

comité ejecutivo del  
consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

grupo de trabajo del  
comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



95a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio-Julio 1985

Tema 13 del programa provisional

CE95/8 (Esp.)  
23 abril 1985  
ORIGINAL: INGLES

#### LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

En la Resolución XXVII de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana (1982) se solicita al Comité Ejecutivo que reúna a su Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo al menos dos veces al año para vigilar el programa correspondiente y analizar los adelantos alcanzados. Los integrantes del Subcomité (Canadá, Cuba y Ecuador) celebrarán su primera reunión el 21 de junio de 1985 para preparar su informe y presentarlo a la 95a Reunión del Comité Ejecutivo.

Puesto que este es el último año del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) y del Plan Quinquenal Regional de Acción para la Mujer, la Salud y el Desarrollo (MSD), el Subcomité analizará los adelantos alcanzados en ese campo en los últimos 10 años y puntualizará las prioridades y estrategias para el futuro.

La principal meta del Plan Quinquenal consiste en ayudar a la OPS y a sus Gobiernos Miembros a integrar plenamente a la mujer de las Américas en actividades nuevas y en marcha sobre la salud y el desarrollo. En su Resolución XV, la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981) adoptó el Plan Quinquenal Regional de Acción y solicitó que las actividades del mismo se integraran en el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000. Los dos planes se prepararon aparte a fin de garantizar que se prestara atención sin demora a la mujer, la salud y el desarrollo en la segunda mitad del Decenio para la Mujer. Las metas del Plan Quinquenal son una parte importante de las estrategias regionales que permiten considerar a las mujeres como grupo prioritario por su mayor vulnerabilidad y grado de exposición a los peligros sanitarios.

En su XXX Reunión (1984), el Consejo Directivo aprobó la Resolución VI (Anexo) en la que formula sus recomendaciones a los Países Miembros a efectos de que amplíen las oportunidades de formación de la mujer, hagan cumplir las leyes que protegen sus derechos y fortalezcan

los puntos focales nacionales del Programa MSD, fomentando su participación a nivel directivo y ofreciéndoles los recursos y el tiempo que necesitan para lograr una buena coordinación intersectorial entre las diversas instituciones gubernamentales y privadas.

El Consejo Directivo concordó también en que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana siguiera asignando prioridad al Programa MSD; para ofrecer formación especial a la mujer, que le permita competir con otros aspirantes a los altos cargos de la Organización; y cerciorarse de que las metas y acciones del Plan Quinquenal Regional de Acción puedan realizarse después de 1985 y, de hecho, se hallen integradas al plan de acción para la instrumentación de las estrategias conducentes al logro de la meta de salud para todos en el año 2000.

A manera de preparación para el informe del Subcomité y los debates al respecto, es posible que el Comité Ejecutivo desee examinar la resolución adjunta (CD30.R6) y las metas y actividades del Plan Quinquenal Regional para la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

Anexo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD



ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XXX Reunión

XXXVI Reunión

CE95/8 (Esp.)  
ANEXO

## RESOLUCION VI

## LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

LA XXX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la importancia que ha tenido el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer en el reconocimiento del papel de ésta en la sociedad por parte de los países de la Región y de las diversas agencias del sistema de Naciones Unidas y de otros organismos regionales;

Considerando, sin embargo, que para garantizar el mejoramiento del estado de salud de la mujer es necesario que dicho reconocimiento se traduzca en acciones concretas, en base a las metas del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y

Reconociendo que estas acciones deben continuarse más allá del fin del quinquenio, como parte integral de las estrategias para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000,

## RESUELVE:

- i. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
  - a) intensifiquen los esfuerzos para incrementar las oportunidades de educación para la mujer, que contribuyan a su desarrollo profesional y den el debido reconocimiento y apoyo a su importante contribución como proveedora y usuaria de la atención de salud en todos los niveles;
  - b) refuercen los puntos focales nacionales de MSD, asegurando su participación en el nivel decisorio y proporcionando a éstos los recursos y tiempo necesarios para que puedan lograr una adecuada coordinación intersectorial entre las distintas instituciones gubernamentales y las organizaciones femeninas no gubernamentales;
  - c) garanticen el cumplimiento de las leyes nacionales en vigor relacionadas con la protección de los derechos de la mujer y aseguren la eliminación de toda legislación discriminatoria.

2. Pedir al Director que:

- a) continúe dando prioridad al apoyo de las actividades nacionales para la aplicación del Plan Quinquenal y al Programa sobre MSD y continúe los esfuerzos para facilitar el intercambio de información y experiencias en este campo entre los Países Miembros, y que exhorte a los Representantes de la OPS en los países a celebrar regularmente reuniones con los jefes de las oficinas nacionales establecidas en los países para ocuparse de las cuestiones especiales relacionadas con las mujeres;
- b) proporcione adiestramiento especial en sectores clave de tal forma que las mujeres sean capaces de competir por los altos cargos de la Organización en un pie de igualdad, y que fije metas para dotar altos cargos con personal femenino;
- c) continúe dando apoyo específico al Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo para la realización de sus respectivas funciones, facilitando a los países representados en el mismo la recepción de información actualizada sobre el tema;
- d) asegure que las metas y acciones del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo se continúen más allá de 1985 y se integren plenamente al Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias para el Logro de la Meta de Salud para Todos en el Año 2000.

(Aprobada en la quinta sesión plenaria,  
celebrada el 26 de septiembre de 1984)



*comité ejecutivo del  
consejo directivo*

ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del  
comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



95a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio - Julio 1985

Tema 13 del programa

CE95/8, ADD. (Esp.)  
24 junio 1985  
ORIGINAL: INGLES

INFORME DEL SUBCOMITE ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

En cumplimiento del párrafo 4 de la parte dispositiva de la Resolución XXVII de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, compuesta por Representantes de Canadá, Cuba y Ecuador, se reunió el 21 de junio de 1985 en Washington, D.C., para examinar la labor desarrollada por la OPS y los Gobiernos Miembros con el propósito de ejecutar el Plan Quinquenal Regional de Acción para la Mujer, la Salud y el Desarrollo (MSD).

La Delegada del Canadá fue elegida por el Subcomité para presidir la reunión. Este procedió entonces a examinar el programa de temas propuesto por el Secretariado en el que se incluyeron la presentación del Secretariado sobre el progreso alcanzado, la discusión por el Subcomité sobre el progreso alcanzado y las estrategias futuras para la Región, y la formulación de recomendaciones al Comité Ejecutivo. El programa de temas fue revisado por el Subcomité a fin de incluir como tema adicional la participación de la OPS en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1985 (que se celebrará el mes de julio en Nairobi).

Junto con los informes elevados por el Secretariado (enumerados más adelante), se presentó a los miembros del Subcomité otros importantes documentos: 1) la sección sobre Salud y Nutrición del informe de Naciones Unidas en la que se resumen las respuestas de los Gobiernos Miembros a la encuesta sobre el progreso logrado durante el Decenio de la Mujer (Documento A/CONF.116/5); 2) el informe de Naciones Unidas sobre el progreso alcanzado durante el Decenio y los obstáculos encontrados por el sistema de Naciones Unidas (Documento A/CONF.116/8), y 3) el Informe del Director General de la OMS titulado "Colaboración dentro del Sistema de Naciones Unidas: La Mujer, la Salud y el Desarrollo" (Documento EB75/22).

El Subcomité encomió al Director por la reciente publicación sobre el estado de salud de la mujer en las Américas.

I. ACTIVIDADES DE LA OPS SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO  
(1976-1985)

El Subcomité examinó el informe del Secretariado sobre las actividades de la MSD llevadas a cabo en la Región durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, tomando nota de las actividades en curso en materia de educación para la salud y participación comunitaria, salud maternoinfantil y planificación familiar, nutrición de la mujer y el niño, control de enfermedades agudas y crónicas, salud ambiental y ocupacional, desarrollo de recursos humanos y servicios de asistencia social.

El Subcomité decidió presentar el informe al Comité Ejecutivo (Anexo I, separado) para facilitar el examen del Comité sobre el progreso alcanzado. El Subcomité solicitó además que se adjunte al informe un resumen de las actividades de la OPS durante el Decenio de las Naciones Unidas, junto con un cuadro sinóptico de las actividades de la MSD que se hallen en curso en la Región, por país.

Basándose en el informe, el Subcomité concluyó lo siguiente:

1. Ciertas necesidades nuevas en materia de salud apenas se reconocen al finalizar el Decenio de las Naciones Unidas, en particular cuestiones relativas a las tecnologías apropiadas de reproducción, salud mental de la mujer, aspectos relativos a la salud en la violencia contra la mujer, y salud ocupacional de la mujer. Los Países Miembros deberán examinar y mejorar las investigaciones sobre la salud de la mujer a fin de incluir éstos y otros temas de interés actual.

2. Además, los Países Miembros deberán examinar las funciones, participación y oportunidades de la mujer en el campo de la investigación así como el volumen de estudios centrados en las necesidades en materia de salud femenina.

3. Deberá reunirse y publicarse información estadística por sexo a fin de poder comparar adecuadamente las modalidades de las enfermedades y la utilización del sistema de salud diferentes entre hombres y mujeres.

4. Deberán elaborarse indicadores que permitan la evaluación de los programas y actividades a fin de determinar el progreso alcanzado en el logro de las metas de la MSD y en la integración de la MSD en las metas de salud para todos en el año 2000;

5. El Subcomité elogió al Director por las medidas ya tomadas en el área de salud maternoinfantil y planificación familiar pero expresó las inquietudes actuales no reflejadas todavía en la mayoría de los informes sobre la MSD que aún siguen las modalidades tradicionales. Estos incluyen: esterilidad, enfermedades epidémicas de transmisión sexual y papel masculino y femenino en la planificación familiar responsable, sexualidad y paternidad.

6. Deberán fortalecerse las capacidades de los Gobiernos Miembros para llevar plenamente a cabo los programas mediante la adjudicación de becas para proporcionar pasantías con Puntos Focales de modo de compartir las pericias técnicas en este campo.

II. INFORME SOBRE EL CANCER DEL CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA DE SALUD DE LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

El Subcomité examinó el informe que habfa solicitado el Secretariado durante la última reunión celebrada en octubre de 1984. El Subcomité reconoció la excelente calidad de dicho informe y la utilidad de este tipo de comunicación para adquirir un mayor conocimiento de la magnitud de ciertos problemas de salud y para definir las actividades necesarias para abordarlos.

Se pidió al Secretariado que para la reunión siguiente del Subcomité se redacte un documento actualizado semejante sobre la salud mental de la mujer en todas las etapas del ciclo vital, enfocando tanto la función productiva como reproductora de la mujer. Dada la pobreza de información actualmente disponible sobre el tema, el Subcomité consideró que se trata de un tema apropiado para continuar estudiando.

El subcomité decidió presentar el informe sobre control del cáncer del cuello uterino al Comité Ejecutivo (Anexo II, separado).

Basándose en dicho informe, el Subcomité concluyó lo siguiente:

1. El cáncer del cuello uterino representa una seria amenaza para la salud de la mujer en América Latina y el Caribe. Más de 30.000 defunciones por año se deben a esa causa y muchas de ellas ocurren a edades relativamente tempranas.

2. Actualmente, los programas de control son inadecuados y los exámenes colectivos no parecen alcanzar debidamente a los grupos de población más vulnerables. En muchos países, las actividades de control de cáncer del cuello uterino se realizan en pequeña escala, carecen de coordinación y eficiencia y suelen realizarse separadamente de otros programas de atención primaria y secundaria.

3. Además existe evidencia del examen reiterado e innecesario de mujeres que corren poco riesgo y de la comercialización de la tecnología utilizada en estos exámenes. Es menester crear conciencia pública sobre la necesidad de la detección y el tratamiento precoz de las lesiones preinvasoras a fin de educar a la comunidad y de hacerla participar en el control del cáncer del cuello uterino.

4. Los programas de exámenes colectivos integrales costarían menos que el tratamiento de grandes números de tumores invasores del cuello uterino actualmente no detectados en sus primeros estados, cuando el tratamiento es más eficaz y menos costoso.

5. Por lo tanto, los Gobiernos Miembros deberán instituir programas de control de cáncer del cuello uterino mediante el examen colectivo en gran escala que abarque todo el país como componentes integrales de los servicios generales de salud.

6. Los Gobiernos Miembros deberán establecer programas de educación tendientes a incrementar el conocimiento de la mujer acerca de la patogénesis, riesgos y tratamiento de cáncer del cuello uterino, a fin de que aumente su participación en las actividades de prevención y control.

7. Se necesita con urgencia contar con la cooperación del Director y con el apoyo de los Países Miembros a fin de mejorar las capacidades nacionales de desarrollo apropiado y eficaz de programas nacionales de control de cáncer del cuello uterino.

### III. INFORME SOBRE LA CONDICION DE LA MUJER EN LA OSP

El Secretariado presentó un informe resumido sobre la contratación, capacitación y promoción de mujeres profesionales en la OSP durante los últimos 10 años, y en respuesta al pedido formulado por el Subcomité en su última reunión, el Secretariado presentó también un resumen de las medidas que actualmente están tomando otras agencias de las Naciones Unidas y de organismos internacionales en materia en contratación, selección y promoción de mujeres profesionales.

El Subcomité decidió anexar el informe resumido presentado por el Secretariado al informe que presentara al Comité Ejecutivo así como la información adicional solicitada por el Subcomité sobre la contratación de mujeres como consultoras a corto plazo y asesoras temporeras (Anexo III, separado).

Basándose en dicho informe, el Subcomité concluyó lo siguiente:

1. El Director ha realizado notables esfuerzos por seleccionar, contratar y promover mujeres profesionales en la OSP pero, dado que las mujeres todavía se hallan subrepresentadas en los niveles superiores (P4 y superiores), es menester intensificar los esfuerzos.

2. La meta recientemente establecida por la OMS de elevar al 30% la proporción de mujeres en cargos profesionales deberá considerarse también como una meta apropiada para la OPS.

3. En otras agencias se lanzaron algunas iniciativas de las que la OSP podría derivar nuevas ideas para mejorar la condición de la mujer, con la excepción de dos agencias, FAO y UNESCO, las cuales en sus procesos de selección favorecen la selección de una mujer siempre que haya que elegir entre una mujer y un hombre igualmente idóneos para el puesto.

IV. PARTICIPACION DE LA OPS EN LA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER

El Subcomité discutió la importancia de la próxima Conferencia Mundial de la Mujer en la articulación de estrategias futuras para los años posteriores al Decenio hasta el año 2000. Basándose en la importante función de liderazgo desempeñada por la OPS en la Región en el área de la mujer, la salud y el desarrollo, y dadas las numerosas actividades del Programa MSD ya en marcha en los Países Miembros, el Subcomité recomendó que el Director garantice la representación de la OPS en la conferencia de Nairobi.

El Subcomité observó además que la OPS es la organización regional apropiada para representar las necesidades y contribuciones femeninas en el campo de la salud en las Américas. La Organización deberá desempeñar un activo papel en la configuración de las Estrategias Futuras de la Conferencia y hacerse presente para aceptar las indicaciones de la conferencia sobre la mayor integración de la mujer, la salud y el desarrollo en los programas de salud y desarrollo de la Región.

V. PROYECTO DE RESOLUCION

El Subcomité propone que el Comité Ejecutivo apruebe una resolución en los términos siguientes:

PROYECTO DE RESOLUCION

LA 95a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Reconociendo que el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, en cumplimiento de la Resolución XXVII de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, se reunió para evaluar el programa y examinar lo realizado, y

Habiendo revisado el informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo,

RESUELVE:

Recomendar a la XXXI Reunión del Consejo Directivo que apruebe la resolución siguiente:

LA XXXI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente que el Decenio Internacional de la Mujer ha revelado que la salud de la mujer constituye un factor determinante importante del desarrollo nacional y que la salud de una nación también depende del desarrollo de la mujer, especialmente en los sectores de la salud, la educación y el empleo;

Reconociendo que la mujer representa aproximadamente el 80% de todos los proveedores de atención de salud en la mayoría de los países de la Región, pero se halla todavía subrepresentada en los niveles normativos, de planificación y de toma de decisiones;

Considerando que los segmentos más pobres de la sociedad urbana y rural se hallan sobrerrepresentados por las mujeres, sobre todo por aquellas que tienen la total responsabilidad del cuidado de los hijos o que se hallan entradas en años o lisiadas;

Reafirmando la continua importancia de todas las resoluciones de la OPS relativas a la mujer, la salud y el desarrollo (CSP19.R27, CD23.R10, CD24.R25, CD27.R17, CD28.R15, CSP21.R27, CD29.R22, CD30.R6), así como la resolución más reciente de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el tema (WHA28.27).

Felicitando al Director por los logros obtenidos hasta ahora en colaboración con los Gobiernos Miembros, la cooperación entre las agencias, así como por el inicio de la colaboración con el sector no gubernamental, particularmente en lo concerniente a la educación en salud;

Encomiando además al Director por el progreso notable alcanzado en el establecimiento y desarrollo de los Puntos Focales del Programa MSD en los Países Miembros y en la OPS, por la ayuda y el estímulo brindados al Punto Focal Regional mediante visitas sobre el terreno, talleres y seminarios, por el importante documento sobre cáncer del cuello uterino, y la reciente publicación sobre la salud de la mujer en las Américas;

Teniendo en cuenta que al finalizar el Decenio se requerirán ingentes esfuerzos para mejorar el estado de salud de la mujer y para incrementar su participación activa en la atención de salud en la Región;

Reconociendo además que los objetivos y actividades del Programa MSD siguen siendo parte integral de las estrategias regionales para alcanzar las metas de salud para todos en el año 2000 y que, efectivamente, su logro es imposible sin la participación activa de la mujer como agente y beneficiaria, y

Reconociendo que las Estrategias para el Futuro recientemente articuladas por la OMS y más generalmente formuladas en la Conferencia Mundial de la Mujer en 1985 requieren la interpretación y ejecución regional,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
  - a) Examinen, reafirmen y renueven el compromiso contraído con los objetivos de la mujer, la salud y el desarrollo que abordan las necesidades en materia de salud física y mental de la mujer tanto en su función productiva como reproductora en el contexto del desarrollo socio-económico, y adopten planes de acción eficaces basados en las Estrategias para el Futuro así como en las Estrategias regionales encaminados a lograr la salud para todos en el año 2000;
  - b) Reconozcan los aportes reales y potenciales de la mujer en el sector salud y en el desarrollo socioeconómico general, trabajando sistemáticamente para integrar a la mujer en todos los niveles de la planificación, organización y prestación de los servicios de atención de salud;
  - c) Fortalezcan las capacidades de los Puntos Focales de la OMS para estimular las actividades apropiadas y para vigilar el progreso alcanzado e informar sobre el mismo.
2. Pedir al Director que:
  - a) Reafirme el compromiso de la OPS de llevar a cabo los continuos mandatos de la Organización relativos a la mujer, la salud y el desarrollo y la elaboración de las Estrategias para el Futuro mediante:
    - i) La provisión de apoyo total al Programa Regional de la Mujer, la Salud y el Desarrollo como parte integral de las responsabilidades generales de la OPS, y la seguridad de que los programas técnicos de la OPS enfoquen claramente las necesidades y aporte de la mujer en materia de salud;
    - ii) La elaboración de Estrategias Regionales para el Futuro y normas de orientación para las actividades que han de integrarse en los planes a corto, mediano y largo plazo para la mujer, la salud y el desarrollo como parte de las estrategias de la Región encaminadas a alcanzar la salud para todos en el año 2000.
  - b) Reunir al Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo dos veces por año a fin de vigilar el

progreso alcanzado, proponer soluciones para la resolución de los problemas identificados y promover la acción concertada sobre la mujer, la salud y el desarrollo.

Anexos: Distribuidos por separado



*comité ejecutivo del  
consejo directivo*

ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del  
comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



95a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio-Julio 1985

---

Tema 13 del programa

CE95/8, ADD. (Esp.)  
24 junio 1985  
ORIGINAL: INGLES

INFORME DEL SUBCOMITE ESPECIAL SOBRE LA MUJER,  
LA SALUD Y EL DESARROLLO

ANEXOS:

- I: Actividades de la OPS relativas a la mujer, la salud y el desarrollo, 1976-1985
- II: El cancer del cuello uterino como problema de salud de la mujer en América Latina y el Caribe
- III: Situación de la mujer en la OPS

ACTIVIDADES DE LA OPS RELATIVAS A LA MUJER,  
LA SALUD Y EL DESARROLLO, 1976-1985

## INDICE

	<u>Página</u>
ANTECEDENTES . . . . .	1
INTRODUCCION . . . . .	3
ADELANTOS LOGRADOS (1976-1985) . . . . .	3
1. Fortalecimiento y utilización de la capacidad institucional . . . . .	3
2. Investigación e información sobre los problemas de salud de la mujer . . . . .	7
3. Desarrollo de programas . . . . .	10
a. Educación sanitaria y participación de la comunidad . . . . .	10
b. Salud maternoinfantil y planificación familiar . .	12
c. Nutrición de la mujer y del niño . . . . .	15
d. Control de las enfermedades agudas y crónicas/Salud del adulto . . . . .	16
e. Salud ambiental y ocupacional . . . . .	18
f. Desarrollo de recursos humanos . . . . .	20
g. Servicios de apoyo . . . . .	22
CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS PARA EL FUTURO . . . . .	23

## INFORME DE PROGRESO

### Actividades de la OPS relativas a la mujer, la salud y el desarrollo, (1976-1985)

#### ANTECEDENTES

Con este informe se pretende ayudar al Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (MSD) a vigilar los adelantos logrados en la instrumentación del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. El Subcomité se reúne dos veces al año a pedido del Comité Ejecutivo de la OPS, según lo dispuesto en la Resolución XXVII de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana (1982) y del propio Plan Quinquenal precitado (Punto 1.4.2).

El Plan Quinquenal fue preparado por el Subcomité sobre la MSD y aprobado por el Consejo Directivo para cumplir con las disposiciones del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985). El Programa Mundial de Acción para la Segunda Mitad del Decenio (1980) instó a los gobiernos a dar prioridad al mejoramiento de las condiciones de la mujer en los sectores de empleo, educación y salud. El fomento de este criterio integral que permite considerar la salud de las personas junto con las condiciones socioeconómicas y culturales es el resultado de la estrategia de atención primaria de salud, a la que se suscribieron todos los gobiernos del mundo en la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y de las estrategias Regionales para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000, que siguen actualmente los países de las Américas. Por ende, los términos "la mujer, la salud y el desarrollo" se refieren a la compleja interrelación que existe entre las condiciones de salud de la mujer y su desarrollo socioeconómico.

Como consecuencia de las costumbres y actitudes predominantes que asignan una baja condición social a la mujer y limitan sus oportunidades educativas y económicas, la mujer se halla a menudo atrapada en un círculo de pobreza, ignorancia y mala salud, que la convierte en la más pobre de los pobres. El mejoramiento de la salud de la mujer es el secreto para alcanzar las metas de salud y desarrollo porque su estado de salud afecta no solo la forma en que contribuye al bienestar de su familia, la comunidad y la sociedad, sino también su capacidad de tener, criar y educar hijos sanos. Además, en casi todas las sociedades, la mujer es quien enseña los hábitos de higiene y presta atención de salud a su familia y a la comunidad. Si sigue en un ambiente de pobreza e ignorancia, no podrá cumplir efectivamente con su misión ni se reconocerá como es debido el valor de sus actividades de atención de salud. Por ende, el Programa sobre la MSD tiene una doble finalidad: mejorar las condiciones de salud de la mujer y fomentar su progreso económico y social.

La principal meta del Plan para la Mujer, la Salud y el Desarrollo consiste en ayudar a la OPS y a los Gobiernos Miembros a integrar debidamente a la mujer en sus actividades de salud y desarrollo en marcha y en otras que se establezcan en el Hemisferio. Las actividades del Plan Quinquenal deben integrarse en los planes nacionales de acción y en las realizadas para lograr la meta de salud para todos en el año 2000. No se pretende crear programas que se concentren únicamente en la mujer sino más bien cerciorarse de que en todos los programas y proyectos de salud se le tenga en cuenta y se fomente y apoye su plena participación en todos los aspectos de las actividades sanitarias.

La concentración en la 'mujer, la salud y el desarrollo' ha surgido gradualmente dentro de una amplia campaña por incorporar a la mujer en todos los campos del desarrollo social y económico conocidos comúnmente como 'la mujer en el desarrollo'. La mayoría de los programas de desarrollo son genéricos y se destinan a beneficiar a todos por igual; sin embargo, algunas veces han hecho que la mujer se vuelva 'invisible' porque la norma inconsciente es el hombre y se ignoran los problemas particulares de la mujer, entre los que se destacan, la falta de dinero en efectivo para pagar servicios y medicinas; la menor movilidad física para buscar servicios de salud; la timidez de acudir a los profesionales de salud; la tensión física y mental que le causa su pesada carga de trabajo (que muchas veces pasa desapercibida y no le reporta ninguna recompensa); la exposición excesiva a las enfermedades transmitidas por el agua; la desnutrición causada por patrones culturales discriminatorios y la exposición a peligros tanto en el hogar como en el lugar de trabajo. Muchos programas de salud suelen concentrarse únicamente en la función reproductiva de la mujer, haciendo caso omiso de su función socioeconómica y productiva.

Otro problema peculiar en los programas de salud es la dificultad de efectuar cambios en el enfoque de los sistemas de atención médica paternalistas, jerárquicos y muy estructurados que, por tradición, glorifican la función predominante del médico. En ese sistema, las mujeres han sido siempre pacientes pasivas o ayudantes subordinadas. El hincapié que actualmente se hace en la salud preventiva, la atención primaria, la participación de la comunidad y la mujer en la salud y el desarrollo ha comenzado a cambiar esa orientación.

El enfoque relativo a 'la mujer, la salud y el desarrollo' es una imagen integral de la mujer como planificadora, promotora y proveedora de educación y atención de salud así como beneficiaria. Es preciso reconocer y apoyar la función indispensable que cumple la mujer en la salud y el desarrollo y hacer que participe plenamente en las decisiones que afectan no solo a su propia salud sino a la de su familia y la de la comunidad.

## INTRODUCCION

En este informe se resumen las actividades en el campo relativo a la mujer, la salud y el desarrollo en la Región de las Américas durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. Este documento se concentra en las actividades realizadas a niveles regional y nacional. Lamentablemente, no existe una base cuantitativa o explícita que sirva para medir los adelantos porque es muy poca o nula la información relativa a la MSD que existía antes del Decenio. Por consiguiente, la mejor manera de indicar los adelantos consiste en documentar hasta qué punto se ha convertido la condición de la mujer en motivo de interés en la Región y explicar las medidas adoptadas para mejorar la salud de la mujer y fomentar su participación en las actividades de salud y desarrollo.

El informe se basa en información proporcionada al Punto Focal de la OPS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo por los Gobiernos Miembros y los diversos programas regionales y nacionales de la Organización. Por tanto, la información aquí presentada no es exhaustiva ni cubre muchas actividades realizadas fuera de la OPS. Se ha obtenido de informes nacionales y de respuestas a cuestionarios preparados por la OPS, la Comisión de las Naciones Unidas sobre la Condición de la Mujer y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA). La Secretaría de la OPS ha presentado informes anuales al Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo desde 1982. Puesto que el presente informe cubre un decenio, aquí se resume gran parte de la información incluida en esos informes.

Pese a las limitaciones de datos sobre el tema, se ha hecho todo lo posible por analizar y verificar las diversas estadísticas disponibles a fin de determinar las tendencias, los logros y los sectores que constituyen problemas y, de esa manera, indicar de la forma más exacta posible cuáles han sido los logros del Decenio y ayudar a canalizar las estrategias y los campos de acción para el futuro.

El informe se ha organizado según los principales campos de acción del Plan Quinquenal. Dentro de éstos, se indican los adelantos logrados a niveles regional y nacional prestando atención a las políticas, los planes, la experiencia en materia de ejecución y los factores que han impedido o facilitado el progreso, cuando procede. A nivel nacional, los ejemplos tienen carácter de ilustración únicamente--no se pretende describir con ellos todas las actividades nacionales, ni la omisión de una actividad en un país determinado implica que no se haya realizado ninguna.

### ADELANTOS LOGRADOS (1976-1985)

1. Fortalecimiento y utilización de la capacidad institucional
  - a. Política y mecanismos de ejecución

El desarrollo de las actividades relativas a la mujer, la salud y el desarrollo dentro de la OPS como organización regional ha llevado varios años (véase Apéndice I). Antes de iniciarse el Decenio de las

Naciones Unidas para la Mujer, ya se vislumbraban algunas manifestaciones de interés por la participación de esta. Por ejemplo, desde 1963 se reconoció la necesidad de que la mujer interviniera activamente en la salud y el desarrollo socioeconómico nacionales, en una reunión especial de los Ministros de Salud de la Región celebrada en Washington, D.C.

En virtud de una serie de resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS durante varios años (1974-1980), se aprobaron las metas del Decenio y se recomendó por todos los medios que se adoptaran las medidas pertinentes y se estableciera un sistema para evaluar los adelantos logrados en ese campo.

En 1980, en cumplimiento de una resolución del Consejo Directivo, se estableció un Subcomité del Comité Ejecutivo cuyo mandato consistía en preparar un Plan Regional de Acción para la Mujer, la Salud y el Desarrollo y en vigilar los adelantos logrados en su ejecución. Como se indicó anteriormente, el Plan Quinquenal Regional de Acción fue adoptado por el Consejo Directivo en septiembre de 1981. En esa época, el Consejo recomendó que el Director estableciera un mecanismo para coordinar y fomentar las actividades relativas a la mujer, la salud y el desarrollo e informara anualmente al Consejo Directivo y al Subcomité Especial.

En 1981, el Subdirector de la OSP fue nombrado punto focal de las actividades relativas a la MSD y poco después se estableció el Programa Regional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo para fomentar y coordinar las actividades del Plan. En la Organización se estableció una red de puntos focales para garantizar la ejecución del plan.

Las metas de salud para todos por medio de la atención primaria de salud, establecidas por la OPS/OMS durante el Decenio, están directamente relacionadas con el mejoramiento de la condición de la mujer y su participación en la salud. Los elementos básicos de atención primaria de salud tales como la participación de la comunidad, la coordinación intersectorial, el concepto del riesgo, el uso de tecnologías apropiadas y la atención primaria de salud por medio de educación compartida, son esenciales para mejorar la condición de la mujer y exigen la plena participación de ésta para poder llevarlos eficazmente a la práctica.

En 1981, el mismo año en que se adoptó el Plan sobre la MSD, el Consejo Directivo de la OPS aprobó también el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000. En el mejoramiento de la condición de salud de la mujer y de su participación en el desarrollo está el secreto del éxito de ese Plan de Acción y el de la atención primaria de salud en que se basa.

Los gobiernos han logrado hasta cierto punto incorporar las metas y estrategias del Plan sobre la MSD en las políticas, los planes y los programas nacionales de salud. Para 1984, 19 países ya habían integrado las metas y actividades del Plan en su estructura nacional de salud o se proponían hacerlo. A nivel nacional, parece que la teoría sobre la

mujer, la salud y el desarrollo se convirtió en política y acción, a un paso más acelerado, después de establecer Puntos Focales regionales y nacionales y oficinas para la mujer, que ofrecieron una buena estructura para fines de colaboración y acción.

Para junio de 1984, 33 de los 35 Países Miembros de la OPS habían establecido puntos focales para la MSD a fin de fomentar y coordinar las actividades a nivel nacional y, a excepción de tres países, todos habían creado dependencias nacionales (oficinas o unidades) encargadas de trabajar sobre la condición de la mujer.

b. La mujer, la salud y el desarrollo en los programas de la OPS

En el Plan Quinquenal se indica que las actividades relativas a la mujer, la salud y el desarrollo deben realizarse por intermedio de los programas ordinarios regionales y nacionales. La función de los puntos focales regionales y nacionales consiste en fomentar, coordinar y vigilar esas actividades. El punto focal regional de la OPS ha trabajado en estrecha coordinación con los programas técnicos de la Organización para establecer proyectos integrados y un criterio universal para ejecutar el Plan Quinquenal. Se ha realizado una serie de actividades en las que se presta particular atención a las investigaciones, la capacitación, la difusión de información y el establecimiento de programas y se ha procedido a incorporarlas a los programas técnicos en marcha dentro de la Organización. La OMS formuló un marco de referencia para determinar los aspectos correspondientes a la mujer en los programas de desarrollo sanitario, inclusive algunos relativos a planificación, ejecución y vigilancia, que la OPS ha traducido al español y distribuido a los Puntos Focales de la Región.

Entre 1983 y 1985, la OPS organizó tres seminarios-talleres regionales para fomentar las medidas adoptadas a nivel de país en relación con las metas y actividades descritas en el Plan Quinquenal. Entre los participantes de 19 países se destacaron los puntos focales nacionales, varios funcionarios públicos, representantes de organismos internacionales y funcionarios de la OPS, tanto de la Sede como del exterior. Como resultado de cada seminario, se prepararon planes de trabajo de actividades específicas que se realizarán en los países representados.

La mayoría de los países afirma que a nivel nacional las actividades relativas a la mujer, la salud y el desarrollo se realizan por medio de sus programas ordinarios de salud y desarrollo (véase Apéndice II). En muchos países se ha trabajado por coordinarlas con las de otros organismos del gobierno y en otros se han coordinado hasta cierto punto con las de las entidades privadas. Sin embargo, esos vínculos son débiles en la mayoría de los países.

Entre los obstáculos citados por los países para incorporar las actividades del Plan sobre la MSD en los programas en marcha están la crisis económica que está sufriendo la mayoría de los países en la Región

ahora, la falta de mecanismos eficaces de coordinación intersectorial; el desconocimiento de los conceptos relativos a la mujer, la salud y el desarrollo por parte de los funcionarios del programa y de la necesidad de mantener ese enfoque, y la falta de recursos por parte de los Puntos Focales. Algunos países del Caribe indicaron que les es difícil vincular a las oficinas que trabajan en pro de la mujer (donde están localizados la mayoría de los Puntos Focales del Caribe) con los programas del Ministerio de Salud.

A nivel nacional, la OPS está colaborando con los países para vencer algunos de esos obstáculos por medio de cooperación técnica y de apoyo a proyectos de investigación y además de talleres y conferencias nacionales para familiarizar al público con los asuntos relativos a la salud de la mujer y estrechar la coordinación entre los diferentes organismos. Por ejemplo, en 1984 y 1985 se celebraron varias reuniones nacionales o regionales en Argentina, Canadá, Colombia, Haití y México para discutir asuntos relativos a la mujer, la salud y el desarrollo y definir más claramente las medidas que deberían adoptarse a niveles nacional y local.

#### c. Colaboración con otros organismos

Para evitar duplicación de esfuerzos y garantizar una mejor coordinación y un máximo uso de recursos, la OPS ha establecido y mantenido contactos con otros organismos internacionales que trabajan activamente por mejorar la condición de la mujer en la salud y el desarrollo. Desde que se inició el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, la OPS ha ampliado el intercambio de información, participado en reuniones regionales y mundiales y trabajado por mejorar la coordinación con otros organismos tales como PNUD, FNUAP, INSTRAW, FAO, UNICEF, OIT, BID, el Banco Mundial, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM).

La OPS es miembro del Grupo Especial Interorganismos de las Naciones Unidas sobre la Función de la Mujer en el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental y colabora con el PNUD en la evaluación de las repercusiones que para la mujer tienen los programas de los organismos de las Naciones Unidas en ciertos países del mundo (Haití, en esta Región).

La Organización ha establecido contactos también con varias entidades no gubernamentales que trabajan en actividades relativas a la mujer, la salud y el desarrollo a nivel internacional, entre otras, el International Center for Research on Women, el Overseas Education Fund, el Fondo Pathfinder, el Consejo de Población, el International Women's Tribune Center e ISIS International.

También se ha logrado coordinar mejor las actividades de la OMS y las de la OPS para mejorar la salud de la mujer y fomentar su participación en el desarrollo, como resultado de los mecanismos establecidos durante el Decenio y del mejor sistema de intercambio de información y comunicaciones entre esta Oficina Regional y la Sede.

d. La mujer en la OPS

El mejoramiento de las condiciones de trabajo de la mujer en la OPS es un elemento importante del Plan Quinquenal y de una serie de resoluciones sobre la mujer, la salud y el desarrollo aprobadas por los Cuerpos Directivos durante el Decenio. Un estudio efectuado en 1975 permitió descubrir que la mujer no estaba suficientemente representada dentro del grupo profesional de la OPS y que ocupaba principalmente puestos de grados bajos. A partir de 1976, se enviaron varias cartas a los Gobiernos Miembros instándoles a que asumieran la responsabilidad que les correspondía en este empeño nombrando mujeres profesionales idóneas para llenar varias vacantes en la Organización. Por medio de las Representaciones de País de la OPS se han establecido contactos con organizaciones profesionales femeninas y con varias universidades y se ha buscado su cooperación para anunciar las vacantes existentes en la OPS.

Hasta donde ha sido posible, se ha incluido a la mujer en los comités de selección y en otros grupos consultivos de personal, tales como los mixtos de trabajo formados por representantes de la Administración y del personal. Además, se ha dado amplia publicidad a las resoluciones sobre la mujer, la salud y el desarrollo y a las actividades de enseñanza destinadas a beneficiar a la mujer, realizadas como parte del programa de desarrollo y capacitación de recursos humanos de la Organización.

En 1980, se creó la Agrupación de Integración de la Mujer al Desarrollo (WRDG) fue formada por varias funcionarias de la Sede con el fin de mejorar la condición de la mujer en la OPS. Dicho grupo ha organizado talleres, publicado boletines de información y patrocinado discusiones de grupo, conferencias y presentaciones de películas sobre asuntos relativos a la condición de la mujer y a su participación en el trabajo de la OPS, especialmente a nivel directivo.

En términos estadísticos, la proporción de funcionarias en las categorías profesionales y superiores de la Organización aumentó de 19% en 1975 a 22% en 1985, un decenio después. El número de mujeres que ocupan "altos" cargos en los grados P.4 y superiores ha aumentado, igualmente, del 30% de todas las mujeres profesionales en 1975 al 38% en 1985.

2. Investigación e información sobre los problemas de salud de la mujer

La información sobre la salud de la mujer ha sido siempre fragmentada, incompleta o poco fiable y nada fácil de comparar y evaluar por la diferencia de las definiciones y los indicadores, lo que dificulta el establecimiento de una correlación clara entre las actividades del sistema de salud y las condiciones de salud de la mujer. Además la información tiene una base muy limitada y se concentra casi exclusivamente en las causas de defunción y en la salud materna.

En muchos lugares, la información estadística no se desglosa por sexo y sin ello es casi imposible determinar con precisión el estado general de salud de la mujer.

La OPS y los países tratan de subsanar algunas de las deficiencias existentes en la base de información sobre la salud de la mujer, explorando nuevos campos de investigación.

Una obra especializada sobre la condición de la salud de la mujer en las Américas, próxima a publicarse, ayudará a crear una base de datos viable y medidas e indicadores estadísticos para determinar los adelantos logrados en lo que respecta al mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer.

La Organización realizó recientemente un estudio sobre la conducta en materia de salud y nutrición en el que se examinan los factores que influyen en la distribución de recursos dentro del hogar, que puede representar una desventaja para la mujer. El objetivo del proyecto consiste en identificar nuevas clases de intervenciones didácticas para combatir esos problemas fomentando una distribución más equitativa de responsabilidades y beneficios, con lo que se pretende mejorar el estado nutricional de las niñas y de las mujeres.

La OPS realiza actualmente varias encuestas sobre los problemas sanitarios y sociales de los ancianos en 10 países y uno sobre las enfermedades crónicas y los ancianos en un país. Se ha dado también a la tarea de preparar y difundir información sobre la salud maternoinfantil, la fecundidad, la anticoncepción, las diversas clases de cáncer que afectan a la mujer, la diabetes, la hipertensión y la salud mental, concentrándose particularmente en las necesidades de la mujer.

Casi todos los países indican que han emprendido alguna clase de investigación sobre la salud de la mujer. Aunque los detalles de ésta varían mucho, el campo más común es el relativo a las funciones reproductivas de la mujer, en el que los problemas de salud son más apremiantes. Diecinueve países han indicado que realizan o pretenden realizar investigaciones sobre nutrición materna en relación con el embarazo y la lactancia; 9, sobre la salud del adolescente; 5 sobre el aborto y asuntos relativos a la anticoncepción; 5 sobre los factores de riesgo para la madre, la morbilidad o la mortalidad; 3 sobre asuntos relacionados con el embarazo y la lactancia natural y uno sobre las enfermedades de transmisión sexual y los efectos que tienen para la madre y el niño los medicamentos empleados durante el embarazo.

Otras investigaciones abarcan la salud ocupacional de la mujer (inclusive un estudio sobre los quehaceres domésticos y los accidentes ocurridos en el hogar); la salud general de la mujer y los servicios de salud para esta (aunque la mayoría de esas investigaciones quizá se concentra en la reproducción); la salud de la mujer anciana y la mujer emigrante o refugiada.

En un reducido número de países se realizan investigaciones institucionales u operativas sobre la incorporación de la mujer al sistema de salud. Cinco países han notificado estudios sobre la función de la mujer en la atención primaria de salud ya sea como profesional o persona remunerada o como trabajadora de salud voluntaria, y en lo que resta de 1985 un país pretende realizar un estudio sobre la mujer en la salud y las ocupaciones sociales. Varios países han realizado investigaciones sobre el fortalecimiento y la institucionalización de sus programas para la mujer, la salud y el desarrollo, desarrollado programas de enseñanza sanitaria para la mujer e incluido a la mujer en el trabajo relativo a la eliminación de los desechos sólidos.

Existen varios problemas que afectan la salud de la mujer pero que han recibido relativamente poca atención, tales como la nutrición deficiente en todas las edades como resultado de patrones culturales discriminatorios, los efectos de las enfermedades transmitidas por el agua y por vectores, particularmente en las zonas rurales, los aspectos sanitarios de la violencia con respecto a la mujer (violencia en el hogar y violación) y la salud mental de la mujer.

La OPS ha empleado sus diversas series de publicaciones y canales informativos para dar a conocer lo relativo a los problemas y actividades de salud en pro de la mujer. Se han incluido periódicamente varios artículos en las publicaciones de la OPS y la OMS tales como el Bulletin, Boletín, The Chronicle, World Health Magazine y CAREC Surveillance Report.

Otras publicaciones relativas a la mujer, la salud y el desarrollo que se han editado durante el Decenio comprenden las siguientes (la mayoría puede obtenerse tanto en inglés como en español):

- Health Conditions in the Americas, 1977-80, 1982, que incluye una sección sobre la mujer.
- Environmental Health: Country and Regional Activities in the Americas, Environmental Series 2, 1982. Esta publicación contiene una sección especial sobre la mujer y el medio ambiente.
- The Final Report on the Symposium for Human Resources for the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade, Publicación Científica No. 437, 1983, incluye un artículo titulado "La mujer: el recurso humano subutilizado".
- Women, Health and Development, Publicación Científica No. 448, 1983, comprende el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.
- Mandate for Change: Women, Health and Development in the Americas, 1983. Folleto de 16 páginas en el que se explican los principales asuntos y las medidas recomendadas sobre el tema de la mujer, la salud y el desarrollo, partiendo de la base del Plan correspondiente.

- Salud Maternoinfantil y Atención Primaria en las Américas: Hechos y Tendencias, Publicación Científica No. 461, 1984. En esta obra se incluyen varios artículos sobre la nutrición y la salud de la mujer.
- Community Participation in Health and Development in the Americas: An Analysis of Selected Case Studies, Publicación Científica 473, 1985, que contiene numerosas referencias a la participación de la mujer en proyectos y programas de salud.
- Selected Funding Sources for Women, Health and Development in the Americas, 1984.
- La Salud de la Mujer en las Américas, Publicación Científica No. 488, 1985.
- Health of Adolescents and Youth in the Americas, 1985.
- Fertility and Health: The Latin American Experience, 1985.
- Contraceptive Prevalencies in Latin America, 1985.

### 3. Desarrollo de programas

Una importante función del Programa OPS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo ha sido el fomento y el apoyo prestados a las actividades relativas a la salud y la participación de la mujer, realizadas por intermedio de los diversos programas técnicos de la OPS. Como se indicó anteriormente, el trabajo de la Organización en ese campo representa un criterio de integración y colaboración que abarca todos los programas técnicos pertinentes. En las próximas sesiones se resumen las actividades de esos programas relativas a los sectores prioritarios indicados en el Plan Quinquenal.

#### a. Educación sanitaria y participación de la comunidad

Las organizaciones femeninas tienen características especiales que las convierten en factores indispensables para la participación de la comunidad y fundamentales para el éxito de las actividades de atención primaria de salud. La serie de actividades realizadas en 1983 con el fin de fomentar y apoyar la participación de las organizaciones femeninas en la atención primaria de salud representó un importante esfuerzo regional por fomentar la plena incorporación de la mujer a la atención primaria.

Se identificaron varias organizaciones femeninas que tienen posibilidades de participar en actividades de atención primaria de salud y se analizaron a cabalidad varias actividades de salud de las mismas en cuatro países a fin de puntualizar los campos de trabajo de esos grupos. Posteriormente, se reunió un grupo de trabajo integrado por representantes de organizaciones femeninas, de los Ministerios de Salud y de la OPS de tres de esos países. Dichos participantes discutieron la forma en que los grupos femeninos podrían participar más eficazmente en

la atención primaria de la salud y en que los Ministerios de Salud, las organizaciones femeninas y la OPS podrían facilitar esa colaboración. Las pautas emanadas de esa reunión se distribuyeron a todos los Países Miembros de la OPS junto con el informe correspondiente a la misma, con la esperanza de fomentar y fortalecer las actividades realizadas en colaboración.

En 1982, la OPS realizó varios estudios de casos sobre la participación de la comunidad en la atención primaria de salud en diversas comunidades rurales y urbanas de ocho países, que revelaron la forma en que los integrantes de la comunidad participan y dejan de intervenir en actividades de mutuo beneficio y en las que la salud y el sistema de atención de ésta desempeñan una función importante. Parte del análisis de los resultados publicados este año por la OPS se ha dedicado a la participación de la mujer.

La OPS ha preparado una guía de educación comunitaria en perinatología que ofrece información básica que deben saber la mujer embarazada, su familia y la comunidad para que el embarazo, el parto y la vida del recién nacido se conviertan en una experiencia saludable. Esta guía servirá de base para establecer programas de enseñanza de perinatología basados en las comunidades de muchos países de la Región, en los que se prestará particular atención al cuidado de la propia salud y a la participación de la comunidad.

Según el análisis de actividades nacionales, 18 países han informado que capacitan a las mujeres como trabajadoras de salud de la comunidad y 12 que adiestran a las parteras tradicionales y las incorporan al sistema de atención primaria de salud. En más de la mitad de los países se realizan activos programas de educación sanitaria para la mujer a fin de instarla a mejorar la atención propia y la de su familia. Solo siete países han indicado que la población femenina vigila las condiciones de salud y determina las necesidades a nivel de la comunidad y otros tres, que la mujer participa en la planificación y adopción de decisiones sobre salud, a nivel local. Aunque 19 países han indicado que las organizaciones femeninas participan en actividades de atención primaria de salud a niveles nacional o local, en la mayoría de los casos no existe suficiente información para determinar la clase y el grado de participación prestada y, por ende, es difícil puntualizar su importancia.

Algunos de los problemas encontrados por los países al fomentar la participación de la población en general o de la mujer encuentran explicación en la aparente falta de atención al adiestramiento del personal de salud en las técnicas necesarias para fomentar y apoyar la participación de la comunidad: solo siete países han indicado que el personal de salud recibe esa clase de capacitación.

En algunos países se han encontrado medios innovadores para difundir información sobre salud e impartir enseñanzas sanitarias a la mujer. Por ejemplo, en el Ecuador se incorporan las enseñanzas sobre salud maternoinfantil, planificación familiar, nutrición y detección de

cáncer en los programas de adiestramiento en alfabetización. Perú y México se valen de las novelas transmitidas por televisión para impartir enseñanzas de salud y en el primero se han preparado también materiales en quechua. Muchos países del Caribe tienen dinámicos programas de educación sobre la vida de familia destinados a los jóvenes, en los que participan las organizaciones femeninas. Cuba y Nicaragua informan que existe una estrecha colaboración entre el sistema de salud del Gobierno y las organizaciones femeninas nacionales, cuyas afiliadas son trabajadoras de salud de la comunidad.

En 1986 se pretende celebrar una reunión de representantes de los países centroamericanos con funcionarios del Instituto Interamericano para la Infancia a fin de discutir las actividades de atención primaria de salud realizadas por la comunidad y de proceder a su evaluación.

b. Salud maternoinfantil y planificación familiar

La atención apropiada durante el embarazo y el parto es indispensable para la salud y el bienestar de la mujer y para el de las futuras generaciones. Las mujeres de edad fecunda y los niños menores de 15 años representan 70% de la población en la mayoría de los países de la Región.

Los problemas reproductivos son todavía un motivo de profunda preocupación en esos países y aunque la mortalidad materna ha venido disminuyendo en toda la Región, las complicaciones del embarazo y del parto todavía causan un elevado porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 44 años en muchos países, que en 1978 se situó entre 5 y 18%. Este problema se agrava por la incidencia del aborto provocado. Aunque no se dispone de estadísticas fidedignas ya que el aborto es ilegal en la mayoría de los países de la Región, la morbilidad y mortalidad por esa causa no se notifican como es debido y, al parecer, la incidencia del aborto parece aumentar, en términos generales.

El mejoramiento de la capacidad de la mujer para cuidar a sus hijos y a su familia por medio de sistemas de apoyo es el único criterio que verdaderamente permite mejorar la salud del lactante y del niño pequeño. Después de todo, es la madre quien decide casi siempre si los niños deben ser vacunados y cuándo se debe emplear la terapéutica de rehidratación oral, amamantar y destetar al niño. Aunque la formación de la mujer es indispensable para mejorar su función de madre, ésta no puede actuar sola y necesitará un mayor apoyo del que le puede dar la información propiamente dicha. <sup>1/</sup>

En los últimos diez años se han ampliado las actividades de salud maternoinfantil en la Región, a las que la OPS y los Gobiernos Miembros dan cada vez mayor prioridad. El Programa de Salud Maternoinfantil ha trabajado en estrecha colaboración con el Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y con otros pertinentes. Se ha emprendido una

---

<sup>1/</sup> Estado Mundial de la Infancia, UNICEF, 1985, pág. 9.

serie de actividades para apoyar a los países en sus esfuerzos por resolver los problemas sanitarios de las mujeres y los niños. Se han introducido los conceptos de atención primaria de salud, inclusive la continuidad de la atención, la participación de la comunidad y de la familia, el uso de tecnologías apropiadas, la coordinación multisectorial y el fomento de medidas preventivas por medio de educación sanitaria realizada con la participación de los destinatarios.

En la mayoría de los países, los servicios de atención materno-infantil se concentran en elementos tales como inmunización, planificación familiar y control de las enfermedades respiratorias y diarreicas y se ha logrado ampliar la cobertura y mejorar el servicio. Sin embargo, existen todavía países y grupos en los que las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantil indican la existencia de graves problemas de salud que deben resolverse rápidamente para poder alcanzar las metas regionales de salud. La atención prenatal, perinatal y posnatal es todavía limitada en lo que respecta a la cobertura y la calidad de los servicios.

La OPS colabora con los países para fortalecer y ampliar la cobertura de sus programas de atención de salud durante el embarazo, el parto, la infancia y la adolescencia. Entre las actividades respectivas están formación apropiada en salud materno-infantil y planificación familiar para todo el personal de salud y el de sectores afines de ésta, particularmente maestros y trabajadores sociales. El trabajo se ha concentrado en la participación de la mujer no solo como usuaria y beneficiaria de los servicios sino también como autoridad en lo que respecta a la planificación, prestación y evaluación de servicios. En la actualidad se fomenta la participación de la familia y de la comunidad en las decisiones relativas a la salud.

Con el fin de mejorar los programas de salud materno-infantil por medio de una mayor comprensión de los problemas de salud de la población destinataria, la OPS ha comenzado a colaborar con los países en varios proyectos de investigación. Por ejemplo, se realiza actualmente un proyecto interregional para determinar la gravedad de la mortalidad materna y sus causas. Partiendo de las conclusiones derivadas, se preparará un plan de acción para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas dentro del marco de las estrategias regionales para lograr la meta de salud para todos en el año 2000.

La salud de la mujer se ve afectada a menudo no solo por falta de atención durante el embarazo y el parto sino por haber tenido hijos muy a menudo o cuando todavía era demasiado joven. La interrupción del embarazo indeseado por medio del aborto ilegal representa un grave peligro para la salud de la mujer. Por causa de esos problemas y del deseo que tienen muchas mujeres y sus cónyuges de limitar el número de hijos, las actividades de planificación familiar se han convertido en elementos cada vez más importantes de los programas de salud pública de la Región. En los últimos diez años, el número de países que prestan servicios de planificación familiar como parte de sus respectivos

programas de salud pública ha aumentado de 17 en 1975 hasta una cifra que en 1985 incluye a todos los Gobiernos Miembros de la OPS, excepto 3. En muchos países existen además dinámicos programas patrocinados por el sector privado.

Como se indicó en el Documento CE95/16 del Comité Ejecutivo, pese a reconocerse cada vez más la necesidad de prestar servicios de planificación familiar y de que el Gobierno se comprometiera a establecerlos en toda la Región, las encuestas realizadas en los países siguen indicando que el índice de embarazos indeseados es todavía muy elevado. En muchas regiones, los servicios no son ni siquiera adecuados para atender las demandas de las mujeres sexualmente activas de 15 a 44 años que no desean quedar embarazadas pero que no disponen de anticonceptivos.

Como parte de su amplio programa de cooperación con los países en el campo del crecimiento y la reproducción humanos, la OPS y FNUAP patrocinaron un estudio por intermedio de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia sobre las características sociodemográficas y los problemas de las madres solteras adolescentes. Los resultados de dicho estudio se emplearán para idear soluciones a fin de mejorar la situación sanitaria y social de dicho grupo en ese país y la metodología empleada en el estudio pronto se distribuirá a toda la Región.

También se realizan investigaciones en Cuba, México y Panamá sobre las creencias y la conducta de los adolescentes en relación con la sexualidad. En los países de habla inglesa del Caribe, se han ideado modelos didácticos para adolescentes sobre el uso de anticonceptivos. Este método es muy importante en el Caribe donde 11 países tratan actualmente de realizar programas de educación sobre la vida de familia, que se concentrarán cada vez más en las necesidades de los adolescentes en el futuro, especialmente en lo que respecta a la salud reproductiva.

Con el fin de mejorar la atención de salud maternoinfantil por medio de la atención primaria, la OPS ha preparado recientemente una serie de publicaciones sobre temas como la mortalidad, la fecundidad y la salud de la madre, la prevalencia y el uso de anticonceptivos y la salud del adolescente.

En lo que respecta a desarrollo de tecnología de la salud, la OPS ha traducido al español y distribuido a toda la Región informes sobre evaluaciones de tecnologías médicas empleadas en la atención de salud de la mujer tales como vigilancia fetal electrónica, proyección de imágenes ultrasónicas, detección del cáncer del cuello uterino, amniocentesis y mamografía.

En 1984 y 1985 la OPS y la Oficina Regional para Europa (EURO) de la OMS celebraron dos conferencias interregionales sobre tecnología apropiada en atención prenatal y durante el parto. En esas dos reuniones, varios especialistas de las Américas y de Europa analizaron la función apropiada de la tecnología médica en la atención prenatal y el proceso del nacimiento. El papel central de la mujer y su derecho a una

buena atención fueron algunos de los importantes temas discutidos en las reuniones e incluidos en las recomendaciones derivadas de las mismas. La memoria de las dos conferencias se publicará y distribuirá en toda la Región. Además, se proyecta celebrar en 1986 una tercera reunión patrocinada por la OPS y EURO sobre el uso de tecnología apropiada en la atención posnatal.

c. Nutrición de la mujer y del niño

Aunque en la Región se presta cada vez mayor atención a los programas de nutrición y se ha establecido la existencia de varios problemas nutricionales en la Región, todavía se sabe muy poco sobre el estado nutricional relativo de los niños de ambos sexos y sobre la nutrición de la mujer durante el embarazo y aun los datos relativos a éste son limitados. Por varios años, la OPS ha venido trabajando en la distribución de información y materiales de enseñanza sobre alimentación y nutrición por intermedio de sus centros subregionales y fomentando y apoyando la realización de talleres nacionales sobre la lactancia materna y la nutrición infantil. Ha colaborado también con el Programa Mundial de Alimentos en la ejecución y evaluación de programas de alimentación suplementaria realizados en 14 países en los que se tiene en cuenta a la mujer embarazada y lactante.

Otras actividades regionales de la OPS abarcan participación en un grupo especial formado en 1981 por la OPS/OMS para trabajar en lactancia natural y nutrición materno-infantil, que ha llevado a la realización de otras investigaciones con el apoyo de la OMS y una conferencia internacional sobre apoyo comunitario a las madres lactantes realizada en Jamaica en 1982, en la que se hizo hincapié en la función de las organizaciones femeninas como estructura de apoyo y se recomendó una mayor participación de la mujer en todas las etapas del desarrollo de proyectos. El estudio realizado actualmente por el Programa de Alimentación y Nutrición sobre la distribución de recursos dentro del hogar ya se ha citado en la sección relativa a investigación. En cumplimiento con las conclusiones del mismo, este año se proyecta realizar varias actividades de investigación y capacitación del personal de salud.

El Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS ha señalado tres campos de acción prioritarios: fomento de políticas multisectoriales y de planes relativos a la nutrición; incorporación de las actividades de nutrición en los programas de atención primaria de salud y fomento de la participación de la mujer en todos los aspectos de las actividades de alimentación y nutrición, y fortalecimiento de las instituciones nacionales y regionales y de la cooperación entre las mismas.

En el Plan Quinquenal se recalca la necesidad de mejorar la nutrición de la mujer y de que ésta participe en actividades de nutrición. El 75% de los países de la Región, como mínimo, dirigen las actividades de enseñanza sobre nutrición hacia la mujer embarazada y lactante y la mayoría tiene programas de alimentación suplementaria, aunque su cobertura es a menudo limitada.

Solo dos países de la Región han indicado que tienen en cuenta las necesidades nutricionales de la mujer de otras edades: Venezuela informa que su política de nutrición cubre a personas de todas las edades y de ambos sexos y no únicamente a las mujeres embarazadas y a los niños. En un informe recibido de México se indica que se realizan encuestas ordinarias de nutrición y se recalca la necesidad de que la mujer de todas las edades esté bien nutrida, citando las principales diferencias en cuanto a nutrición y desarrollo físico de los niños y las niñas, causadas por distinciones culturales. En ningún informe se indicó que se haya prestado especial atención a las necesidades nutricionales de la mujer anciana.

d. Control de las enfermedades agudas y crónicas/Salud del adulto

El cáncer es una de las cinco causas principales de defunción de la mujer en toda la Región. Los diversos tipos de cáncer del sistema reproductivo están entre los más comunes en la mujer, particularmente el del cuello uterino y el de mama, cuya incidencia ha aumentado. Aunque el cáncer de mama ocurre en grupos de mujeres de ingresos elevados y comienza a predominar en los países más desarrollados de la Región, el del cuello uterino representa un grave problema para los países y las mujeres más pobres. El cáncer del pulmón entre la población femenina también ha comenzado a aumentar en la Región ya que hoy en día es mayor el número de mujeres fumadoras.

Las cardiopatías y las enfermedades cardiovasculares son otras afecciones crónicas cuya incidencia y tasa de mortalidad son elevadas en la Región. Aunque la tasa de defunción entre las mujeres es mucho menor que entre los hombres, la elevada tasa de hipertensión entre las mujeres en algunas regiones ha contribuido a elevar la de defunción femenina. Un factor relacionado que complica la situación es la elevada incidencia de diabetes mellitus, particularmente entre las mujeres posmenopáusicas, observada en algunas partes de la Región. Las tasas de defunción por diabetes son más elevadas entre las mujeres ancianas que entre los hombres y contribuyen a aumentar la tasa de defunción por enfermedades cardiovasculares.

Por último, la modernización ha incrementado el número de mujeres ancianas, particularmente en las zonas urbanas. El mayor índice de migración y la menor tasa de mortalidad han llevado a la mujer a predominar entre los ancianos. Las mujeres han experimentado un mayor avance en la esperanza de vida que los hombres en lo que va de este siglo, habiendo aumentado en Estados Unidos de América de 48 años en 1900 hasta los 75 en 1973 (para los hombres esas cifras han sido de 46 y 68 años, respectivamente). En América Latina la esperanza de vida pasará en las mujeres de 64 en 1975-1980 a 70 años en 1995-2000; en los hombres esas cifras serán 60.5 y 65.9 años, respectivamente.

Las fuerzas de modernización están acabando con el sistema de apoyo tradicional prestado por la familia a los ancianos y los gobiernos carecen de recursos para subsanar esa deficiencia en la mayoría de los

casos, de manera que los países de la Región deberán luchar contra el problema del número cada vez mayor de ancianas expuestas a la malnutrición y a las enfermedades crónicas, muchas de las cuales carecen de recursos para cuidarse a sí mismas por causa de las desventajas económicas y sociales que rodean a la mujer en general y el hecho de que una alta proporción viven solas.

En lo que respecta a las necesidades especiales de salud de la mujer, la OPS ha incrementado notablemente sus actividades concentrándolas en la detección precoz y el control del cáncer del cuello uterino y de mama, recalcando la necesidad de integrar esas actividades de lucha en los programas de atención primaria de salud. Aunque las técnicas existentes son adecuadas, los problemas consisten en identificar a las mujeres más expuestas al riesgo de cáncer, ampliar la cobertura y prestarles la debida atención una vez detectado el problema.

Pese a que existen varios programas y actividades de lucha contra el cáncer de cuello uterino en los países de América Latina y del Caribe, el efecto de los mismos en la mortalidad ha sido menor de lo que se esperaba. Muchas de estas actividades no tienen cobertura adecuada, falta coordinación y eficiencia, y están aisladas de programas de atención primaria y secundaria. En Cuba y Puerto Rico se ha demostrado la posibilidad de realizar programas de control del cáncer con éxito en el medio latinoamericano. Sin embargo, éstos constituyen una excepción de la regla.

En muchos países, las actividades de control del cáncer del cuello uterino se realizan en pequeña escala, carecen de coordinación y eficiencia y a menudo están aisladas de otros programas de atención primaria y secundaria.

Como parte de este empeño por fomentar el control eficaz del cáncer del cuello uterino en la Región, en 1984 la OPS patrocinó junto con la Sociedad Americana de Lucha contra el Cáncer, una reunión regional en México a la que asistieron funcionarios públicos, profesionales de salud y representantes de las sociedades voluntarias de lucha contra el cáncer de la Región. Esta reunión internacional fue una de las primeras en ofrecer un medio para que las organizaciones públicas y privadas se juntaran a discutir la colaboración relativa a la lucha contra el cáncer del cuello uterino en las Américas. Durante el curso de la reunión se discutió y perfeccionó un manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino, preparado por la OPS.

Además de las actividades de lucha contra el cáncer, la OPS ha acopiado y difundido información sobre diabetes e hipertensión, trastornos que constituyen graves problemas para la salud de la mujer, y sobre salud mental y otros problemas sanitarios y sociales que afectan a la mujer anciana.

Además, la OPS ha fomentado el análisis de los datos sobre enfermedades, desglosados por sexo, y se propone realizar estudios y actividades de vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual y de sus efectos para la salud de la mujer y del niño y preparar estrategias de prevención y control.

Diecisiete países de la Región indicaron que realizan programas de control de las enfermedades de transmisión sexual pero 11 dejaron de señalar la cobertura según el sexo. El resto mencionó los programas actualmente realizados y previstos que se destinan a la mujer.

Solo tres países indicaron que realizan actividades o programas de salud mental específicos para la mujer; otros en los que existen también esas actividades, dejaron de especificar el sexo. En ciertos países del Caribe se abordan algunas veces los asuntos relativos a la salud mental en los programas de educación sobre la vida de familia. Dada la prevalencia de hogares encabezados por mujeres, los proyectos de autoayuda destinados a la mujer, tales como los de generación de ingresos, le permiten hacer frente a la tensión que representa el sostén de la familia sin auxilio de nadie. En Guatemala se han realizado algunas actividades sobre los aspectos psicosociales del parto y en Jamaica la atención psiquiátrica forma componente del programa de partería.

e. Salud ambiental y ocupacional

La mujer es indispensable para el éxito de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento puesto que a menudo es quien carga el agua, controla su uso y está a cargo de la higiene del hogar. Se trabaja por fomentar actividades concretas a niveles regional y nacional en las que se incluya a la mujer. La OPS se encuentra preparando pautas específicas para mejorar la participación de la mujer en los programas nacionales de salud ambiental. Entre las recomendaciones está la integración de la mujer a la estructura institucional existente, la consecución, capacitación y promoción de mujeres para ocupar cargos directivos, administrativos y técnicos en el campo de la salud ambiental, la preparación de materiales didácticos y de información pública para la mujer sobre sus papeles en las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento y el apoyo a la participación de organizaciones femeninas en ese sector.

La OPS está preparando además una lista de consultoras en ingeniería sanitaria y ciencias del medio ambiente en la Región y en algunos casos ha asignado fondos para que las profesionales especializadas en salud ambiental de la Región asistan a reuniones internacionales.

Desde 1981 la OPS ha participado en varias actividades relativas a la mujer, la salud y el desarrollo, entre las que se destacan el apoyo dado a las propuestas para fomentar la participación de la mujer en los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento; la presentación de un informe en una conferencia internacional sobre la mujer como innovadora en los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento y la inclusión de artículos sobre la participación de la mujer en las publicaciones de salud ambiental. La OPS ha colaborado también con el Proyecto Mundial del PNUD sobre la participación de la mujer en el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental en varios países de la Región.

La mayoría de los países deberían fortalecer el vínculo que existe entre la salud ambiental y las necesidades de la mujer en la salud y el desarrollo. Se han tenido en cuenta los esfuerzos hechos por fomentar la participación de la mujer en las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento al establecer programas específicos para que intervenga en la planificación y el funcionamiento del sistema del abastecimiento del agua.

Con la cooperación de la OPS, se realiza un programa en Honduras en el que varios grupos femeninos trabajarán en proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento como parte del programa mundial del PNUD precitado. Además, Barbados, Guyana, Jamaica y Santa Lucía han propuesto actividades relativas a la participación de la mujer en el campo del saneamiento. En Jamaica se ha establecido un proyecto con la colaboración de la OPS para adiestrar a las mujeres de la comunidad en la recopilación de estadísticas sobre abastecimiento de agua.

En parte como resultado de la migración femenina y también del cambio social y económico general, muchas mujeres trabajan hoy en día fuera del hogar. Por ejemplo, Brasil informa que el número de mujeres casadas que trabaja fuera del hogar se triplicó entre 1970 y 1977, llegando casi al 29% del total. Venezuela indica que la participación de la fuerza laboral femenina ha aumentado de 18% en 1961 a 27% en 1978. En Cuba, se triplicó el número de mujeres trabajadoras entre 1958 y 1975; las mujeres representan hoy en día casi 36% de la población activa y su porcentaje de participación aumenta más rápidamente que la tasa total de crecimiento de la fuerza laboral. En Barbados, la mujer representa el 39% de la población activa.

Aunque las estadísticas oficiales indican que la mujer representa, en promedio, una cuarta parte de la fuerza de trabajo, su participación es en realidad mucho mayor en la mayoría de los casos, particularmente en el sector agrícola, el medio doméstico y otros empleos del sector no estructurado, donde existen deficiencias no solo de recopilación de estadísticas sino de protección laboral.

La atención se centra cada vez más en los riesgos y problemas especiales de la mujer en relación con la salud ocupacional. Las mujeres trabajan en muchos casos en pequeñas fábricas, cuyas condiciones de salud y seguridad son bastante precarias. Es numeroso el grupo de mujeres empleadas en las fábricas de textiles, donde están expuestas a sustancias tóxicas y al polvo de la fibra. En todas las clases de trabajo, la mujer sufre la tensión física y mental de una doble carga de trabajo.

Ocho países indicaron que han tomado ciertas medidas relativas a la salud ocupacional y seguridad de la mujer y tres afirmaron que tienen planes de hacerlo. Esas medidas consisten, por lo general, en legislación laboral o reglamentos sobre las condiciones de salud y seguridad y a menudo prohíben que la mujer desempeñe ciertas clases de trabajo o limitan sus horas hábiles. Gran parte de esa legislación se refiere al embarazo. Algunos países indican que ese reglamento no se hace cumplir a cabalidad y que cubre a la mujer solo parcialmente ya que son pocas las reglas destinadas al servicio doméstico y al empleo en el sector no estructurado, donde se concentra la mayoría de las trabajadoras.

En algunos países se realizan o se pretende realizar investigaciones sobre los riesgos ocupacionales para la mujer. Por ejemplo, las autoridades bolivianas indican que la mayoría de las mujeres que trabajan en el sector laboral estructurado ocupan los empleos menos remunerados en las fábricas y que son frecuentes las infracciones de las leyes laborales. En la actualidad se acopia información sobre las industrias que emplean mujeres y el Gobierno pretende establecer políticas nacionales relativas a la salud ocupacional y a la seguridad de la mujer tanto en los sectores estructurados como en otros.

Colombia, Cuba, Ecuador y Guyana han indicado que tienen leyes sobre salud y seguridad para proteger a la mujer trabajadora. En Guatemala y Bolivia también existen esas leyes pero es difícil hacerlas cumplir. Una organización privada ha realizado investigaciones en Perú sobre los problemas de la mujer que trabaja en minería y en otras industrias.

f. Desarrollo de recursos humanos

Las mujeres son más numerosas que los hombres entre los proveedores de atención de salud de la Región y representan, en promedio, cerca del 80% del personal de salud. Un aspecto importante del Plan Quinquenal de la OPS consiste en garantizar a la mujer igualdad de empleo, remuneración y condiciones de trabajo en el sector de salud y aumentar el número de mujeres que ocupan cargos directivos y gerenciales.

Los esfuerzos de la OPS por fomentar la participación y la influencia de la mujer como profesional y proveedora de atención de salud en la comunidad se han centrado en talleres, actividades de apoyo a estudios nacionales y realización de estudios regionales sobre el programa de adjudicación de becas de la OPS, con particular referencia a la mujer.

La Organización y tres de sus Países Miembros participaron en un proyecto sobre la mujer como proveedora de atención de salud durante 1982-1984, en la que se abordó la participación de la mujer en las decisiones en ese campo, la formación y el perfeccionamiento de ella para las profesiones de la salud y la capacitación y participación de la mujer de la comunidad en la prestación de servicios de salud.

En la actualidad, la OPS trabaja con los países para puntualizar y atender las necesidades de la mujer que trabaja en profesiones de la salud orientadas hacia ella tales como la enfermería profesional y auxiliar. La Organización se encuentra trabajando con autoridades de cinco países para estudiar la profesión de enfermería en lo que respecta a cargos ocupados, horas y compensación en comparación con otras profesiones de la salud.

En su empeño por fomentar la mayor adjudicación de becas por parte de los Países Miembros para el desarrollo y la formación de la mujer, la OPS realizó un estudio sobre las becas concedidas a mujeres, cuyos resultados y recomendaciones se enviaron a cada Gobierno Miembro en 1983. En el informe se presentan y comparan datos sobre becarios desde

1971 hasta 1975 y desde 1976 hasta 1980 para demostrar las características del programa destinado a la mujer, establecer y promulgar políticas para mejorar su condición y ofrecer indicadores para medir los adelantos.

Los resultados de ese estudio indican que entre 1971 y 1980 el porcentaje de mujeres becadas aumentó de 31 a 41% y llegó a 43% en 1981, el primer año del Plan Quinquenal. En 1984, las mujeres recibieron el 45% de todas las becas concedidas por la OPS.

Para complementar ese estudio, en 1983 se inició una evaluación para determinar el éxito logrado en la adjudicación de becas a largo plazo (un mes o más) a las mujeres en comparación con los hombres, entre 1976 y 1980. Lamentablemente, fue difícil obtener resultados de importancia estadística porque sólo se respondió un reducido número de cuestionarios. En 1986 se proyecta realizar una evaluación comparativa de las personas becadas entre 1981 y 1985, en la que se espera tener más éxito.

Algunos países han ofrecido ejemplos concretos de las medidas tomadas para ampliar la formación y capacitación de la mujer como proveedora de atención de salud. De hecho, a nivel mundial, de todas las preguntas sobre salud y nutrición contenidas en el cuestionario de las Naciones Unidas sobre los adelantos logrados en el Decenio para la Mujer, la relativa a las prácticas discriminatorias respecto de la mujer como proveedora de atención de salud fue la que se dejó de responder o se respondió negativamente con mayor frecuencia.

En algunos países de la Región se han emprendido actividades concretas para ampliar la participación de la mujer a niveles administrativos y ejecutivos dentro del sector de salud. Por ejemplo, en Colombia se efectuó un estudio para determinar la influencia del sistema educativo en la participación de la mujer en las ocupaciones de salud. Con la colaboración de la OPS, en 1984 se celebró un taller sobre el desarrollo de la competencia directiva y administrativa de la mujer como proveedora de atención de salud. Jamaica realizó un taller similar también en ese año, como primera etapa de un proyecto para formular programas directivos y administrativos para la mujer.

Se ha logrado progresar en algunos campos. Por ejemplo, el número de mujeres matriculadas en programas de estudios de medicina acusa una tendencia ascendente en toda la Región durante el decenio, aunque no se dispone de datos fidedignos. En el Canadá, las mujeres representan del 40 al 50% de los estudiantes de medicina mientras que en los Estados Unidos de América el número de mujeres matriculadas aumentó 321% entre 1972 y 1982, en comparación con un aumento de 14% en el caso de los hombres. En el Uruguay, el porcentaje de mujeres estudiantes de medicina aumentó de 45% entre 1971 y 1980 a 59% entre 1981 y 1983.

En varios países se observa un mayor número de mujeres en cargos del sector de salud (ocupados tradicionalmente por hombres) médicos, odontólogos, veterinarios, etc.), y en algunos existen políticas especiales para fomentar esa tendencia pero no así en otros. Por ejemplo, en Cuba y Paraguay, hoy en día es igual el número de mujeres y

hombres que trabajan en el campo de la medicina. Venezuela informa que en 1982 cerca del 21% de los médicos eran mujeres y en Perú se registró un aumento del número de médicas de 5% en 1970 a 15% en 1984 pero la discriminación de la mujer sigue constituyendo un problema.

g. Servicios de apoyo

El enfoque que la OPS y la OMS ha desarrollado en los últimos años en el campo de la salud de la mujer y de la familia se concentra cada vez más en las repercusiones que tienen para la salud los cambios en la estructura de trabajo de la mujer y en la familia, en particular, la forma como la función que debe desempeñar la mujer en el mercado de trabajo estructurado y no estructurado afecta sus obligaciones como madre e influye en la salud infantil, los efectos que tienen las responsabilidades de la mujer en la atención de salud prestada a la familia y las medidas necesarias para ayudarle a cumplir con sus complejas obligaciones. Las actividades se destinan a fomentar medidas apropiadas de apoyo social a la mujer y a la familia y a adquirir mayores conocimientos sobre los asuntos relacionados con la salud de la mujer y las opciones que tiene, a fin de cerciorarse de que las circunstancias que rodean su vida sean conducentes al buen estado de salud de la familia y a buenas prácticas de nutrición.

Entre 1981 y 1982 se analizó la información existente sobre los medios de cuidado diurno en dos publicaciones de la OMS. En 1983, la OMS colaboró con la OIT en la preparación de una publicación sobre las prestaciones pagadas por maternidad en los años 80, en la que se resumen las disposiciones de la legislación respectiva a nivel regional y se hace hincapié en la necesidad de ampliar la cobertura de la misma, tanto en lo que se refiere a la población destinataria como a la cobertura de cada disposición (por ejemplo, más tiempo y mejores facilidades para lactancia materna). Además, se ha iniciado una revisión de los aspectos sanitarios de la legislación relativa a la maternidad.

Cerca del 75% de los países han indicado que tienen servicios de apoyo social para la mujer trabajadora (que, por lo general, consisten en leyes relativas a prestaciones por maternidad y atención infantil) pero en algunos, la cobertura es limitada o no se cumple con lo dispuesto. Se citaron varios problemas específicos, por ejemplo, el permiso que se da a la mujer trabajadora de tomar recesos cortos para alimentar a su hijo de nada vale en la mayoría de los casos por no existir guarderías cerca del lugar de trabajo; la legislación no puede aplicarse a las trabajadoras del sector no estructurado; las leyes que exigen instalación de guarderías impiden a menudo el empleo de la mujer por representar ésta un incremento de costos para la empresa; la legislación que le prohíbe a la mujer ocupar ciertas clases de empleo o que limita sus horas de trabajo en aras de la "protección" puede tener efectos negativos sobre sus posibilidades de empleo y de adquisición de ingresos.

## CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS PARA EL FUTURO

En este informe se señalan una serie de medidas adoptadas en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo, cuyo fin es superar los obstáculos que limitan el progreso. En estas conclusiones se destaca el efecto positivo de las actividades del Decenio sobre la situación de la mujer y se indican algunos de los obstáculos y limitaciones que quedan por superar.

Uno de los principales campos en los que la Región ha progresado en manera inicial es la toma de conciencia de los problemas y las necesidades especiales de la mujer en lo que concierne a su salud, sus recursos y sus contribuciones a la salud y al proceso de desarrollo. El interés del público ha aumentado y se ha incrementado la sensibilidad de los funcionarios de salud pública y de otros organismos gubernamentales y de la comunidad internacional con respecto a los problemas de la mujer. Además, un mayor número de mujeres se han enterado de la existencia de leyes y prácticas tradicionalmente discriminatorias o que permanecían ocultas, han adoptado actitudes más firmes y se han organizado para lograr que se introduzcan los cambios necesarios y realizar su propio potencial. El número creciente de grupos femeninos que se han organizado en toda la Región es una prueba concreta de que la mujer está al tanto de la necesidad de contar con una mejor representación, promoción y actividad colectiva para lograr dichos cambios.

Se necesita dar más atención a la importancia de la salud de la mujer en sus distintos ciclos de vida, no solo durante el ciclo reproductivo. Se han realizado investigaciones que han ayudado a comprender mejor la salud de la mujer y la necesidad de integrarla plenamente en el proceso de desarrollo. El desglose, análisis y publicación de la información existente sobre la salud según el sexo han contribuido a este conocimiento.

A pesar de que la sociedad está mejor informada sobre los problemas de la mujer y que la mujer conoce mejor sus aptitudes y sus derechos, es evidente que el concepto de igualdad y el alcance seriado de los problemas de la mujer todavía no han llegado aún a comprenderse y aceptarse totalmente, especialmente en lo que atañe a las autoridades y los educadores de los países de la Región. Además, todavía queda mucho por hacer para el acopio y difusión de la información. En muchos casos, los datos disponibles, obtenidos en el curso del Decenio, no se utilizan ni se difunden.

Aunque un mayor conocimiento de las cuestiones relativas a la mujer es uno de los resultados más obvios de las actividades para hacer conciencia de estas durante el Decenio, todavía existen ciertas actitudes sociales y culturales que constituyen obstáculos claves para el progreso. La renuencia al cambio y la participación de la mujer en la adopción de decisiones sigue siendo un problema. Además, muchas mujeres todavía no conocen sus derechos básicos, sus necesidades en materia de

salud, los servicios de salud disponibles y la importante contribución que pueden realizar en lo que concierne a la prestación de esos servicios. El personal de salud no siempre está convencido del valor que representa la difusión de información apropiada para la mujer a fin de ayudarla a asumir una mayor responsabilidad por el cuidado de su propia salud.

En cuanto a la formulación de políticas y el fortalecimiento de los medios institucionales, se han adoptado medidas importantes en casi todos los países de la Región. En toda la Región se han establecido organismos nacionales (oficinas para la mujer, etc.) encargados de los programas destinados a mejorar la situación de la mujer y puntos focales dedicados específicamente a aquellos aspectos relativos a la salud de la mujer, principalmente durante la segunda mitad del Decenio.

Asimismo, en los países de la Región se han establecido programas de enseñanza, centros de investigación y redes de información para analizar la situación de la mujer (incluida su salud), lograr cambios de actitud y mejorar los programas de servicio y las prácticas educativas. Las organizaciones internacionales y regionales han establecido mecanismos que facilitan la cooperación técnica en este campo.

En el curso del Decenio se introdujeron importantes cambios legislativos y de política. Aunque algunos países de la Región cuentan con leyes que prohíben la discriminación basada en el sexo desde antes del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, durante los últimos años muchos países han establecido y modificado leyes que protegen los derechos de la mujer en lo que concierne al matrimonio, el divorcio, el aborto, la violación, las prestaciones de maternidad para empleadas domésticas, la igualdad de remuneración para el mismo tipo de trabajo y las prácticas de contratación y despido.

Sin embargo, ni la promulgación de leyes ni el establecimiento de políticas y planes ha bastado para introducir cambios suficientes. La falta de recursos ha resultado en una implantación muy lenta de las nuevas leyes y políticas. Es evidente ahora que el compromiso político asumido en toda la Región durante el Decenio de la Mujer no ha sido respaldado con los recursos necesarios para llevar a la práctica las políticas y los programas. Aunque se han establecido puntos focales para actividades sobre la mujer en la salud y el desarrollo, en la mayoría de los casos su actividad se ha visto restringida, debido a la escasez de recursos humanos y financieros.

Se necesitan más mecanismos que garanticen la participación de la mujer en las actividades de salud en todos los niveles. Sin esos mecanismos, de nada servirán muchas de las medidas para mejorar la situación de la mujer, y los gobiernos y las instituciones, a veces con la mejor intención, seguirán definiendo las necesidades de ésta desde su propio punto de vista, a menudo dejando de lado las verdaderas necesidades a la mujer. Esto ocurre a nivel de la comunidad (por

ejemplo, en lo que atañe a las actividades de educación de salud de la mujer) como en los niveles superiores (cuyo objetivo probablemente sea el de contratar mujeres profesionales altamente calificadas en el ramo de salud).

El último año del Decenio para la Mujer representa un período de examen y análisis del progreso realizado durante éste en todo el sistema de las Naciones Unidas, y--lo que quizá sea más importante--se ha prestado especial atención a las estrategias para las actividades futuras en el campo de la mujer y el desarrollo. Las Estrategias Regionales para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 constituyen un marco excelente para esas actividades. Como ya se dijo, la consecución de las metas del Plan Regional de Acción de Salud para Todos resultará, por definición, en una notable mejora de la salud de la mujer y en el fomento de su participación en las actividades en el campo de la salud y el desarrollo.

Sin embargo, es necesario un esfuerzo especial para garantizar el acceso equitativo de la mujer a los servicios de salud preventivos y curativos. Todavía falta mucho para alcanzar las metas del Plan de Acción de la OPS para la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Cinco años no han sido suficientes para garantizar la participación de la mujer y la consideración de sus necesidades en la formulación de los programas y las actividades de salud. Es preciso tomar medidas para superar los obstáculos y las limitaciones y fomentar las importantes actividades ya iniciadas.

A nivel nacional, es preciso que cada País Miembro puntualice sus prioridades y trate de mejorar la condición de la mujer dentro del contexto de su propia situación social, cultural, histórica y económica. Deberán adoptarse medidas viables y adecuadas para las distintas regiones y comunidades de cada país, teniendo en cuenta las necesidades, obstáculos, posibilidades y recursos particulares.

La OMS ha esbozado estrategias para las actividades futuras con la finalidad de mejorar la situación de la mujer a nivel nacional, prestando especial atención a las medidas que se adopten en los campos de las ciencias y la tecnología de salud, la infraestructura de sistemas de salud, la participación de la comunidad y la vinculación intersectorial (Documento A38/12 de la 38a Asamblea Mundial de la Salud).

Las estrategias para el futuro esbozadas por la OMS son solo pautas, y no planes de acción detallados como las Estrategias Regionales para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 y el Plan Quinquenal de Acción en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo. En estas estrategias se ponen de relieve los métodos apropiados, se proporcionan ejemplos de medidas que se podrían adoptar y se presta especial atención a la integración de los problemas de la mujer en los programas de salud, en el marco de la atención primaria de salud.

A nivel regional, los dos planes de acción citados contienen estrategias útiles para mejorar la situación de la mujer, y representan el compromiso de los Países Miembros de la OPS de asignar prioridad al tratamiento de estos problemas. Dado que 1985--el último año del Decenio y del Plan Quinquenal--constituye un año crucial, la OPS y los Países Miembros deberían reafirmar su compromiso y considerar la realización de esfuerzos más específicos para superar los obstáculos y las limitaciones señalados en el presente informe.

A escala regional, la OPS seguirá coordinando y fomentando las actividades en el campo de la mujer en la salud y el desarrollo, como parte del programa y el presupuesto propuestos para 1986-1987. El programa pondrá de relieve el fortalecimiento de la capacidad institucional, el intercambio de información, las investigaciones y la formulación de programas.

A fin de garantizar el avance ininterrumpido de la mujer durante los próximos 15 años (hasta el año 2000), es preciso fortalecer los mecanismos de coordinación a nivel nacional, proporcionando apoyo político y recursos humanos y financieros a los puntos focales para actividades sobre la mujer en la salud y el desarrollo y facilitando su acceso a la infraestructura existente. Los puntos focales facilitan el tratamiento y análisis de las prioridades nacionales y de los problemas relativos a la mujer, la salud y el desarrollo, por medio de acciones integradas en los programas nacionales de salud y desarrollo.

Es preciso fomentar y apoyar las investigaciones para lograr una mayor comprensión de las necesidades y las contribuciones de la mujer a la salud y definir los problemas que se relacionan con ella. Se necesita más información para un mejor entendimiento de la prevención y control de las enfermedades, nutrición y salud mental de la mujer, tecnologías apropiadas para la atención perinatal, actos de violencia contra ella, e información dirigida a las mujeres sobre medidas preventivas que ellas mismas pueden tomar.

Entre las áreas de los sistemas de salud que necesitan de más estudio se encuentran: la relación entre la salud de la mujer, su trabajo y sus ciclos de vida; problemas con que se enfrenta al utilizar los servicios de salud; su función como agente de la atención de salud en el hogar y en la comunidad; y la influencia de los factores sociales, económicos y de conducta que le son específicos sobre su salud.

Debe acopiarse y difundirse la información disponible sobre los problemas y las actividades que se relacionan con la mujer en la salud y el desarrollo. En muchos casos, en los sistemas de información existentes, pueden encontrarse datos importantes para el análisis a un costo relativamente bajo. La coordinación con las organizaciones femeninas puede facilitar considerablemente este proceso.

Es preciso adoptar medidas más específicas que permitan tomar en cuenta las necesidades y contribuciones de la mujer en lo que se refiere a la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Esto implica garantizar la ubicación conveniente de los servicios y su disponibilidad en horarios apropiados para las mujeres, especialmente para las que son cabeza de familia; la capacitación del personal de salud a fin de que este pueda reconocer y abordar los problemas de salud de la mujer y comprender la naturaleza y la utilidad de su contribución a la atención sanitaria; el desarrollo y adaptación de tecnologías que revistan importancia social, en los casos en que sea necesario; y el fomento del apoyo de la sociedad a la mujer que tiene una familia y responsabilidades profesionales.

La educación sanitaria es fundamental para el éxito de las actividades de atención primaria, e implica un proceso de educación recíproca del personal de salud y la población en general. Los programas educativos relativos a los principales problemas de salud y a los métodos para prevenirlos y controlarlos deberán contemplar la aceptación de los cambios que se están produciendo en las funciones y responsabilidades de mujeres y hombres. Los mensajes que se dirijan a la mujer deberán relacionarse con sus prioridades de salud. El personal de salud puede también aprender mucho de la mujer en la comunidad sobre sus métodos tradicionales para abordar y prevenir los problemas de salud.

En conclusión, el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y el Plan Quinquenal de la OPS han solo empezado a solucionar algunos de los problemas con que se enfrenta la mujer en las Américas. Aunque las actividades iniciadas han dado como resultado una mejor comprensión de esos problemas, es preciso adoptar medidas más eficaces y adecuadas. Para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, el final del Decenio deberá ser considerado como el comienzo, la primera etapa de un esfuerzo ininterrumpido en cada país y en toda la Región.

Apéndices

BIBLIOGRAFIA

1. Chaney, Elsa. Women of the World. Latin America and the Caribbean. U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census. U.S. Agency for International Development, Office of Women in Development, May 1984.
2. Naciones Unidas. Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe. Subregional Headquarters for the Caribbean. Caribbean Development and Co-operation Committee. Report on the Meeting of Delegates from CDCC Countries attending the Regional Meeting of Latin America and the Caribbean preparatory to the World Conference to Review and Appraise the achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace, 19 noviembre 1984, La Habana, Cuba. Documento LC/CAR/L.137(SEM.4/3), 30 noviembre 1984.
3. Naciones Unidas. Examen y evaluación de los progresos realizados y los obstáculos encontrados a nivel nacional en la consecución de las metas y los objetivos del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. Respuesta a la Parte II del Cuestionario de las Naciones Unidas para los Gobiernos. B. Salud y Nutrición. Doc. A/CONF.116/5Add.3, 5 diciembre 1984.
4. OMS. Colaboración Dentro del Sistema de las Naciones Unidas: La mujer, la Salud y el Desarrollo. Informe del Director General. Doc. A38/12, 11 marzo 1985.
5. OPS/OMS. La mujer en la Salud y el Desarrollo. Washington, D.C., 1983. Publicación Científica 448.
6. OPS/OMS. Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Washington, D.C., 1982. Documento Oficial No. 179.
7. OPS/OMS. Informe sobre el papel de la mujer en el desarrollo. Washington, D.C., 13 agosto 1980. Doc. CD 27/33.. OPS/OMS. Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la mujer en la salud y el desarrollo. Informe sobre la marcha de los trabajos., 29 julio 1982. Doc. CSP 21/15 (Esp.). OPS/OMS. La Mujer, la Salud y el Desarrollo. Washington, D.C. 18 julio 1983. Doc. CD 29/10. OPS/OMS. Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la salud y el desarrollo. Washington, D.C., 25 junio 1984. Doc. CE 92/10, ADD.I.

8. OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas - 1973-1976. Washington, D.C., 1978. Publicación Científica 364.
9. OPS/OMS. Situación de la salud de la mujer en las Américas. 1985. Publicación Científica No. 488.
10. OPS. Análisis e Informe sobre la Política de Becas. Plan Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo. Washington, D.C., 1983.
12. OPS/OMS. Programas de Salud Materno-infantil y Planificación Familiar. CE95/16, 19 abril 1985.
11. United Nations. Review and appraisal of the progress achieved and the obstacles encountered by the United Nations system at the regional and international levels in attaining the goals and objectives of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. Report of the Secretary-General. Document A/CONF.116/8. 21 February 1985.

## APENDICE I

### RESUMEN CRONOLOGICO DE LAS ACTIVIDADES DE LA OPS REFERENTE A LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DURANTE EL DECENIO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER

#### 1985

- Año Internacional de la Mujer
- Conferencia Mundial de la Mujer, México
- Establecimiento del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), Temas - Igualdad, desarrollo y paz
- Resolución CD23.10 de la OPS

#### 1980

- Conferencia Mundial de la Mitad del Decenio
- Plan Mundial de Acción para la segunda mitad del Decenio, Subtemas - Salud, educación y empleo
- Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo establecido por el Comité Ejecutivo
- Resolución CD27.17 de la OPS

#### 1981

- Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo adoptado por el Consejo Directivo (Resolución CD28.15)
- Plan Regional de Acción para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000
- Designación por el Subdirector del Punto Focal del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo en la OPS

#### 1982

- Reunión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo para examinar el progreso alcanzado
- Fortalecimiento de la coordinación con otros organismos
- Resolución CSP21.27 estableciendo Puntos Focales a nivel nacional

1983

- Programa Regional de la Mujer, la Salud y el Desarrollo establecido en la OPS
- Publicación del Plan Quinquenal (Publicación Científica No. 448)
- Estudio: La mujer como adjudicataria de becas, recomendaciones enviadas a los Gobiernos Miembros
- Proyecto: Grupos femeninos en atención primaria de salud, informe publicado
- Puntos Focales establecidos en 33 países
- La OPS celebra el Primer Seminario-Taller Regional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (con la participación de 5 países)
- Folleto titulado "Mandate for Change", publicado y distribuido
- Reunión del Subcomité para examinar el progreso alcanzado
- Resolución CD29.27 de la OPS

1984

- Segundo Seminario-Taller Regional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (con la participación de 9 países)
- La OPS participó en el proyecto de la OMS sobre la mujer como proveedora de atención de salud (talleres en Colombia y Jamaica)
- La OPS participó en las Conferencias Regionales preparatorias de la Conferencia Mundial de la Mujer de 1985 celebradas en Argentina y Cuba
- Publicación de una bibliografía anotada sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (Publicación Científica No. 464)
- La OPS confeccionó "Fuentes de Financiamiento para la Mujer, la Salud y el Desarrollo en las Américas" para que sirva de guía de los Puntos Focales nacionales
- Reunión del Subcomité para examinar el progreso alcanzado
- Resolución CD30.6 de la OPS

1985

- Tercer Seminario-Taller Regional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (con la participación de 6 países)
- Reunión del Subcomité para examinar el informe decenal del progreso alcanzado y el informe especial sobre el control del cáncer del cuello uterino en la Región
- Taller Nacional en Argentina (con la participación de otros 5 Puntos Focales nacionales)
- Estado de salud de la mujer en las Américas (Publicación Científica No. 488)
- Conferencia Mundial de la Mujer de 1985 (Nairobi, Kenya)

APENDICE II

A

	ARGENTINA	BANAMA	BARBADOS	BELIZE	BOLIVIA	BRAZIL	CANADA	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	CUBA	DOM. REP.	ECUADOR	EL SALVADOR	GUATEMALA	GUAYANA	HAI TI	HONDURAS	JAMAICA	MEXICO	NICARAGUA	PANAMA	PARAGUAY	PERU	SENEGAL	TRINIDAD/TOBAGO	USA	URUGUAY	VENEZUELA	YUGOSLAVIA
<b>1 Strengthening Institutional Capabilities</b>																														
a. WHD Focus Incorporated into National Health Policy Program	X			X <sup>7</sup>	X <sup>8</sup>	X		X <sup>7</sup>	X <sup>8</sup>	X		X	X	X <sup>9</sup>	X <sup>7</sup>		X	X	X		X <sup>8</sup>		X		X <sup>7</sup>			X <sup>7</sup>	X <sup>7</sup>	
b. Coordinating Mechanism for WHD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11,12	X	X	X <sup>12</sup>	X	X
c. Efforts to monitor WHD progress			X				X	X		X						X		X	X	X				X <sup>8</sup>		X <sup>7</sup>			X	
d. Efforts to increase no. of women in decision-making positions in health sector			X				X	X	X		X		X		X		X	X	X							X				
<b>2 Research/Analysis of Women's Health Problems</b>																														
a. Health data collection/analysis by sex	X			X <sup>8</sup>	X <sup>8</sup>	X		X	X	X	X <sup>6</sup>			X <sup>8</sup>	X <sup>7</sup>	X <sup>8</sup>	X <sup>8</sup>	X <sup>8</sup>	X <sup>8</sup>		X <sup>8</sup>		X <sup>8</sup>		X <sup>8</sup>	X		X		
b. Research on women's health	X <sup>8</sup>		X <sup>8</sup>	X	X	X	X	X	X <sup>7</sup>	X	X	X	X	X	X <sup>4</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X <sup>6</sup>	X	X <sup>10</sup>
<b>3 Dissemination of Information and Interagency Collaboration</b>																														
a. Links with government agencies on WHD information/activities	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X <sup>9</sup>	X	X		X	X <sup>7</sup>	
b. Links with NGOs on WHD in information/activities		X	X		X	X		X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X
c. Publication of WHD information							X	X <sup>6</sup>	X <sup>7</sup>					X		X <sup>7</sup>				X <sup>7</sup>				X		X				

A Program Development

a Community participation (CP) and health education

	ARGENTINA	BANGLADESH	BANGLADESH	BELIZE	BOLIVIA	BRAZIL	CANADA	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	CUBA	DOM. REP.	EQUADOR	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONG KONG	INDONESIA	JAPAN	JAMAICA	JERSEY	KENYA	LAOS	LEBANON	LIBERIA	NETHERLANDS	NEW ZEALAND	PERU	PHILIPPINES	RUSSIA	SAUDI ARABIA	SPAIN	THAILAND	TURKEY	U.S.A.	UKRAINE	VENEZUELA	WEST GERMANY	YUGOSLAVIA	
1. Health education for a sizeable proportion of women as health promoters/providers/benefit takers				X		X	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X																			
2. Self-help families are to whom activities are provided via health education	X <sup>2</sup>		X		X <sup>3</sup>	X		X	X	X	X	X	X		X			X	X				X	X												X	X		
3. Women serve as community health workers	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X		X		X <sup>4</sup>		X	X																			
4. Trained TBAs incorporated into Primary Health Care (PHC) system			X	X	X					X		X			X				X	X																			
5. Trained traditional healers trained & collaborate with PHC system															X <sup>4,7</sup>																								
6. Community women involved in monitoring health status & assessing needs						X		X	X	X	X	X						X <sup>6</sup>	X				X																
7. Community women involved in local health planning decisions						X <sup>6</sup>			X	X		X		X <sup>4</sup>			X <sup>7</sup>		X <sup>8</sup>																				
8. Women's organizations participate in PHC projects & programs				X		X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X <sup>7,8</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>10</sup>	
9. Health personnel trained in CP				X					X		X			X	X		X																						

b Maternal/child health (MCH)

1. High coverage adequate efforts are being made to improve MCH coverage	X <sup>5</sup>	X	X	X <sup>5</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>9</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Efforts to reduce maternal mortality/morbidity					X	X		X		X	X	X		X	X			X	X			X	X															
3. At least health program/counseling on family life education, mental/physical health	X <sup>5</sup>	X	X	X	X	X				X	X	X <sup>9</sup>	X <sup>5</sup>	X	X			X	X <sup>7</sup>			X	X <sup>5</sup>	X <sup>7</sup>		X	X											



	ARGENTINA	BHARAT	BRAZIL	BURUNDI	CHINA	COLOMBIA	COSTA RICA	CUBA	DOM REP	ECUADOR	EL SALVADOR	FRANCE	GERMANY	INDIA	JAPAN	KENYA	NETHERLANDS	PERU	RUSSIA	SPAIN	UNITED STATES	UNITED KINGDOM	USSR	YUGOSLAVIA	
<b>1. Environmental and Occupational Health</b>																									
1. Water pollution in planning/implementation of local water sanitation projects	x <sup>1</sup>							x <sup>2</sup>						x <sup>2</sup>	x			x <sup>3</sup>							
2. Occupational health problems of women and ill of taken into account	x <sup>2</sup>	x	x <sup>2</sup>		x	x <sup>3</sup>	x		x					x				x <sup>3</sup>				x <sup>2</sup>			
3. Research conducted on women's health in health care	x <sup>3</sup>					x	x <sup>2</sup>	x										x <sup>3</sup>					x <sup>3</sup>		
<b>2. Human Resources</b>																									
1. Policy promotes recruitment/training of women in health occupations		x			x	x		x	x	x	x			x	x							x			
2. Existence of new health roles for women					x			x						x <sup>2</sup>	x							x		x	
<b>3. Support Services</b>																									
1. Legislation provides for special support for women doing working mothers and the elderly	x	x	x <sup>2</sup>	x <sup>2</sup>	x	x <sup>3</sup>	x	x	x <sup>3</sup>	x <sup>3</sup>	x	x	x <sup>2</sup>	x	x	x <sup>3</sup>	x <sup>3</sup>	x <sup>3</sup>			x <sup>3</sup>	x <sup>3</sup>		x	x <sup>3</sup>
2. Health services designed to respond to needs of working women					x			x <sup>3</sup>																	x <sup>10</sup>

NOTES:

1. CHWs - Community Health Workers (from community itself).
2. TBAs - Traditional Birth Attendants.
3. STD - Sexually Transmitted Disease.
4. No specific mention of gender.
5. No official family planning policy.
6. Done by NGOs, not government.
7. Planned; no evidence re implementation.
8. Partial/incomplete.
9. Problems with enforcement, implementation.
10. Not in all countries.
11. Has no Focal Point.
12. Has not yet undertaken/reported WHD activities.

CE95/8, ADD. (Esp.)  
ANEXO II

EL CANCER DEL CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA DE SALUD DE  
LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

## EL CANCER DEL CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA DE SALUD DE LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

### INTRODUCCION

La magnitud del problema del cáncer del cuello uterino ha sido una preocupación constante de las autoridades de salud pública. La OPS desde hace varios años señaló su importancia. En 1964 documentó la magnitud de la mortalidad por este cáncer a través de la Encuesta Interamericana de mortalidad (1) que estableció que el cáncer en general era el responsable de una cuarta parte de las muertes ocurridas en varias ciudades de América Latina de las cuales, en las mujeres, un 18% eran debidas al carcinoma del cuello uterino. En esa época se conoció que ciudades como Cali, Colombia y Lima, Perú, tenían una mortalidad por cáncer del cuello uterino hasta ocho veces mayor que la de los países desarrollados.

Los estudios clínico-epidemiológicos han mostrado consistentemente la importancia que juegan los factores de riesgo en el cáncer cérvico uterino. Algunos de estos son la edad del inicio de relaciones sexuales, multiplicidad de compañeros sexuales, múltiples embarazos, infecciones genitales virales especialmente por Herpes simple 2 y papiloma. Estos factores se relacionan con la pobreza económico-social, lo cual se presenta frecuentemente en la mayoría de los países de la Región. Además, los países de América Latina y del Caribe se pueden clasificar dentro del tipo de sociedad "B" descrita por Skegg et al (2), y que se caracteriza porque la mujer tiende a tener un solo compañero y el hombre, más promiscuo, tiene varias, lo cual conduciría a situaciones favorables para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. En la actualidad se hacen investigaciones sobre el papel del comportamiento sexual del hombre y sobre otros posibles factores de riesgo tales como la carencia de vitamina A y el hábito de fumar cigarrillos en la etiología de este tumor.

Este documento presenta una revisión de la situación actual de la mortalidad y morbilidad causada por el problema en la Región, así como una síntesis de las actividades principales desarrolladas por OPS y por los países en relación con su control. Se espera que sirva de apoyo para la sustentación de las propuestas de acción que son requeridas para lograr la reducción de la morbi-mortalidad producida por el cáncer del cuello uterino.

## I. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Para determinar la magnitud del problema en la Región de las Américas es necesario que se comparen algunos aspectos relevantes de su mortalidad y morbilidad entre los diferentes países.

### 1. Mortalidad

La calidad de la información disponible para el análisis de la mortalidad es muy disímil, y se relaciona en gran manera con el grado de desarrollo de los países. Sin embargo, la información revela características importantes siendo la más sobresaliente las grandes diferencias de las tasas entre países de la Región. En el Cuadro 1 se presenta la mortalidad por cáncer del cuello uterino expresada en términos de tasas brutas, ajustadas por edad y truncadas estandarizadas (3) con base en los datos informados a OPS por los Gobiernos Miembros (4).

El análisis de los datos de mortalidad permite llegar a las siguientes consideraciones:

#### a) Muertes prevenibles con programas adecuados de control

Como la aplicación de la tecnología para la detección, diagnóstico y tratamiento de las formas preinvasoras del cáncer del cuello uterino evita las formas invasivas de la enfermedad, una gran proporción de la diferencia de la mortalidad existente entre los países se atribuye a las diferencias significativas en la aplicación de programas de control. De acuerdo con esto se presenta una aproximación del exceso atribuible porcentual\* de muertes por cáncer del cuello uterino en diferentes países tomando la tasa del Canadá, de 3,2 por 100.000 mujeres como patrón de comparación (Cuadro 2). Este porcentaje de la mortalidad observada es la que se espera que se reduzca con la aplicación de programas adecuados de control. En los países que tienen programas deficientes se espera evitar un gran porcentaje de muertes, 60% o más, con la instrumentación de programas apropiados. En los países con programas adecuados se prevee que cuando se complete el tiempo suficiente para que el impacto se produzca, se igualen sus tasas con las de los países desarrollados. Como puede deducirse del Cuadro 2, casi la totalidad de los países de América Latina y el Caribe podrían reducir en más del 40% las muertes que están ocurriendo por este cáncer.

Para los cinco países--México, Brasil, Colombia, Chile, y Argentina--que proporcionalmente responden en la Región por el mayor número de muertes de cáncer del cuello uterino,

\* Para aclaración del concepto de exceso atribuible porcentual referirse a la nota técnica en el final del texto.

significaría prevenir al menos 3.800 muertes anuales. Se debe destacar la alta proporción de muertes evitables en países como Uruguay y Argentina dado que con frecuencia se tiende a considerar que en estos países el problema de cáncer del cuello uterino no es de magnitud importante, probablemente por la importancia relativa mayor que tiene el cáncer de mama.

b) Distribución proporcional de las muertes de mujeres debidas al cáncer de cuello uterino

De acuerdo con la información disponible en la OPS, en la población adulta de 25-64 años de ambos sexos la primera causa de mortalidad en la Región, corresponde a los tumores malignos, con 25% del total de muertes. Es importante analizar la contribución específica del cáncer del cuello uterino. Se destaca que, entre las muertes producidas por tumores malignos en las mujeres de 35-64 años, el cáncer del cuello uterino es causa principal en casi todos los países. Esto se hace mucho más significativo si al número de defunciones por cáncer del cuello se adicionan los informados como "tumores de otras partes del útero" que en gran parte corresponden verdaderamente a casos de cáncer del cuello uterino. En líneas generales se puede clasificar a los países de acuerdo con tres patrones o categorías a saber:

- i) Aquella donde la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres es el cáncer del cuello uterino, superando claramente en magnitud a la mortalidad por cáncer de mama.
- ii) Aquella donde se ubican los países que tienen una mortalidad proporcional mayor de cáncer de mama que del cuello uterino.
- iii) Aquella donde la mortalidad proporcional es aproximadamente igual para el cáncer de mama y del cuello uterino.

En el Cuadro 3 se presentan los países clasificados según los criterios anotados anteriormente, incluyendo el porcentaje que representa la mortalidad del cáncer del cuello uterino, el de "otras partes del útero" y el de la mama con respecto al total de muertes femeninas por tumores malignos, para todas las edades y para el grupo de 35-64 años. Se señala la posición relativa que ocupan las tasas de cáncer del cuello uterino y el de mama entre los tumores malignos en la población femenina.

En el primer grupo en que predomina la proporción de muertes por cáncer del cuello uterino probablemente se ubican todos los países de Centro América y de América del Sur Tropical si se contara con la información fidedigna en todos ellos. En esta categoría de países existen grandes núcleos de población en condiciones deprivadas desde el punto de vista social y económico que no se benefician de programas adecuados de control de cáncer del cuello uterino.

En el segundo grupo, el patrón de predominio de cáncer de mama caracteriza a países que han logrado un nivel socioeconómico mayor y se acerca al patrón de mujeres blancas del Canadá y los Estados Unidos de América.

El tercer grupo está formado por los países del Caribe Inglés en los cuales parecería que por un lado prevalecen los factores condicionantes de cáncer del cuello, a la vez que otros favorecedores de cáncer de mama, sin que existan programas adecuados de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer del cuello uterino.

c) Distribución según edad de las defunciones por cáncer de cuello uterino

Una característica distintiva de la distribución según edad de la mortalidad por cáncer del cuello uterino en países de América Latina y el Caribe, comparada con la de los Estados Unidos de América y el Canadá, es el gran peso proporcional que en los primeros países tienen las muertes ocurridas en la población de 35-64 años de edad, lo cual contrasta con pocas diferencias entre los dos grupos en cuanto a la proporción de muertes que ocurre en las edades menores de 35 años.

Es notable que en los Estados Unidos de América y en el Canadá el 41% de las muertes por cáncer del cuello uterino se presentan en mujeres mayores de 65 años (Figura 1), mientras que para la mayoría de los países de América Latina esta proporción es menor del 30%. Cuba, con 37%, se asemeja más al Canadá y a los Estados Unidos de América que a los países latinos. Este último patrón parece caracterizar a países que tienen organizados mejores programas y actividades de control. Una proporción alta de la mortalidad por cáncer del cuello uterino en edades menores de 65 años como el 71% de Colombia y Costa Rica, el 72% de Chile y el 74% de la Argentina, pareciera indicar un patrón de mortalidad en países con actividades de control de baja cobertura. El resultado final que ocasiona el patrón de mortalidad como el de América Latina y el Caribe es un número mayor de años productivos perdidos, reduciendo gravemente la expectativa de vida femenina.

Las consecuencias sociales son previsibles al conocerse bien que las mujeres afectadas, por lo general, proceden de estratos socioeconómicos bajos con un alto porcentaje de población infantil dependiente y alta tasa de desempleo y uniones inestables.

## 2. Incidencia de las formas invasivas

Uno de los métodos más apropiados para el examen de la magnitud de la incidencia del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe es el análisis de los registros de cáncer poblacionales que funcionan en países y ciudades de América Latina, algunos desde hace tres decenios. La gravedad del problema puede ilustrarse en primer lugar con el hecho de que de acuerdo con los datos publicados por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) en "Cancer Incidence in Five Continents", de más de 80 registros de cáncer en el mundo, la mayor incidencia de cáncer invasivo del cuello uterino corresponde a tres ciudades de América Latina: Recife, Brasil; Cali, Colombia y Sao Paulo, Brasil. También entre las tasas más altas se encuentran las de Jamaica y Antillas Holandesas. También se han informado tasas muy altas en otros registros con base poblacional como el de La Paz, Bolivia (6), Fortaleza, Brasil (7) y provincias de Panamá.(8)

### a) Clasificación de países por exceso de riesgo

Con base en datos de estudios de incidencia y de los registros poblacionales de cáncer y tomando como patrón de comparación una tasa ajustada a la población mundial, se pueden clasificar varios de los países de América Latina con respecto al exceso de riesgo de presentar cáncer del cuello invasivo (ver Nota Técnica). El Cuadro 4 se refiere a esta categoría de riesgo. El exceso de riesgo mayor de tres, es decir, una tasa tres veces mayor que la tasa estandarizada es un valor muy alto. En esta categoría figuran países de la Región de las Américas con tasas que continúan estando entre las más altas del mundo. En la categoría de riesgo intermedio están solamente Cuba y Puerto Rico y ningún país figura en la categoría de riesgo bajo.

El exceso de riesgo mayor corresponde a La Paz (Bolivia), Cali (Colombia) y Recife (Brasil), mientras que el menor corresponde a Cuba con 1.7 veces mayor que el patrón de comparación. La explicación de estos hechos ciertamente está en la existencia de las condiciones epidemiológicas propicias para el desarrollo del cáncer del cuello uterino en los países de categoría de riesgo alto en los cuales también es baja la cobertura de los programas de detección y tratamiento de las formas preinvasoras de la enfermedad.

b) Riesgo de desarrollar cáncer del cuello invasivo

El riesgo acumulativo aproximado (ver Nota Técnica), expresado como tasa acumulativa por 100 mujeres que tiene una mujer de desarrollar cáncer del cuello uterino desde el nacimiento hasta los 74 años de edad en varias ciudades se presenta en la Figura 2. Es muy significativo que de los 10 primeros países con los riesgos mayores, el 50% correspondan a áreas de América Latina y del Caribe y que solamente dos (Cuba y Puerto Rico) tengan riesgos acumulativos comparables a áreas desarrolladas socioeconómicamente.

Es un riesgo muy alto para una mujer tener durante su vida una probabilidad de 5-7% de desarrollar cáncer invasivo del cuello uterino como sucede con mujeres de ciudades de América Latina. Una mujer residente en Cali (Colombia) tiene hasta los 75 años de edad, un riesgo acumulativo aproximado del 5.5%. En dicha ciudad, según Aristizábal et al, (11) un 70% de la población femenina no se ha beneficiado con un examen de citología cervical. Dado que en muchas áreas de América Latina se dan condiciones similares a las de Cali, en términos de tasas altas de incidencia y bajas coberturas de los programas de control, se presentan riesgos acumulativos muy altos para las mujeres que no se han beneficiado al menos de un examen citológico durante su vida sexual.

c. Incidencia según edad

Como se dijo al hablar de la mortalidad, el cáncer invasivo del cuello uterino, tanto en los países de alto como de bajo riesgo, presenta progresivamente mayores tasas de incidencia con el aumento de la edad. Estas tasas específicas muestran ciertas características que deben destacarse:

- i) Por debajo de los 35 años de edad, las diferencias existentes entre las tasas son pequeñas entre países o poblaciones con diferente grado de desarrollo.
- ii) A partir de los 35 años, las poblaciones de América del Sur Tropical muestran un aumento muy marcado de las tasas; En cambio el aumento, a partir de los 35 años, es mucho menos acentuado en Cuba, Jamaica y Antillas Holandesas.
- iii) El marcado aumento de casos, a partir de los 35 años, en ciudades de América del Sur tropical determinan unas tasas muy altas en mujeres de 35 a 64 años.

- iv) La tendencia de las tasas a aumentar con la edad es poco marcada en Canadá, EUA e incluso se puede afirmar que existe una disminución en las edades más viejas.
- v) En las áreas caracterizadas como de mayor riesgo, la tasa en mujeres de 35-64 años llega a valores tan extremos como 151 y 149 casos por 100,000 mujeres de 35 a 64 años en la Paz (Bolivia) y Provincia de Herrera (Panamá), respectivamente.

En la Figura 3 se ilustran tres patrones de incidencia por edad con base en registros poblacionales de la Región de las Américas.

## II. SITUACION DENTRO DE LOS PAISES

Se ha documentado en alguna extensión diferencias considerables en la magnitud del cáncer del cuello uterino dentro de los límites geográficos de los países.

Los registros nacionales, así como registros locales a través del análisis de la información sobre migraciones internas han señalado regiones administrativas y ecológicas con grados de riesgo muy variado.

En Colombia se ha determinado que mujeres migrantes procedentes de tres áreas específicas tienen el doble riesgo de tener cáncer del cuello comparadas con las migrantes de otras áreas o de las mujeres nacidas en Cali (12).

En Panamá (8) se han encontrado diferencias muy marcadas entre provincias tanto por el lugar de residencia como por lugar de nacimiento. La provincia de Herrera según los datos del Registro Nacional de Cáncer de ese país, presenta tasas notablemente más altas que otras provincias y que la ciudad de Panamá.

Por otra parte, en México el tumor más frecuentemente informado como causa de muerte es el cáncer del cuello uterino siendo tres veces más frecuente que el cáncer de mama (13). Sus tasas varían grandemente entre los distintos estados de México. Parte de estas diferencias pueden explicarse en riesgos diferentes poblacionales, y parte puede deberse a sesgos en los registros. En el Cuadro 5, se comparan la mortalidad por cáncer cérvico uterino dentro de México en relación a la tasa nacional. Hay un amplio rango en la frecuencia de la enfermedad en el país.

En Brasil, también el cáncer del cuello uterino es el cáncer más frecuentemente diagnosticado histopatológicamente, 23.7% de los cánceres en mujeres. De 1976 a 1980 se diagnosticó un promedio anual de 9.428 casos (14) de los cuales el 75% eran invasivos. Sin embargo la proporción regional en Brasil varía muy grandemente.

En las regiones Norte, Nordeste y Centrooeste es el tumor diagnosticado más frecuentemente; En las regiones del sur su frecuencia es menor y tiene una proporción similar al cáncer de mama. Dentro de las mismas regiones se encuentra que las unidades federativas tienen diferencias proporcionales muy significativas como se observa en el Cuadro 6.

Es notorio cómo las regiones conocidas como más pobres de Brasil y con los menores recursos médicos tienen las mayores proporciones de casos de cáncer del cuello uterino, formas invasivas. Las bajísimas coberturas de los programas de detección y tratamiento que solo llegan a cubrir al 2% de la población de mujeres en riesgo (15) explican la situación encontrada. Faerstein et al (15) señalan que en la unidad federativa del Amara de la región norte todos los diagnósticos hechos del cáncer del cuello uterino corresponden a estados invasivos.

Las diferencias en magnitud del problema dentro de los países son en conclusión, de gran importancia, no solo en países de gran tamaño en área y población como Brasil, México, Colombia, sino también en países relativamente pequeños como Panamá. Una de las explicaciones además de la prevalencia de los factores de riesgo es que las actividades de detección también varían grandemente dentro de los límites geográficos de un país. Grandes diferencias en las coberturas de los programas por áreas urbanas y rurales, por unidades administrativas por grupos sociales y por grupos étnicos han sido documentadas en todos los países de las Américas y El Caribe. En Chile (16) se calcula, por ejemplo, que existe una cobertura aproximada del 15% con grandes diferencias entre regiones como el 35% informado para Arica y el 5.1% para Chuquicamata. En la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río, Chile, al 71.5% de los pacientes tratados por formas invasivas nunca se les había practicado un examen citológico (17). En Cali (Colombia) solamente un 4.3% de los casos han tenido un examen citológico en los últimos cinco años previos al diagnóstico (11).

### III. ACTIVIDADES DE LA OPS

Como se mencionó en la introducción, el conocimiento sobre la magnitud y severidad del problema del cáncer del cuello uterino en la Región se puso de manifiesto en 1964 con los resultados de la Investigación Interamericana de Mortalidad (1). A partir de esa época, la Organización ha señalado el problema en forma reiterada y ha prestado apoyo a los países en las actividades de control. Más aún, este cáncer se ha destacado como una prioridad en las estrategias para el logro de la meta de Salud para Todos en el Año 2000. Durante la década de los 70s se dió impulso especialmente a los programas de detección precoz, a través del Programa de Salud Materno-infantil, específicamente como parte

del apoyo al componente de planificación familiar. En 1972, la OPS publicó y distribuyó el primer manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino (Publicación Científica 248). En este mismo período, se dió impulso también a la formación de personal de citotecnólogos, especialmente en Centro América y algunos países de América del Sur.

En 1975, la OPS/OMS realizó una encuesta con el fin de estimar la extensión del problema de cáncer en general y los recursos existentes para su atención (18). Se consideró especialmente la información para "evaluar los programas comunitarios masivos de control de cáncer del cuello uterino". Los resultados de esta encuesta mostraron de nuevo la importancia de este tipo específico de cáncer en la población femenina de la mayor parte de los países a pesar de que se hicieron notar los vacíos de información en muchos de ellos; un hecho importante de esta encuesta fue que mostró que había subutilización de los recursos de citotecnología y que era necesario "expandir las campañas de detección pero garantizando las actividades de diagnóstico y tratamiento de los casos sospechosos y positivos".

Otro aspecto que la OPS/OMS, a través de sus actividades de cooperación técnica, ha impulsado en el pasado y continúa estimulando es el mejoramiento de la información en cáncer en general y del cáncer del cuello de útero en particular. Para ello, se han realizado múltiples seminarios, cursos de capacitación y visitas de asesoría en registros de cáncer. No obstante, a pesar de que se reconoce que varios países han hecho intentos serios en el mejoramiento de la información de cáncer, ejemplos son Barbados, Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Puerto Rico, Panamá, este tema sigue teniendo gran vigencia para lograr la identificación del problema y evaluación de los programas de control de cáncer del cuello uterino en muchos de ellos.

A partir de 1982, después de que la Conferencia y taller sobre la epidemiología del cáncer en América Latina (OPS/OMS e Instituto Nacional de Cáncer de los EUA) señaló que el cáncer del cuello uterino continuaba siendo predominante en esta Región, la OPS renovó el propósito de promover activamente en los países miembros, un replanteamiento de las actividades y programas de control para lograr impacto en la mortalidad debida a este cáncer, dado que existe tecnología efectiva al alcance de todos los países.

En concordancia con este propósito, se realizan varias actividades entre las cuales se destacan las siguientes: preparación de una nueva versión actualizada del manual de normas y procedimientos para los programas de control del cáncer del cuello uterino; la convocatoria de un Comité de Expertos para el planeamiento de reunión regional (junio 1983); y la reunión de un grupo de trabajo para discutir los aspectos de la investigación epidemiológica del cáncer del cuello uterino en América

Latina y el Caribe (OPS/OMS y "National Institutes of Health", EUA), Panamá, julio 1983; Reunión Regional sobre Control del Cáncer Cérvico Uterino (México, enero 16-20 de 1984).

Esta última reunión contó con la participación de 18 países miembros y la colaboración de la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society). En ella se revisaron los componentes que debe contener un programa eficaz de control de este tipo de cáncer y las responsabilidades de diferentes sectores involucrados. Se destacan, especialmente las siguientes conclusiones de dicho evento:

"La organización de un programa efectivo de control de cáncer cérvico uterino requiere una decisión política de los Ministerios de Salud, la articulación de una serie de componentes del programa, la coordinación de distintas entidades oficiales y voluntarias relacionadas con estos componentes y su integración en los distintos niveles de atención de la salud de la mujer."

"Aquellos países que no cuentan con un programa enfocado en estos términos y que adopten la decisión de iniciarlo, ya sea en escala limitada o nacional, deben necesariamente hacer un análisis de la situación existente con el fin de preparar un plan de acción para el programa. Este plan permitirá identificar los recursos que se deben formar o generar, así como la articulación de los recursos existentes. La OPS colaborará con los países que así lo soliciten, a través de consultores especializados, en la preparación de tal plan de acción.

#### Actividades en curso

La OPS, como seguimiento a la reunión de México y en forma coordinada entre los diferentes programas técnicos, adelanta varias actividades que se enumeran a continuación:

1. Análisis epidemiológico de la situación del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe (en prensa).
2. Preparación de bibliografía anotada sobre el uso y efectividad de la prueba de detección precoz, para ser distribuida ampliamente en los países.
3. Distribución y difusión del manual de normas
4. Estudio sobre perfil educacional y ocupacional de citotecnólogos.
5. Asesoría técnica a los países en la evaluación y reformulación de sus programas.

6. Obtención de información e inventario sobre actividades y programas de salud de la mujer en los países entre los cuales se da énfasis al cáncer femenino.

#### Actividades futuras

Con base en las experiencias obtenidas aplicando un modelo evaluativo desarrollado con la asesoría de expertos canadienses, en tres países (Barbados, Brasil y Colombia) se hará ajuste y estandarización para posterior aplicación en otros países.

Se tienen planeadas las siguientes actividades futuras para desarrollar en el período 1985-1987.

1. Proyecto piloto de carácter demostrativo de programa en tres países con características diferentes en cuanto a sistemas de salud y aspectos socioculturales.
2. Aplicación del modelo evaluativo en los países. En 1985, se continuará la evaluación en Nicaragua, República Dominicana, Honduras y Costa Rica, países que ya han programado estas actividades.

En 1986 y 1987 se continuaría evaluando tres o cuatro países por año, incorporando recursos técnicos de los países que ya hayan hecho las evaluaciones, favoreciendo en esta forma el intercambio de experiencias y la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD).

3. Grupo de trabajo para discutir resultados del estudio sobre perfiles educacional y ocupacional de citotecnólogos en América Latina y el Caribe y dar recomendaciones al respecto.
4. Apoyo a talleres nacionales y locales para la instrumentación de las actividades de control.
5. Asesoría técnica para la organización de los registros y de los laboratorios de citotecnología.
6. Monitoreo de actividades y programas en los países.
7. Al finalizar un período de cinco años, desde la reunión de México, se proyecta efectuar una evaluación de la situación epidemiológica del cáncer del cuello uterino en la Región y posiblemente una reunión de carácter regional para presentar resultados y evaluación de impacto de los programas con base en análisis de la mortalidad.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Del análisis de la información reciente de mortalidad de los países de América Latina y del Caribe, se concluye, que el cáncer del cuello uterino responde aproximadamente por el 15% de las muertes por cáncer que ocurren en la mujer y que las tasas de mortalidad en varios países de la región continúan figurando entre las más altas del mundo; que la mortalidad por cáncer del cuello uterino en varios países de América Latina es cuatro veces más alta que la de países desarrollados, como el Canadá; que en casi todos los países en las edades de 35 a 64 años, el cáncer del cuello uterino es la causa principal de muerte por neoplasias malignas. En los países en los que no lo es, su importancia es muy grande por la proporción considerable de muertes evitables y las edades relativamente jóvenes de las mujeres afectadas.

El control de esta patología se basa en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de formas preinvasoras de cáncer, que requieren de tecnologías al alcance de todos los países, sin perjuicio de reconocer que otras acciones integrales que conduzcan al mejoramiento del nivel de vida de la población, son de gran importancia y darían impacto en la reducción de la incidencia y de la mortalidad de cáncer del cuello uterino. La organización de programas y actividades adecuadas de control en todos los países de América Latina y del Caribe pueden reducir las defunciones por la enfermedad en más del 20% y en la mayoría de ellos en más del 60%.

NOTA TECNICA

1. Mortalidad

EXCESO ATRIBUIBLE PORCENTUAL

En una comunidad cualquiera, un factor de riesgo para desarrollar cáncer invasivo del cuello uterino es la ausencia de programas verdaderamente integrales de detección y tratamiento de las formas precursoras de la enfermedad. Las formas invasivas son las causantes de la mortalidad. En el presente ésta únicamente puede ser reducida en forma importante, impidiendo que las formas displásicas e in situ avancen hacia la invasión. Con esta premisa se calculó el exceso atribuible a la falta de programas apropiados, en la forma de riesgo atribuible porcentual. Así:

$$\text{Exceso atribuible porcentual} = \frac{\text{Tasa de mortalidad en el país sin programa} - \text{Tasa mortalidad en el país con programa}}{\text{Tasa de mortalidad en el país sin programa}} \times 100$$

2. Incidencia

RELACION DE EXCESO DE RIESGO

El numerador lo constituye la tasa de la población que se analiza y que se considera expuesta. El denominador fue la tasa de 10 por 100.000 mujeres lo cual es intermedio entre la de Colombia Británica (Canadá) y Connecticut (Estados Unidos de América). Se seleccionó ésta como un valor promedio que refleja aproximadamente la incidencia ajustada de las formas invasivas en poblaciones donde la han reducido con la contribución importante de programas de control.

RIESGO ACUMULATIVO. 0-75 años de edad

Se calcula sumando las tasas específicas por edad por grupo de edad hasta 74 años y multiplicando este resultado por el número de años del internado de edad. En este caso 5 porque las tasas específicas por edad son para grupos quinquenales. El resultado puede interpretarse como una tasa estandarizada directa con el mismo tamaño de población en cada grupo de edad o como una aproximación del riesgo acumulativo al multiplicar la tasa por 100. Es más conveniente expresado por 100 que por 100.000 mujeres. En este contexto, el resultado significa la probabilidad que tiene una mujer desde su nacimiento hasta los 75 años de presentar un cáncer invasivo del cuello uterino si no existiesen otras causas de muerte.

#### TASA TRUNCADA ESTANDARIZADA

Se calcula para propósito de facilitar las comparaciones entre tasas de diferentes poblaciones. Se descartan las tasas de edades muy avanzadas porque presumiblemente tienen más errores debidas a condiciones defectuosas de hechos ocurridos hace mucho tiempo. Se concentra en el grupo de edad que es más relevante para cáncer, de los 35 a los 64 años de edad. El proceso de obtención es el de ajuste por edad usando la población mundial estandar para los grupos quinquenales desde los 35 hasta los 64 años. Generalmente cuándo se habla de tasas truncadas, en cáncer, se refiere a esta tasa ajustada de 35 a 64 años. El rango de 35 a 64 años no es apropiado para cánceres que tienen máximo de incidencia en la niñez o en edades muy avanzadas.

**Cuadro 1.** Mortalidad por cáncer del cuello uterino en la Región de las Américas. Tasas brutas, ajustadas por edad y truncadas, por 100.000 mujeres

País	Año más reciente	Tasa		
		Ajustada por edad*	Bruta	Truncada (35-64 años)
Caribe Inglés. Tasas promedio en 11 países (Antigua y Barbuda, Barbados, Bahamas, Dominica, Jamaica, Martinica, Monserrat, San Cristóbal-Nieves, Santa Lucía, San Vicente, Trinidad y Tabago)	1980	14,7	11,4	29,5
Chile	1982	13,6	11,9	27,7
México	1978	12,5	6,8	25,8
Paraguay (área de información)	1982	12,5	7,8	30,3
Panamá	1982	12,1	7,6	24,5
Guyana	1978	11,7	6,8	25,2
Costa Rica	1980	11,1	6,8	20,0
Colombia	1977	10,8	6,0	21,3
Venezuela	1978	10,5	6,1	21,6
Belice	1982	10,4	7,1	18,2
Perú	1978	6,3	3,8	12,3
Ecuador	1978	6,1	3,5	12,6
Brasil	1980	5,6	4,2	...
Uruguay	1978	5,5	6,5	13,2
Cuba	1978	5,0	4,3	9,7
El Salvador	1981	5,0	3,0	10,7
Guatemala	1981	4,7	2,8	10,0
Argentina	1979	4,5	5,0	9,7
República Dominicana	1982	4,0	2,2	8,1
Guadalupe	1978	...	3,7	...
Estados Unidos de América	1979	3,3	4,3	6,8
Canadá	1981	3,2	3,8	6,5
Puerto Rico	1980	3,2	2,8	7,4
Honduras	1981	0,5	0,3	0,6

... Datos no disponibles.

\* Ajustadas a la población mundial. Ver nota técnica al final del texto para tasas truncada.

Nota: No hay información para Bermuda, Islas Caimán, Islas Malvinas, Guayana Francesa, Nicaragua, San Pedro y Miquelón, Islas Vírgenes, Bolivia, Haití. Los datos de Centroamérica, con excepción de Costa Rica y Panamá, se considera que posiblemente reflejan un alto subregistro.

Fuente: Referencia 3.

Cuadro 2. Proporción de muertes anuales evitables de cáncer del cuello uterino con programas adecuados de control con respecto al Canadá, 1981

---

Menos del 20%	20 a 39%	40 a 59%	60% y más
Puerto Rico Bahamas	Cuba	Brasil Ecuador Peru Uruguay Argentina	Colombia Chile Costa Rica Mexico Panamá Venezuela Caribe Inglés (11 países)

---

Los cálculos están basados en las tasas ajustadas por edad (ajustada a la población mundial) de los países hacia 1980. Para los países que no figuran en el cuadro no se tenía información disponible o su información se consideró con alto subregistro.

Fuente: Referencia 3. Los datos para el Caribe inglés disponibles en la OPS, coinciden con los del autor de referencia 5.

Cuadro 3. Clasificación de países en categorías según la distribución porcentual de muertes por cáncer del cuello uterino y mama con respecto al total de defunciones por tumores malignos, alrededor de 1980

Categorías	Cuello uterino %	Otras partes útero %	Cuello uterino y otras partes de útero %	Mama %	Número de orden	
					Cuello uterino	Mama
<u>1. Países con mayor proporción de muertes por cáncer de cuello uterino*</u>						
Colombia						
35-64 años	14,1	8,7	22,8	9,2	1	3
Todas las edades	10,8	7,4	18,2	6,2	2	4
Costa Rica						
35-64 años	17,5	4,0	21,5	9,3	1	3
Todas las edades	11,0	3,2	14,2	6,6	2	4
Chile						
35-64 años	19,2	2,8	22,0	12,6	1	2
Todas las edades	12,1	2,7	14,8	9,4	2	3
Venezuela						
35-64 años	14,7	14,6	29,3	12,5	1	2
Todas las edades	10,8	2,2	13,0	9,6	2	3
<u>2. Predominio de muertes por cáncer de mama**</u>						
Argentina						
35-64 años años	6,1	8,7	14,8	25,3	3	1
Todas las edades	3,9	7,1	11,0	18,3	6	1
Cuba						
35-64 años	7,3	11,1	18,4	21,3	5	1
Todas las edades	5,3	9,8	15,1	15,4	5	1
Uruguay						
35-64 años	7,0	8,0	15,0	27,0	2	1
Todas las edades	3,9	5,8	9,7	18,5	5	1
<u>3. Proporción similar de cáncer de mama y cuello uterino</u>						
Caribe Inglés (11 países)						
35-64 años	15,5	7,7	23,2	19,0	2	1
Todas las edades	15,3	6,7	22,0	15,5	2	1

\* Se clasifican también en esta categoría países como Brasil, México, Panamá y Perú.

\*\* Clasifican también en esta categoría Canadá, Estados Unidos de América y Puerto Rico

Fuente: Estadísticas de la OPS.

**Cuadro 4.** Razón de exceso de riesgo por cáncer invasivo del cuello uterino en ciudades y países seleccionados con respecto a la incidencia en la población femenina blanca de los Estados Unidos de América y del Canadá\*\*

Razón de riesgo*				
Menos de 1.5	De 1.5 a menos de 2	2 a menos de 3	3 o más	
Bajo	Intermedio	alto	Muy alto	
Ningún país de América Latina ni del Caribe	Cuba y Puerto Rico	Jamaica Antillas	Brasil (Sao Paulo)	Bolivia(6) (La Paz)
		Antillas Neerlandesas	Brasil (Recife)	Provincia(8) Herrera (Panamá)
		Argentina (9) (La Plata)	Colombia (Cali)	Brasil(7) (Fortaleza)
		Panamá (8) (Ciudad de Panamá)		Perú (10) (Lima)

**Fuentes:** Cancer Incidence in Five Continents. IARC, Vol IV, 1982 y datos de las referencias anotadas entre paréntesis corresponden a la lista de referencias bibliográficas.

\*Para cálculo de razón de exceso de riesgo, véase Nota Técnica.

\*\*Tasa ajustada por edad de 10 por 100,000 fue usada para comparación, la cual es intermedio entre la de Colombia Británica (Canadá) y Connecticut (Estados Unidos de América).

Cuadro 5. Razones estandarizadas de mortalidad para algunas entidades federativas, República de México 1973

Estado	Razón estandarizada de mortalidad %
República de México	1,00
Colima	2,34
Morelos	1,76
Coahuila	1,66
Tamaulipas	1,61
Yucatán	1,50
Campeche	1,27
Jovora	1,20
Veracruz	1,17
Distrito Federal	1,08
Puebla	,94
Sinaloa	,90
Durango	,77
Zacatecas	,75
San Luis de Potosí	,64
Hidalgo	,57
Guerrero	,52
Oaxaca	,44
Quintana Roo	,35

Los datos para los cálculos fueron tomados del artículo de La Loza y Lima, referencia 13.

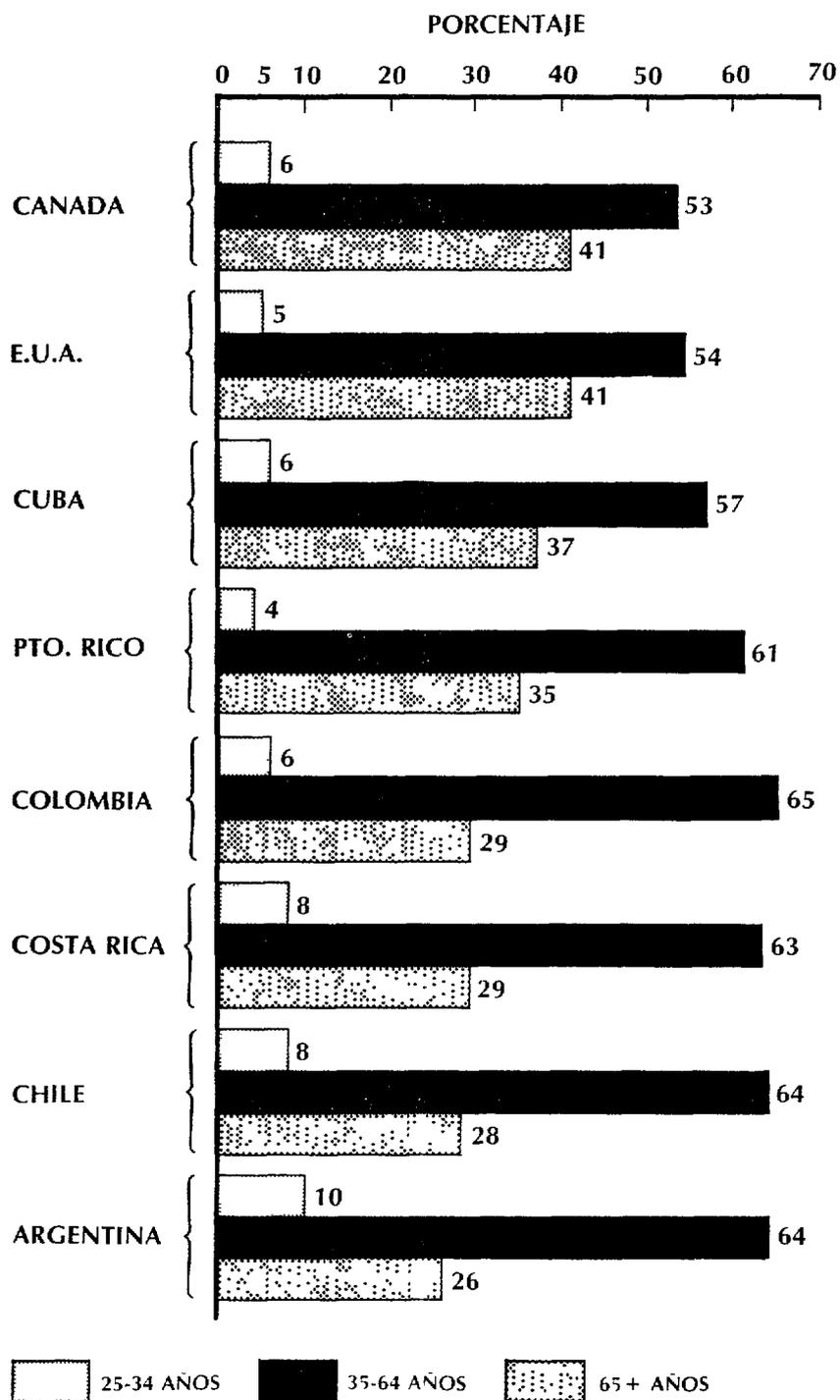
**Cuadro 6.** Distribución porcentual\* de diagnósticos de cáncer del cuello uterino con respecto a todos los tumores malignos. Regiones y unidades federativas, Brasil 1976-1980

		Regiones				
		Norte	Nordeste	Centro	Sudeste	Sur
% cáncer cuello		45.2	36.1	36.3	19.6	17.8
Orden de los tres tumores más frecuentes	1 2 3	Cuello U. Piel Mama	Cuello U. Piel Mama	Cuello U. Piel Mama	Piel Cuello U. Mama	Piel Cuello U. Mama
Rango de porcentaje	Mayor	Acre 64.3	Maranhao 66.5	Mato Grosso do Sul 44.7	Distrito Federal 35.3	Santa Catarina 23.4
	Menor	Amazonas 43.3	Ceara 23.8	Mato Grosso 33.5	Sao Paulo 17.8	R.Grande do Sul 15.3
% Formas invasivas		88.9	79.6	70.0	66.9	77.3
% Formas in situ		11.1	20.4	30.0	33.1	22.7

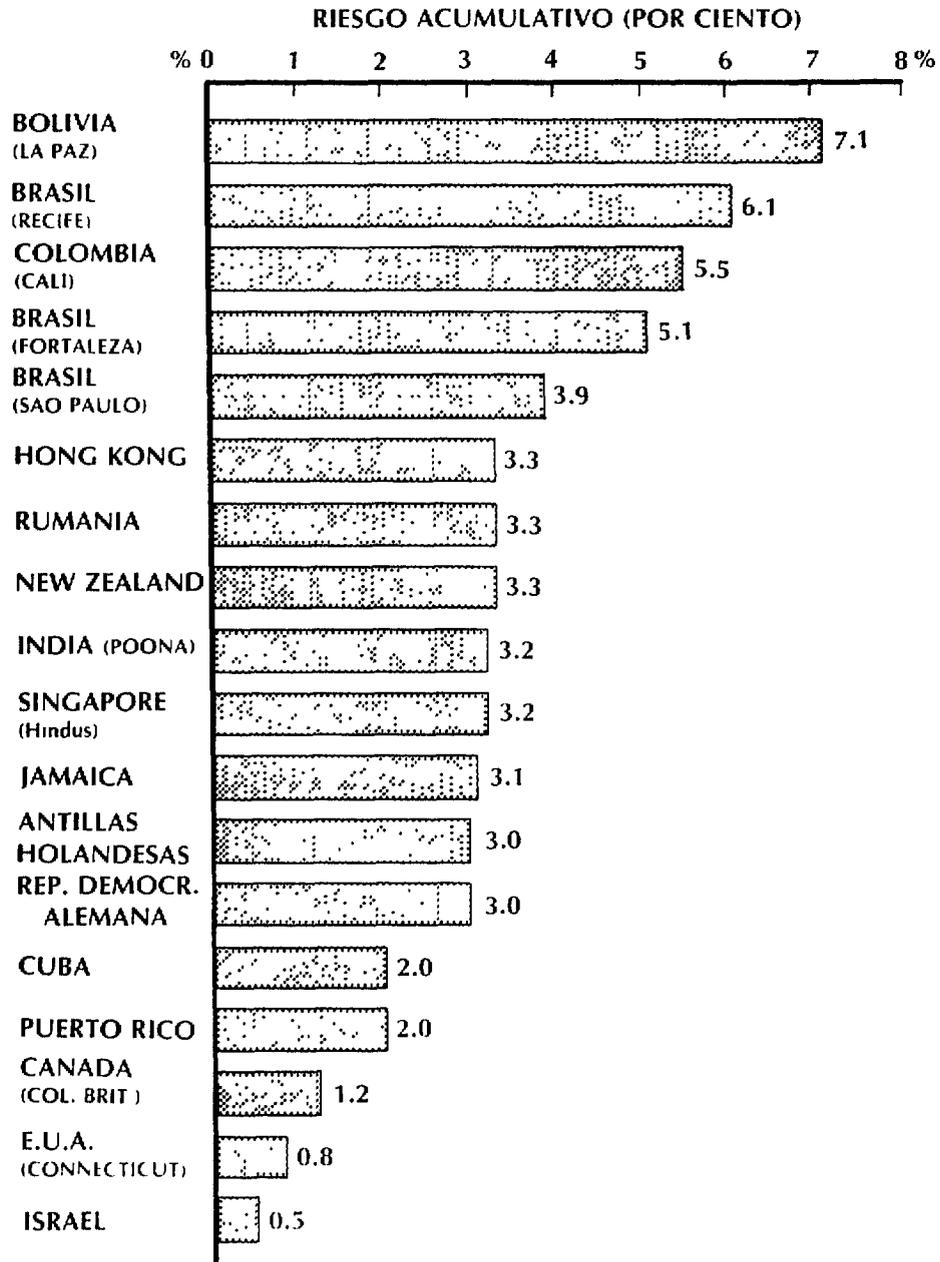
**Fuente:** Cancer No Brasil, referencia 14.

\*Las frecuencias se refieren a diagnósticos histopatológicos de tumores malignos.

**FIGURA 1:**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES**  
**POR CANCER DE CUELLO UTERINO, SEGUN GRUPO DE EDAD**  
**PAISES SELECCIONADOS HACIA 1980**

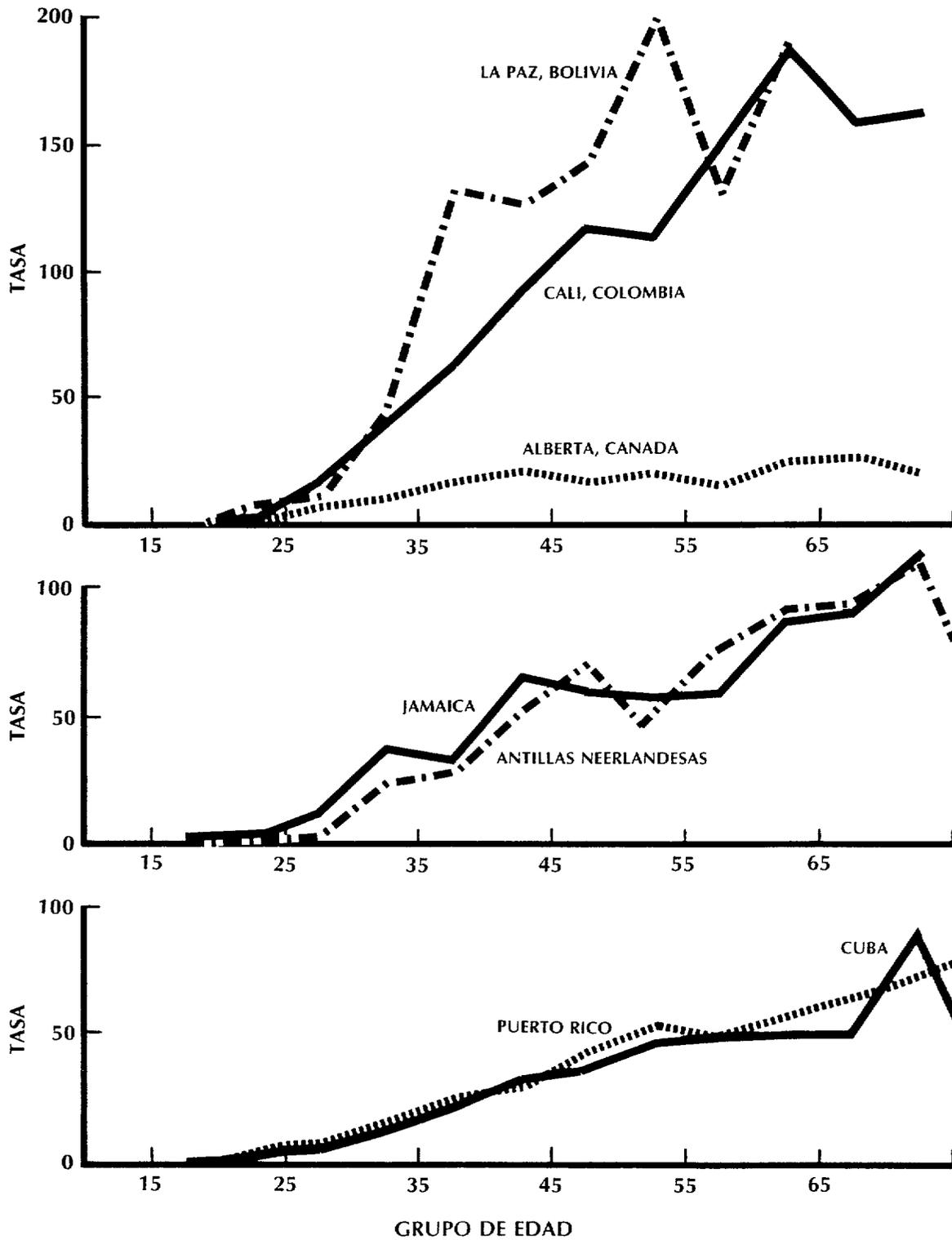


**FIGURA 2:**  
**RIESGO ACUMULATIVO APROXIMADO DE CANCER**  
**INVASIVO DE CUELLO UTERINO (POR CIENTO), 0-74 AÑOS\***



\*Para concepto y cálculo de riesgo acumulativo, vease Nota Técnica.

FIGURA 3:  
TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO  
TASA DE INCIDENCIA AJUSTADAS POR EDAD POR 100,000 MUJERES



BIBLIOGRAFIA

1. Puffer, R, Griffith W. Características de la mortalidad urbana. 1968. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 151.
2. Skegg, D, Corwin P, Charlotte P. et al. Importance of the Male Factor in Cancer of the Cervix. The Lancet 1982. Sept. 11. 581-583
3. Doll, R. Comparison between Registries. Age-standardized rates. In: Cancer incidence in five continents. Chapter IX. Vol II. WHO/IARC, Lyon, 1976.
4. Documentos internos, OPS: Estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud.
5. McGlashan, N. D. A West Indies Geographic Pathology Survey. 1982. Department of Geography, University of Tasmania. Occasional paper 12. Occasional Paper Series, University of Tasmania, Hobart.
6. Rios-Dalenz, J., P. Correa y W. Haenszel. Morbidity from Cancer in La Paz, Bolivia. Int. J. Cancer 1981. 28:307-14.
7. Instituto do Cancer do Ceara. Registro de Câncer do Ceara. Cancer em Fortaleza, 1978-1980. Imprensa Universitaria da Universidade Federal do Ceara. Fortaleza, Ceara, Brasil.
8. Reeves. W., M. Brenes, R. Briton, et al. Cervical Cancer in the Republic of Panama. American J. of Epidemiology. 5, 715-724, 1984.
9. Bianco, M. Morbimortalidad por cáncer en la Argentina. Medicina 43, 361-368, 1983.
10. Olivares, L. Cancer Registry in Lima, Peru. Registro de tumores de Lima. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú. 1984.
11. Aristizál, N., C. Cuello, P. Correa, et al. The Impact of Vaginal Cytology on Cervical Cancer Risks in Cali, Colombia. Int. J. Cancer, 1984. 34.5-9
12. Guzmán, N. y M. Bueno. Tendencia del cáncer de cérvix uterino en Cali, Colombia. Antioquia Médica 24, No. 3, 249-257, 1974.
13. De la Loza, A. Lima X. El problema del cáncer en México. Salud Pública de México 5, 2, 365-382, 1976.

14. Brumini, R. Cáncer no Brasil: Datos histopatológicos. 1976-1980. Ministerio da Saude Brasil 1982. p.433
15. Faerstein, E., E.M.L. Aquino, V. D'Acri Soares. Cancer cervico uterino e de mama: Subsidios para a expansao das Acoes de controle no Brasil. Ministerio da Saude, Campanha Nacional de Combate ao Cancer. Instituto Nacional de Cancer. 1984.
16. Prado, R. y A. Dabancens. Programa nacional de detección precoz de cáncer cervico-uterino. 1966-1977. Informe global, Ministerio de Salud. Universidad de Chile. 1978.
17. Wild, R., R. Riveros, M. Fernández, et al. Tratamiento del carcinoma cervico-uterino evaluación de una experiencia de tres años. Revista Chil. de Obstet. Ginecol. 47(2): 65-77, 1982.
18. Joly, D. Recursos para la lucha contra el cáncer en América Latina: Encuesta preliminar. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 83 (4), 1977.

**Cuadro 1. Mortalidad por cáncer del cuello uterino en la Región de las Américas. Tasas brutas, ajustadas por edad y truncadas, por 100.000 mujeres**

País	Año más reciente	Tasa		
		Ajustada por edad*	Bruta	Truncada (35-64 años)
Caribe Inglés. Tasas promedio en 11 países (Antigua y Barbuda, Barbados, Bahamas, Dominica, Jamaica, Martinica, Monserrat, San Cristóbal-Nieves, Santa Lucía, San Vicente, Trinidad y Tabago)	1980	14,7	11,4	29,5
Chile	1982	13,6	11,9	27,7
México	1978	12,5	6,8	25,8
Paraguay (área de información)	1982	12,5	7,8	30,3
Panamá	1982	12,1	7,6	24,5
Guyana	1978	11,7	6,8	25,2
Costa Rica	1980	11,1	6,8	20,0
Colombia	1977	10,8	6,0	21,3
Venezuela	1978	10,5	6,1	21,6
Belice	1982	10,4	7,1	18,2
Perú	1978	6,3	3,8	12,3
Ecuador	1978	6,1	3,5	12,6
Brasil	1980	5,6	4,2	...
Uruguay	1978	5,5	6,5	13,2
Cuba	1978	5,0	4,3	9,7
El Salvador	1981	5,0	3,0	10,7
Guatemala	1981	4,7	2,8	10,0
Argentina	1979	4,5	5,0	9,7
República Dominicana	1982	4,0	2,2	8,1
Guadalupe	1978	...	3,7	...
Estados Unidos de América	1979	3,3	4,3	6,8
Canadá	1981	3,2	3,8	6,5
Puerto Rico	1980	3,2	2,8	7,4
Honduras	1981	0,5	0,3	0,6

... Datos no disponibles.

\* Ajustadas a la población mundial. Ver nota técnica al final del texto para tasas truncada.

Nota: No hay información para Bermuda, Islas Caimán, Islas Malvinas, Guayana Francesa, Nicaragua, San Pedro y Miquelón, Islas Vírgenes, Bolivia, Haití. Los datos de Centroamérica, con excepción de Costa Rica y Panamá, se considera que posiblemente reflejan un alto subregistro.

**Fuente:** Referencia 3.

## SITUACION DE LA MUJER EN LA OSP

### A. RESUMEN DE PATRONES DE CONTRATACION Y PROMOCION DE MUJERES

Los datos estadísticos sobre patrones de contratación y promoción se muestran en el Apéndice I. Los datos proporcionados deben considerarse en términos de un perfil global de la dotación de personal del Secretariado durante el período pertinente, que refleja una reducción neta de 157 funcionarios (23,8%). En toda la Organización, la proporción de profesionales y funcionarios de nivel superior que corresponde a mujeres aumentó del 18,6% en 1975 al 22,2% una década más tarde. En promedio, desde 1976 a 1985 el 55% de las mujeres profesionales fueron ascendidas, lo que se compara con el 29,3% de los profesionales que ascendieron en el mismo período. Las cifras absolutas correspondientes a mujeres que ocupan cargos "de alto nivel", en los grados P.4 y superiores, aumentaron del 30,08% de la fuerza laboral femenina en 1975 al 38,3% en 1985.

También puede ser importante indicar que la OPS ha participado activamente en el Grupo de Estudio sobre la Mujer en el sistema de las Naciones Unidas, establecido por el Subcomité de Capacitación del Comité Consultivo en Cuestiones Administrativas (CCAQ), con el fin de mejorar la situación actual de la mujer en el sistema de las Naciones Unidas. Sobre la base de la resolución indicada, un Oficial del Personal de la OPS participó en una reunión de trabajo reciente del Grupo de Estudio, con el objeto de presentar propuestas viables de capacitación para las funcionarias. Se están considerando los modelos de capacitación presentados a los participantes en la reunión de trabajo, con miras a su posible adopción, difusión y aplicación en el Continente.

Entre los organismos del sistema de las Naciones Unidas, solamente la OPS y el Banco Mundial han ejecutado un programa de asistencia educativa destinado a respaldar el progreso de los funcionarios, lo que constituye un factor significativo de los esfuerzos relacionados con la carrera funcionaria de las mujeres. De similar interés es el hecho de que 396 mujeres participaron en el programa global de Capacitación y Desarrollo del Personal de la Organización en 1984, lo que se compara con 197 hombres. En nuestro programa de respaldo a los estudios universitarios participan 82 mujeres (y 25 hombres) que obtendrán títulos universitarios en los próximos años.

### B. ESTATUS DE LA MUJER EN ORGANISMOS DE LAS NACIONES UNIDAS Y OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

Desde hace muchos años las Naciones Unidas ha mostrado interés por la situación de la mujer. A partir de 1975 el Secretario General incluyó en su informe resoluciones, datos estadísticos e información sobre el

progreso registrado, en relación con las mujeres y los hombres. El más reciente de los documentos importantes producidos por la Asamblea General está fechado a fines de 1984 y describe otros esfuerzos vinculados con reclutamiento, desarrollo de los funcionarios, relaciones entre el personal y la administración, e incluso el fortalecimiento de la función de la Oficina de Servicios del Personal. Las Naciones Unidas también estableció un cargo para que su titular se dedique exclusivamente a materias relacionadas con las mujeres y las políticas de las Naciones Unidas.

El Fondo Monetario Internacional no tiene un programa específico orientado a las mujeres. Esto puede deberse a su campo de trabajo--economía y finanzas--debido a lo cual los nombramientos y las designaciones del personal se originan en los niveles jerárquicos superiores de los Ministerios de Finanzas y del Directorio de la Tesorería de los países miembros del Banco.

Se tiene entendido que el Banco Interamericano de Desarrollo ha estado realizando esfuerzos similares a los nuestros durante los últimos tres años. Se organizó un grupo integrado por mujeres profesionales para que estudie su participación dentro del Banco. Se han formulado recomendaciones acerca de los procedimientos y las prácticas en materia de personal que se relacionan con la contratación de mujeres profesionales y las políticas de ascenso. Aún van a realizarse esfuerzos encaminados a aumentar la proporción de mujeres que ocupan cargos de nivel superior en el Banco.

La Organización de los Estados Americanos proporcionó información estadística sobre la dotación del personal y su división entre hombres y mujeres. No obstante, esta Organización no tiene un programa específico destinado a promover a las mujeres o a mejorar su situación, sino que se basa en el principio de igual pago por igual trabajo, independientemente de la raza, la religión o el sexo.

El Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional se han mostrado muy activos en la promoción, el reclutamiento y el desarrollo de las mujeres. El Banco desea contar con una representación más adecuada en todos los niveles del personal. Asimismo, el Banco estimula a las mujeres a que acepten nombramientos que contribuyan a su desarrollo--como cargos en misiones residentes--a fin de que se capaciten para desempeñar cargos directivos.

Durante muchos años la Organización Mundial de la Salud ha estado interesada en el aumento de la proporción de mujeres que trabajan en ella. La Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo han adoptado diversas resoluciones al respecto. Las más recientes indican una meta tentativa de representación futura del 30% de mujeres profesionales.

La meta de la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) es lograr un incremento constante y mensurable del personal femenino en todos los niveles, ocupaciones y lugares de destino. Una de

las iniciativas tomadas es el establecimiento en 1976 de un grupo de trabajo femenino de desarrollo con el objeto de que funcione como elemento catalizador y de coordinación en el seno de la FAO y otros organismos. También se han dado directivas al Comité de Selección del Personal Profesional para que elija una candidata en el caso de que en la corta lista resultante de la preselección haya un candidato y una candidata igualmente idóneos. El Director General ha escrito a todos los estados miembros de la FAO para pedirles su cooperación en la designación de candidatas apropiadas. Aunque a lo largo de los años se ha observado un incremento constante en la contratación de mujeres, una de las dificultades sigue siendo el número insuficiente de solicitudes recibidas de candidatas capacitadas y con experiencia en los campos altamente especializados de la Organización.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha introducido las medidas siguientes: 1) recordatorios en la correspondencia notificando a los Estados Miembros acerca de las vacantes existentes, 2) ampliación de los contactos para la contratación de modo de incluir asociaciones e instituciones que probablemente promuevan candidaturas femeninas, 3) recuperación sistemática por la Oficina del Personal de candidatas de la nómina central, 4) verificación minuciosa de las descripciones de cargos a fin de eliminar exigencias discriminatorias, y 5) tratamiento prioritario a las mujeres cuando se hallen igualmente capacitadas en el marco del programa de aspirantes. El obstáculo principal encontrado por UNESCO es la falta de candidatas idóneas procedentes de países subrepresentados. Se cree que el progreso alcanzado en esta área está estrechamente relacionado con el acceso de la mujer a la enseñanza superior en los estados miembros y con la necesidad de desarrollar una actitud positiva con respecto a las mujeres profesionales.

APENDICE I

a) SITUACION DE LA MUJER EN LA OSP

1975-1985

EN LA SEDE Y EN EL CAMPO

	Sin Clas.	D2	P6 D1	P5	P4	P3	P2	P1	TOTAL	(%)
<hr/>										
HOMBRES										
1975	2	2	17	154	243	50	42	28	538	(81)
1985	4	3	12	124	168	34	39	8	392	(78)
<hr/>										
MUJERES										
1975	0	0	1	3	33	47	25	14	123	(19)
1985	0	0	2	7	35	29	22	18	113	(22)
<hr/>										
TOTALES										
1975	2	2	18	157	276	97	67	42	661	
1985	4	3	14	131	203	63	61	26	505	
<hr/>										

b) COMPARACION DE LAS MUJERES PROFESIONALES DE LA OSP  
CON LAS DE OTROS ORGANISMOS INTERNACIONALES

Diciembre de 1979 y diciembre de 1984

Organismo	Sede				Oficinas de Campo				Total				PORCENTAJE DE LA DIFERENCIA
	Dic. 1979		Dic. 1984		Dic. 1979		Dic. 1984		Dic. 1979		Dic. 1984		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BAD	s.d.	s.d.	17	2,9	s.d.	s.d.	0	--	s.d.	s.d.	17	2,9	--
RIF	66	11,8	99	16,1	0	--	6	3,3	66	9,3	105	13,2	3,9
FMI	187	23,1	220	22,5	1	10,0	3	10,7	188	22,9	223	22,2	-0,7
OEA	155	23,4	146	18,2	7	5,8	12	4,3	162	20,7	158	14,6	-6,1
OPS	15	28,9	68	31,8	69	16,7	44	15,2	124	20,6	112	22,2	1,6
Naciones Unidas	516	27,8	631	32,7	273	15,4	388	18,1	789	21,7	1,019	25,0	3,3
PNUD	95	24,7	93	24,0	38	11,6	67	19,0	133	18,6	160	22,0	3,4
Banco Mundial/CFI	322	12,2	436	13,9	8	6,0	5	3,8	330	11,8	441	14,0	2,2
OMS	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	279	17,0	241	16,6*	-0,4

Fuente: BID, según datos suministrados por las oficinas de personal de los organismos enumerados.

\*Octubre de 1984

c) DATOS ADICIONALES SOBRE CONTRATACION DE MUJERES

(1) Personal en los "senior levels" (P.4 y +)

	<u>1975</u>	<u>1985</u>	
Mujeres	30,1%	38,3%	(porcentaje de mujeres profesionales)
Hombres	69,9%	61,7%	(porcentaje de hombres profesionales)

(2) Contratación de personal a corto plazo (consultores a corto plazo y asesores temporeros)

	<u>1982</u>	<u>1984</u>	
Mujeres	15,8%	22,4%	(porcentaje de mujeres profesionales)
Hombres	84,2%	77,6%	(porcentaje de hombres profesionales)

-----  
Total de mujeres contratadas como personal a corto plazo en 1984 = 373