

LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Dra. Sumedha Khanna

Jefe, Unidad de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud Familiar y Dinámica de la Población, OPS

La salud de la mujer está íntimamente relacionada con su condición socio-económica, condición que es a la vez factor determinante y consecuencia de su comportamiento en sus funciones de reproducción. La salud de la mujer está vinculada a ese comportamiento, hecho que la hace vulnerable a los peligros que se ciernen sobre su salud y cuyos efectos repercuten en su descendencia y en el medio familiar.

La mujer debe intervenir en la decisión del tamaño de su familia, así como en la conservación de su propia salud y la de los miembros de su familia; todas las actividades encaminadas hacia ese fin deben promover una educación más elevada de la mujer y fomentar sus motivaciones frente a la vida. La sociedad debe proporcionar servicios complementarios a la familia a fin de que la mujer pueda ejercer otras funciones además de la maternidad.

Los recientes acontecimientos en la esfera internacional muestran ya la acción emprendida hacia la consecución de estas metas. Empero, la tarea es incipiente.

Problemas de salud relacionados con el embarazo y el parto

Los problemas de salud de la mujer inherentes a la edad de concebir (15 a 44 años) o relacionados con ese período adquieren particular importancia. En la mayoría de los países de la Región este grupo está formado aproximadamente por el 20% de la población total. Las tasas brutas de natalidad y fecundidad varían considerablemente de un país a otro, lo que a su vez afecta a la prevalencia relativa de los problemas de salud.

Las mujeres en edad de concebir se enfrentan con problemas relacionados con el embarazo y el parto, y si bien se trata de procesos biológicos normales, no pueden ignorarse los riesgos que involucran. En ciertas condiciones estos riesgos pueden ser múltiples.

Entre los factores más importantes figuran la edad de la mujer en el primer embarazo y en los siguientes; la paridad (número de hijos que ha tenido durante el ciclo reproductivo), sus antecedentes obstétricos y ciertas afecciones que pueden agravarse durante la gestación. En el primer embarazo los riesgos para la madre y el hijo son relativamente considerables; en el segundo y tercer embarazo se reducen de manera muy pronunciada; aumentan luego poco a poco con la paridad y,

a un ritmo muy rápido, a partir del quinto embarazo. Los embarazos en los dos extremos de la edad de concebir (menos de 16 años y más de 35), comúnmente observados en la Región, van acompañados a menudo de problemas obstétricos y de salud.

La terminación precoz del embarazo, ya sea inducida o espontánea, implica a menudo riesgos para la salud de las mujeres. Si bien no se dispone de datos suficientes y fidedignos para determinar los riesgos que entrañan los abortos, ciertos estudios realizados en América Latina indican que un 30 a 50% de las defunciones maternas se atribuyen a esa causa.

A pesar de los progresos logrados en la mayoría de los países de la Región durante el pasado decenio, el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto es al menos siete veces mayor en América Latina que en América del Norte. Entre las causas principales de defunción materna, que se pueden evitar en su mayoría, figuran la toxemia del embarazo, hemorragias, infecciones y abortos. En numerosos países, las defunciones por complicaciones del embarazo y el parto están incluidas entre las cinco causas principales de defunción en el grupo de 15 a 44 años.

Las tasas de mortalidad no ofrecen una idea completa de la magnitud de los problemas asociados con el embarazo y el parto. Los datos de morbilidad son incompletos ya que se calcula que la cobertura de los servicios de salud de las mujeres gestantes en América Latina es inferior al 30%; en la mayoría de los países los partos atendidos en instituciones no llegan al 50% y son menos del 5% las mujeres que reciben cuidados puerperales. No se han determinado exactamente los efectos a largo plazo del embarazo y sus complicaciones aun cuando es evidente que los ciclos repetidos de gestación y lactancia y la sobrecarga de trabajo, junto con una dieta deficiente, pueden conducir al *agotamiento materno*. No es raro observar esta condición en la población femenina de algunos países de la Región. La edad de la madre en el primer embarazo y en el último, el intervalo entre un embarazo y el siguiente y el número total de gestaciones constituyen aspectos importantes de la reproducción. Las condiciones actuales de salud, de educación, económicas y laborales de la población femenina de la Región no ofrecen a la mujer la oportunidad de decidir cuándo ha de tener su primer hijo, ni cuál debe ser el tamaño de su familia. Elevada tasa de fecundidad, nutrición materna deficiente e infecciones constituyen una tríada frecuente en los países latinoamericanos. Los programas de información y asesoramiento sobre planificación de la familia son muy recientes en la mayoría de los países y se ponen en práctica principalmente en las zonas urbanas.

Interdependencia entre la salud de la madre y del hijo

En América Latina, este vínculo biológico natural adquiere importancia vital y es decisivo para la salud e incluso para la supervivencia de los hijos.

El deseo de la madre de continuar con su embarazo es indispensable para que el producto de la concepción llegue satisfactoriamente a término. La ausencia de una atención adecuada durante la gestación puede dar lugar a la muerte fetal o a la pérdida del embarazo. La nutrición materna durante la gestación influye no solo en el peso del niño al nacer y en su madurez sino también en las reservas de hierro, vitaminas y otros nutrientes necesarios para la primera infancia. (La prevalencia de anemias nutricionales en América Latina oscila entre 29 y 63% en las mujeres gestantes y entre 14 y 30% en las demás). Más importante aún es la necesidad de

que la madre lactante goce de buena salud y posea la energía necesaria para alimentar y atender a su hijo.

La mortalidad perinatal (muerte fetal tardía y neonatal temprana) está íntimamente relacionada con la edad de la madre y la paridad. Los cuidados que la madre brinda a sus hijos, su interés y actitud frente a ellos en relación con el tamaño de la familia, se reflejan en la salud del niño y el grado de mortalidad infantil de una comunidad.

Los menores de cinco años constituyen el 16% de la población de América Latina y el Caribe. En los países de la Región, en 1971-1972, las tasas de mortalidad perinatal, infantil y en la niñez eran elevadas. Los niños menores de un año acusaban una tasa de mortalidad de 26 a 84 por 1,000 nacidos vivos, y los comprendidos en la edad de 1 a 4 años oscilaban entre 1.1 y 25.9 por 1,000 habitantes. La variación de esos índices muestra que muchas de las condiciones se podrían evitar y reducir.

La asistencia proporcionada a la población infantil resulta insuficiente, es irregular, parcial y de cobertura limitada. Pero, aun cuando se dispone de esos servicios, se utilizan poco, como lo demuestra el hecho de que en la mayoría de los países la proporción de niños menores de cinco años que reciben servicios de protección de la salud adecuados o que terminan los planes de inmunización requeridos no llega al 10%.

Son limitados los conocimientos de las mujeres respecto a las necesidades de salud de sus hijos. La conveniencia de mejorar las tasas de supervivencia infantil crean la necesidad de educar a la madre y a la familia para brindar una mejor atención al niño.

Otros problemas de salud de la mujer

Cáncer del útero, el cuello uterino y la mama. La Investigación Interamericana de Mortalidad en los Adultos (1962-1967), hizo un llamado de atención acerca de la importancia del cáncer del cuello uterino como problema de salud. Los datos procedentes de diez ciudades latinoamericanas (1962-1964), revelaron que correspondía a este tipo de cáncer 22% de todas las defunciones por tumores malignos en mujeres comprendidas entre los 15 y 74 años de edad, y que en algunos casos la cifra era aún más elevada.

La detección y tratamiento precoces de estados preneoplásicos y lesiones invasivas podría reducir de manera considerable la incidencia de esa afección. Sin embargo, esos servicios son limitados y, por lo común, solo tienen acceso a ellos las mujeres de grupos socioeconómicos más elevados que viven en zonas urbanas.

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar entre las afecciones malignas de la mujer. Si bien los métodos para el diagnóstico y tratamiento precoces son limitados, en muchos casos el simple examen físico permite detectar esas lesiones con tiempo suficiente para administrar un tratamiento temprano y eficaz, con la consiguiente tasa de supervivencia más elevada. Estos sencillos exámenes periódicos pueden estar a cargo de personal paramédico y auxiliar de salud. Es más, las mujeres pueden aprender a examinarse periódicamente.

Enfermedades venéreas. Las enfermedades venéreas merecen especial mención puesto que en la mayoría de los casos causan incapacitación y dolencias.

En el caso de la mujer deben considerarse, además de las molestias y males, otras secuelas importantes, como las infecciones pélvicas y la consiguiente infecun-

dididad o los embarazos ectópicos. La infección prenatal puede ocurrir por transmisión transplacentaria y puede originar la muerte o pérdida fetal.

Las enfermedades venéreas afectan a individuos jóvenes que mantienen actividades sexuales y en los que el caso asintomático (el 80% de los casos femeninos de blenorragia y el 15% de los masculinos) continúa siendo el reservorio más importante de infección.

Si bien en el período comprendido entre la Segunda Guerra Mundial y 1956-1958 se registró una disminución de sífilis y blenorragia, en el decenio 1961-1970 se observó un aumento general. La tasa de sífilis registrada en 21 países, en 1972, osciló entre 15 y 304 por 100,000 habitantes. En cuanto a la blenorragia, 21 países informaron una prevalencia que variaba de 8 a 1,679 por 100,000 habitantes. Dado que, en general, la notificación de casos de enfermedades venéreas es incompleta e incierta, la tasa real de prevalencia puede ser más elevada.

En toda la Región se observa una escasez de servicios clínicos y de detección de casos ofrecidos gratuitamente, así como de instalaciones de laboratorio. Por otra parte, tampoco existe uniformidad en la aplicación de métodos de tratamiento ni procedimientos apropiados para la vigilancia ulterior necesaria. La mujer joven necesita protección; por lo tanto, los servicios de salud deben establecer asistencia prenatal, ginecológica y de planificación familiar.

Conviene hacer referencia a otras afecciones como la tuberculosis, los desórdenes mentales, y los accidentes que, por sus prolongados efectos incapacitantes sobre la salud del individuo, amenazan con frecuencia la estabilidad de la familia cuando la víctima es la madre.

Necesidades y perspectivas futuras

El Año Internacional de la Mujer anuncia el despertar de una nueva era en la que la humanidad toda—no solo una parte—participará en el esfuerzo para resolver los problemas con que se enfrenta el mundo actual. Cabe esperar que el mejoramiento de la condición de la mujer, a través de cambios revolucionarios en el orden cultural, educativo y económico, repercutirá también favorablemente en su estado de salud. La condición de la mujer, una cuestión hasta hoy marginal, se ha reconocido como un factor social decisivo en el desarrollo nacional. La Conferencia Mundial sobre Población de las Naciones Unidas, celebrada en Bucarest, Rumania (agosto de 1974), fue la primera reunión internacional en la que los Gobiernos hicieron un examen de población y desarrollo. Los temas se concentraron en las tendencias demográficas recientes y las perspectivas del futuro; los cambios demográficos y el desarrollo económico y social; la población, los recursos y el medio ambiente; la población y la familia. Uno de los puntos sobre los que se expresó una opinión unánime fue la necesidad de prestar atención a la condición de la mujer y a las funciones que le competen en el proceso de desarrollo. Se propuso a los Gobiernos un Plan Mundial de Acción, en el que se destacaba el mejoramiento del nivel y la calidad de vida del individuo como el objetivo principal del desarrollo, y del que forman parte integrante las metas y las políticas de población. Entre las importantes recomendaciones del Plan de Acción figura: la plena integración de la mujer en el proceso de desarrollo, mediante una mayor participación en las actividades educativas, socioeconómicas y políticas; la disminución de la mortalidad en la infancia y la niñez, por medio de una mejor nutrición, sanea-

miento, asistencia maternoinfantil y educación de la madre. No cabe duda que una acción concertada de los países redundará en beneficio del estado de salud de la mujer.

En la Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio, celebrada en Washington, D.C., en abril de 1963, y en conexión con la ejecución del Plan Decenal de Salud Pública (1961-1970), se destacó la necesidad de la participación de la mujer en los planes nacionales de salud. En esta Reunión se llegó a la conclusión de que la participación activa de la mujer en los planes nacionales de salud así como en la formulación y ejecución de los planes de desarrollo económico y social era indispensable para alcanzar los objetivos contenidos en la Carta de Punta del Este. En consecuencia se recomendó a los Gobiernos y organismos interamericanos e internacionales que actuaran más enérgicamente en favor de la consecución de este objetivo.

En la Reunión Especial de Ministros de Salud celebrada en Santiago, Chile (2-9 de octubre de 1972), la formulación de programas de salud maternoinfantil dentro de los planes nacionales de salud tenía carácter de prioridad. Las metas establecidas fueron, entre otras, la reducción de las tasas de mortalidad maternoinfantil (40%) y la extensión de los servicios (50%), incluidas la asistencia prenatal, la atención adecuada durante el parto, la vigilancia posnatal y el cuidado del lactante y el niño. Con este propósito se preparó una estrategia en la que por primera vez se consideró la atención médica maternoinfantil enmarcada dentro de los servicios de asistencia familiar, haciendo referencia expresa a las necesidades biológicas y sociales de la mujer en todo el ciclo vital.

La educación de la mujer con respecto a sus necesidades de salud y las de la familia constituyen un factor de mejoramiento en el estado de salud de la comunidad. Se debe informar a la mujer acerca de sus necesidades de salud, de posibles riesgos y manera de evitarlos, de la necesidad de una protección adecuada durante la gestación y el parto así como de sus requerimientos nutricionales. De igual manera debe conocer las necesidades de salud de sus hijos pequeños y los riesgos potenciales a que están expuestos.

Las necesidades de salud de la mujer joven merecen especial consideración. La educación en el seno de la vida familiar, la preparación para una maternidad plena de responsabilidades y el conocimiento de los problemas de salud relacionados con la conducta sexual y el comportamiento en las funciones de reproducción, constituyen los principales aspectos de este campo.

Los recursos humanos siguen siendo el elemento esencial para la prestación de servicios apropiados de salud. Se ha demostrado que para resolver los problemas de salud de América Latina y el Caribe, las enfermeras, las auxiliares de enfermería e incluso los miembros de la comunidad constituyen el elemento clave para una prestación satisfactoria de servicios de salud. Se observa ya una mayor intervención de la mujer en las actividades de salud: el 22% de los estudiantes de medicina en las Américas, y aproximadamente el 30% en América Latina son mujeres. No cabe duda que una participación más activa de la mujer no solo en la adopción de decisiones sobre su propia salud y la de su familia sino también en la formulación de políticas de salud y planificación de programas de salud para la comunidad, mejorará de manera considerable el estado de salud y los servicios de la población latinoamericana.