas de protección social; y, quizá lo más trágico, la maternidad. En el mundo en desarrollo, las complicaciones que surgen en embarazos, partos y abortos son todavía una de las principales causas de mortalidad femenina¹.

La *Plataforma de Acción de Beijing*², en su Objetivo estratégico C.2 ("Fortalecer los programas de Prevención que promueven la salud de la mujer"), recomienda eliminar la pobreza entre las mujeres y dedica toda una esfera de especial preocupación (A) a la mujer y la pobreza³. Este informe no examina dicho tema en detalle; basta afirmar que, entre los riesgos mencionados, la pobreza representa la mayor amenaza mundial a la salud de la mujer. No sólo despoja a la mujer de los recursos necesarios para pagar los servicios y seguros de salud, incluidos los relativos a la maternidad, también le niega el acceso a nutrición, educación, agua potable, salubridad, transporte y seguridad.

¹ *Beyond the numbers: Reviewing maternal death and complications to make pregnancy safer*. Geneva: World Health Organization, 2004.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/index.html>

² <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>

³ Para más información sobre el impacto de la pobreza en la vida de las mujeres, ver el reporte del INSTRAW sobre la esfera A de especial preocupación. *Mujer y pobreza*. <http://www.un-instraw.org>

Hoy en día, las mujeres conforman la mayoría creciente entre los pobres del mundo⁴. Las adolescentes pobres con edades de 15 a 19 años son tres veces más propensas a dar a luz que las adolescentes más ricas de la misma edad⁵. Las mujeres de mejor posición económica presentan la mitad de riesgo de malnutrición: son cuatro veces más dadas a usar métodos anticonceptivos modernos y cinco veces más a tener personal especializado al momento del parto⁶. La pobreza debe ser tratada como asunto transversal en la medida en que, interactuando con el género y otros factores –etnia, edad, ubicación geográfica– incide en la capacidad de la mujer para disfrutar los **más altos estándares posibles de salud mental y física**.

En los países desarrollados y en vías de desarrollo, las mujeres enfrentan distintos riesgos de salud, en gran parte en función de las divergencias en torno al acceso al ingreso y otros recursos, así como al alcance y efectividad de la infraestructura de salud pública. En el mundo desarrollado, por ejemplo, las mujeres están menos afectadas por enfermedades contagiosas o complicaciones durante el embarazo o el parto, pero se exponen más a enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras problemáticas resultantes de la edad (artritis, osteoporosis, etc.). En cambio, en el mundo en vías de desarrollo, las mujeres se ven afectadas, a edades mucho más tempranas, por enfermedades contagiosas como la malaria o la tuberculosis, condiciones como la malnutrición, o complicaciones de la salud reproductiva; todo lo cual es consecuencia de una falta de acceso a recursos básicos como agua potable, instalaciones sanitarias adecuadas, comida y servicios de salud de calidad. Ahora bien, en ambos grupos de países las mujeres afrontan problemas de salud debido al estatus de género en la sociedad, en particular, los efectos físicos y mentales de la violencia a que se ven expuestas⁷. De acuerdo a un reporte del **Centre for Communications Programs** de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, el 43% de las mujeres canadienses maltratadas por sus compañeros tuvo que recibir atención médica, y, de éstas, el 50% tuvo que tomar tiempo de sus horas laborables⁸. Una encuesta médica nicaragüense reveló que el abuso físico es el factor de riesgo más significativo en cuanto a las enfermedades mentales, responsable de aproximadamente el 70% de los casos de problemas psicológicos entre las mujeres⁹.

A diferencia de muchos de los temas desarrollados por la *Plataforma de Acción de Beijing* (véase el que trata sobre la violencia de género), las políticas y los programas dirigidos a la salud de la mujer no están fundamentados en un marco legal y político comprensivo, sino que se limitan a apelar a las provisiones generales contenidas en documentos del tipo de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹⁰ o el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*¹¹. Dos documentos relativamente recientes, la *Plataforma de Acción de Beijing* y el *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (ICPD),¹² son los únicos instrumentos internacionales que tratan la salud de la mujer desde una perspectiva amplia y holística, yendo más allá de los asuntos de la salud materna para pasar a abordar el impacto del género en la salud de la mujer a lo

⁴ Ogega Moturi, J. *Trade and the Feminization of Poverty*, Kenya: University of Nairobi, 2003.

http://www.awid.org/members/reports/trade_feminization_poverty.pdf

⁵ *The Wealth Gap in Health: Data on Women and Children in 53 Countries*. Washington DC: Population Reference Bureau, 2004.

<http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=11007>

⁶ Ibidem

⁷ Para más información sobre el tema de la violencia contra la mujer, ver el *Informe de progreso del área D. Violencia contra la mujer* <http://www.un-instraw.org>

⁸ "Ending Violence against Women." *Population Reports Series L* (No.11). Baltimore: Population Information Program, Centre for Communications Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health 1999. <http://www.infoforhealth.org/pr/l11edsum.shtml>

⁹ Ibidem

¹⁰ <http://www.unhcr.ch/udhr/lang/spn.htm>

¹¹ <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

¹² http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm

largo de toda su ciclo vital. Estos dos instrumentos tampoco se circunscribieron a las determinantes fisiológicas de la salud (exposición a virus o bajos niveles de nutrición), sino que también se ocuparon de otras determinantes más relevantes,¹³ tales como el acceso a los servicios de salud preventiva; disponibilidad y fiabilidad de la información médica; acceso a la educación, empleo y otras formas de ingreso; nivel de autonomía e influencia en el proceso de toma de decisiones a nivel familiar, local y nacional; y la manera en que los servicios de salud responden a sus necesidades.

Ambos instrumentos internacionales, la *Plataforma de Beijing* y la *Conferencia del Cairo*, establecen objetivos específicos para mejorar la salud de las mujeres, entre los que destaca “una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015”¹⁴. Cinco años después, estos propósitos de mejorar la salud materna fueron reiterados por los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, los cuales comprometieron a los Estados a “reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes” entre el año 2000 y el 2015¹⁵. El Programa de Acción de la Conferencia del Cairo también señala que “mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse para que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”¹⁶; emplea además una definición holística de la atención de la salud reproductiva en la que incluye la salud del hombre y la mujer en edad fértil, no limitándose a la salud de la mujer en estado de maternidad¹⁷.

Diez años después de la *Plataforma de Beijing* y cinco después de los ODM, el mundo todavía se encuentra muy lejos de lograr esas metas. En el momento presente, las cifras establecidas para el 2015 parecen inalcanzables, dado que la mayoría de las regiones reportan moderados y altos niveles de mortalidad materna¹⁸ y una pobre cobertura de los servicios de atención a la salud reproductiva. La *Plataforma de Beijing*, a través de sus recomendaciones y reafirmando la importancia del *Programa de Acción del Cairo*, señala las acciones necesarias para mejorar y asegurar la salud de la mujer. Sin embargo, el fracaso en pasar de las recomendaciones a los logros, como ha sucedido con otras áreas críticas de la *Plataforma de Acción de Beijing*, radica en la inadecuada y, a menudo, inexistente ejecución de muchas de las acciones que deben ser emprendidas.

Objetivo Estratégico C.1

“Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad”

¹³ “La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social.” (Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 89).

¹⁴ Conferencia del Cairo, párrafo 8.21

¹⁵ <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

¹⁶ Conferencia del Cairo, párrafo 7.6

¹⁷ “La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud maternoinfantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable”. Párrafo 7.6

¹⁸ *Millennium Development Goals: Progress Report*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs and Department of Public Information, 2004. <http://www.un.org/millenniumgoals/mdg2004chart.pdf>

Las medidas que deben ser tomadas por los gobiernos, las organizaciones internacionales y no gubernamentales, así como por otros actores, comprenden: apoyar y aplicar la Conferencia del Cairo; permitir el acceso de las mujeres a los sistemas de seguridad social; proveer más servicios de atención primaria de salud, incluidos los relativos a los cuidados de la salud sexual y reproductiva y a los maternos y emergencias de obstetricia; asegurar que los trabajadores del área de la salud, los servicios y la información tengan en cuenta la perspectiva de género; tratar el problema de los abortos peligrosos como asunto de salud pública de la mayor importancia; abordar las necesidades de salud específicas de las niñas y las mujeres de edad avanzada; reducir y eliminar los riesgos de salud que se encuentren en el medioambiente y en el lugar de trabajo; integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de salud; garantizar la seguridad alimentaria a nivel familiar y nacional; asegurar la disponibilidad de agua potable e instalaciones sanitarias; y proveer acceso pleno a servicios de salud para las mujeres indígenas.

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 22)

Por mucho, el más amplio instrumento internacional que aborda el tema de la salud de la mujer, la Conferencia del Cairo, establece una lista de objetivos y acciones necesarias para mejorar la salud de la población y de la mujer en particular. Tras once años de su celebración, la comunidad internacional está todavía muy lejos de poder llevar a cabo las acciones recomendadas o de lograr las perspectivas integrales sobre la salud de la población y la igualdad de género que fueron discutidas y concertadas entonces. Al reiterar la importancia de la *Conferencia del Cairo*, la *Plataforma de Beijing* destaca de nuevo la relevancia de la salud de la mujer para su desarrollo personal y social, y subraya la necesidad de enfocarla desde una perspectiva de igualdad de género y de respeto a los derechos humanos de las mujeres.

El **Fondo de Población de las Naciones Unidas** (UNFPA, por sus siglas en inglés)¹⁹, responsable de dar seguimiento a la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia del Cairo en los planos estatales e internacional, dirigió en el 2003 una encuesta mundial sobre las experiencias y progresos nacionales en la que participaron 169 países. Los cuestionarios fueron compilados e incluidos en el reporte global de seguimiento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*²⁰. El objetivo del reporte era presentar una visión general de los avances logrados a nivel estatal en la implementación del Programa de Acción del Cairo durante los diez años transcurridos desde la celebración de la Conferencia. Los resultados de la encuesta muestran una "marcada mejora" en comparación con los datos obtenidos en 1998, como parte de la revisión efectuada a los cinco años del referido Programa.

En contraposición a la evaluación oficial, la cual fue completada básicamente por los gobiernos nacionales, **Family Care International** (FCI), la **Federación Internacional de Planificación de la Familia** (IPPF) y **Population Action International** (PAI) han establecido la "Cuenta Regresiva 2015: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para Todas las Personas"²¹. El propósito de la iniciativa es verificar el progreso en la implementación de la conferencia y establecer las acciones prioritarias, desde el punto de

¹⁹ *ICPD at 10*. United Nations Fund for Population Activities. <http://www.unfpa.org/icpd/10/index.htm>

²⁰ UNFPA, New York, 2004. <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=179&filterListType=>

²¹ <http://www.countdown2015.org/ContentController.aspx?ID=509>

vista de la sociedad civil, que permitan lograr los objetivos establecidos por la Conferencia para el 2015. Con motivo del décimo aniversario, *Cuenta Regresiva 2015* publicó el *ICPD at 10: Report Card*²², una revisión global de los progresos hechos en 133 países. El reporte reconoce que se han registrado avances significativos desde que fue adoptada la Conferencia del Cairo en 1994, especialmente en las áreas relativas al uso de anticonceptivos y las tasas de escolaridad. Sin embargo, el documento también advierte que no deben ser subestimados los obstáculos que persisten en impedir el mejoramiento de la salud de las mujeres.

A lo largo de su ciclo vital, la mujer necesita especiales y, a menudo, mayores servicios de salud, como resultado de numerosos factores: función reproductiva, mayor esperanza de vida, alta tasa de mortalidad y las responsabilidades que acarrea el cuidado de otros miembros de la familia y la comunidad. Al margen de esta realidad, las mujeres en todo el mundo tienen un acceso desigual no sólo a los servicios médicos, sino a todos los recursos necesarios para el logro y mantenimiento de una buena salud: nutrición, alfabetización y educación, información, empleo, ingresos, autonomía y libertad de movimiento, y toda forma de seguridad social, sea mediante pensión o seguros de salud.

Algunos de los principales impedimentos para el acceso de las mujeres a los servicios de salud son: imposibilidad de pagar, ya fuere los costos del servicio, las primas del seguro o el precio y disponibilidad de los medicamentos; incapacidad de tomar decisiones sobre la asignación de recursos del presupuesto familiar al cuidado médico; ubicación predominantemente urbana de los centros de salud, en conjunción con sistemas de transporte público inadecuados en las áreas rurales; falta de participación en los procesos de toma de decisiones locales y nacionales que tienen que ver con la distribución de los recursos del sector salud y la instalación de facilidades; y las actitudes y capacidades de los trabajadores del área. En Tanzania, una evaluación reciente del **Community Health Fund** (CHF), establecido para facilitar el acceso de la población de escasos recursos a los servicios de salud, reveló que los muy pobres no siempre pueden pagar los costos iniciales del CHF. Éstos citaron la poca calidad de la atención, los abusos de poder, la mala administración financiera y la corrupción como impedimentos adicionales para su acceso a los servicios de salud pública en Tanzania²³. En cambio, en el caso de los que sí tuvieron la posibilidad de pagar los costos iniciales del CHF, la evaluación mostró que su membresía significó una diferencia positiva en su estado general de salud.

El mero acceso a servicios médicos es insuficiente para garantizar la mejoría en la salud de las mujeres; la calidad y oferta de los servicios de salud deben ser supervisadas si se quiere asegurar que la mujer reciba una efectiva y apropiada atención por parte de trabajadores especializados en un ambiente no discriminatorio y que tome en cuenta el género. En el '*So What?*' Report, el **Inter-Agency Gender Working Group** examinó alrededor de 400 intervenciones en materia de salud reproductiva a fin de determinar si la adopción de una perspectiva de género realmente implicaba una diferencia en los resultados²⁴. La conclusión del reporte fue un sí conservador. La incorporación de una perspectiva de género sí hace una diferencia positiva en los resultados de salud reproductiva, particularmente en lo que atañe a los programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

²² New York: Family Care International, International Planned Parenthood Federation and Population Action International, 2004.

<http://64.224.182.238/2015/reportCard/>

²³ *Poor People's Experiences of Health Services in Tanzania: A Literature Review*. Dar es Salaam: Women's Dignity Project, 2004.

http://www.womensdignity.org/Peoples_experience.pdf

²⁴ The '*So What?*' Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programmes Makes a Difference to Outcomes. Washington DC: Inter-Agency Gender Working Group <http://www.prb.org/pdf04/TheSoWhatReport.pdf#search='The%20%C2%B4So%20What%3F%27%20Report'>, o <http://www.prb.org/pdf04/TheSoWhatReport.pdf>

No obstante, el reporte también subraya la necesidad de más evaluaciones a más largo plazo, en orden de medir su impacto real en actitudes y comportamientos.

La Secretaría de Salud mexicana, a través de su Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ha estado realizando actividades de entrenamiento y capacitación para los trabajadores de la salud con el propósito de incrementar en ellos la conciencia y el respeto por la salud de la mujer, así como de promover la equidad de género en el desarrollo e implementación de las políticas de salud pública. En particular, el gobierno se ha centrado en incorporar la perspectiva de género al presupuesto sectorial de salud²⁵.

La mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de muerte para las mujeres en edad reproductiva de los países en vías de desarrollo, debido a la falta de acceso a la atención de salud materna y a la pobre calidad de muchos de los servicios existentes. A pesar de que el número de nacimientos atendidos por especialistas ha ido en aumento a lo largo de la última década, en numerosas regiones del mundo dichas cifras todavía son bajas (ver Tabla 1). La importancia del cuidado especializado, no sólo durante el parto, sino también antes, durante y después del embarazo, es fundamental para asegurar la salud de las madres y de sus niños²⁶.

La mortalidad materna constituye además uno de los mayores retos para lograr la equidad de género, en vista de que una gran parte de las determinantes de la salud de la madre – acceso a anticonceptivos, planificación familiar y servicios de abortos seguros; acceso a información relativa a la fertilidad y la reproducción; edad del primer matrimonio y de la maternidad; y acceso a los servicios generales de salud- se encuentra influenciada por las normas de género. Por tanto, las políticas y los programas diseñados para mejorar la salud materna deben ser concebidos y aplicados a partir de una perspectiva de género, si es que se quiere lograr el máximo impacto posible. En este año 2005, el Día Mundial de la Salud (7 de abril) se dedica a la salud materno-infantil bajo el lema “¡Cada madre y cada niño contarán!”, con el que se pretende llamar la atención sobre el hecho de que, en numerosos países, la salud materna no es una prioridad suficientemente alta. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*, preparado para la ocasión por la Organización Mundial de la Salud, analiza el progreso global hecho en ese ámbito²⁷.

Tabla 1 – Mortalidad materna, riesgo de muerte materna durante período de vida (2000) y cobertura del cuidado especializado para las mujeres en parto (1990-2000)²⁸

	Muertes maternas por cada 100,000 nacimientos	Riesgo de muerte maternal 1 en: ^a	Partos con profesionales especializados (%) ^b		Partos asistidos por un doctor (%) ^c	
	2000	2000	1990	2000	1990	2000
Países en vías de desarrollo	20	2,800	42	52	15	23
África del Norte	440	61	39	64	27	54
África Sub-Sahariana	130	210	40	43	7	7
LAC	920	16	76	85	46	58

²⁵ UNFPA, 2004

²⁶ “Skilled care refers to the care provided to a woman and her newborn during pregnancy, childbirth and immediately after birth by an accredited and competent health care provider who has at her/his disposal the necessary equipment and the support of a functioning health system, including transport and referral facilities for emergency obstetric care.” (“La atención especializada se refiere al cuidado otorgado a una mujer y su hijo recién nacido durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del nacimiento, por parte de un profesional de la salud competente y acreditado que tiene a su disposición los equipos necesarios y el soporte de un efectivo sistema de salud que abarca el transporte y las facilidades de referimiento en caso de emergencia obstétrica” *Making Pregnancy Safer: The Role of the Skilled Attendant*. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: World Health Organization, 2004. http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf)

²⁷ Página oficial del Día Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/world-health-day/2005/es/>

²⁸ Información presentada a partir de datos tomados del: *Progress Towards the Millennium Development Goals 1990-2004*. New York: United Nations Department for Economic and Social Affairs, Statistics Division, 2004. http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_coverfinal.htm

Asia Oriental	190	160	53	72
Asia Centro-Sur	55	840	27	35	16	28
Sud-este Asiático	520	46	36	59	9	13
Asia Occidental	210	140	59	64	26	36

^a El riesgo de muerte materna durante la vida de una mujer es la probabilidad de que una mujer muera durante el embarazo o en el parto en algún momento de su vida, y es una función de la relación entre la tasa de fertilidad total (i.e. el número de veces que una mujer se embaraza) y la tasa de mortalidad materna (i.e. la probabilidad que ella muera cada vez que quede embarazada).

^b Información recopilada en 62 países con datos que abarcan el 75 por ciento de los nacimientos en países en vías de desarrollo.

^c Información recopilada en 37 países con datos que abarcan el 59 por ciento de los nacimientos en países en vías de desarrollo (excluye a China para el que no hay datos disponibles). La tendencia estadística para América Latina y el Caribe abarca sólo el 24% de los nacimientos en la región.

Se ha estimado que, para el 2050, el 20% de la población mundial tendrá más de 60 años, y de éste la mayoría será mujer²⁹. Aún cuando los hombres y mujeres mayores tienden a ser afectados por las mismas enfermedades (problemas del corazón, cáncer, artritis, enfermedades mentales, etc.), experimentan estas dolencias de modo distinto. Las mujeres de la tercera edad tienden a experimentar tasas más altas de mortalidad, lo que significa que sus requerimientos de atención médica durante la vejez serán considerablemente mayores que la de los hombres³⁰. La temprana mortalidad de los hombres también deja un gran número de mujeres viudas, frecuentemente sin ingresos propios, seguro de salud u otra forma de protección social.

La demanda por una mayor focalización en las necesidades de salud de las mujeres aumentará significativamente en las próximas décadas, volviéndose imperativo tratar este asunto cuanto antes. En Seychelles, por ejemplo, el gobierno ha implementado una pensión universal para personas que tengan más de 63 años. En 1997, un programa de cuidado médico casa por casa fue establecido a fin de ayudar a satisfacer las necesidades de las personas de edad avanzada y económicamente deprimidas que carecen de familias que les puedan asistir, aparte de suministrársele techo a aquellos que no lo tienen. Finalmente, el gobierno está en proceso de establecer una especie de consejo para las personas de edad avanzada (Council for the Elderly), con el propósito de proveer información sobre la vejez y dar apoyo a las personas mayores³¹.

Urge elaborar programas y servicios de salud para otros grupos claves de población femenina –indígenas, emigrantes y adolescentes– cuyas necesidades de salud son, con frecuencia, ignoradas. Así, mientras la salud de las mujeres indígenas varía ampliamente a nivel mundial, según la situación geográfica y socio-económica, en todo país con alta población aborígen, las mujeres presentan perfiles de salud mental y física mucho más pobres que sus contrapartes masculinas y que las mujeres no indígenas³². Y si bien, debido en gran medida al activismo de las propias interesadas, el desarrollo y la oferta de servicios de salud y facilidades dirigidos a las mujeres indígenas se han incrementado en años recientes, es mucho lo que aún falta por hacer. En Otavalo, Ecuador, la **Federación Indígena Campesina de Imbabura** y **UNFPA** han combinado la medicina moderna y la tradicional en la llamada Jambi Huasi (“Casa de la Salud,” en Quechua), centro hospitalario dotado de farmacia, salas de parto, laboratorio, jardines de plantas medicinales, parteras, programas educativos y de salud reproductiva, doctores, curandero tradicional (“yachag”), ambulancia y consultorio dental. Para 1998, este centro prestaba servicios a aproximadamente diez mil pacientes al año provenientes de las comunidades indígenas

²⁹ “Gender, Health and Ageing.” Geneva: World Health Organization, 2003. http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_Aging.pdf

³⁰ La morbilidad se refiere a cualquier tipo de desviación de un buen estado físico y mental, en tanto que la mortalidad se refiere a la muerte. De este modo, mientras los hombres tienden a experimentar mayores tasas de mortalidad (muertes más tempranas), las mujeres tienden a vivir más años en estado de enfermedad o incapacidad.

³¹ UNFPA, 2004 (ejemplo tomado de la respuesta oficial de Seychelles al cuestionario de 1998 sobre la implementación de la Declaración y el Programa de Acción de la Conferencia del Cairo).

³² *Gender, Equity and Indigenous Women’s Health in the Americas*. Washington DC: Pan American Health Organization, 2004. <http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/IndigenousWomen-Hughes0904.pdf>

locales, en las que el trabajo del centro ha propiciado un aumento del 10 al 40% en el uso de anticonceptivos. El resultado final ha sido un notable declive en la mortalidad materno-infantil de Otavalo³³.

Los servicios y programas de salud que son diseñados a la medida de las necesidades de sus pacientes pueden tener un efecto profundo en la conciencia y el comportamiento y, consecuentemente, en el estado de salud. La **Family Planning Association of Kenya** (Asociación de Planificación Familiar de Kenya) desarrolló, en la municipalidad de Nyeri, el Youth Health Project, un programa elaborado para proveer a la población joven de información y servicios en materia de salud reproductiva, llevado a cabo en coordinación con los centros hospitalarios locales, los líderes comunitarios y los propios jóvenes, y el cual opera tomando en cuenta las tradiciones culturales locales, en vez de simplemente contrariarlas o ignorarlas. Una reciente evaluación sobre el cambio de comportamiento realizada en el transcurso de dicho proyecto demostró que cuando los servicios y la diseminación de información toman en consideración las necesidades de los pacientes y las actitudes de la comunidad (en este caso el grupo étnico Kikuyu) son recibidos de manera positiva por jóvenes y líderes comunitarios y contribuyen a cambios en el comportamiento sexual de la población joven³⁴.

La capacitación de todos los trabajadores de la salud –doctores, enfermeras, asistentes a domicilio, ayudas de parto tradicionales (comadronas), etc.– es fundamental para garantizar que las mujeres reciban el cuidado apropiado y efectivo a lo largo de su ciclo vital. La capacitación puede abarcar una variedad de asuntos, desde la calificación técnica y el mejoramiento de la conciencia de género, hasta la incorporación de nuevos temas dentro de la práctica médica actual. El entrenamiento de estos profesionales y trabajadores ha sido particularmente importante en el abordaje de los temas relativos a la violencia contra la mujer, la cual casi siempre es detectada primero durante los exámenes médicos rutinarios³⁵. El conocimiento técnico y la actitud de los trabajadores de la salud que primero observan y atienden las señales de abuso en una paciente son esenciales para fomentar la buena disposición y habilidad del paciente para buscar ayuda. El Ministerio brasileño de salud desarrolló una guía para la prevención y el tratamiento de heridas y daños fruto de la violencia de género, que ha sido distribuida entre los centros de salud, las organizaciones de mujeres y las universidades. En 1997, Brasil tenía 17 centros de referimiento especializados en la atención integral de las mujeres víctimas de la violencia, mientras que en el 2004 estos servicios se ofrecían en 85 hospitales y en 113 centros ambulatorios³⁶.

Durante el bienio 2003-2005, el **Women's Global Network for Reproductive Rights** (WGNRR) ha estado coordinando la *Women's Access to Health Campaign*³⁷, demandando que los gobiernos se responsabilicen por la salud de las mujeres; se desarrollen políticas de salud con perspectiva de género; se incrementen los presupuestos de salud, especialmente en las áreas de la salud sexual y reproductiva de la mujer; se mejoren la calidad de los servicios y cuidados médicos; y se reconozca y aborde la salud en un modo integral.

³³ *Ibidem*

³⁴ Erulkar, A et al. "Behaviour Change Evaluation of a Culturally Consistent Reproductive Health Program for Young Kenyans." *International Family Planning Perspectives* 30(2), June 2004. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3005804.pdf>

³⁵ *La violencia contra las mujeres. Responde el sector de salud*: Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2003. <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/VAWhealthsector.htm>

³⁶ UNFPA, 2004

³⁷ <http://www.wgnrr.org/frameset.htm>

Áreas de Acción Futura:

- Desarrollar más instrumentos para supervisar efectivamente la calidad de los servicios de salud existentes, a fin de asegurar que los pacientes reciban el cuidado apropiado;
- Evaluar la efectividad de las actuales iniciativas para incorporar la perspectiva de género en la educación y capacitación médicas, con el propósito de establecer un conjunto de las mejores prácticas que luego puedan ser reproducidas en otros contextos;
- Recopilar más información sobre las necesidades de salud propias de grupos específicos de mujeres (de la tercera edad, adolescentes, indígenas, lesbianas, emigrantes y otros) y usarla en el diseño de las prácticas médicas;
- Establecer y facilitar mecanismos y espacios que incluyan a la mujer en los procesos de toma de decisiones relativos a la descentralización, privatización o eliminación de los servicios de salud pública.

Objetivo Estratégico C.2

“Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer”

Las medidas que han de adoptar los gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales, y otros actores comprenden: dar prioridad a los programas de educación formal y no formal para mujeres y hombres; eliminar la pobreza entre las mujeres; alentar a los hombres a que participen en condiciones de igualdad en el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico; garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres ejerzan sus derechos reproductivos; preparar y difundir información mediante campañas de salud pública; reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos; establecer políticas que reduzcan la carga desproporcionada y cada vez mayor que recae sobre las mujeres que desempeñan múltiples funciones; formular programas de información y campañas de difusión que traten sobre riesgos de salud específicos para las mujeres, tales como el uso indebido de drogas, la osteoporosis, cáncer cérvico-uterino y de mama, riesgos medioambientales, o el consumo de tabaco; y proteger a la mujer de cualquier tipo de abuso.

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera...debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.
- Declaración de Alma Ata (Párrafo V), 1978

El tipo de servicios de salud que se ofrece no sólo a las mujeres sino a la comunidad en su conjunto puede tener un efecto dramático en la salud general de la población. La importancia de la atención primaria de salud³⁸ ha sido comprobada por estudios y datos recogidos y reivindicada a través de instrumentos internacionales como la *Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (Declaración de Alma Ata)³⁹. La atención primaria de salud enfatiza los programas preventivos –campañas de vacunación, exámenes regulares, pruebas de sangre, servicios concebidos para asegurar la adopción de

³⁸ La atención primaria de salud...“se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas” (Alma Ata, parr. VII, artículo 2)

http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm/

³⁹ Organización Mundial de la Salud, 1978. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

hábitos saludables y prevenir o detectar en etapas tempranas posibles enfermedades– así como la efectiva difusión de la información adecuada, con el objeto de proteger la salud de la población y reducir la carga de enfermedades o mortalidad en los sistemas de salud público y privado (ver tabla 2). Lamentablemente, debido a la falta de intensidad de los programas preventivos y a una inadecuada producción y diseminación de la información, la mayoría de la gente todavía recurre a servicios curativos, los cuales sólo pueden intentar resolver o aliviar un problema existente, resultando ser significativamente más caros para los pacientes individuales y los sistemas públicos y privados de salud.

Asimismo, la atención primaria resalta la importancia de atender otros factores determinantes de la salud, tales como el acceso a alimentos, el ingreso y la seguridad social, los cuales no necesariamente caen bajo la esfera del sector. En este sentido, se subraya la pertinencia de una colaboración intersectorial que garantice el bienestar y la salud de la población. Como bien se sabe, el grado de autonomía de una mujer y su acceso a recursos financieros inciden en su capacidad para procurar cuidados médicos, relación confirmada por los datos obtenidos en una encuesta global recientemente efectuada por el **Population Reference Bureau (PRB)**⁴⁰.

Tabla 2 – Programas preventivos respecto a enfermedades que afectan a la mujer

Cáncer de mama y cervical	Exámenes regulares (auto-examen, mamografías, pruebas citológicas, papanicolao, etc.)
Enfermedades contagiosas	Información sobre agua potable y salubridad, higiene, vacunación, etc.
Enfermedades del corazón	Información sobre dietas y ejercicios, atención a la presión sanguínea y al colesterol, etc.
Fertilidad alta	Métodos anticonceptivos, información
VIH/SIDA	Campañas informativas, distribución de preservativos.
Cáncer de pulmón	Información acerca de los riesgos que ocasiona el humo del tabaco
Mortalidad materna	Información sobre el cuidado pre y post-natal, nutrición, etc.
Osteoporosis	Información temprana sobre nutrición

Áreas de Acción Futura:

- Volver de nuevo a la Declaración de Alma Ata e impulsar a los Estados para que reafirmen su compromiso de proveer programas de cuidado primario y preventivo, en tanto vía efectiva de reducir costos y de tratar la salud de la mujer, especialmente en el contexto de las reformas del sector salud;
- identificar, a través de investigaciones y programas preventivos intersectoriales, las causas de las principales afecciones que aquejan a la mujer.

⁴⁰ La Disparidad de la Riqueza en Salud: Datos sobre Mujeres y Niños en 53 Países en Desarrollo. Washington DC., 2004.
<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=11505>

Objetivo Estratégico C.3

“Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva”

Las medidas que han de adoptar los gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales, y otros actores abarcan: garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a las políticas y programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; revisar, enmendar o eliminar las leyes y prácticas que acrecienten la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA; reconocer el alcance de la pandemia del VIH/SIDA y sus distintas repercusiones en la mujer; desarrollar estrategias comunitarias que protejan a la mujer del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; crear y mejorar políticas y programas sobre el VIH/SIDA que tengan en cuenta el género; incrementar el acceso por parte de las mujeres y de los trabajadores de la salud a información y educación sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, embarazo y lactancia materna; diseñar programas específicos para varones de todas las edades que incentiven el comportamiento sexual responsable; garantizar el acceso universal a los servicios preventivos, así como ampliar la prestación de asesoramiento y servicios de diagnóstico y aumentar la disponibilidad de preservativos y de medicamentos que sirvan para tratar las enfermedades de transmisión sexual; iniciar investigaciones que se ocupen de las necesidades específicas de las mujeres, incluidas las que traten sobre métodos de protección controlados por la mujer (por ejemplo, microbicidas no espermicidas) y sobre actitudes y prácticas masculinas y femeninas arriesgadas.

La salud reproductiva es un requisito sine qua non para el bienestar de las mujeres y para su capacidad de disfrutar y ejercer sus otros derechos humanos. Los años reproductivos (15-49) constituyen la etapa más prolongada en la vida de la mayoría de las mujeres, de suerte que el comportamiento que ellas tengan y el acceso a los servicios médicos y otros recursos de que dispongan durante la misma determinarán ampliamente su estado de salud durante sus últimos años. Cuando se habla de salud reproductiva se hace referencia a la salud materna, pero también a todos los asuntos que pueden incidir en la salud de la mujer durante sus años reproductivos: VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; disponibilidad de tratamientos para complicaciones como la inflamación pélvica; embarazos no deseados; las consecuencias de los abortos de alto riesgo; etc. En mayo de 2004, el **Congreso Nacional de Bolivia** aprobó la *Ley Marco sobre los derechos sexuales y reproductivos*, la cual estatuye que mujeres y hombres, sin distinción, tienen el derecho a ejercer y disfrutar una sexualidad saludable, responsable y libremente escogida, así como a un cuidado integral de su salud sexual y reproductiva⁴¹.

Globalmente, las tasas de fertilidad han declinado rápidamente durante la última mitad del siglo XX, sin embargo esta tendencia oculta diferencias regionales muy marcadas, según se muestra en el cuadro 1⁴². El 62% de las mujeres en América Latina y el Caribe usa una forma moderna de contracepción, en tanto que en Asia dicha cifra se reduce al 43% y en el África Sub-Sahariana apenas alcanza al 14%⁴³. Los factores primordiales que explican las diferencias mundiales en los niveles de fertilidad son el uso de los métodos anticonceptivos y el aborto⁴⁴.

⁴¹ RED-ADA. “Los derechos sexuales y reproductivos son los mas humanos de los derechos.” *Crónica Azul* 48, 2004.

⁴² Datos tomados del *Cuadro de la población mundial, 2004*. Washington DC: Population Reference Bureau, 2004.

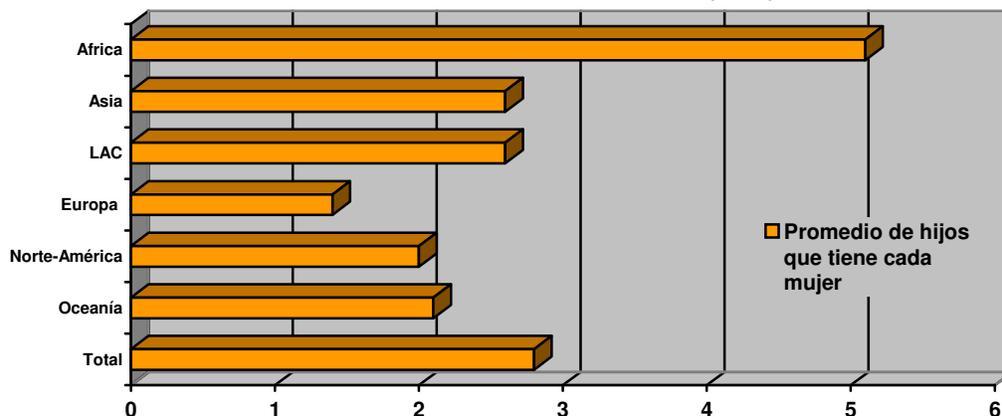
<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=12288>

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ Fuente: “Transitions in World Population.” *Population Bulletin* 59(1). Washington DC: Population Reference Bureau, 2004.

http://www.prb.org/Template.cfm?Section=Population_Bulletin1&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=11692

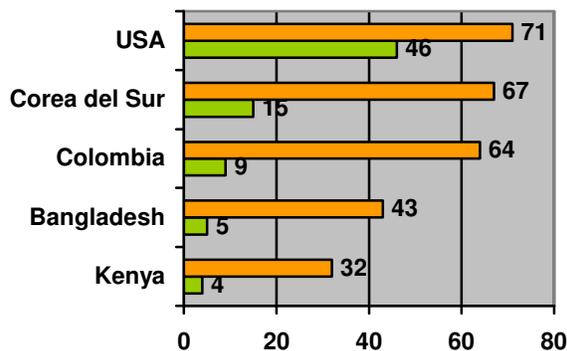
Cuadro 1 - Tasas mundiales de fertilidad (2004)



Una de las mayores amenazas para la salud de mujeres y niños es el embarazo temprano (antes de los 18 años), debido a que las jóvenes usualmente no poseen la información o los recursos financieros necesarios para cuidarse por sí mismas durante la gestación o para cuidar a sus hijos luego del parto. Desde la adopción del *Programa de Acción del Cairo* en 1994, los niveles de fertilidad se han mantenido relativamente constantes entre los adolescentes solteros y casados. Una evaluación de los esfuerzos para tratar este problema muestra que cuando el embarazo temprano es asumido como prioridad política, tal como sucedió en Ghana, donde el gobierno adoptó una política de salud reproductiva para adolescentes (Adolescent Reproductive Health Policy), el número de estos casos declinan⁴⁵.

A pesar de que mundialmente se ha progresado en el uso de los métodos modernos de contracepción (ver cuadro 2)⁴⁶, muchas mujeres son a menudo incapaces de negociar el uso de preservativos u otras formas de anticonceptivos y planificación familiar a fin de protegerse de embarazos no deseados o tempranos, o de enfermedades de transmisión sexual. Esto es parcialmente el resultado del estado de subordinación social de la mujer, aunque también deriva de hábitos culturales y normas religiosas que prohíben el uso de anticonceptivos, o bien de la simple falta de información acerca de la existencia y disponibilidad de métodos de planificación familiar.

Cuadro 2 - Incremento en el uso de anticonceptivos modernos



Indagaciones recientes sobre las actitudes de los hombres del África subsahariana muestran que éstos, por lo regular, están mejor enterados que las mujeres sobre la planificación familiar y uso de anticonceptivos gracias a las campañas televisivas y radiales, si bien se encuentran menos dispuestos que las mujeres a aceptarlos y tienden a querer tener más hijos que ellas⁴⁷. Ahora bien, es el aprovisionamiento y no la actitud lo que constituye uno de los escollos fundamentales para generalizar el uso de los métodos de contracepción. En todo el mundo, numerosas clínicas

⁴⁵ FCI, IPPF y PAI, 2004

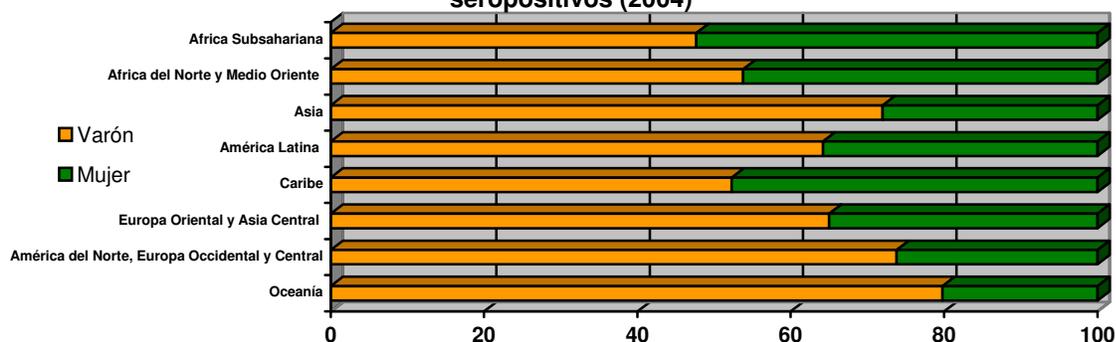
⁴⁶ *Ibidem*

⁴⁷ "Men's Surveys: New Findings." *Population Reports Series M* (18). Baltimore: Johns Hopkins University Centre for Communications Programs, Spring 2004. <http://www.infoforhealth.org/pr/m18/index.shtml>

encaran el aumento del desabastecimiento o la escasez de los insumos necesarios para asegurar que la demanda de anticonceptivos por parte de las mujeres sea satisfecha⁴⁸.

Según se ve en el cuadro 3⁴⁹, la incidencia mundial del virus del VIH entre las mujeres está alcanzando rápidamente los niveles de infección en los hombres. En el África subsahariana y el Caribe, las mujeres representan ahora más del 50% de las personas portadoras del VIH, mientras que en muchas otras regiones constituyen el grupo más grande de nuevos infectados⁵⁰. Las mujeres son particularmente vulnerables al VIH/SIDA debido a su mayor susceptibilidad física y al estado de dependencia social que les dificulta negociar sus relaciones sexuales y/o decidir sobre el uso de preservativos. Aunque diez años atrás la *Plataforma de Acción de Beijing* subrayó dicha vulnerabilidad⁵¹, el mayor riesgo de las mujeres al VIH/SIDA es una realidad que sólo últimamente ha sido objeto de interés por parte de los medios de comunicación. La campaña mundial del SIDA 2004, *2004 World AIDS Campaign*, se enfocó en esa vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH, reclamando acciones concretas destinadas a empoderar a las mujeres para que se protejan a sí mismas y a promover el comportamiento sexual responsable entre hombre y mujer.

Cuadro 3 - Distribución porcentual del género entre los adultos seropositivos (2004)



Además del programa y la plataforma de acción de las conferencias del Cairo y Beijing, la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA* (Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 25-27 de junio de 2001)⁵² hace una serie de recomendaciones para enfrentar la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la pandemia del SIDA, algunas de las cuales son:

- Modificar los estereotipos, actitudes e inequidades de género en relación con el VIH/SIDA, estimulando la participación activa de hombres y niños;
- Asegurar que el 80% de las mujeres embarazadas que tengan acceso al cuidado prenatal reciban información, asesoría y otros servicios de prevención del VIH;
- Desarrollar y acelerar la implementación de las estrategias nacionales que promuevan el avance de la mujer y el pleno disfrute de todos sus derechos humanos;

⁴⁸ FCI, IPPF y PAI, 2004

⁴⁹ Elaborado a partir de datos del texto *Situación de la epidemia de SIDA: 2004*. Ginebra: UNAIDS y OMS, 2004.

http://www.unaids.org/wad2004/report_pdf.html / <http://www.unaids.org/wad2004/report.html>

⁵⁰ *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: cuarto informe mundial*. Ginebra: UNAIDS, 2004.

http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html

⁵¹ Párrafo 98

⁵² http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_sp_pdf.htm

- Empoderar a las mujeres para que controlen y decidan libre y responsablemente sobre su sexualidad, de modo que puedan aumentar su capacidad para protegerse del virus del VIH.

En el 2004, la coalición global sobre mujeres y SIDA, **Global Coalition on Women and AIDS**,⁵³ empezó la *2004 World AIDS Campaign* con el lema en español "¡Ahora escúchame!" La coalición fue formada para examinar el tema de la mayor vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA y promover acciones efectivas respecto a siete áreas puntuales: prevención del VIH en jóvenes y niñas; violencia contra la mujer; propiedad y derechos hereditarios; acceso a tratamientos; educación para niñas; atención en el hogar; y métodos preventivos controlados por mujeres.

Evaluaciones realizadas a las iniciativas que se ocupan del problema de la transmisión del VIH sugieren que los proyectos con un blanco de población específico, aquellos orientados al comportamiento y las características de grupos particulares, son los más exitosos. En Brazil, el **Population Council** está conduciendo una evaluación del 'Programa Horizontes'⁵⁴, una iniciativa desarrollada por el **Instituto Promundo** para tratar la conducta sexual de los jóvenes varones. El programa integra a los jóvenes en grupos de estudio, utilizando una variedad de metodologías para impulsarlos a cuestionar los hábitos de masculinidad y el impulso de dominación. Los resultados preliminares son positivos; indican que el programa en cuestión ha propiciado un cambio en las actitudes y la conducta de los participantes.

En Nicaragua, el Centro Superior de Estudios Militares fue objeto de un programa educativo en derechos y salud reproductivos y sexuales, especialmente VIH/SIDA, en 1995. Desde entonces, las actividades educativas e informativas han incorporado los temas de género, derechos y salud sexual y reproductiva tanto en las fuerzas armadas como en la policía nacional⁵⁵.

Áreas de Acción Futura:

- Basado en iniciativas exitosas, desarrollar programas y servicios de salud reproductiva que sean apropiadamente dirigidos a grupos poblacionales precisos, verbi gratia, hombres jóvenes, mujeres jóvenes, personal de las fuerzas armadas y trabajadores sexuales;
- Diseñar acciones en materia de salud reproductiva y VIH/SIDA a partir de una perspectiva de género, que tomen en cuenta las vulnerabilidades, realidades y prioridades de la mujer;
- Involucrar a los hombres en las iniciativas que tienen que ver con la salud reproductiva de la mujer y el VIH, mediante campañas informativas, grupos de discusión y la capacitación de los trabajadores de la salud.

Objetivo Estratégico C.4

⁵³ <http://womenandaids.unaids.org/>

⁵⁴ "Involving Young Men in HIV Prevention Programs: Operations research on gender-based approaches in Brazil, Tanzania, and India." Horizons Report. Washington DC: Population Council, December 2004. [http://www.populationcouncil.org/horizons/newsletter/horizons\(9\)_1.html](http://www.populationcouncil.org/horizons/newsletter/horizons(9)_1.html)

⁵⁵ UNFPA, 2004.

“Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer”

Las medidas que han de adoptar los gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales y otros actores abarcan: entrenar a investigadores y establecer sistemas para la recolección de información desglosada por sexo, edad y otros criterios; promover investigaciones, tratamientos y tecnologías que tengan en cuenta el género y que se centren en las mujeres; incrementar el número de mujeres en puestos de liderazgo en el sector salud; informar a las mujeres sobre los factores que aumentan los riesgos de contraer determinadas enfermedades; apoyar y financiar investigaciones sobre cómo las desigualdades de género afectan la salud de la mujer; apoyar investigaciones sobre tecnologías y métodos reproductivos seguros y efectivos; realizar investigaciones encaminadas a comprender y encarar con mayor eficacia las condiciones que determinan el aborto y sus consecuencias; reconocer y alentar la atención tradicional de salud de efectos beneficiosos; evaluar y difundir los datos disponibles y los resultados de las investigaciones.

En contraposición a las otras áreas críticas desarrolladas por la *Plataforma de Acción de Beijing*, los datos básicos sobre población y salud están más al alcance y son generalmente más confiables que, por ejemplo, los datos sobre la violencia contra la mujer o la pobreza. Ahora bien, una cantidad significativa de información obtenida en el área de la salud todavía no se encuentra desglosada por sexo, lo que impide comprender y enfrentar los distintos efectos que numerosas afecciones tienen en mujeres y en hombres. Más aun, los datos de salud no son siempre comparables entre países o regiones, haciendo en extremo difícil la elaboración de un cuadro global de la salud de la mujer. Están en proceso una serie de iniciativas a fin de fortalecer la capacidad de las oficinas nacionales de estadística para recopilar, analizar, comparar y difundir estratégicamente datos cuantitativos y cualitativos de salud desglosados según el sexo; incluido un proyecto dirigido por el **Regional Bureau for the Arab States** (Buró Regional de los Países Árabes) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP/RBAS), cuyo propósito es: crear conciencia sobre la necesidad de estadísticas de género entre las oficinas nacionales de estadísticas y los políticos encargados de la toma de decisiones; preparar una publicación de estadísticas de género para cada país en la región; evaluar las brechas en la información de género disponible a nivel estatal; y desarrollar un banco de datos sobre la mujer árabe⁵⁶.

Un nutrido grupo de organizaciones ya se ha involucrado en el establecimiento de sistemas de información regional o mundial de género –algunos se han centrado en el área de la salud– si bien la mayoría de los mismos se basa exclusivamente en datos cuantitativos. La **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) y el **Population Reference Bureau** (PRB) han desarrollado el *Género, salud y desarrollo en las Américas 2003*, un folleto estadístico bienal sobre la salud de la mujer⁵⁷. La *GenderStats Database* del **Banco Mundial**⁵⁸ compila información sobre temas de género y desarrollo, en los campos de educación y alfabetismo, salud, empleo y participación política. La **Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe** (RSMLAC) mantiene la Base de Datos Atenea, con el objeto de dar seguimiento a la implementación de la *Plataforma de Acción del Cairo* a nivel regional. La **Comisión Económica para Europa** (CEPE) de Naciones Unidas ha creado la *Gender Statistics Database* para Europa y Norteamérica, en el que la salud es una de las áreas primordiales⁵⁹.

⁵⁶ RBAS National Gender Statistics Program http://www.sdn.undp.org/gender/about/rbas_programmes.html#stats

⁵⁷ Washington DC: PAHO y PRB, 2003. <http://www.paho.org/spanish/dpm/gpp/gh/GenderBrochure.htm>

⁵⁸ <http://genderstats.worldbank.org/home.asp>

⁵⁹ <http://www.unecce.org/stats/gender/web/welcome1.htm>

Comprender y encarar de manera efectiva los problemas propios de la salud de la mujer requiere de investigaciones, pruebas y exámenes clínicos según el sexo. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones médicas todavía no son hechas de manera separada para hombre y mujer, por lo que ésta última sigue constituyendo una minoría en el desarrollo y prueba de nuevos medicamentos y tecnologías de la salud, con la obvia excepción de aquellos métodos anticonceptivos de uso femenino. En los Estados Unidos, la **Society for Women's Health Research** propugna por la inclusión de mujeres en las investigaciones médicas; promueve y lleva a cabo estudios sobre diferencias sexuales que afectan la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; y trabaja en la obtención de fondos para financiar investigaciones relativas a la salud de las mujeres⁶⁰. Numerosos estudios han demostrado que las mujeres tienen menos probabilidades de recibir atención adecuada en los casos de complicaciones cardíacas, debido a que los trabajadores de la salud no entienden que, en la mujer, los ataques y enfermedades del corazón presentan síntomas distintos⁶¹.

En particular, son esenciales las investigaciones sobre el impacto que tienen en la salud de la mujer las desigualdades de género, las diferencias en las relaciones de poder y la persistente discriminación, no solamente para mejorar su estado de salud, también para proveer evidencia concreta que sustente la demanda a favor de la equidad de género. El **Institute of Gender and Health**, que forma parte de los **Canadian Institutes of Health Research** (CIHR), se dedica a incorporar sexo y género en las investigaciones de salud, en orden de establecer las diferencias biológicas y socioculturales que inciden en la salud de mujeres y hombres⁶². Estudios de numerosos países han mostrado que mujeres con enfermedades verificables son más propensas a ser despachadas por los trabajadores de salud en tanto "histéricas" o "psicosomáticas", lo que suele provocar un retraso en su tratamiento y posible empeoramiento de su condición⁶³.

La información sobre medidas preventivas o riesgos de salud dada a tiempo, apropiadamente dirigida y que tome en cuenta las particularidades culturales puede servir como excelente instrumento en la reducción del avance del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, así como en la disminución de la incidencia de dolencias infantiles, embarazos en adolescentes, enfermedades cardiovasculares provocadas por una mala nutrición y sedentarismo, cáncer y otras afecciones causadas por el tabaco y la contaminación ambiental. La información de salud puede ser canalizada a través de campañas públicas (afiches, carteles, dramatizaciones y avisos por radio y televisión), y a través de los propios servicios médicos. En la India, la información sobre salud reproductiva es difundida mediante programas de radio como "Kalyani", el cual promueve el debate usando concursos, discusiones e historias de la vida real⁶⁴.

El **Johns Hopkins Centre for Communication Programs** ha preparado la *Gender Guide for Health Communication Programs*⁶⁵, o guía de género para los programas de comunicación en materia de salud, a fin de ayudar a los directores y gerentes de programas a: 1) comprender en qué medida los roles de género y las desigualdades pueden restringir el acceso de hombres y mujeres a la información de salud; 2) desarrollar información que tenga en cuenta las particularidades culturales y las necesidades del grupo de población al que va dirigida, sin que por ello se refuercen las desigualdades de género existentes y los

⁶⁰ Society for Women's Health Research - <http://www.womens-health.org/>

⁶¹ *Fact Sheet: Research on Cardiovascular Disease in Women*. Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2003. <http://www.ahrq.gov/research/womheart.htm>

⁶² Institute of Gender and Health <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/8673.html>

⁶³ AHRQ, 2003.

⁶⁴ UNFPA, 2004.

⁶⁵ *Gender Guide for Health Communication Programs*. Baltimore: JHUCCP, 2003. <http://www.jhuccp.org/pubs/cp/102/102.pdf>

estereotipos; y 3) a evaluar el impacto de dicha información en términos de los resultados de salud y cambios en los comportamientos y actitudes.

Áreas de Acción Futura:

- Basado en experiencias exitosas, promover el desarrollo de sistemas regionales de información sobre la salud de la mujer que sean comparables a nivel internacional, regional y subregional, de manera que se pueda establecer un cuadro estadístico mundial unificado;
- Aumentar la capacitación en la difusión estratégica de la información de salud – la cual tiene mucho mayor impacto en tanto parte de un análisis contextual que sólo en función de simples datos cuantitativos– e incluir datos dirigidos a los medios de comunicación para aumentar la cobertura de los asuntos de la salud de la mujer;
- Dirigir investigaciones médicas particulares a cada sexo que examinen el efecto de las desigualdades de género y la discriminación en la salud de la mujer;
- Diseñar campañas mediáticas en torno a audiencias específicas –mujeres jóvenes, mujeres de edad avanzada, mujeres indígenas, etc.– y temas puntuales de salud –embarazo de adolescentes, osteoporosis, tabaquismo, malnutrición, etc.

Objetivo Estratégico C.5

“Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres”

Las medidas que han de adoptar los gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales y otros actores abarcan: aumentar las asignaciones presupuestarias para la atención primaria de salud y los servicios sociales; elaborar planteamientos innovadores para la financiación de los servicios de salud; establecer servicios locales de salud; fijar objetivos y plazos para lograr la mejora en la salud de la mujer; y establecer mecanismos para supervisar la aplicación de las reformas de las políticas y programas de salud para las mujeres.

Los sistemas de salud pública y seguridad social de todo el mundo están deteriorándose y desapareciendo en la medida en que las reformas del sector público y la privatización eliminan las facilidades, los servicios y los espacios. No existe información consistente o confiable respecto a las secuelas, bien beneficiosas, bien perjudiciales, de las reformas del sector salud en las mujeres. En Canadá, el **National Coordinating Group on Health Care Reform and Women** (NCGHCRW)⁶⁶ (grupo de coordinación nacional de la mujer y la reforma del sector salud) lleva a cabo estudios diseñados para aumentar la conciencia respecto al hecho de que las reformas y privatizaciones del sistema de salud no son neutrales en cuanto al género y pueden ir en detrimento de la salud de la población en general.

Las reformas del sector pueden tener un impacto directo en la salud de la mujer al reducir o eliminar los servicios médicos, o al privatizar o demandar el pago de ciertas atenciones. Pero además, mediante la minimización del cuidado del paciente y la eliminación de facilidades para enfermos crónicos, las reformas del sector salud pueden conllevar otro

⁶⁶ <http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/index.html>

efecto negativo e indirecto para la calidad de vida de las mujeres, al incrementar la ya pesada carga que tienen respecto a los miembros enfermos o incapacitados de su familia y comunidad: las mujeres continúan siendo hoy en día las principales encargadas del cuidado de los integrantes de familias y hogares en todo el mundo⁶⁷. En muy raras ocasiones, las reformas de la sanidad pública han sido realizadas en consulta con las mujeres. Por lo general, han sido implementadas de manera vertical desde los gobiernos nacionales hasta los gobiernos municipales y locales, a los que de por sí las mujeres tienen poco o ningún acceso. De esta suerte, aun cuando a las mujeres se les asigna la responsabilidad de asegurar la salud familiar, no se las incluye en el proceso de toma de decisiones respecto a la localización de las facilidades hospitalarias, el tipo de servicios ofrecidos o los costos que deberá pagar el paciente (de haberlos).

Si la descentralización de los servicios de salud se financia de modo adecuado y se sustenta en las requeridas inversiones en infraestructura, y si se efectúa tomando en cuenta a las mujeres en los planos comunitarios y locales, tiene el potencial de mejorar radicalmente el acceso de éstas a la atención e información médica. Idealmente, la descentralización les otorgaría mayor participación en la administración, ubicación y suministro de los servicios de salud, volviéndolos más consecuentes para con sus necesidades y las de sus familias. Experiencias similares, por ejemplo referentes a la ubicación de las facilidades públicas de agua potable, han sido calificadas de exitosas⁶⁸. La Unidad de Género, **Gender Unit**, de la **International Development Research Centre**, auspicia actualmente un estudio en Sudán sobre el impacto de la descentralización en la salud, la educación y el uso de recursos naturales⁶⁹, como parte de su concurso de investigación sobre descentralización y derechos de la mujer en el África subsahariana correspondiente al 2004.

Áreas de Acción Futura:

- Identificar las formas de aumentar la capacidad de la mujer para participar en los procesos de toma de decisiones relacionados con las reformas, privatizaciones y descentralización del sector salud;
- Realizar investigaciones que verifiquen, mediante indicadores cuantitativos y cualitativos, los efectos diferenciales de las reformas del sector salud (incluidas la descentralización y la privatización) en la calidad de vida y salud de la población;
- Explorar nuevos modelos de descentralización que incluyan a las mujeres en los procesos de toma de decisiones que se refieran a la localización y gerencia de las facilidades médicas.

Otras Esferas de Preocupación

Las consecuencias que tienen en la salud de la mujer sus roles tradicionales como esposa, madre y encargada del cuidado del hogar aún no han sido bien sopesadas y ameritan otros estudios, sobre todo a la luz de las responsabilidades⁷⁰ crecientes asumidas en virtud de su mayor esperanza de vida, los recortes al sector de salud pública, el aumento de las primas de seguros y la pandemia del VIH/SIDA.

⁶⁷ *Is There a Method to This Madness: Studying Health Care Reform as If Women Mattered*. Winnipeg: National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, 2000. http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/publications/summary/method_madness.html

⁶⁸ *Rural Women Securing Household Water through Installation of Water Cisterns*. Netherlands: Gender and Water Alliance, 2004. <http://www.genderandwateralliance.org/english/casestudies.asp>

⁶⁹ *Impact of Decentralization on Health, Education and Use of Natural Resources* http://web.idrc.ca/en/ev-43162-201-1-DO_TOPIC.html

⁷⁰ *Gender-Sensitive Home and Community Care and Care-giving Research: A Synthesis Paper*. Winnipeg: National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, 2001. <http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/publications/summary/synthesis.html>

Resultados de diversos estudios señalan que las mujeres son más susceptibles a un cierto número de enfermedades mentales (véase la depresión o los desórdenes alimenticios), aunque a menudo están menos dispuestas a acudir a un especialista⁷¹. La *Plataforma de Acción de Beijing* no le dio suficiente importancia a los problemas de salud mental, pero dicha situación fue parcialmente rectificada mediante el informe final de *Beijing + 5*, el cual urgió a los gobiernos a "...integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria.." (párrafo 69, letra i). Hasta la fecha, sin embargo, existen pocas investigaciones sobre las determinantes físicas y sociales de la salud mental de la mujer, aspecto que normalmente queda fuera de los servicios médicos rutinarios o de atención primaria.

Por su parte, el aumento y la feminización de las migraciones exige atención especial nacional e internacional a la salud de la mujer emigrante⁷². A resultas de su desplazamiento de un contexto de salud a otro, la mujer emigrante suele enfrentar una serie de riesgos de salud, con la agravante de que no cuenta, en muchos casos, con la posibilidad de acceso a servicio médico alguno en su país de destino. En Tailandia, por ejemplo, trabajadoras inmigrantes birmanas tienen el doble de posibilidades de quedar infectadas de VIH (4.9%) que las poblaciones tailandesa (2.2%) y birmana (1.9%) en general⁷³. En Australia, la tasa de infección de tuberculosis en los centros de detención de inmigrantes es comparable a las tasas de los países de origen⁷⁴. En Pakistán, las complicaciones de la salud reproductiva constituyen una de las primeras causas de muerte entre las mujeres refugiadas afganas⁷⁵. En Tanzania, el 25% de las mujeres burundesas encuestadas en el campo de refugiados de Kanembwa afirmó haber estado expuesto a la violencia sexual⁷⁶. La salud mental debería ser un componente importante en los esfuerzos encaminados a lidiar con la migración, ya que ésta puede ser un proceso particularmente estresante, en especial en los casos de poblaciones desplazadas por conflictos armados, persecuciones o desastres naturales. En junio de 2004, la **Organización Internacional para las Migraciones** reunió por vez primera a expertos de la salud y de la migración con el objetivo de explorar los principales riesgos de salud para los emigrantes, y de identificar las áreas prioritarias en vista de futuras colaboraciones⁷⁷.

En todo el orbe, las poblaciones se están desplazando a ritmo ascendente desde las zonas rurales hasta las áreas urbanas, donde con bastante frecuencia terminan asentándose en suburbios o cinturones de pobreza en los que la cobertura y calidad de los servicios de salud son muy limitadas o inexistentes. Poco se sabe sobre los riesgos diferenciados que afectan a mujeres rurales y urbanas, o su distinto acceso a las atenciones médicas, pero está claro que la relación entre urbanización y salud debe convertirse en un tema prioritario de investigación. El Instituto de Investigaciones de Salud Urbana, **Institute on Urban Health Research**, de la **Northeastern University**, se dedica al estudio de múltiples problemas que aquejan a la mujer urbana, entre ellos, la obesidad, el VIH, el abuso de sustancias adictivas y la violencia⁷⁸.

⁷¹ "Women and Mental Health." Bethesda: National Institute of Health, 2005. <http://www.nlm.nih.gov/HealthInformation/depwomen.cfm>

⁷² En este contexto, mujer "emigrante" hace referencia tanto a las mujeres legales e ilegales que han emigrado voluntariamente por razones económicas o de otra índole, como a aquellas que han solicitado asilo en otras regiones o países en calidad de refugiadas, o que se han visto forzadas a desplazarse por conflictos o desastres naturales.

⁷³ Srithanaviboonchai et al. "HIV-1 in ethnic Shan migrant workers in northern Thailand" *AIDS* 16 (6) 2002.

<http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/fulltext.00002030-200204120-00015.htm;jsessionid=CMunP1Cc32gTdy12AHjeO1jrRYXzhp8IJRIJHAEXTli8nKfv2LOC!448184234!-949856031!9001!-1>

⁷⁴ King & Vodicka. "Screening for conditions of public health importance in people arriving in Australia by boat without authority" *Medical Journal of Australia* 175 (11), 2001. http://www.mja.com.au/public/issues/175_12_171201/king/king.html

⁷⁵ Bartlett L. et al. "Maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan, 1999-2000" *The Lancet* 359, 2002.

⁷⁶ *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva: World Health Organization, 2003.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562536.pdf>

⁷⁷ Seminario sobre Salud y Desarrollo, 9 - 11 de junio de 2004 http://www.iom.int/en/know/idm/smh_sp_200406.shtml

⁷⁸ Institute on Urban Health Research <http://www.iuhr.neu.edu/>

Conclusión

A pesar de que la salud de la mujer es una de las áreas críticas (*Plataforma de Acción de Beijing*) en las que más progresos se han hecho, el campo de la salud es tan amplio que constituye asimismo una de las áreas en donde la mayor parte del trabajo debe todavía realizarse. La salud es fundamental para que las personas tengan la capacidad de ejercer sus derechos humanos –y es una condición esencial para el desarrollo sostenible individual, social y comunitario.

La desigualdad de género continúa representando una enorme amenaza para la salud de las mujeres, en la medida en que las despoja del recurso a los servicios e informaciones de salud pertinentes, y las expone a múltiples riesgos: abusos físicos y sexuales, infección del VIH, embarazos indeseados. La falta de información y de investigación sexo-específica, así como la exclusión de la mujer de los procesos de toma de decisiones sólo exacerba tal situación.

En conjunto, la Plataformas del Cairo y Beijing presentan una visión integral de la equidad de género, consignando el grueso de las acciones necesarias para garantizar que la mujer sea capaz de alcanzar y disfrutar el más alto estado posible de salud mental y física. Ahora bien, dichos acuerdos no han sido aplicados por completo. La utilidad de sus revisiones periódicas radica en que los mismos pueden ser re-evaluados a la luz de nuevos asuntos emergentes, y en que da a los Estados la oportunidad de reafirmar el compromiso de promover y proteger la salud de la mujer y los derechos humanos.