

# REUNION LATINOAMERICANA SOBRE MUJER, SALUD Y DESARROLLO<sup>1</sup>

## Introducción

Es ampliamente reconocido y cada vez cobra más fuerza, el estrecho vínculo existente entre la salud y el desarrollo. Donde priva la pobreza, las inadecuadas condiciones de saneamiento ambiental y la falta de asistencia sanitaria es difícil, si no imposible, alcanzar el desarrollo. En América Latina, por razones socioeconómicas, políticas y culturales, la condición inferior de la mujer la ubica en una situación de desventaja inicial que agudiza todos sus demás problemas. De allí que los esfuerzos dirigidos a mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer constituyen un asunto complejo y de alta prioridad que implica una modificación fundamental de las actitudes y las estructuras de la sociedad. Esto impone la necesidad de estimular y promover el proceso de participación social de hombres y mujeres para respaldarlo. Solo enfocando la situación de la mujer desde un ángulo multisectorial y multidisciplinario se llegará a comprender a cabalidad el porqué de su situación actual y la forma de abordarla con el fin de hacer una realidad su participación integral en el proceso de desarrollo de los países.

## Antecedentes

La Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, celebrada en Nairobi, Kenia, en 1985, señaló que aun cuando ha aumentado la percepción de los problemas que afectan a la mujer, persisten limitantes importantes para integrarla en el proceso de salud y desarrollo. La Conferencia adoptó las Estrategias Orientadas hacia el Futuro para el Adelanto de la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, que enmarcan su situación a nivel mundial, de una manera integral para el período 1986–2000. En el capítulo sobre desarrollo se establecieron como esferas concretas de acción para la participación en el proceso las de empleo, salud y educación.

En 1986, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana reafirmó el compromiso de los Gobiernos Miembros asumido durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976–1985) y consignado en el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, aprobando las Estrategias Regionales para el Futuro (1986–2000) que apoyan a los países miembros en el mejoramiento de la situación de salud y la calidad de vida de la mujer en América Latina.

<sup>1</sup> Versión condensada del documento del mismo nombre, informe preliminar, Organización Panamericana de la Salud y Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de la Familia de Venezuela. Las personas interesadas en obtener este documento o el informe final que está en preparación pueden dirigirse al Programa Mujer, Salud y Desarrollo en la sede de la OPS.

Estas estrategias se dirigen principalmente a fortalecer los puntos focales nacionales y desarrollar planes de acción, investigar y diseminar información, fomentar la colaboración externa e intersectorial, promover el desarrollo de los recursos humanos profesionales y técnicos, impulsar la participación social y la educación para la salud, mejorar el acceso a los servicios de salud y analizar y readecuar las legislaciones.

El Programa Regional sobre Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS, creado en 1983 con el propósito de promover, apoyar, ejecutar y dar seguimiento a las acciones desarrolladas en este campo, convocó la Primera Reunión Latinoamericana en Caracas, Venezuela del 1 al 4 de septiembre de 1987,<sup>2</sup> donde se hicieron presentes numerosos profesionales de los países, entre ellos los responsables de los puntos focales nacionales del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS, así como funcionarios internacionales de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización de los Estados Americanos (OEA), las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América. Venezuela estuvo representada por delegados de los ministerios vinculados con este campo.

Las representaciones nacionales se organizaron por grupos: el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay); el grupo de Centroamérica (El Salvador, Guatemala, Honduras, Costa Rica y Nicaragua), el grupo integrado por Cuba, México, Panamá y República Dominicana y el Grupo Andino (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). Durante este acontecimiento se examinaron en detalle las estrategias regionales priorizándolas según las características de los grupos de países. Además se elaboraron una serie de recomendaciones sobre aspectos específicos de salud de la mujer en América Latina y recomendaciones dirigidas a estimular la cooperación técnica entre países y el apoyo de los organismos internacionales de cooperación. Durante los discursos, ponencias y debates se trataron los temas generales y específicos de salud de la mujer que se resumen a continuación.

## Factores sociales de la salud

La salud es un producto social que se origina, funciona y se mantiene de acuerdo con las características de la sociedad en que se inserta. Esta aseveración general se particulariza en la salud de la mujer, la cual depende no solo del valor que la sociedad le otorga, sino también del lugar que la mujer ocupa en ella, sus funciones sociales tradicionales y modernas, y su realización como ser humano en situación de igualdad con el hombre, con deberes y derechos compartidos.

<sup>2</sup> Véase la nota sobre los objetivos de la Reunión en el Vol. 103, No. 4, 1987 del *Boletín*.

Por razones históricas y en distintos grados según los pueblos, la salud de la mujer se ha deteriorado debido a las múltiples funciones que desempeña en el hogar, en el trabajo y en la comunidad, y se ha visto aun más limitada debido a la crisis económica, social y política que afrontan los países de América Latina. Esta situación se ha agravado por la no adecuación de las estructuras para responder a este proceso.

Tradicionalmente la mujer ha sido vista esencialmente como un ente reproductivo, lo que ha condicionado una serie de actitudes estereotipadas en relación con su función personal y a nivel de su comunidad. La toma paulatina de conciencia de los derechos sociales y políticos de la mujer y de su importancia en todos los ámbitos de la sociedad ha generado un cambio de actitud en cuanto a la percepción de sí misma y de su papel en el plano individual y colectivo. Como consecuencia de este proceso, la mujer se ha organizado e integrado activamente a través de su participación en las comunidades, partidos políticos, sindicatos y actividades productivas.

La formación y capacitación de la mujer ha conducido a aumentar sus posibilidades de acceso a posiciones de decisión política y técnica que llevarán a una modificación de la estructura de poder, que a su vez facilitará el logro de la igualdad de la mujer en todos los planos.

## **Factores económicos de la salud**

El impacto de la crisis económica ha sido mayor en los grupos más vulnerables, en particular las mujeres de escasos recursos. El acceso de la mujer al trabajo y las condiciones laborales han estado también determinadas por su condición biológica, con marcadas situaciones de desigualdad. En la medida en que la mujer ejerza su pleno derecho a participar en el proceso productivo de la sociedad, también logrará el ejercicio de sus otros derechos. Esta perspectiva implica un cambio en la educación de la mujer, la identificación y ejecución de proyectos generadores de ingresos, y la constitución de fondos rotatorios y líneas de crédito dirigidos a la mujer pobre. Abogar por que la mujer sea reconocida como agente económico con iguales derechos que los hombres asegurará no solamente reforzar el papel de la mujer sino también mejorar la situación económica de las familias.

## **La mujer en la atención primaria de salud**

En esta reunión latinoamericana también se destacó el papel fundamental de la mujer en las actividades dirigidas a lograr la meta de salud para todos en el año 2000, mediante la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud.

En el hogar y la comunidad, la mujer ha venido desempeñando un importante papel en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos. De allí la necesidad de desarrollar acciones dirigidas a darle mejores y mayores posibilidades

de cumplir con esta función. Es conveniente por lo tanto dinamizar los programas que den servicios de salud a la mujer, que la eduquen para colaborar en la salud de sus familias y de sus comunidades y que la apoyen para que pueda contribuir más activamente.

## **La salud de la mujer y la información**

En la reunión apareció un tema muchas veces ignorado: el de la información de salud sobre la mujer y el subregistro de las estadísticas. Se reconoció unánimemente que estos problemas afectan a todos los sectores de la mayor parte de la Región, por lo que se recomendó que se incorporen en los sistemas nacionales de información la desagregación de los datos según sexo, como base para definir la situación de la mujer y sus prioridades, y la revisión de los indicadores de la morbimortalidad femenina para adecuarlos a las condiciones de la mujer. El análisis de las causas y posibles soluciones al subregistro fue ampliamente discutido.

## **Mortalidad materna**

Las mujeres de la Región tienen un alto riesgo de mortalidad materna. Mientras las tasas de mortalidad infantil en los países subdesarrollados son dos veces superiores a las de los países desarrollados, la mortalidad materna es entre 50 y 100 veces mayor. Entre las causas de mayor registro figuran la toxemia, las hemorragias y las infecciones. El registro parcial o erróneo de algunas causas de morbimortalidad materna encubre las cifras reales; el aborto, por ejemplo, no se registra por su ilegalidad y estigmatización.

El enfoque de riesgo es el arma más poderosa con que cuentan los servicios de salud para disminuir la mortalidad materna. Bajo este enfoque se incluyen los siguientes factores: embarazo en edades extremas de la vida, alta paridad, talla, estado y hábito nutricional, clase social, educación, estado civil, acceso a los servicios de salud (tanto más fácil para las mujeres de clase media, educadas, urbanas, y con una pareja estable, que para las mujeres de escasos recursos).

En la reunión se recomendaron medidas concretas, entre ellas concienciar a las mujeres sobre la inconveniencia del uso y abuso de ciertos procedimientos y tecnologías durante el embarazo y el parto; crear hogares para madres en riesgo con fácil acceso a los centros asistenciales; impulsar la educación sexual, especialmente en el grupo de menores de 20 años en quienes el embarazo es siempre riesgoso para la salud de la madre y del hijo.

## La violencia

En el continente se está tomando conciencia de la violencia física y psicológica como factor influyente y a veces determinante de la salud; de ahí que se haya recomendado especialmente no solo mejorar el subregistro de esta causa de morbimortalidad, sino también tomar medidas para que la violencia disminuya. Por ejemplo, capacitar a las mujeres para que denuncien los actos violentos de los que son víctimas; fomentar que se valoren como seres humanos y establecer programas contra el maltrato. En algunos países de la Región los homicidios y los suicidios ocupan lugares destacados en la mortalidad de la mujer y de la población en general. Se enfatizó en esta reunión la importancia de la doble y triple jornada de trabajo de las mujeres como causa de morbimortalidad.

## El cáncer en la mujer

Los tipos de cáncer más comunes en las mujeres de la Región son el cáncer del cuello uterino, de la mama y del endometrio. El primero tiene grandes posibilidades de detección por medio de la citología vaginal y de programas de control. También se señalaron las dificultades para la prevención y control del cáncer de la mama destacándose el valor del autoexamen, una de las formas más eficaces de detección precoz. El cáncer del endometrio es menos frecuente y está asociado principalmente con el uso terapéutico de hormonas, por lo cual en la reunión se hizo hincapié en que su administración esté en manos del médico especialista.

También se alertó sobre el hábito de fumar que crea problemas cada vez más graves, especialmente en las mujeres jóvenes, con consecuencias funestas para la salud, pues se relaciona no solo con el cáncer sino también con las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. En las embarazadas que fuman, el riesgo de tener hijos de bajo peso es mayor. Se esquematizaron los enfoques y actividades de prevención primaria y secundaria de tipo integral con respecto al cáncer ginecológico.

## Población infantil y adolescente

Las niñas constituyen aproximadamente el 50% de la población infantil. Por razones culturales y tradiciones de larga data, sufren desventajas con respecto a los niños, por lo que es importante acrecentar los esfuerzos para superar todas las formas de discriminación en la atención de sus necesidades básicas, tanto en el seno de sus familias como en los servicios que el Estado proporciona.

Es de suma importancia que los padres y las comunidades comprendan que las niñas tienen los mismos derechos de recibir atención de salud, afecto, nutrición, educación y oportunidades para desarrollarse como ciudadanas. Existen formas evidentes de discriminación en contra de las niñas, algunas vedadas, que es necesario dar a conocer, analizar y superar.

Las adolescentes son las que probablemente con mayor intensidad acusan formas de discriminación en la sociedad.

Existe la tendencia a pensar en su función como futuras madres y no en el papel que pueden desempeñar para el desarrollo de la sociedad, responsabilidades que deben ser compartidas con los hombres. Los gobiernos deben ofrecer oportunidades para su educación, formación y su posterior incorporación al trabajo, a fin de mejorar su situación de salud y condiciones de vida. □

## LA SALUD DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE<sup>1</sup>

### Introducción

En los últimos decenios, el desarrollo y expansión de los servicios de salud, el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social y los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la medicina han producido cambios significativos en las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad de la población. Aunque esos cambios son más apreciables en los países industrializados, día a día adquieren mayor significación en los países en desarrollo, donde se traducen en aumentos importantes de la esperanza de vida y en el envejecimiento de la población. Para el caso específico de América Latina y el Caribe, se estima que en 1980 había 23,3 millones de personas de 60 años y más (6,4% de la población total), mientras que se prevé que en el año 2000 este grupo aumentará a 40,9 millones (7,2%) y en el 2025, a 93,3 millones (10,8%). Estas cifras no dejan duda de la ingente tarea que los países de esta zona deberán afrontar en un futuro inmediato para ofrecer servicios sociales y de salud a las personas adultas y de edad avanzada.

Hasta ahora, el interés en el desarrollo de servicios para las personas de edad avanzada en América Latina y el Caribe ha sido en general muy limitado, y las políticas, programas y servicios para los ancianos han recibido poca prioridad y niveles mínimos de apoyo. Sin embargo, se comienza a advertir un giro en esta actitud. Los políticos y administradores de los sistemas de salud y de la seguridad social de algunos de los países latinoamericanos, ante las fuertes presiones de los cambios demográficos y la evidencia de que el elevado número de ancianos puede terminar por comprometer el funcionamiento de dichos sistemas, han iniciado acciones orientadas a planificar políticas y programas de atención de salud de este grupo de población de una manera más coherente.

<sup>1</sup> Basado en el documento "Programa Regional de Salud de los Ancianos. Situación actual y perspectivas", de Eliás Anzola-Pérez, OPS, presentado en la conferencia Aging, Demography and Well-being in Latin America, que se celebró en Gainesville, Florida, del 23 al 25 de febrero de 1988.