



## XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

## XXXIV REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1982

Tema 23 del programa provisional

CSP21/15 (Esp.)

29 julio 1982

ORIGINAL: INGLES

PLAN QUINQUENAL REGIONAL DE ACCION SOBRE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS

La XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981), por su Resolución XV, adoptó el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo y pidió al Director que presentara un informe anual al Consejo Directivo sobre los progresos realizados en la ejecución de las actividades previstas en el Plan Quinquenal.

En este primer informe del Director se proporciona la información obtenida y se describen el desarrollo del programa y las actividades planeadas e iniciadas desde el 29 de septiembre de 1981, cuando el Consejo Directivo aprobó el Plan Quinquenal.

En cumplimiento de la Resolución CD28.R15, el Subcomité Especial sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo se reunió el 22 de junio de 1982 para examinar los progresos realizados hacia el logro de las metas expuestas en el Plan Quinquenal. En el presente informe figuran las conclusiones del Subcomité y la resolución sobre la mujer en la salud y el desarrollo propuesta por el Comité Ejecutivo a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana (Anexo VII).

## INTRODUCCION

Es imperiosa la necesidad de mejorar la situación de la mujer en lo que respecta a salud y desarrollo, necesidad que la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció al proclamar el período 1976-1985 como Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, y que el Consejo Directivo de la OPS adoptó en 1981 al aprobar el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo (CD28.R15).

Los progresos realizados en el mejoramiento de la situación de la mujer hasta la mitad del Decenio de las Naciones Unidas se resumen en un informe presentado al Consejo Directivo; éste aprobó la Resolución (CD27.R17) en la que se recomienda a la OPS que aplique sus conocimientos especializados para mejorar la salud de la mujer, aproveche el papel de ésta en su autoasistencia y en el desarrollo de la comunidad, realce el papel de la mujer en la prestación de servicios de salud, aumente el número de mujeres en puestos directivos a todos los niveles y mejore la situación de la mujer en la OPS.

La principal meta del Plan Quinquenal Regional de Acción (que se formuló en cumplimiento de dicha resolución), es ayudar a la OPS y a los Gobiernos Miembros a integrar con éxito a la mujer en las actividades en marcha y futuras relacionadas con la salud y el desarrollo en el Hemisferio. Las ideas enunciadas en el Plan Quinquenal son parte importante del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales con el fin de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, en el que se considera a las mujeres como grupo prioritario debido a su mayor vulnerabilidad y exposición a riesgos. Aunque ambos planes se establecieron por separado, los dos tratan de asegurar acción inmediata en el sector de la mujer en la salud y el desarrollo durante la segunda mitad del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. La integración de los dos planes, dispuesta en la Resolución CD28.R15, permitirá que la labor emprendida durante el Decenio prosiga por tiempo indefinido.

No se piensan establecer programas centrados exclusivamente en la mujer, ni tampoco establecer un proceso paralelo de desarrollo. El objetivo es lograr que en los planes y diseños de proyectos se tome en consideración a la mujer desde un principio y se garantice su participación a todos los niveles.

No solo debe considerarse a la mujer como usuaria activa de atención de salud, sino que debe desarrollarse e intensificarse su papel de prestadora de dicha atención ayudando a la toma de decisiones en esa área. Las mujeres pueden ser la clave del éxito de la estrategia de atención primaria de salud no solo para ellas mismas, sino para sus hijos y demás familia; pueden ser determinantes en gran parte para la aceptación de nuevos servicios e instalaciones en sus comunidades; muchos proyectos han fracasado por no haberse tenido suficientemente en cuenta sus conocimientos, comportamiento y prácticas.

Para mejorar la salud de la mujer, como se preconiza en el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, la OPS y los Gobiernos Miembros deben promover su participación en la atención primaria de salud por conducto de la oportuna educación sanitaria y participación de la comunidad, mejorar sus condiciones de salud ocupacional y utilizarlas al tomar decisiones para la prestación de los siguientes servicios: atención maternoinfantil y planificación de la familia, vigilancia y control de enfermedades, nutrición adecuada, abastecimiento de agua y saneamiento, y atención de salud en general. Es particularmente necesario evaluar los progresos hacia el logro de esas metas y la eliminación de los factores que impiden la igualdad de oportunidades para la mujer en lo que respecta a salud y desarrollo.

El presente informe se ha preparado en cumplimiento de la Resolución CD28.R15, por la que se pide al Director que presente al Consejo Directivo un informe anual sobre los progresos realizados en la ejecución de las actividades propuestas en el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo.

También en cumplimiento de la precitada resolución, el Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo se reunió el 22 de junio de 1982 para examinar el informe y analizar los progresos realizados en la ejecución del Plan Quinquenal de Acción.

En este primer informe del Director se proporciona la información obtenida y se describe el desarrollo del programa y de las actividades iniciadas desde el 29 de septiembre de 1981, cuando el Consejo Directivo aprobó el Plan Quinquenal. La escasez de información sobre la mujer en la salud y el desarrollo solo puede remediarse lentamente; muchas actividades se encuentran en la fase de planificación y otras en etapa muy preliminar. Se progresa en aspectos tales como preparación de publicaciones y material didáctico y publicitario, coordinación con otras organizaciones internacionales, e iniciación de estudios y análisis de estadísticas.

Con el fin de establecer una base de datos para evaluar los progresos y mejorar el sistema de vigilancia y de evaluación del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales, se pidió a los países información sobre la mujer en relación con la salud y el desarrollo. Los datos recibidos de 16 países indican que en numerosos casos hay actividades diversas en curso. (Véase Anexo I.) Como la información es muy heterogénea, carece de uniformidad para los distintos países y en muchos casos no es específica, resulta difícil usarla con fines de comparación. Sin embargo, se incluirá la que sea pertinente en el análisis de cada área programática.

## II. FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL

Para lograr que las actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo se integren en todos los programas pertinentes, el Plan Quinquenal Regional de Acción y la Resolución CD28.R15 del Consejo Directivo preconizaron el establecimiento de mecanismos de coordinación en la Sede y en los países.

Ulteriormente el Director de la OPS estableció en la Oficina del Subdirector un punto focal administrativo encargado de coordinar todas las actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo y de centralizar toda la información y correspondencia al respecto. También se creó un punto focal en cada una de las divisiones técnicas para coordinar y controlar las actividades a ese nivel. A su vez, estos representantes forman un grupo de trabajo focal interdivisional que se reúne una vez al mes para coordinar y vigilar el aspecto técnico de las actividades relacionadas con la mujer.

Este grupo de trabajo, junto con el punto focal administrativo, coordina actividades tales como la presentación de información a los Cuerpos Directivos, el establecimiento de relaciones de trabajo con otras organizaciones interesadas en la mujer y el desarrollo, la preparación de una publicación destinada al público en general, tomando como base el Plan Quinquenal la elaboración de datos sobre la marcha de las actividades para incluirlos en el Informe Anual del Director, y la formulación de solicitudes de fondos extrapresupuestarios para mejorar las actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo como parte del Plan de Acción Regional de la OPS.

Asimismo, y como parte de la integración de los planes, se han establecido puntos focales en cada oficina de país y de área para incorporar a todos los programas y proyectos apropiados la cooperación técnica, en lo que respecta a la mujer en la salud y el desarrollo. Los propios Representantes de la OPS funcionan como puntos focales en los diferentes países. Varios países han constituido sus propios grupos focales en los ministerios de salud con el cometido de establecer estrategias nacionales para aplicar el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo.

Esos mecanismos de coordinación, tanto en la Sede como en los países, tienen por objeto crear un sistema de información sobre las diferentes actividades que se relacionan con la mujer en la salud y el desarrollo.

El Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo se reunió de conformidad con lo dispuesto en la Resolución CD28.R15 y, tras examinar el informe sobre la marcha de los trabajos presentados por la Secretaría, formuló las siguientes observaciones y conclusiones:

1. Las metas y actividades indicadas en el Plan Quinquenal Regional y en los mandatos asignados por las Resoluciones XVII y XV adoptadas, respectivamente, en las Reuniones XXVII y XXVIII del Consejo Directivo, siguen siendo instrumentos eficaces y valiosos para la formulación de estrategias y actividades integradas en relación con la mujer en la salud y el desarrollo.
2. El Subcomité reconoce que, aunque se han iniciado algunos proyectos, solo han pasado ocho meses desde que se adoptó el Plan Quinquenal Regional, lo que constituye un plazo suficiente para identificar tendencias pero no para revelar cambios importantes ni para evaluar progresos.
3. Muchos países no han adoptado todavía ninguna medida en relación con la Mujer en la Salud y el Desarrollo y con el Plan Quinquenal Regional de Acción. El Subcomité reitera la necesidad de incorporar las actividades que se indican en ese Plan de Acción a las estrategias y planes nacionales de salud y desarrollo, desde las fases iniciales.
4. Aunque se han preparado indicadores específicos y se ha pedido información a los Gobiernos Miembros, muchos países no han respondido, o lo han hecho solo parcialmente, y la información recibida no es uniforme y a menudo tienen un carácter sumamente general, por lo que no facilita un elemento de juicio suficiente para evaluar el cambio de la situación general en lo que respecta a la mujer en la salud y el desarrollo.
5. Es preciso normalizar la información para que sea comparable la obtenida en distintos países, incorporar esos indicadores a los sistemas informativos nacionales y aplicar metodologías innovadoras de acopio de datos.
6. Aunque la información sobre la mujer en la salud y el desarrollo no es completa, cada país debería empezar a adoptar medidas en los sectores en que se hayan identificado ya las necesidades.
7. El Subcomité reconoce que aunque la OPS ha hecho algunos progresos en cuanto a aumento de los nombramientos y los ascensos de mujeres a puestos profesionales, persiste un gran desequilibrio que solo se corregirá si se procura con especial empeño contratar más mujeres y facilitar a las que ya están empleadas en la OPS mayores oportunidades de ascenso al nivel profesional.
8. Debe reconocerse que en la mayor parte de los países hay muchas mujeres desempleadas o autoempleadas y que en consecuencia, es preciso apoyar la promulgación de leyes que protejan tanto a la mujer que trabaja en sectores no regulados de la economía como a sus hijos.
9. Es necesario preparar y difundir pautas de análisis y modificación de políticas nacionales, de manera que se puedan integrar la autoasistencia y la autopromoción en los programas en curso de atención de salud y desarrollo.

10. Los Gobiernos Miembros deberían cooperar con grupos innovadores y no gubernamentales, y prestarles apoyo; por otra parte, la OPS debería reforzar su coordinación con dichos grupos, así como con otras organizaciones de los Sistemas Interamericano y de las Naciones Unidas, con el fin de evitar duplicaciones de esfuerzos y reforzar el papel de la mujer como prestadora y usuaria de servicios de atención primaria en salud.

11. Es preciso establecer y promover a nivel nacional un mecanismo de coordinación de actividades y acopio de información sobre la mujer en la salud y el desarrollo, con arreglo a un criterio intersectorial y con apoyo y orientación de la OPS a los niveles de región, área y país.

12. Debería reforzarse el apoyo a la capacitación y la educación continua de la mujer, de manera que esta adquiriera conocimientos profesionales y de administración que le permitan ascender a puestos de nivel decisorio.

13. El Subcomité reconoce la excelente labor realizada por la Secretaría en la preparación del informe sobre la marcha de las actividades con la escasa información disponible, y desea felicitar al Punto Focal de la Secretaría sobre La Mujer en la Salud y el Desarrollo por la coordinación que promueve en sectores técnicos de esa especialidad, señalando al mismo tiempo que debe reforzarse esa coordinación.

14. El Subcomité ha decidido reunirse cada año inmediatamente antes de la reunión del Comité Ejecutivo para a) examinar y evaluar los progresos realizados en el cumplimiento del Plan Quinquenal Regional, y para b) formular observaciones y recomendaciones para el informe que el Comité Ejecutivo ha de presentar al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria; y reunirse de nuevo inmediatamente después de la reunión del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria para a) dar seguimiento a las decisiones apropiadas que estos hayan adoptado y b) revisar las nuevas actividades emprendidas en el curso del año de que se trate.

15. Para asegurar la continuidad de sus actividades y conseguir que los miembros sirvan por sendos períodos escalonados de tres años, el Subcomité recomienda al Comité Ejecutivo que se elija como miembro del Subcomité a Panamá para reemplazar a México cuando termine el mandato de este en 1982.

Países representados por el Comité Ejecutivo:

<u>Expiración del mandato,</u> <u>1982</u>	<u>Expiración del mandato,</u> <u>1983</u>	<u>Expiración del mandato,</u> <u>1984</u>
México*	Jamaica*	República Dominicana
Chile	Nicaragua*	Panamá
Guyana	Argentina	Uruguay

\*Miembros del Subcomité

A base de las precitadas observaciones y conclusiones, el Subcomité Especial presentó un proyecto de resolución a la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, que lo aprobó para recomendarlo a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. (La resolución figura como Anexo VII del presente informe.)

### III. INTEGRACION DEL PLAN QUINQUENAL REGIONAL DE ACCION SOBRE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO EN EL PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA INSTRUMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Una aspiración importante del Consejo Directivo, indicada en la Resolución CD28.R15, es que las actividades del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo se integren en el Plan Regional de Acción con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000.

Esa integración es un proceso continuo que incluye componentes que dependen tanto de los países como de la OPS. El proceso de integrar los dos planes debe formar parte de las actividades de orientación, planificación, vigilancia y evaluación de los programas en los países y en la OPS.

Como ejemplos del proceso de integración ya desarrollado puede citarse: una discusión de la participación de la mujer en las estrategias de salud para todos en la Reunión de Administradores de Campo de la OPS (diciembre de 1981); la inclusión en el Plan Quinquenal, enfatizando la participación de la mujer en actividades de salud y desarrollo, en la serie de talleres-seminarios sobre el Plan de Acción que se celebran en Washington y la labor de los grupos focales en los países y en la Sede para que la mujer y las agrupaciones femeninas participen en la planificación, la ejecución y la evaluación de programas de salud. (Véase Anexo II.)

### IV. ACTIVIDADES EN MARCHA Y PREVISTAS SOBRE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO, POR AREA PROGRAMATICA

El siguiente análisis de las actividades por área programática se ajusta al orden del Plan Quinquenal Regional sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo.

#### 1.1 Utilización del programa ordinario de la OPS para ejecutar actividades vinculadas con la mujer en la salud y el desarrollo

Los planes de trabajo y las actividades en marcha relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo se han examinado en las divisiones técnicas de la OPS, las oficinas de los Representantes en los Países y en las Areas y los Centros, y se describirán con mayor detalle más adelante. Asimismo se están planificando actividades y programas modelo para los países que estén dispuestos a ensayarlos y se han preparado o están en preparación propuestas para atender las necesidades de grupos específicos de mujeres.

El año pasado se consignaron fondos para actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo en los presupuestos de las divisiones, las Oficinas de País y los Centros de la OPS. Sin embargo, el importe de esas consignaciones es bajo, por lo que se han formulado solicitudes de fondos extrapresupuestarios para aumentar el número de actividades y, por lo tanto, la promoción y participación de mayor número de mujeres en las actividades de salud y el desarrollo dentro de la Región.

Mediante el programa de becas de la OPS, mecanismo que se está utilizando para intensificar la participación de la mujer como prestadora de asistencia de salud, se ha logrado aumentar la proporción de becarias. En 1971-1975, el 35 por ciento (2,166) de las becas de la OPS fueron para mujeres; este porcentaje subió a 38 por ciento (2,322) para los siguientes cinco años (1976-1980). En el año de 1981, 43 por ciento de las becas fueron recibidas por mujeres.

1.2 Realce del papel y la participación de la mujer en áreas programáticas: Fomento de cambios en las orientaciones y actitudes

Como parte de las actividades encaminadas a fomentar cambios de actitud en la OPS, se celebraron algunos seminarios y reuniones y están previstos otras para atender las necesidades de la mujer en las esferas de organización, adiestramiento y desarrollo. Se ha incorporado un componente sobre cuestiones vinculadas con la mujer a los programas de adiestramiento en gestión y administración organizados por la Oficina de Desarrollo y Capacitación del Departamento de Personal. Se celebró una sesión complementaria de un seminario sobre la mujer en la gestión administrativa, con asistencia de nueve funcionarias profesionales, y 85 miembros del personal participaron en una serie de presentaciones sobre cuestiones vinculadas con la mujer. En total, 421 funcionarias se registraron en programas de desarrollo y adiestramiento de personal en 1981; 306 recibieron adiestramiento en grupo y 115 adiestramiento individual.

Asimismo, se dio apoyo al Grupo de Recursos y Desarrollo de la Mujer (WRDG), constituido por miembros del personal de la OPS interesados en mejorar la situación de la mujer en la Organización. La orientación de personal recién contratado comprendió presentaciones sobre las actividades del Grupo, para lo que se organizaron dos seminarios sobre gestión y comunicaciones, a los cuales asistieron 34 miembros.

Para 1982 la Oficina de Desarrollo y Capacitación de Personal ha planeado una serie de charlas y talleres sobre comunicaciones y gestión.

El Grupo celebró una mesa redonda sobre "La mujer profesional en las instituciones internacionales de desarrollo", con expertos del Centro de Actividades de Población, la Comisión Interamericana para la Mujer y la Fundación Interamericana; organizó otros dos seminarios, uno sobre "La mujer en el desarrollo" (con expertos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Programa de las Naciones Unidas



para el Desarrollo y el Banco Mundial); y otro sobre "El ascenso de la mujer: amenaza u oportunidad"; por último, patrocinó juntamente con la Administración una sesión sobre la participación de la mujer en las estrategias de salud para todos en el año 2000, como parte del programa oficial de la reunión de Representantes de Area y de Países celebrada en Washington en diciembre de 1981. Los representantes de la organización "Save the Children" y del Centro de Actividades de Población examinaron con miembros del WRDG diversas actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo, que se encontraban en curso en América Latina. Un grupo de trabajo sobre las necesidades de la mujer en la OPS, integrado por cuatro funcionarios profesionales (dos mujeres y dos hombres) está trabajando en este sector para identificar posibles áreas de acción.

Para 1982 se prevén otros seminarios destinados a todo el personal de la OPS, así como proyección de películas y otras actividades para los miembros del Grupo, e intercambio de información y cooperación en el programa relativo a la mujer en la salud y el desarrollo.

#### Políticas y prácticas de contratación

El Departamento de Personal se ha esforzado por aumentar el número de mujeres que ocupan puestos técnicos, profesionales y ejecutivos en la OPS. Actualmente están representadas en la mayoría de los comités de selección, y en todos los avisos de vacantes se recomienda especialmente que soliciten mujeres. Se está procurando establecer contacto con asociaciones de mujeres profesionales y con universidades de toda la Región a fin de que colaboren en la búsqueda de candidatas capacitadas para ocupar puestos en la OPS. Se ha instado a los Gobiernos Miembros a que contribuyan a una representación más equitativa, presentando un mayor número de candidatas.

A fines de 1981, el 44 por ciento del personal de la OPS en toda la Región eran mujeres, de las que el 22 por ciento estaban en puestos profesionales. Esta proporción para varones era del 65 por ciento. Mientras que de 1980 a 1981 el número de mujeres profesionales en la Región se mantuvo a 120, en la Sede hubo un pequeño aumento de 57 a 63 y al mismo tiempo una pequeña disminución en el campo, de 63 a 57. En las categorías profesionales, 362 de 462 varones (78%) ocupaban puestos directivos de grado P.4 y superior; 39 de 120 mujeres profesionales (33%) ocupaban puestos directivos. (Véase Anexo III.)

El Departamento está reconociendo la importancia de proveer dirección y establecer normas para aumentar la participación de las mujeres tanto como de los hombres en la OPS. Aunque el progreso no ha sido tan rápido como el deseado, en el Anexo III de este informe se indica que la OPS sigue haciendo esfuerzos para lograrlo, particularmente a niveles de P.5 y P.6/D.1. La OPS, al igual que otras organizaciones internacionales, cuenta con los gobiernos nacionales para presentar candidatos idóneos para los puestos vacantes. Si no hay suficientes

mujeres calificadas entre esos candidatos, la situación con respecto a su reclutamiento no se puede mejorar rápidamente. La OPS ha adoptado políticas y normas de reclutamiento diseñadas a aumentar el número de mujeres, las cuales serán efectivas si los Gobiernos Miembros ayudan a la OPS sometiendo candidatas idóneas para las vacantes que estén disponibles en el futuro.

Para tener una idea clara de la situación de la mujer en los ministerios de salud de los países es preciso disponer de cifras indicativas del número y el porcentaje de mujeres en puestos de alto nivel por comparación con años anteriores. Actualmente, la información de los países es esporádica y en general indica un número o porcentaje relativamente bajo de mujeres en puestos ministeriales superiores, aunque en algunos países los puestos de Ministro de Salud están desempeñados por mujeres.

## 2.1 Identificación de los problemas principales de salud y los cambios en la Región que están relacionados específicamente con la mujer

La información estadística sobre condiciones de salud en las Américas ha mejorado en los últimos 30 años, pero sigue siendo difícil comparar datos internacionales debido a las diferencias en los sistemas de salud, recolección de datos y uso inconsistente de definiciones entre los países.

La recolección de información sobre la salud de la mujer enfoca primariamente causas de defunción y datos sobre salud materna. Debido a que la mayoría de los países todavía no tienen disponibles datos por sexo sobre enfermedades, es todavía más difícil analizar en detalle la situación de salud de la mujer. Poca información existe sobre los problemas específicos de la mujer, especialmente fuera de su función reproductiva. Se necesita más información sobre el estado nutricional de la mujer, la salud ocupacional, los problemas físicos y mentales relacionados con su expectativa de vida más larga y su participación en las profesiones de salud.

Como primer paso hacia el establecimiento y la difusión de medidas e indicadores estadísticos sencillos y fidedignos de la situación de salud de la mujer, por primera vez se incluirá una sección al respecto en el nuevo número de la publicación cuatrienal Las condiciones de salud en las Américas, que será publicada en septiembre de 1982. En ella se analizan las tendencias de la mortalidad materna, las altas de hospital según diagnóstico, el aborto, la morbilidad y moratalidad por cáncer y la malnutrición.

Además, se compilará el material disponible sobre la situación de salud de la mujer en América Latina y el Caribe para una nueva publicación, Las condiciones de salud de la mujer en las Américas, que será publicada en 1983 e indicará, entre otras cosas, las deficiencias de información. La información presentada en esta publicación se hará parte del sistema de monitoreo y evaluación del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales.

La Oficina de Servicios de Estadística está examinando todos los mecanismos de acopio de datos para saber si deben modificarse a fin de obtener datos por sexo. Además, se estudiará la posibilidad de usar cuestionarios especiales para el acopio de datos específicamente relativos a la mujer. Es de esperar que esos instrumentos se incluyan en los sistemas de información de cada País Miembro.

## 2.2 Exploración de nuevas esferas vinculadas con la salud de la mujer a fin de comprender mejor las pautas de morbilidad

Se están analizando las actuales investigaciones y tecnologías biomédicas y de servicios de salud para saber cuáles se refieren a las necesidades de atención primaria. Con base en dicho análisis, se preparará una bibliografía anotada y se formularán recomendaciones a los países de la Región. Además, se prepararán proyectos de investigación operativa en dos países para ensayar nuevos procedimientos y estrategias de atención de las necesidades especiales de la mujer.

Los países están formulando numerosos proyectos de investigación relacionada con las necesidades de salud de la mujer incluyendo: la salud mental, nutrición, lactancia materna, embarazo de alto riesgo, diabetes y anemia de mujeres embarazadas, prevalencia y riesgos del uso de los anticonceptivos, neoplasias que afectan al sexo femenino, nuevos patrones de servicios con participación de la comunidad, responsabilidad paterna, y adecuación de la atención del embarazo y parto a través de la extensión de la cobertura.

## 3.1 Formulación de mecanismos para intercambiar información respecto de la mujer en la salud y el desarrollo

Con objeto de obtener información, evitar la duplicación de esfuerzos y, en algunos casos, proceder a programación conjunta, se ha establecido y se reforzará el contacto con algunos organismos, en particular: Banco Interamericano de Desarrollo; Comisión Interamericana para Mujeres de la Organización de los Estados Americanos; Banco Mundial; organismos de las Naciones Unidas como el UNICEF, la CEPAL, el FNUAP, la UNESCO, el PNUD, la OIT y la FAO; entidades nacionales e internacionales no gubernamentales, como las ligas contra el cáncer, "International Women's Tribune Center", la Fundación Rockefeller, la "Carnegie Corporation", la organización "Save the Children", el Centro de Actividades de Población, el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, el "New Transcentury Fund", la Fundación Interamericana y la Universidad Johns Hopkins; y por conducto de puntos focales nacionales, dependencias de otros sectores gubernamentales de los Países Miembros, inclusive la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID).

La OPS ha participado en seminarios y talleres como los siguientes: seminario sobre la participación de la mujer en la cooperación para el desarrollo de la Comisión Interamericana de Mujeres de la OEA, celebrado en Uruguay en octubre de 1981; taller de la CEPAL sobre diseño de

proyectos y programas para la mujer, celebrado en Panamá en enero de 1982; reunión del Instituto Internacional de Enseñanza e Investigaciones para el Avance de la Mujer, celebrada en Nueva York en enero de 1982; seminario del Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, celebrado en Washington, D.C. en diciembre de 1981, con aportación financiera de la OPS; y reunión del Comité Permanente de las Naciones Unidas para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, celebrada en la sede del Banco Mundial en abril de 1982.

Se procura utilizar los canales de información de la OPS para intensificar el intercambio de datos sobre actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo. El pasado año se incluyeron artículos sobre este tema en publicaciones de la OPS (por ejemplo el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OPS Sucesos y el informe sobre vigilancia epidemiológica de CAREC) y se proyecta publicar otros en Educación Médica y Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Boletín de la OPS (en inglés) y otros.

Se ha examinado información sobre actividades relacionadas con la mujer que ha sido incluida en la agenda de reuniones regionales y subregionales, como la reunión de Representantes de Área y de País (Washington, diciembre de 1981); los seminarios-talleres sobre el SPT-2000 (Washington, D.C., febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto de 1982), y la reunión sobre programación para administradores de campo (Barbados, enero de 1982); y en el Simposio Regional sobre Recursos Humanos para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (Panamá, julio de 1982). El tema será también discutido en los otros tres seminarios-talleres sobre el SPT-2000.

Algunos países han establecido contacto con asociaciones femeninas a distinto nivel, así como relaciones de trabajo con grupos y organizaciones internacionales, con objeto de elaborar proyectos e intercambiar información relativa a la mujer. En un país hay un programa de apoyo a una agrupación femenina nacional para que prepare un noticiero sobre la mujer en la salud. Mediante otro proyecto se reúnen periódicamente representantes de organizaciones internacionales de distintos sectores que se ocupan de la mujer en el desarrollo. El proyecto comprende un estudio de actividades específicas de la especialidad realizadas por organismos de las Naciones Unidas en ese país. Otro país ha incorporado los principios del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo a un plan nacional que ha sido sometido a la consideración de otros ministerios para su aplicación.

#### 4.1 Atención primaria de salud

##### A. Educación sanitaria y actividades de participación de la comunidad

Con el fin de promover la participación de la mujer en los programas de atención de salud y prevención de enfermedades a ella destinados,

se han previsto para 1982-1983 diversas actividades de educación sanitaria y participación de la comunidad. Se prepararán series de material educativo para adultos que destaquen el papel de la mujer en la comunidad, los cuales se revisarán y ensayarán en los países para lograr una efectividad máxima a la participación de la mujer en su autoatención y en el uso apropiado de los servicios de salud.

En la actualidad se están elaborando materiales educativos que explican los problemas de salud particulares de la mujer, guías para discusiones, pautas para participación de la comunidad y folletos y diapositivas. Los materiales podrían ser utilizados por organizaciones femeninas y grupos de la comunidad para aumentar el conocimiento de la comunidad sobre los problemas de salud de la mujer, para promover el cambio de la imagen tradicional de los papeles que corresponden al hombre y a la mujer y para alentar la participación de organizaciones femeninas y grupos de la comunidad en actividades de atención primaria de salud y prevención de enfermedades.

También se prepararán y difundirán pautas de examen que estimulen cambios de políticas y reformas a legislaciones nacionales, con el fin de que los países procedan a la integración de la atención de la familia y el fomento de la autoasistencia.

La OPS y la OMS están proporcionando apoyo a programas de atención primaria de salud llevadas a cabo por grupos de la comunidad, especialmente grupos femeninos. Un grupo técnico de trabajo examinará los papeles que pueden desempeñar esos grupos, inclusive la identificación de requerimientos locales e implementación de acciones específicas para llenarlos. También se desarrollarán pautas que orienten a los grupos femeninos en el fomento de estas actividades de atención primaria de salud en sus países respectivos.

La OPS ha preparado un nuevo manual experimental de adiestramiento que se ensayará próximamente, en el que se describen las actividades de ayuda en la comunidad a personas inválidas y se señalan las necesidades de las mujeres aquejadas de impedimentos, así como la función de apoyo que la mujer en general puede desempeñar en la ayuda a los impedidos que haya en su familia o vecindad.

Las actividades de educación sanitaria y participación de la comunidad son parte integrante de los programas de adiestramiento de muchos países. Hay un programa que se desarrolla con participación de una federación femenina que se encarga de adiestrar voluntarios de acción en la comunidad para que expliquen a las mujeres cuestiones de salud y las estimulen a aprender nociones de autoasistencia o a solicitarla cuando la necesiten. Otras actividades de educación sanitaria son el establecimiento, la reproducción y la distribución de materiales audiovisuales relativos a la función reproductiva de la mujer y la participación de grupos de la comunidad en la programación, supervisión y evaluación de servicios rurales de salud, particularmente de atención materno-infantil y planificación de la familia.

B. Actividades de salud maternoinfantil y planificación de la familia

Los programas de salud maternoinfantil y planificación de la familia existen desde hace años y, evidentemente, han involucrado a mujeres, pero hasta hace poco no se ha considerado a la madre como participante activa en esos programas. La OPS colabora con los Gobiernos Miembros en la ampliación de los programas de salud maternoinfantil para que comprendan actividades que destaquen la importante función de la mujer como prestadora, promotora y usuaria de los servicios curativos y preventivos. Los programas tradicionales se reorientan con la introducción de conceptos de atención primaria de salud, participación de la comunidad, uso de tecnología apropiada e hincapié en la educación continua, y el asesoramiento a la madre durante la gestación, el parto y el período posnatal.

En 1981 se imprimió por primera vez esa nueva orientación a diversos cursos paramédicos, en particular el curso regional sobre salud maternoinfantil, celebrado en Medellín, Colombia, en marzo y abril; el curso regional sobre salud pública perinatal, celebrado en Montevideo, Uruguay, en septiembre; y el Seminario Latinoamericano de Salud Maternoinfantil, celebrado en Santiago, Chile, en octubre.

El Programa Regional de Atención Perinatal y Maternoinfantil desarrolló en 1981 numerosas actividades destinadas a enfatizar la participación de la mujer en el desarrollo de la salud y a mejorar la entrega de servicios para la mujer. Quince propuestas fueron elaboradas, en tanto se mantuvieron activos ocho proyectos en marcha. A través de estos proyectos, más de 2 millones de mujeres se benefician con la aplicación de tecnologías apropiadas para la atención perinatal y la reproducción, crecimiento y desarrollo humanos.

En casi todos los países de la Región se han acrecentado durante 1981 y 1982 las actividades de los programas nacionales de salud maternoinfantil y bienestar familiar en los que la OPS actúa como agencia ejecutora. En la mayoría de ellos se pone énfasis en la atención primaria de los grupos especialmente vulnerables, tales como la población rural dispersa y urbana marginada, tratando de llegar con los beneficios de regulación de fecundidad y la atención gineco-obstétrica apropiada al mayor número de mujeres en edad fértil. Especial mención debe hacerse de las actividades para adolescentes y jóvenes. Son reconocidos los niveles de riesgo que el embarazo muy precoz y la falta de educación para la vida familiar representan para las mujeres jóvenes de América Latina y el Caribe. La OPS ha desarrollado en estos años una serie de actividades destinadas a la prevención del embarazo en adolescentes y a su educación integral sobre la vida familiar. Además de seminarios, cursos y asesorías sobre el tema cabe mencionar que se llevan a cabo numerosas acciones específicas de los programas nacionales que han recibido cooperación técnica de la OPS.

El programa de la OPS sobre salud maternoinfantil y planificación familiar correspondiente a 1982 comprende diversas actividades reorientadas en la nueva dirección sobre el importante y activo papel de la mujer. Se están preparando pautas que faciliten a los países la preparación de normas de atención primaria de salud para mujeres, inclusive planificación de la familia y detección del cáncer femenino. Además, los países recibirán apoyo para estudios sobre las condiciones de salud de la mujer y para obtención de fondos extrapresupuestarios destinados a proyectos con ella relacionados.

Se está ultimando una publicación sobre atención primaria y salud maternoinfantil, y una serie de bibliografías anotadas sobre atención perinatal, factores sociales determinativos de la mortalidad infantil y materna, prácticas de lactancia natural, y trastornos hipertensivos del embarazo. También se dispondrá en breve de material audiovisual sobre tecnología apropiada de atención perinatal para promover la lactancia natural y humanizar la atención de salud a la mujer, estimulando al mismo tiempo la autorresponsabilidad de esta en el cuidado del niño.

Se facilitará cooperación técnica para evaluar las necesidades y reorientar los programas de salud maternoinfantil y planificación de la familia. En diciembre se reunirá un grupo especial de trabajo sobre participación de la familia y la comunidad en el estímulo del desarrollo psicosocial del niño.

Se promoverá el establecimiento de indicadores en los sistemas de evaluación y vigilancia de actividades de salud maternoinfantil y planificación de la familia; además, se mejorarán los incluidos en el Plan de Acción de Salud para Todos mediante estudios de la mortalidad prematura y el registro de defunciones maternas.

Se necesitan indicadores de la cabalidad de la atención y la educación continua recibidas por las madres durante la gestación, el embarazo y el período posnatal. De momento son pocos los países que pueden indicar con exactitud el porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal y posnatal, el de partos en hospitales u otras instituciones atendidas por personal de salud, o el de partos en el domicilio con asistencia de parteras. Además, tampoco existen definiciones uniformes de atención prenatal y posnatal adecuadas, que deberían comprender actividades como la vacunación con toxoide tetánico en las zonas donde es frecuente esta enfermedad.

#### C. Mejoramiento del estado nutricional de mujeres y niños

La OPS colabora estrechamente con el Programa Mundial de Alimentos en el logro de una nutrición esencial para la salud de la mujer y el crecimiento y desarrollo normal del feto, en particular suplementación con hierro, yodo, vitaminas, y alimentos en general. En 14 países se procede a formular, ejecutar o evaluar programas de alimentación suplementaria para la mujer y el niño. La OPS colabora, asimismo, en los

programas de desarrollo de la comunidad en 11 países. La participación de la mujer en esos programas comprende el mejoramiento de sus condiciones sociales, sanitarias y nutricionales, y su intervención activa en el desarrollo del programa.

A nivel regional, en noviembre de 1981 se reunió en Lima, Perú, un grupo especial OPS/OMS sobre lactancia materna y nutrición materno-infantil. El grupo preparó una propuesta de programa para 1982-1983 que se ha sometido a la OMS/Ginebra para posible financiamiento y apoyo.

La OPS ha colaborado con los países en actividades educativas e informativas sobre nutrición durante el embarazo, lactancia materna y prácticas apropiadas de alimentación de lactantes y niños. En particular esas actividades comprenden promoción y educación, adiestramiento y regulación de la comercialización y la distribución de alimentos y sucedáneos de la leche materna. Los organismos oficiales competentes de 18 países han notificado el establecimiento de políticas o la promulgación de decretos para fomentar la lactancia natural. La propaganda correspondiente se ha hecho por los medios de información y educación del público, así como en talleres y reuniones nacionales. Está en marcha la distribución de material educativo consistente en hojas y folletos sobre principios básicos.

Se están preparando pautas para el personal de salud de la comunidad sobre alimentación nutritiva, incluyendo lactancia materna y alimentación de niños, así como materiales sobre alimentación suplementaria y el período de destete. Algunos países han incluido en los programas de enseñanza primaria y secundaria principios de lactancia natural y nutrición de madres y lactantes.

Otros países van a emprender o han emprendido estudios para determinar los factores que influyen en la lactancia natural. Algunos tienen legislación que permite a la madre trabajadora hacer pausas en las horas de trabajo para dar el pecho al niño. En muchos casos, la madre trabajadora está amparada por legislación que prevé la licencia de maternidad, así como también prestaciones por ese concepto y protección contra la pérdida de empleo debida al embarazo y la maternidad. (Véase Anexo IV.)

#### 4.2 Control y vigilancia de enfermedades agudas y crónicas

Se han previsto diversas actividades para prevenir las enfermedades agudas y crónicas, a base de información esencial, especialmente para madres y grupos femeninos de la comunidad, sobre la necesidad de inmunización de los niños contra las enfermedades frecuentes y sobre control de enfermedades transmisibles de la mujer, inclusive las enfermedades que tienen manifestaciones discretas, como son las de transmisión sexual e inflamación de la pelvis femenina (IPF).



- a. La inflamación de la pelvis, objeto de investigaciones recientes, ha resultado tener secuelas muy considerables de orden económico y médico, por ejemplo, esterilidad, embarazo ectópico y dolor abdominal crónico. En los Estados Unidos de América se registran anualmente más de 850,000 episodios de IPF, con más de 212,000 hospitalizaciones, 115,000 intervenciones quirúrgicas y 2,500,000 visitas a médicos, por un costo total que se calculó en \$1,250 millones en 1979. En ese país, cada año pierden su fecundidad unas 80,000 mujeres, debido a infecciones pelvianas.

Sin embargo, fuera de los Estados Unidos de América y el Canadá, se desconoce o se pasa por alto en gran parte la magnitud de este problema. En vista de ello, la OPS está preparando un estudio sobre la prevalencia de esta enfermedad. Durante un año se obtendrá información sobre las mujeres que acuden a la sala de urgencia de un importante hospital metropolitano. En las mujeres que se someten a examen de la pelvis por cualquier razón se tratará de detectar la presencia de IPF con arreglo a un protocolo y a definiciones internacionales uniformes, y por técnicas no invasivas. Se procederá al análisis continuo de la proporción que representan en la atención de salud los casos clínicos de IPF. A base de los datos obtenidos se hará un estudio de control de casos, dividido en dos partes, sobre la relación entre la IPF y la fecundidad.

- b. En la mayoría de los países de las Américas, la cobertura mediante vacunación con toxoide tetánico de las mujeres gestantes es sumamente baja y en general no se han determinado las zonas donde la enfermedad es más endémica, lo que sería el primer paso para adoptar medidas preventivas del tétanos neonatal. Para ayudar a esos países a localizar las zonas de mayor riesgo, la OPS, por conducto de su Programa Ampliado de Inmunización, promoverá una encuesta de morbilidad y mortalidad por tétanos neonatal, sobre todo en los países andinos. El primer ensayo sobre el terreno está previsto en Colombia para junio de 1982.

Además, se fomentará una participación más activa de las madres en los programas de inmunización para reducir al mínimo el problema de las elevadas tasas de abandono (es decir, de personas que no llegan a recibir la tercera dosis de vacunas como el DPT y la antipoliomiélfítica), que en algunos países llega al 70 por ciento.

- c. La participación de la mujer es también esencial para combatir las enfermedades diarreicas, causa principal de mortalidad de niños de menos de 5 años. El programa antidiarreico depende de la mujer, no solo en su calidad de madre, sino también de promotora y prestadora de servicios de atención primaria de

salud. Las principales estrategias son: mejorar las prácticas de cuidado del niño; promover la lactancia natural, el destete adecuado, la higiene personal, y la educación sanitaria, mejorar la higiene de los alimentos; y tratar los episodios de diarrea aguda mediante rehidratación oral y dieta adecuada.

- d. El cáncer, que a menudo no se detecta en América Latina hasta que la enfermedad se encuentra en fase avanzada, es una importante rémora del desarrollo socioeconómico. Los programas de examen para determinar ciertos tipos de cáncer, particularmente los que pueden tratarse con una detección y tratamiento precoces, benefician al individuo, y a la familia con implicaciones socioeconómicas favorables.

En 1980 la población total de América Latina se calculaba en 372,000,000 de habitantes. Para el año 2000 es de suponer que llegará a 520,000,000. La población femenina (de 15 a 44 años de edad) ascendía a 86,500,000 en 1980 y para el año 2000 llegará probablemente a totalizar 153,400,000. En 37 países de la Región de las Américas (inclusive el Canadá y los Estados Unidos de América) el cáncer fue la segunda causa de defunción para todas las edades. En la población total de 27 países, el cáncer figuró por orden de importancia como la tercera causa de mortalidad entre personas de 15 a 44 años, precedido solo por los accidentes y las enfermedades cardiovasculares. Los estudios efectuados en 18 países latinoamericanos indican que el cáncer del útero es el que ocasiona más mortalidad en la población femenina de 10 países, figura en segundo lugar como causa de defunción en cinco países, en tercer lugar en dos países y en cuarto lugar en uno.

Un recurso en potencia para la lucha contra el cáncer lo constituyen las organizaciones voluntarias, como las ligas contra el cáncer, que existen prácticamente en todos los países latinoamericanos. Esas organizaciones, integradas principalmente por mujeres no profesionales, ofrecen servicios y apoyo a los pacientes, las familias y las instalaciones de tratamiento del cáncer. Además, promueven y dispensan educación pública sobre diagnóstico y realizan campañas de colecta de fondos. Para facilitar el intercambio de información entre esas ligas y lograr que las autoridades nacionales de salud comprendan mejor la contribución que pueden hacer a los programas nacionales, la OPS, en colaboración con la Sociedad Americana de Cáncer, patrocinará una conferencia de representantes de ligas de toda América Latina y el Caribe.

La información recibida de los países demuestra que tres de ellos no han establecido todavía programas nacionales de detección precoz de cánceres específicos de la mujer, pero casi todos los demás disponen ya de planes de extensión de la

cobertura (especialmente para mujeres gestantes) mediante campañas nacionales, actividades de las ligas y pruebas de detección como parte de los programas de atención prenatal o en las clínicas de planificación familiar. En dos años, un país consiguió extender la cobertura de su programa de detección del cáncer del cuello del útero para mujeres de edad comprendida entre los 15 y 44 años, de un 33 por ciento a un 49 por ciento.

#### 4.3 Participación de la mujer en proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento

Se están organizando y ensayando actividades de educación sobre salud ambiental relativas a abastecimiento de agua, evacuación de aguas residuales e higiene de los alimentos. En breve estará lista una serie de video "cassettes" sobre la mujer y la salud ambiental en América Latina y el Caribe, destinada a uso en la comunidad y en las escuelas. En la serie se destacará el papel de la mujer en el medio doméstico, laboral y de la comunidad, su función profesional en ese sector y su participación en el Decenio del Agua y del Saneamiento. No se olvidan aspectos tales como su cometido en materia de higiene de los alimentos, prevención de accidentes, educación del niño en cuestiones ambientales, seguridad e higiene del trabajo, aspectos ambientales de la organización de la comunidad y empleo de la mujer como agente de salud ambiental. La OPS también está distribuyendo documentos a los países sobre el papel de la mujer en salud ambiental en la comunidad.

En la IX Reunión del Comité Permanente para el Decenio del Agua, celebrada en Washington en abril de 1982, se formularon propuestas de participación de la mujer en proyectos de agua y saneamiento, así como de cooperación entre los organismos competentes. En el Simposio Regional sobre Recursos Humanos para el Decenio Internacional del Agua Potable y el Saneamiento Ambiental, que se celebrará en Panamá en julio de 1982, se dedicará una sesión a la educación y el adiestramiento de la mujer para participación de la comunidad y se distribuirá un documento sobre la importancia de la mujer en los programas de agua y saneamiento.

#### Salud ocupacional y la mujer

En muchos países, la mujer está expuesta a muy diversas sustancias tóxicas cuando trabaja en industrias de limpieza en seco, calzado, cuero, corcho, plásticos, juguetes y textiles. En muchos casos, las industrias de pequeña y mediana importancia carecen de los conocimientos o recursos para determinar el grado de exposición de sus empleadas. La exposición a sustancias tóxicas y disolventes puede causar trastornos de órganos y tejidos, cáncer, y afecciones del sistema nervioso. En algunos países las mujeres trabajan en su domicilio con productos potencialmente dañinos, con la extensión de la exposición al riesgo a sus hijos y familiares.

Con vistas al mejoramiento de la salud ocupacional de la mujer, se han preparado propuestas de proyecto con asistencia del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) para evaluar la exposición de las trabajadoras a disolventes orgánicos y preparar un manual sobre técnicas de prevención y control que puedan utilizar las industrias de pequeña y mediana importancia. Actualmente se realizan gestiones acerca de organismos internacionales y bilaterales con el fin de obtener recursos extrapresupuestarios para el proyecto.

La OPS fomentará el establecimiento de códigos y normas de seguridad para ciertas industrias, como la de textiles, en las que los trabajadores pueden contraer neumonitis. (Véase Anexo V.)

En los diversos países se registra un porcentaje creciente de mujeres en la fuerza de trabajo, que llegó a ser del 15 al 32 por ciento en 1981. Sin embargo, solo un país, de los 16 que mandaron información, ha señalado que tiene investigaciones en curso sobre los riesgos ocupacionales de las trabajadoras. Solamente tres países han notificado datos sobre morbilidad relacionada con el trabajo, y uno de ellos hace desgloses por edad, sueldo y ocupación, pero no por sexo.

#### 4.4 Desarrollo de recursos humanos

Como primera medida para ofrecer a la mujer más oportunidades de participación en el sistema estructurado de atención de salud mediante el oportuno adiestramiento, la OPS ha emprendido un estudio sobre dotación de becas para mujeres. (Véase Anexo VI.) El análisis preliminar de los datos revela que las becas OPS/OMS para mujeres médicos han venido aumentando regularmente pero en 1981 solo representaban el 21 por ciento de las dotadas en total para la Región. De las que se concedieron en 1981, el 43 por ciento fueron para mujeres, lo que representa un aumento por relación al promedio del 38 por ciento en el período de 1976-1980. El análisis final se presentará al Consejo Directivo en su reunión de septiembre-octubre de 1982.

Entre otros planes para 1982-1983 pueden citarse un estudio sobre participación de la mujer en reuniones regionales, la preparación de una bibliografía anotada sobre la mujer como prestadora de atención de salud, y una subvención para el estudio de temas relacionados con la mujer en la salud y el desarrollo. La OPS participa además un análisis regional de la función de la mujer como prestadora de servicios de salud, que es parte de un estudio mundial de la OMS sobre el particular.

La OPS, a través del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), está solicitando apoyo extrapresupuestario para un proyecto titulado: "La mujer: Principal agente de salud en comunidades rurales". El propósito principal de ese proyecto es estudiar las organizaciones, grupos y prácticas que apoyan las actividades de la mujer en el campo de la salud, tal como investigar

el papel no tradicional de la mujer en la atención familiar y comunitaria de la salud. Los resultados previstos del estudio incluyen producción de material educativo para uso en la comunidad, mecanismos concretos para registrar cómo las condiciones socioeconómicas determinan la salud de la población, listas de organizaciones de mujeres en la comunidad, y desarrollo de un plan de trabajo para participación de la comunidad en la atención primaria de salud.

#### 4.5 Servicios de apoyo para la mujer

La organización y prestación de servicios adecuados de apoyo para la mujer es responsabilidad de los países, que deben aplicar normas nacionales para que la mujer, como participante en la salud y el desarrollo, esté integrada en sus nuevas políticas de desarrollo socioeconómico. Muchos países han establecido oficinas especiales para alcanzar esa meta.

Sin embargo, a menudo se necesitan todavía cambios sociales y administrativos en el medio laboral para atender las necesidades de las madres trabajadoras; esos cambios consistirían en establecer normas sobre licencia de maternidad, en la que se incluya la provisión de tiempo para que las madres puedan lactar a sus hijos, así como la provisión de locales donde las madres puedan lactar y en las que se incluya el que tengan la opción a los servicios de la seguridad social.

Es frecuente que la legislación autorice la licencia de maternidad e imponga la habilitación de centros de asistencia diurna para los hijos de las madres trabajadoras, pero en muchos casos es preciso dotar a esos centros de servicios de salud para la madre y el niño.

Además, se deben establecer servicios de salud para la mujer que trabaja en sectores no reglamentados de la economía, como ocurre en el caso de auxiliares de servicios domésticos, prostitutas, viudas y mujeres impedidas y de edad avanzada. Los servicios de salud se deberían reajustar a las necesidades de la mujer trabajadora y coordinar desde el punto de vista logístico para que tanto la mujer que trabaja, como las lactantes y los niños de edad preescolar no se vean en la imposibilidad de recibir dichos servicios por incompatibilidad de los horarios.

Los servicios de salud de los lugares de trabajo se deberían ampliar de manera que comprendieran la atención de las necesidades especiales de la mujer, particularmente los trastornos que le son propios.

#### V. CONCLUSION

Desde septiembre de 1981, cuando el Consejo Directivo de la OPS adoptó el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre el Papel de la Mujer en la Salud y el Desarrollo, se han planificado y emprendido diversas actividades para mejorar la situación de la mujer a ese respecto.

Muchos países han reconocido la urgente necesidad de hacerlo, y han adoptado medidas para integrar a la mujer en las actividades de salud y desarrollo en el Hemisferio.

De acuerdo con el Plan Quinquenal, la OPS y los países están empezando a incorporar componentes relacionados con las necesidades especiales de la mujer en las actividades en curso, en vez de establecer nuevos programas dedicados a ella.

A menudo puede ser ventajoso cambiar la orientación de un programa existente; por ejemplo, en el de salud materno-infantil, muchos países procuran que la mujer participe al tomar las decisiones de prestación de servicios, y no solo como usuaria de los mismos.

El análisis de los datos y las actividades que se han notificado revela no solo los progresos, sino también el importante problema de falta de estadísticas fidedignas y de información sobre programas. Es evidentemente necesario conocer el papel de la mujer en todos los sectores pero faltan especialmente datos sobre lo siguiente: participación de la mujer en las profesiones de la salud, el estado nutricional de la mujer, salud ocupacional, función de las organizaciones femeninas en atención primaria, prevalencia y control de enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental específicos de la mujer.

Los países, junto con la OPS, continuarán atendiendo a las muchas necesidades en lo que respecta al papel de la mujer en la salud y el desarrollo, concediendo prioridad a las siguientes acciones:

1) Mejora del sistema de información

- Establecer mejores sistemas de información que reciban y difundan datos sobre el papel actual de la mujer y el que se prevé en actividades de salud y desarrollo como parte del sistema de monitoreo y evaluación del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales.

2) Identificación de problemas y difusión de conocimientos

- Seguir identificando los principales problemas de salud y cambios correspondientes en la Región que se refieran particularmente a la mujer, y promover el conocimiento de estos problemas y de las reformas que se necesitan para resolverlos.

3) Participación de la mujer en actividades de atención de salud

- Desarrollar actividades de educación sanitaria y participación de la comunidad, dedicando particular atención al papel de la mujer y de las agrupaciones femeninas en la toma de decisiones y como usuarias de servicios de atención primaria de salud.

4) Reajuste de la legislación y las políticas nacionales

- Ampliar y mejorar las políticas y la legislación nacionales, de manera que la mujer participe más en actividades de salud y desarrollo, pero concediendo atención especial a las madres trabajadoras y a sus necesidades.

5) Intensificación de adiestramiento y reclutamiento de mujeres

- Aumentar oportunidades de adiestramiento para mujeres, especialmente en profesiones en las cuales tienen baja representación, e intensificar la selección y el reclutamiento de mujeres para puestos profesionales, especialmente los de alto nivel. Promover liderazgo entre mujeres, especialmente en puestos de formulación de políticas.

6) Provisión de servicios de apoyo para la mujer

- Apoyar la participación de la mujer y equipararla con la del hombre en los procesos sociales, económicos y políticos del desarrollo, así como equiparar su acceso a los beneficios de tal desarrollo.

Como se señala en la Resolución XV de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, los Gobiernos Miembros, en cooperación con la OPS, deben incorporar las actividades del Plan Quinquenal Regional de Acción a los planes nacionales que se establezcan con vistas al logro de la salud para todos en el año 2000.

Anexos

INFORMACION SOLICITADA POR EL GRUPO FOCAL DE REPRESENTANTES DE  
AREA Y EN LOS PAISES

Sírvase referirse al "Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo" (véase el material adjunto) al leer la lista. Adjunte cualquier documento o información que estime conveniente para responder a las preguntas.

Punto del Plan Quinquenal  
relacionado con las preguntas

Pregunta

- 1.1.1 Enumere los componentes relativos a la mujer en la  
1.1.2 salud y el desarrollo de los proyectos realizados en su país y describa lo que se está haciendo respecto a cada uno.
- 1.1.3 Enumere los protocolos y propuestas de proyectos ya existentes o en preparación, solicitados por el país, para cada Grupo citado en el Anexo IV (adjunto) y para cualquier grupo adicional. Sírvase indicar el estado de cada uno.

En el país

- 1.2.2 ¿Qué número y porcentaje de mujeres ocupan altos puestos administrativos en el sector estatal de salud? Suministre, si es posible, una lista de nombres y títulos de cada una de esas profesiones.
- 2.2.2 Indique los aspectos de las actuales investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud que responden a las necesidades de la mujer.
- 2.2.4 ¿Qué se ha publicado o se está preparando para publicación respecto de la mujer en la salud y el desarrollo? Envíenos, si es posible, un ejemplar de cada publicación citada.
- 4.1.4 Enumere las actividades de adiestramiento para el personal que trabaja en programas de salud y desarrollo que comprenden técnicas de educación sanitaria y participación de la comunidad y fomentan las prácticas tradicionales positivas de salud y las tecnologías apropiadas que refuerzan la participación de la mujer en el cuidado de su propia salud.



- 4.1.1 ¿Qué número y qué porcentaje de los partos registrados se efectúan en hospitales?
- ¿Qué número y qué porcentaje de los partos registrados fuera de los hospitales son atendidos por auxiliares de salud?
- ¿Qué número y qué porcentaje de mujeres reciben atención apropiada antes y después del parto dentro y fuera de las instituciones de salud?
- ¿Qué número y qué porcentaje de mujeres gestantes reciben vacunación con toxoide tetánico?
- 4.1.2 ¿Existen en el país programas específicos de detección precoz de tipos de cáncer específicos de la mujer?
- Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la cobertura del programa?
- 4.3.1 ¿Cuál es el porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo? ¿Se están efectuando en el país investigaciones sobre riesgos para la mujer trabajadora? Si la respuesta es afirmativa, enumere los proyectos de investigación correspondientes. ¿Cómo se han aplicado los resultados de esas investigaciones en el establecimiento de programas de salud ocupacional particularmente relacionados con la mujer?
- ¿De qué información se dispone en materia de pautas de morbilidad relacionada con el trabajo?
- 4.3.2 ¿Qué programas preventivos de salud ocupacional particularmente relacionados con la mujer se han establecido en el país?
- 4.4.1 (B) ¿Qué número y qué porcentaje de mujeres ingresan en las distintas profesiones de la salud en el país? Cite el número y el porcentaje por profesión en el último año para el que se disponga de datos.
- 4.4.4 ¿Constituye la información básica sobre salud y carreras afines parte de la educación normal de los niños de corta edad, inclusive preescolares?
- 4.5.5 ¿Qué leyes existen para apoyar los centros de atención infantiles y las salas de lactancia? ¿Cuántas instalaciones de esa clase existen?

4.5.6

En los sitios donde existen guarderías y centros de atención infantiles, principalmente en el lugar de trabajo de la madre, ¿qué servicios de salud se ofrecen?

¿Que políticas se han establecido para fomentar actividades relacionadas con la participación de la mujer en la salud y el desarrollo?

PAISES QUE CONTESTARON LAS PREGUNTAS

BOLIVIA  
BRASIL  
CHILE  
COLOMBIA  
COSTA RICA  
CUBA  
ECUADOR  
GUATEMALA  
GUYANA  
HAITI  
HONDURAS  
MEXICO  
PANAMA  
PARAGUAY  
PERU  
URUGUAY

19 de mayo de 1982

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE COOPERACION TECNICA EN 1982  
LISTA DE REFERENCIAS A LA MUJER Y A LA PROMOCION DE SU PAPEL

<u>País</u>	<u>Componentes del proyecto</u>	<u>Fecha</u>
1. Anguila	Fortalecimiento de la salud de la población joven y de la educación sobre la vida familiar haciendo hincapié en la función de la mujer en la salud y el desarrollo.	Octubre
2. Antigua	Proyecto de autoayuda generadora de ingresos, centralizado en la función de la mujer en la salud y el desarrollo.	Febrero
3. Barbados	Fortalecimiento de la educación sobre factores de alto riesgo para la mujer en la salud y el desarrollo. Cooperación en actividades educativas para prevención del cáncer y realización del análisis PAP.	Enero/ Septiembre
4. Cuba	Programa de atención integral a la mujer y al niño.	Junio/ Noviembre
5. México	Plan de acción para la mujer en México del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Participación en la elaboración y desarrollo de programas relativos a la mujer, en las áreas de salud. Coordinación con las demás instituciones de Naciones Unidas con sede en México, de actividades relativas a la integración de la mujer al desarrollo.	Continuo
6. Nicaragua	Preparación del "Manual de la Partera Empírica" y de una estrategia de integración de ellas al componente de atención de la mujer. Investigación de la participación de grupos organizados de mujeres en las actividades del programa maternoinfantil.	Continuo

PERSONAL PROFESIONAL DE LA SEDE Y DE LAS OFICINAS DE CAMPO DE  
LA OPS/OMS POR GRADO Y SEXO  
1980-1981

HOMBRES			MUJERES	
<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>Grado</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>
3	3	UG	0	0
2	2	D-2	0	0
18	18	P-6/D-1	1	2
147	139	P-5	2	5
185	189	P-4	36	32
39	38	P-3	31	35
45	44	P-2	30	27
16	17	P-1	20	19
—	—		—	—
455	450	TOTAL	120	120
(79.13%)	(78.95%)		(20.87%)	(21.05%)

PERSONAL PROFESIONAL DE LA SEDE DE LA OPS/OMS  
 POR GRADO Y SEXO  
 1980-1981

HOMBRES		<u>Grado</u>	MUJERES	
<u>1980</u>	<u>1981</u>		<u>1980</u>	<u>1981</u>
3	3	UG	0	0
2	2	D-2	0	0
10	12	P-6/ D-1	1	1
58	59	P-5	1	3
25	26	P-4	11	11
17	18	P-3	11	17
17	18	P-2	16	14
7	8	P-1	17	17
—	—		—	—
139	146	TOTAL	57	63
(70.92%)	(69.86%)		(29.08%)	(30.14%)

PERSONAL PROFESIONAL DE LAS OFICINAS DE CAMPO DE LA OPS/OMS  
 POR GRADO Y SEXO  
 1980-1981

HOMBRES		Grado	MUJERES	
<u>1980</u>	<u>1981</u>		<u>1980</u>	<u>1981</u>
0	0	UG	0	0
0	0	D-2	0	0
8	6	P-6/D-1	0	1
89	80	P-5	1	2
160	163	P-4	25	21
22	20	P-3	20	18
28	26	P-2	14	13
9	9	P-1	3	2
—	—		—	—
316	304	TOTAL	63	57
(83.38%)	(84.21%)		(16.62%)	(15.79%)

NOMBRAMIENTOS

Mayo 1981 - Mayo 1982

---

SEDE		OFICINAS DE CAMPO		
GRADO	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
P.1	0	1	0	2
P.2	3	0	0	1
P.3	4	1	1	0
P.4	4	1	1	14
P.5	1	5	1	4
P.6	0	1	0	0
D.1	0	0	0	0
D.2	0	0	0	0
Total	12	9	3	21

---

ASCENSO POR REASIGNACION

Mayo 1981 - Mayo 1982

GRADO	SEDE		OFICINAS DE CAMPO	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
G.6-P.1	0	1	0	0
G.7-P.2	0	1	0	0
G.8-P.2	0	1	0	0
P.1-P.2	0	0	1*	2*
P.3-P.4	1	2*	3	0
P.4-P.5	2*	0	0	2
P.4-D.1	0	0	0	0
P.5-D.1	0	0	0	0
D.1-D.2	0	0	0	0
Total	3	5	4	4

\* Comprende reasignación con ascenso que implica traslado del funcionario a la Sede o de esta a otra oficina.



ACTIVIDADES DE LOS ESTADOS MIEMBROS EN APOYO DE LA ALIMENTACION  
DE LACTANTES Y NIÑOS DE CORTA EDAD

REGION DE LAS AMERICAS

INTRODUCCION

Este informe resumido sobre la alimentación de lactantes y niños de corta edad en las Américas se basa en información acopiada en 19 países: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago y Venezuela, y en las actividades interpaíses realizadas en cooperación con el IANC.

La mayoría de los países han puesto en marcha varias actividades y estrategias para estimular la lactancia natural y mejorar las prácticas de destete. Los esfuerzos desplegados comprenden fomento y educación, alimentación suplementaria, adiestramiento, enseñanza sobre nutrición a las madres, alimentación de niños de corta edad y reglamentación de la venta y distribución de sucedáneos de la leche materna y alimentos para lactantes. A continuación se hace un resumen de los trabajos realizados.

A. Estímulo y apoyo a la lactancia natural

De los 19 países precitados, 18 participan en un gran número de actividades didácticas y educativas para estimular la lactancia natural. Las instituciones públicas, por ejemplo, los ministerios de salud, los institutos nacionales de nutrición y los organismos de seguridad social han establecido políticas y promulgado decretos para fomentar la lactancia materna. Para la difusión de esas políticas se utilizan los medios de información pública y se realizan actividades didácticas, talleres nacionales y reuniones. Se distribuye también material de enseñanza, por ejemplo, hojas y folletos de nociones básicas. Argentina, Colombia, Perú y la República Dominicana han establecido normas para fomentar la lactancia materna en todos los niveles del sistema desde los puestos de salud hasta los hospitales.

El Ministerio de Salud de Chile, de común acuerdo con universidades nacionales, UNICEF y USAID, ha establecido un programa nacional para actualizar la capacitación del equipo de salud y mejorar las condiciones nutricionales de la mujer durante la gestación y la lactancia. Los países del Caribe de habla inglesa, en colaboración con OMS/OPS/IANC, disponen de pautas para estimular la lactancia natural y la atención obstétrica.

Algunos países han emprendido o prosiguen estudios para determinar el efecto de distintos factores en la lactancia natural. En Barbados y Costa Rica se estimula la lactancia natural durante el período de posparto, por ser de suma importancia para mantener la galactogénesis. La Constitución de Honduras dispone que las madres que trabajen tengan períodos libres para lactancia, y la legislación de Bolivia, Guatemala, Panamá y Paraguay permite que las madres lactantes tengan una hora libre todos los días para alimentar a sus hijos.

B. Fomento y apoyo de prácticas de alimentación suplementaria apropiada y oportuna a base de alimentos disponibles localmente

Solo siete países han notificado actividades para fomentar la alimentación suplementaria a base de alimentos disponibles localmente, omisión quizá no intencional que, por tanto, es posible que no refleje la situación existente. Las actividades de fomento y apoyo de prácticas de destete apropiadas comprenden la preparación de normas en Chile y Perú, y la introducción de alimentos de destete en Colombia. Este último país ha establecido también un reglamento para el fomento y el empaque de alimentos suplementarios para lactantes y sucedáneos de la leche materna. En Brasil y Guatemala se ha hecho y se está haciendo todo lo posible por acopiar información sobre la lactancia natural y las prácticas de destete, en apoyo del programa. El Brasil emplea una versión simplificada de la metodología de la OMS para el estudio en marcha y participa en otro para adaptar las pautas de la OPS/OMS sobre alimentación de lactantes y niños de corta edad a los hábitos de alimentación locales, y en el establecimiento de un programa de vigilancia y evaluación del uso de esas pautas.

Chile distribuye una sopa en polvo enriquecida con hierro para lactantes desnutridos; Trinidad y Tabago, junto con el Instituto de Investigaciones Industriales del Caribe, ha elaborado una fórmula a base de arroz y soya, usada también en otros países del Caribe de habla inglesa, para atender las necesidades de energía y proteínas del niño de seis meses.

C. Fortalecimiento de la educación, el adiestramiento y la información sobre la alimentación de lactantes y niños de corta edad

La educación y el adiestramiento son actividades importantes en la mayoría de los países que se examinan. Esas actividades comprenden: establecimiento de pautas de alimentación y nutrición, con ayuda del personal de salud de la comunidad, en Bolivia, Cuba, Perú y la República Dominicana y los países del Caribe de habla inglesa; seminarios multidisciplinarios e interorganismos en Costa Rica y Nicaragua, y talleres nacionales en Cuba y Suriname. Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Trinidad y Tabago han incorporado la nutrición materna e infantil a los programas de formación de personal médico y

auxiliar a los de educación continua. Se procura, además, preparar materiales sobre alimentación suplementaria. Brasil ha incluido la educación sobre lactancia natural y nutrición materna e infantil en el programa de enseñanza de las escuelas primarias y secundarias, y Guatemala y Trinidad y Tabago han propuesto, respectivamente, al Ministerio de Educación que se estudien esos temas en las escuelas.

D. Fomento y apoyo para mejorar el estado de salud y la condición social de la mujer en relación con la alimentación de lactantes y niños de corta edad

Los países han emprendido muchas y distintas actividades para mejorar el estado de salud y la condición social de la mujer. Las mujeres trabajadoras se benefician ahora de legislación que apoya la licencia por maternidad y concede prestaciones sociales y protección contra pérdida del empleo por razones de embarazo o maternidad. Guatemala está gestionando en la actualidad una reforma del código de trabajo para ampliar la licencia posparto de 45 días a 3 meses. Bolivia concede 45 días de licencia antes y después el parto; Chile y Cuba conceden 6 y 12 semanas, respectivamente. Chile permite que la madre deje de trabajar, con goce de sueldo, cuando por recomendación médica debe cuidar a su hijo gravemente enfermo; Cuba concede 9 meses de licencia sin sueldo sin pérdida del empleo a las madres que deben cuidar a sus hijos menores de un año. En Canadá, los derechos de la mujer serán protegidos en la nueva Constitución.

Se están considerando todas las posibilidades, solicitando reformas legislativas y emprendiendo proyectos piloto para instalar guarderías en los lugares de trabajo donde es mínimo el número de empleadas, y se procura dar cumplimiento a las leyes que exigen la supervisión de centros de atención diurna públicos y particulares. En Colombia, estos deben destinar el 20 por ciento de sus ingresos mensuales a la alimentación de los niños. La práctica de alojar a la madre y al niño en la misma habitación del hospital, como contribución a la salud de los dos, está ganando aceptación en muchos de estos países. En Trinidad y Tabago se suministra leche materna a las madres que no la producen pero que desean alimentar con ella a sus hijos.

E. Comercialización y distribución apropiadas de sucedáneos de la leche materna

La mayoría de los países están pasando por distintas etapas del establecimiento de códigos de comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna y procurarán promulgar la legislación correspondiente.

Nicaragua aprobó una ley que promueve la lactancia natural, prohíbe anunciar los sucedáneos de la leche materna y exige que estos lleven en la etiqueta el aviso, "La leche materna es mejor".

Canadá apoya el código internacional pero no considera que la reglamentación ni la legislación sean apropiadas en su caso puesto que ha obtenido buenos resultados con la educación pública. Brasil, Costa Rica, Honduras y la República Dominicana están estudiando o adaptando el código internacional de comercialización; Perú tiene un proyecto de ley pendiente de aprobación; Costa Rica y Guatemala están revisando su legislación actual, y los ministerios de salud de los países del Caribe de habla inglesa aprobaron el código internacional. La mayoría de la legislación o los decretos existentes o pendientes prevén la posibilidad de prohibir la distribución de sucedáneos de la leche materna y de reglamentar la producción y el empaque de los mismos.

ACTIVIDADES DE LA OPS Y LOS PAISES EN SALUD AMBIENTAL  
SOBRE LA MUJER

Se exponen a continuación las actividades en curso de saneamiento ambiental dentro del contexto del Plan de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo. Los números se refieren al cronograma del Plan Quinquenal Regional.

4.3.1.A. Se están efectuando arreglos correspondientes para producir una serie de video cassettes en los que se destaca la posible función de la mujer en la higiene del medio. La serie titulada "Latin American and Caribbean Women in Environmental Health" servirá para educar a la comunidad y a los escolares y destacará los siguientes aspectos:

- I. El medio doméstico, inclusive el diseño de viviendas apropiadas para la salud y la función de la mujer en la higiene de los alimentos, la prevención de accidentes y la educación infantil en higiene del medio.
- II. El medio laboral, que comprende el fomento de la higiene y la seguridad en el lugar de trabajo y la función de la mujer en la adopción de medidas sanitarias eficaces en su medio de trabajo específico, por ejemplo, mercados, escuelas, etc.
- III. El medio ambiente en la comunidad, que abarca varios aspectos de la administración de la comunidad, las operaciones industriales, el mejoramiento de las condiciones ambientales mediante educación y participación de la comunidad y la función de la mujer en el logro de una vida y un ambiente mejor con la ayuda de organizaciones de la comunidad.
- IV. Carreras de salud ambiental para la mujer, por ejemplo, puestos en el sector y otros de atención primaria de salud (médico, enfermera de salud pública, educadoras sanitarias, etc.).
- V. La Mujer, el Decenio del Agua y del Saneamiento, que señala la función especial de la mujer en el logro de las metas del Decenio.

La División (EHP) está revisando los puntos 4.3.2 y 4.3.3.

4.3.2.B Con la ayuda del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) se prepararon propuestas preliminares relativas a un proyecto sobre la salud de las trabajadoras industriales, para estudio por los gobiernos y presentación al Fondo Voluntario de las Naciones Unidas para la Mujer. El objetivo del proyecto es evaluar, del siguiente modo, la exposición de la mujer trabajadora a disolventes orgánicos:

1. Determinación de la gravedad del problema.
2. Determinación de la composición de los productos de uso común y sus efectos.
3. Establecimiento de técnicas apropiadas de evaluación, prevención y control.
4. Preparación de un manual sobre técnicas apropiadas de prevención y control para uso de industrias pequeñas y medianas.

El costo del proyecto subregional se calcula en EUA\$205,200; se espera que el Fondo Voluntario contribuya con EUA\$113,000, el gobierno respectivo con EUA\$84,000 y la OPS con EUA\$7,500. CEPIS envió la propuesta correspondiente a las oficinas de la OPS en distintos países a fin de determinar el interés de cada uno en proyectos nacionales basados en metas precitadas.

Puesto que ECO es el punto focal para salud ambiental, este proyecto se incluye en su programa de trabajo. ECO tendrá la responsabilidad de preparar el material necesario para fomentar y facilitar la preparación de propuestas de investigación, que será realizada por los países. Parte del trabajo puede consistir en visitas de un asesor de ECO a distintos países para ayudarles a preparar los documentos. Se está tratando de conseguir para el proyecto fondos extrapresupuestarios de los organismos internacionales y bilaterales.

Se están analizando los proyectos siguientes:

Ecuador: En el Ecuador hay varias industrias con alto porcentaje de empleadas que están expuestas a toxinas. Esas industrias son las de limpieza en seco, calzado, curtidos, corcho, plástico, juguetes y textiles. A menudo son establecimientos pequeños o medianos que no tienen conocimientos ni recursos para determinar su propio problema de exposición. Ese trabajo puede producir trastornos de las células generadoras de globulina, el hígado, los riñones o de sustancias carcinógenas, mutágenas y teratógenas. Según el tipo de disolvente usado, el efecto se notará en el sistema nervioso central y periférico, en los sistemas hematopoyético, cardiovascular, hepático, epitelial, etc.

Para conseguir apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo se está preparando una propuesta de proyecto sobre prevención y control de la exposición de la mujer trabajadora a disolventes orgánicos. El Gobierno del Ecuador está interesado en recibir apoyo del Fondo Voluntario de las Naciones Unidas para la Mujer; la OPS sería el organismo ejecutor y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la organización nacional homóloga.

El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) prestará servicios de asesoramiento en la realización de este proyecto. El costo se calcula en EUA\$120,600 y la duración tres años contados a partir de 1982. Se prevé que el proyecto contribuirá a mejorar la condición de la mujer trabajadora, protegiendo a esta y a sus hijos contra los posibles peligros de la exposición a disolventes orgánicos y permitiendo que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social evalúe y controle los daños causados a la salud de la mujer que está expuesta y contribuye con su trabajo al desarrollo de la comunidad y del país. Los objetivos específicos son:

- tratar de entender y evaluar la gravedad del problema de exposición de la mujer trabajadora a disolventes en todo el país;
- determinar los materiales y compuestos tóxicos a que está expuesta;
- emplear técnicas apropiadas en el análisis cualitativo y cuantitativo del medio de trabajo y del efecto del mismo en la salud de la mujer trabajadora.

A largo plazo, la meta consiste en establecer un programa nacional permanente de prevención y control de esos riesgos ambientales que se pueda poner en marcha cuando la División de Riesgos del Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social termine el proyecto.

Brasil: El personal de la OPS ha colaborado con el Ministerio de Salud Pública del Brasil en la formulación de un proyecto de investigaciones sobre la exposición de la mujer trabajadora a los disolventes orgánicos, que también se presentará al Fondo Voluntario de las Naciones Unidas para la Mujer. Un importante sector de la economía está constituido por mujeres que trabajan en industrias en las que se emplean muchos disolventes orgánicos. Este es un problema importante porque compromete no solo la salud de la mujer trabajadora sino también la de sus hijos.

El proyecto formaría parte de un programa general destinado a crear un centro para el estudio del cáncer, especialmente los tipos de cáncer que se desarrollan como consecuencia de la exposición a carcinógenos en el trabajo o profesión, dependiente del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Campiñas. El proyecto permitiría profundizar en un problema de importancia social y contribuir a la solución del mismo. Se cree que la exposición al benceno usado en colas y diluyentes por la industria del calzado sería un sector de estudio apropiado. Esa industria emplea millares de trabajadoras, muchas de ellas a domicilio, con lo que la exposición se extiende a sus hijos. El proyecto revelaría la forma y la intensidad de la exposición y permitiría establecer las medidas preventivas necesarias. La OPS, por intermedio de ECO, sería el organismo ejecutor. Se espera que el proyecto, a iniciarse en 1982, dure 18 meses. Los objetivos son:

- determinar la gravedad del problema de la exposición de trabajadoras al benceno empleado en la industria del calzado, el número de mujeres expuestas y la intensidad de la exposición;
- establecer la frecuencia y la gravedad de la patología provocada por el benceno en esas mujeres;
- desarrollar una tecnología apropiada de evaluación y control de la exposición y vigilancia médica para mejorar el estado de salud y las condiciones de seguridad de las trabajadoras de la industria del calzado;
- proponer medidas para mejorar el estado de salud y las condiciones de seguridad de las trabajadoras de la industria del calzado;
- fortalecer el programa nacional para que puedan efectuarse estudios permanentes sobre las condiciones de trabajo de la mujer.

Argentina, Colombia, Chile y México también han indicado su interés en este proyecto, y ya se están tomando las medidas correspondientes.

En su plan de trabajo, la División de Protección de la Salud Ambiental se ocupará también del establecimiento de códigos y normas de seguridad para otras industrias, a fin de proteger a la mujer contra los riesgos profesionales de lesiones causadas por maquinarias y equipo que debe usar pero que desconoce y contra la neumonitis en la industria textil y en los mataderos.



## LAS MUJERES EN LA SALUD Y EL DESARROLLO

### INFORME PRELIMINAR DE BECAS

El Plan de Acción de la Mujer en la Salud y el Desarrollo preparado como respuesta a la Resolución XVII de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1980 tiene como propósito principal proveer las directrices y mecanismos por medio de los cuales la Organización y los países miembros puedan integrar cada vez más a la mujer en actividades de salud y desarrollo. Para ello se propusieron cinco estrategias de las cuales una se refiere al desarrollo de recursos humanos. Esta última consiste en lograr la participación de hombres y mujeres en la búsqueda de mejores oportunidades para que la mujer pueda recibir adiestramiento y preparación que le permitan aceptar responsabilidades administrativas, de formulación de políticas y decisorias.

Desde su comienzo en 1946, el programa de becas de la OPS/OMS ha sido un instrumento importante para el logro de los objetivos fijados a la Organización por los organismos directivos mediante la educación y el adiestramiento. Ha facilitado medios administrativos y financieros a más de 24,000 ciudadanos de los Estados Miembros para obtener adiestramiento en casi todos los campos de estudio y actividades relacionadas con la salud humana. Un estudio por sexo de las becas otorgadas a través de estas décadas permitirá mostrar las tendencias en la preparación de mujeres en distintas áreas de la salud. Los mecanismos del estudio orientado al diagnóstico del programa de becas de la OPS/OMS permitirá también reportar cambios que puedan surgir de la ejecución del Plan de Acción.

De acuerdo con los datos actualmente disponibles para cada becario y la posible utilidad de la información generada se han seleccionado las siguientes características para describir y analizar el programa de becas de la OPS/OMS:

1. Sexo
2. Tipo de beca
  - a. corta (menos de seis meses)
  - b. larga (seis meses o más)
  - c. grupo (beca otorgada para curso organizado o auspiciado total o parcialmente por la OPS o la OMS)
3. Duración de la beca
4. Edad del becario
5. Gasto promedio por becario
6. País de origen del becario
7. Profesión
8. Especialidad
9. País de estudio

Habida cuenta de que el Plan de Acción cubre un período de tiempo de cinco años de duración (1981-1985), se propuso un estudio preliminar para comparar, en base a las variables seleccionadas, los siguientes períodos: a) 1971 a 1975 y b) 1976 a 1980.

En la figura 1 se muestra una vista general del número total de becas adjudicadas en cada de los 10 años de este estudio preliminar y su distribución por sexo. Se incluye el primer año del Plan de Acción, 1981, para mostrar la constante tendencia ascendente en el porcentaje de becas adjudicadas a mujeres. El agudo descenso en 1975 y 1976 refleja las dificultades financieras de ese período. Se utilizó un porcentaje relativamente elevado de fondos disponibles para cumplir compromisos en proyectos de desarrollo técnico en los que predominan los hombres. Esto fue particularmente cierto en 1976 con una subvención de CIDA (organismo canadiense para el desarrollo internacional) al Proyecto de Administración de Aguas del Caribe.

Es este también el año en el que el Proyecto Comunitario del Caribe para la Educación y Adiestramiento de Personal Afín a la Salud tuvo su mayor efecto financiero en el programa de becas. Estos factores aparecen en el siguiente cuadro:

CUADRO

Año	Número Total de Becas	Gasto Total <sup>(1)</sup>	Costo Promedio <sup>(1)</sup> (EUA \$)	Duración Promedio (Meses)
1971	1,281	\$3,075,793	\$2,401	5.1
1972	1,313	\$3,278,561	\$2,497	5.6
1973	1,121	\$2,766,642	\$2,468	4.9
1974	1,181	\$2,979,738	\$2,523	4.4
1975	998	\$3,042,557	\$3,048	5.3
1976	1,171	\$4,118,421	\$3,517	5.6
1977	1,118	\$3,554,440	\$3,179	4.4
1978	1,166	\$3,837,645	\$3,291	4.5
1979	1,196	\$4,197,200	\$3,509	4
1980	1,150	\$4,406,037	\$3,831	3.4
1981	1,315	\$4,386,892	\$3,341	2.6

<sup>(1)</sup>Gastos reales, sin ajustes por la inflación).

Los gastos del cuadro superior reflejan el efecto de esos dos proyectos particulares en 1976. Es también evidente en el costo anual y la duración; se adjudicaron muchas becas largas en ambos proyectos.

Es también interesante observar en este cuadro que, exceptuados 1975 y 1976, la tendencia general de las becas de la OPS/OMS ha sido hacia menor duración. Al reducirse por la inflación el valor de los fondos disponibles, los Gobiernos han optado por reducir la duración de las becas antes que su número.

Se diseñó para cada período de tiempo del estudio actual, 1971-1975 y 1976-1980, un diagrama de flujo o árbol clasificatorio (figura 2) para describir el programa de becas de acuerdo con las múltiples características.

Se muestra en la columna 1 información concerniente al total de becarios, edad promedio, duración promedio y gasto promedio por becario.

En la columna 2 aparece la información anterior para cada tipo de beca (corta, larga y de grupo), más el porcentaje del total de becas asignado a cada tipo.

En la columna 3 aparece la información anterior pero distribuida entre hombres y mujeres.

Se observa que, con respecto a becas cortas, hubo un incremento del 14 por ciento, o sea, del 37 por ciento en 1971-76 subió al 51 por ciento en 1976-80, mientras que las becas largas disminuyeron del 25 por ciento en 1971-76 al 22 por ciento en 1976-80; con respecto a becas de grupo, la disminución fue de un 11 por ciento.

Con respecto a las mujeres, el mayor incremento porcentual dentro de cada tipo de becas fue en las cortas con un incremento del 7 por ciento y en las largas con un 5 por ciento. Para las becas de grupo el porcentaje permaneció casi igual.

Entre los aspectos interesantes de este árbol que deben analizarse a fondo está el hecho que las becas largas para mujeres han sido de mayor duración promedio que para hombres, mientras que el costo de las mismas becas ha sido menor: en 1971-75, un promedio de 14.1 meses a un promedio de \$5,362 por beca para las mujeres y 12.5 meses a \$6,135 para los hombres; en 1976-80, 14.6 meses a \$7.490 para las mujeres y 12.5 meses a \$8,582 para los hombres.

Para un estudio más detallado, la información contenida en este árbol y la que pueda obtenerse de otras características mencionadas previamente - profesión, campo de estudio, país de estudio, podría ampliarse a niveles subregionales y nacionales.

Para el Caribe de habla inglesa hubo un incremento en becas cortas del 10 por ciento y en becas largas del 10 por ciento a expensas de las becas de grupos que disminuyeron en un 20 por ciento. Para dicha subregión el mayor incremento del porcentaje de mujeres estuvo en las becas largas, donde pasó de un 50 por ciento en 1971-76 a un 60 por ciento en 1976-80.

La subregión de Norteamérica es la que presenta el mayor porcentaje de becas cortas para ambos períodos - 66.5 por ciento en 1971-75 y 69.3 por ciento en 1976-80. Esta subregión experimentó un incremento del 14 por ciento en el porcentaje de mujeres becarias, pasando visuales de representación y comparación.

Además, se diseñaron otras formas visuales de representación y comparación de datos para cada una de las características de becas de modo que permitan una fácil interpretación en función de cada país y subregión geográfica.

En las figuras 3 y 4 referentes a los períodos 1971-75 y 1976-80 respectivamente, se presentan ejemplos de estos métodos. Esas figuras muestran el porcentaje de mujeres a los que se adjudicaron becas durante cada período por subregión y por país. Las figuras 4A, 4B y 4C presentan la evolución en cada subregión de período a período. Dentro de las subregiones aparecen los países con el porcentaje de becas adjudicadas a mujeres durante el período indicado.

En la parte superior de cada columna de estas figuras aparecen las siete subregiones consideradas en el Plan de Acción. Dentro de cada subregión se presenta el respectivo porcentaje de becarias para los países integrantes.

Llama la atención para ambos períodos que el mayor porcentaje de mujeres becarias está en la subregión del Caribe de habla inglesa (48.9 por ciento en 1971-75 y 47.5 por ciento en 1976.80. En esta subregión tres países sobrepasaron el 50 por ciento para el primer período y cuatro en el segundo. A excepción de las Antillas Holandesas y las Antillas Francesas y Guayana (fig. 4B), el resto de los países forma un conglomerado en el segundo período que oscila entre 37 por ciento y 60 por ciento.

Con respecto a los países del Cono Sur, en el primer período hubo un 40 por ciento de mujeres becarias y en el segundo período subió a un 45 por ciento. La dispersión entre los países del Cono Sur se vió disminuida en el segundo período y forma un conglomerado con valores que oscilan entre 41 por ciento para Paraguay y 50 por ciento para Uruguay.

Se agradecen los comentarios y sugerencias del Subcomité sobre el estudio de otros factores y la utilización de otra metodología.

Fig. 1

# PORCENTAJE ANUAL DEL NUMERO DE BECAS OTORGADAS POR SEXO EN LA OPS/OMS

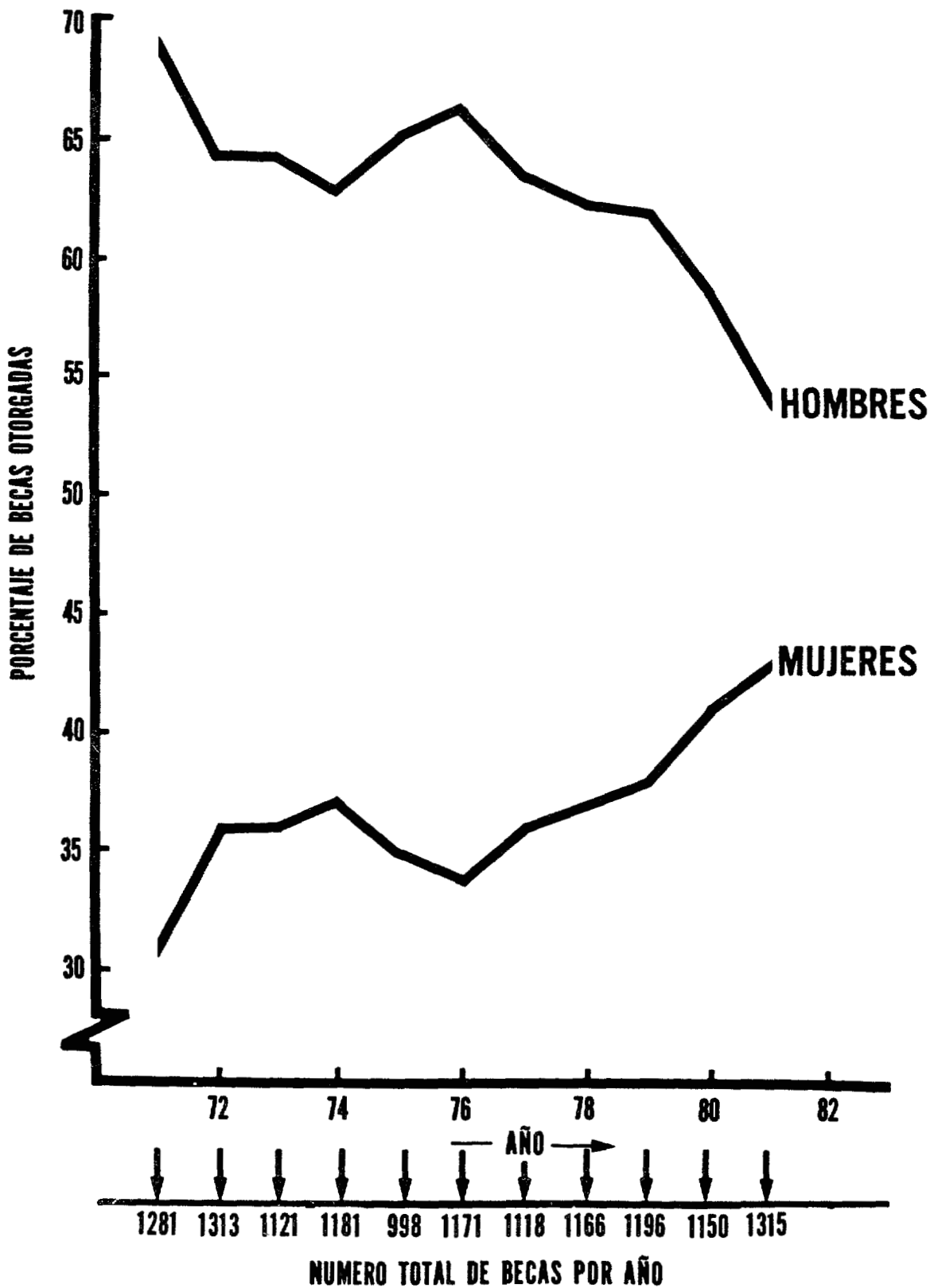


Fig. 2

ARBOL DE CLASIFICACION COMPARANDO EL FLUJO DE BECAS DE OPS/OMS EN DOS INTERVALOS DE TIEMPO, 1971-75 Y 1976-80.

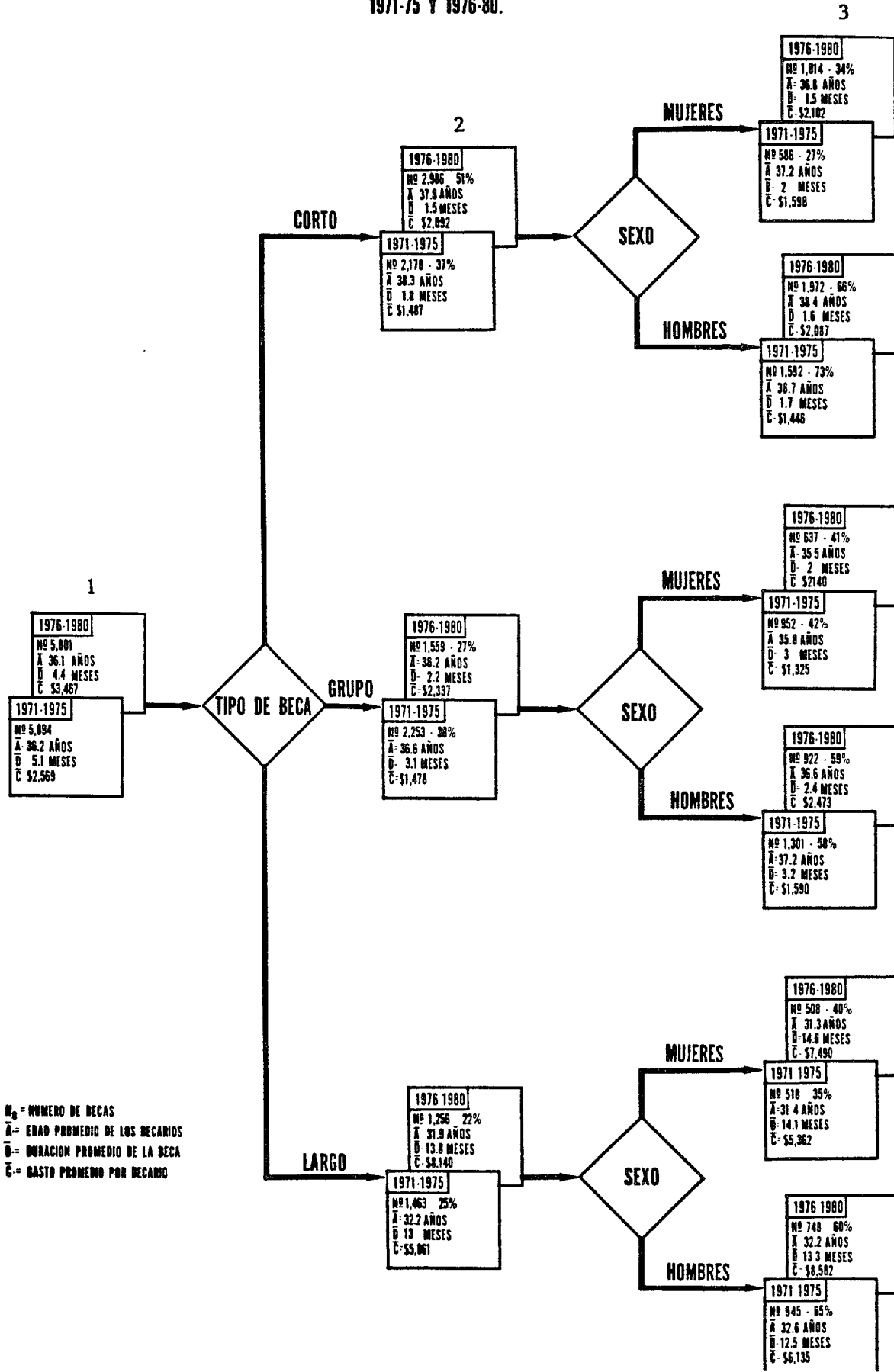


Fig. 2A  
**DISTRIBUCION DE BECAS POR TIPO DE ESTUDIO**

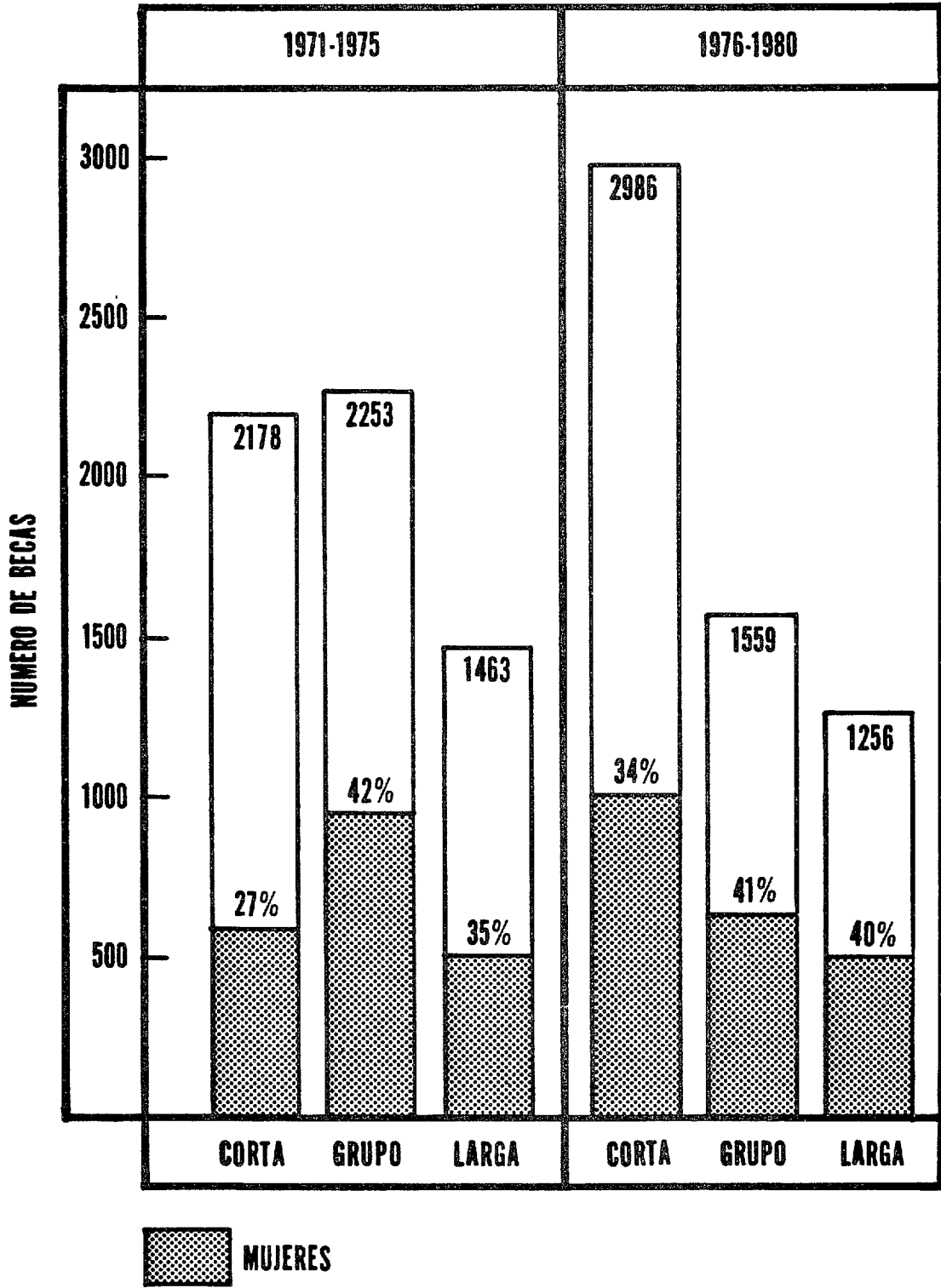
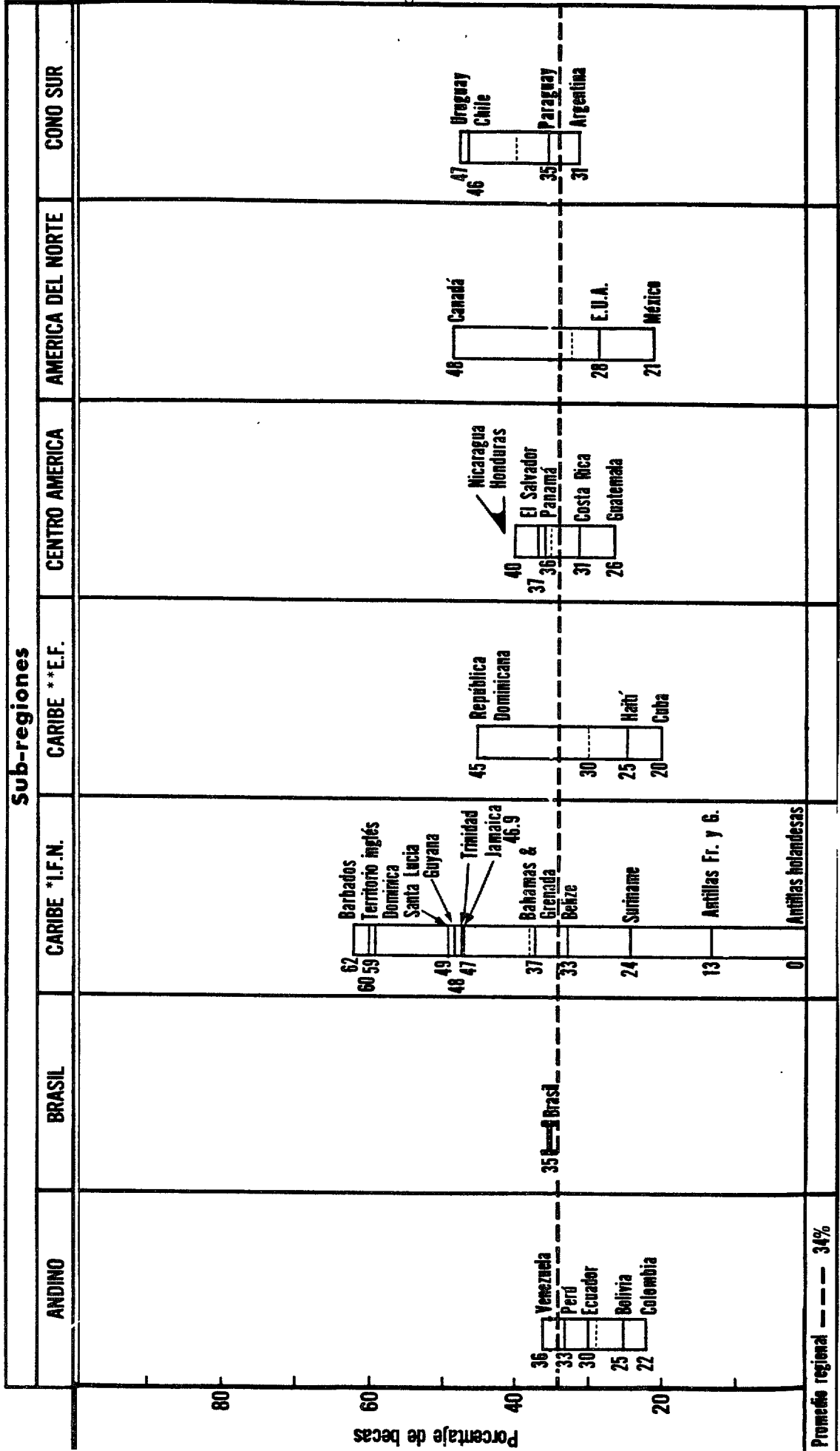


Fig. 3

Porcentaje de Becas Otorgadas a Mujeres por País de Origen

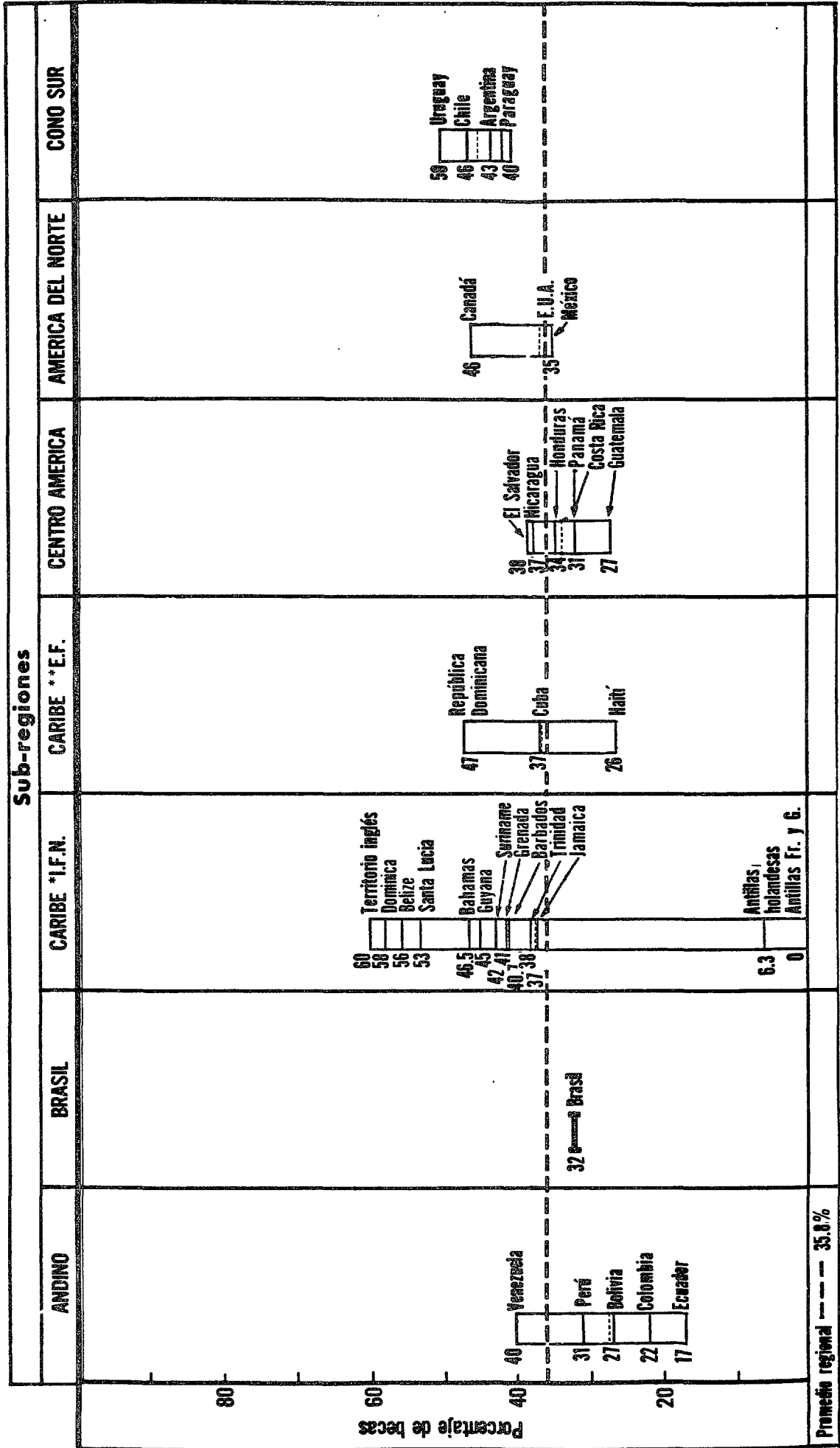
1971-75



\* De habla inglesa, francesa y holandesa  
 \*\* De habla española y francesa



Fig. 4  
**Porcentaje de Becas Otorgadas a Mujeres por País de Origen**  
**1976-80**



\* De habla inglesa, francesa y holandesa  
 \*\* De habla española y francesa

Fig. 4A  
CUADRO COMPARATIVO DEL PORCENTAJE DE BECAS OTORGADAS A MUJERES EN  
DIFERENTES PERIODOS POR PAIS Y SUBREGION

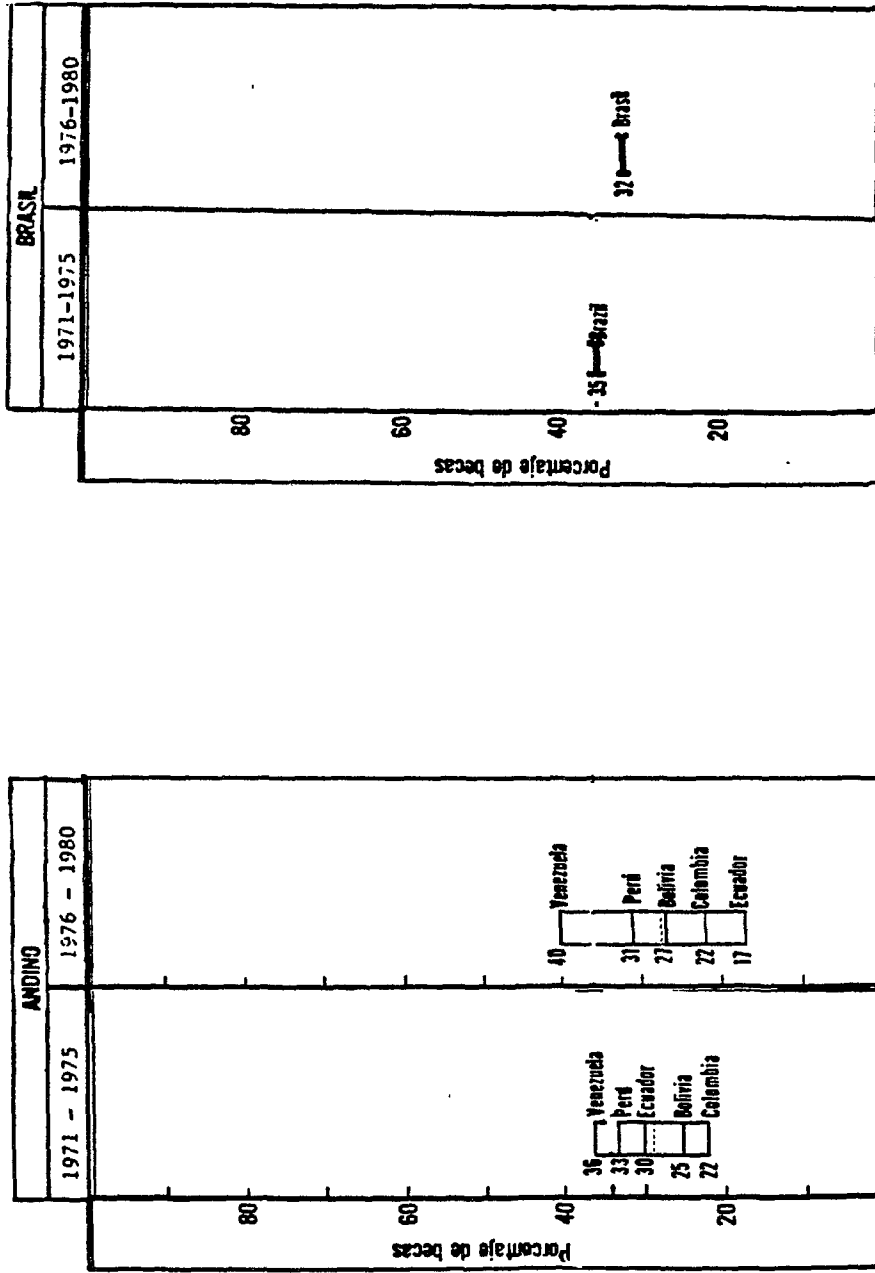
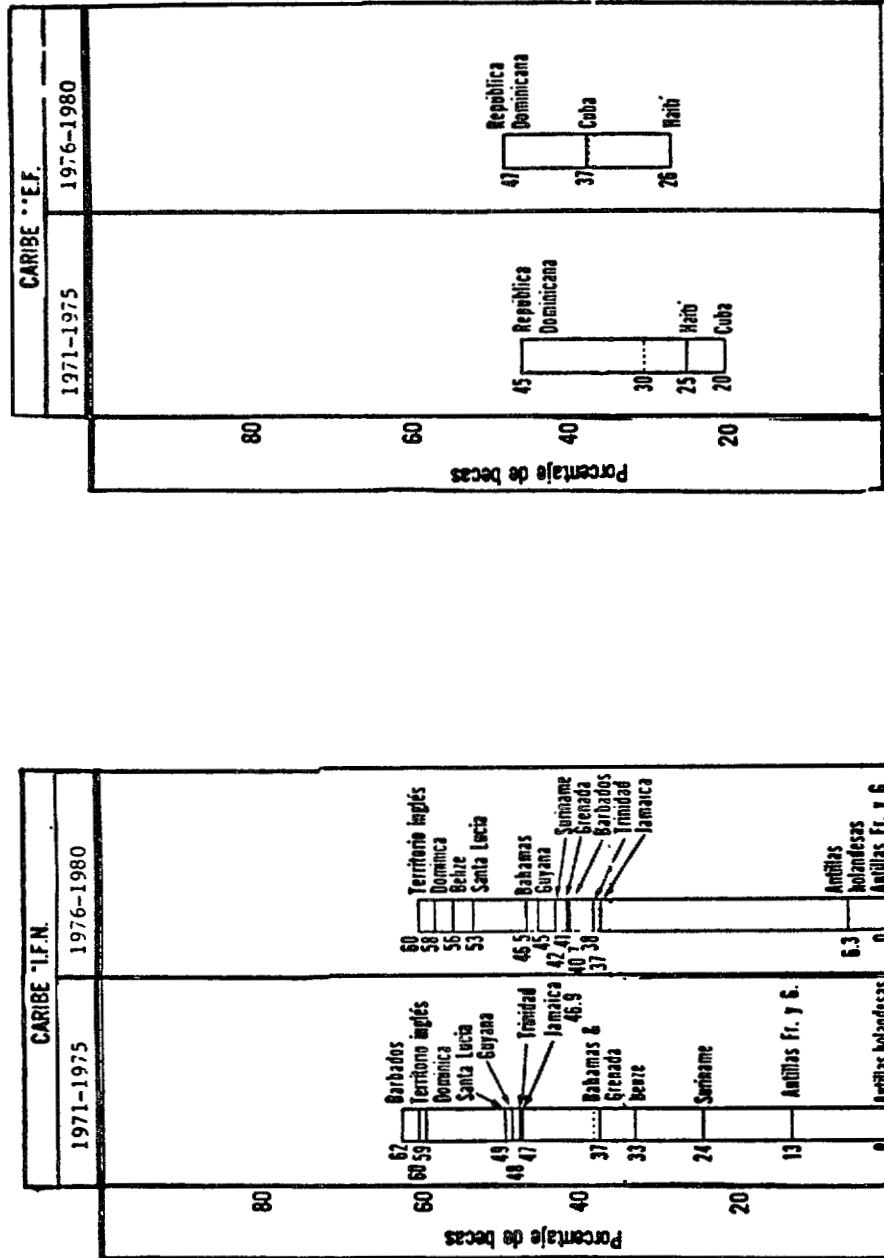


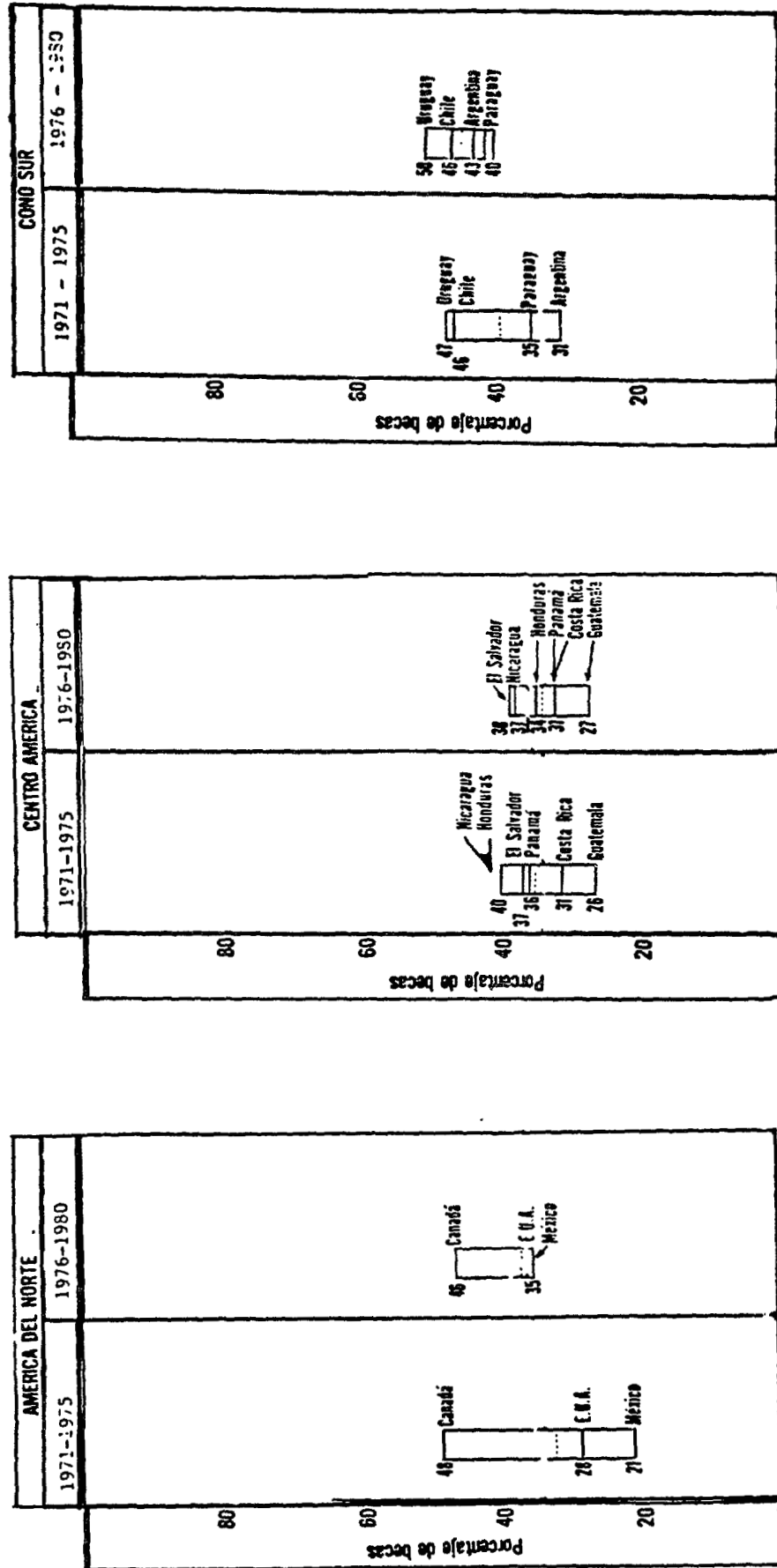
Fig. 4B

CUADRO COMPARATIVO DEL PORCENTAJE DE BECAS OTORGADAS A MUJERES EN DIFERENTES PERIODOS POR PAIS Y SUBREGION



\* De habla inglesa, francesa y holandesa  
 \*\* De habla española y francesa

Fig. 4C  
 CUADRO COMPARATIVO DEL PORCENTAJE DE BECAS OTORGADAS A MUJERES EN  
 DIFERENTES PERIODOS POR PAIS Y SUBREGION





COMITE EJECUTIVO DEL  
CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

88a Reunión

GRUPO DE TRABAJO DEL  
COMITE REGIONAL

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



88a Reunión

CSP21/15 (Esp.)  
ANEXO VII

## RESOLUCION VII

### LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo tomado nota de que, en cumplimiento de la Resolución XV de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, el Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo se ha reunido para examinar y evaluar los progresos en el cumplimiento del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, y

Habiendo visto el informe del Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo,

RESUELVE:

Recomendar a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe la siguiente resolución:

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reconociendo la importancia de integrar el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo en el Plan Regional de Acción para la Instrumentación de las Estrategias para Alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000;

Reconociendo que la información sobre la mujer en la salud y el desarrollo es escasa y que muchas actividades se encuentran en la fase de planificación y en etapas incipientes;

Consciente de la necesidad de que cada país establezca un mecanismo para coordinar la ejecución de actividades y acopiar información sobre la mujer en la salud y el desarrollo a nivel intersectorial;

Habida cuenta de la urgente necesidad de mejorar la situación de la mujer en la salud y el desarrollo, y

Reiterando su adhesión al cumplimiento del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo,

RESUELVE:

1. Dar las gracias al Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, en cooperación con la OSP, por su informe sobre la marcha de las actividades (Documento CE88/12, ADD. I).

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros:

- a) Que designen un punto focal para la mujer en la salud y el desarrollo en cada país que coordine las actividades intersectoriales pertinentes, y que establezcan un sistema de información que canalice datos acerca de actividades en curso y previstas relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo;
- b) Que mejoren la información estadística de manera que las definiciones y criterios para evaluar el cambio de la situación de la mujer en la salud y el desarrollo sean comparables entre los países de la Región;
- c) Que formulen y apliquen políticas nacionales acordes con las necesidades de salud de la mujer que trabaja en instituciones y sectores no regulados de la economía, especialmente las madres y mujeres cabezas de familia, y sus hijos;
- d) Que incorporen las necesidades y requisitos especiales de salud de la mujer a las actividades en curso, sin establecer nuevos programas destinados exclusivamente a la mujer, y que incorporen las actividades del Plan Quinquenal de Acción a las estrategias y planes nacionales de salud y desarrollo;
- e) Que desplieguen actividades de educación para la salud y participación de la comunidad especialmente concebidas para involucrar a la mujer y a las organizaciones femeninas (gubernamentales y no gubernamentales) como prestadoras y usuarias de servicios de atención primaria en salud y como autoridades con poder decisorio;
- f) Que den mayores oportunidades a la mujer para formación profesional, especialmente en sectores donde está poco representada, y que intensifiquen la selección y la contratación de mujeres para puestos profesionales y directivos.

3. Pedir al Director:

- a) Que refuerce la coordinación con otras organizaciones de los Sistemas Interamericano y de las Naciones Unidas, inclusive las organizaciones femeninas, para aprovechar la especialización, la información y los recursos disponibles, y evitar duplicaciones de esfuerzos;
- b) Que siga identificando los principales problemas y necesidades de salud de la Región que se refieran particularmente a la mujer, y que promueva el conocimiento de esos problemas y los cambios que se necesitan para resolverlos;
- c) Que siga procurando obtener y canalizar fondos presupuestarios y extrapresupuestarios regionales en apoyo de actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo;
- d) Que convoque una reunión del Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo inmediatamente antes de la que celebre el Comité Ejecutivo, con el fin de vigilar y evaluar los progresos realizados en el cumplimiento del Plan Quinquenal Regional, y formular observaciones y recomendaciones dirigidas al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana; y convocar otra reunión que siga inmediatamente a la del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria para dar seguimiento a las decisiones apropiadas que estos órganos hayan adoptado y examinar las nuevas actividades realizadas en el curso del año de que se trate.