



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 20.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 25 y 26 de marzo de 2003*

*Punto 6 del orden del día provisional*

MSD20/7, Rev. 1 (Esp.)

25 febrero 2003

ORIGINAL: INGLÉS

### **ADELANTOS PROGRAMÁTICOS DE LA OPS Y ESTRATEGIAS PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

**Presentado por el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA)**

En el último decenio, la situación de las mujeres ha adquirido relieve nacional e internacional. Los Estados Miembros siguen participando activamente en los foros internacionales y apoyan las resoluciones internacionales que promueven el adelanto de las mujeres como clave del progreso para lograr una población sana. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se hace eco del reconocimiento cada vez mayor de que el concepto de género desempeña una función significativa para alcanzar el desarrollo sostenible y está de acuerdo en que las políticas, estrategias y herramientas analíticas sensibles al género deben basarse en información válida, fidedigna y oportuna.

En 1997, la resolución CD40.R10 del 40.º Consejo Directivo resolvió emprender la iniciativa regional de recopilación y utilización de datos básicos de salud para promover el uso de la epidemiología en el análisis de la situación sanitaria y sus tendencias, así como ofrecer datos sanitarios para la toma de decisiones a escala nacional e internacional. En 1999, esta iniciativa se presentó a la 19.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el cual señaló que las bases de datos ofrecían variables clave de cobertura demográfica, socioeconómica, sobre la mortalidad, la morbilidad, el acceso y los recursos y servicios de salud desglosadas por sexo. En 2002, en la resolución CSP26.R21 sobre la mujer, la salud y el desarrollo, la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana resolvió, entre otras cosas, instar a los Estados Miembros a que “asignen una alta prioridad al establecimiento y financiamiento de sistemas de información sobre las diferencias de salud y desarrollo determinadas por el género, así como a la recopilación, elaboración y presentación de información sanitaria desglosada por sexo”.

En el presente documento se resumen las experiencias y las estrategias para incorporar el género en las iniciativas de datos básicos de salud y documentar los análisis de la situación sanitaria en función del género en las actividades de cooperación técnica con los países. También se reconoce el potencial significativo de mejoramiento y las oportunidades para la aplicación de un marco analítico, plenamente desarrollado en función del género, a la evaluación de la situación y las tendencias sanitarias, particularmente centrado en las actividades interprogramáticas en curso para incorporar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas a las actividades de cooperación técnica de la OPS, haciendo hincapié en la salud y los temas de equidad de salud que tienen que ver con la mujer.

Se invita al Subcomité a seguir analizando y debatiendo el documento y a formular observaciones para ayudar a la Organización a definir políticas y aplicar las estrategias y las prácticas más adecuadas para incorporar la perspectiva de género a sus iniciativas de cooperación técnica, vinculándola a la información cualitativa y cuantitativa disponible en sus Estados Miembros; y para monitorear y evaluar la repercusión de sus intervenciones técnicas sensibles al género en los niveles de política, de gestión y técnico.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen y contexto .....	3
Experiencias de SHA y oportunidades de selección, recogida, análisis y difusión de información sobre la salud de la mujer desde una perspectiva de género .....	4
Incorporación del género a las iniciativas de datos básicos y análisis de salud: propuesta en términos operativos .....	11
Intervención del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo .....	13

**Incorporación de la perspectiva de género a las actividades de  
cooperación técnica de la OPS:  
Datos básicos de salud y análisis de la situación sanitaria**

**Resumen y contexto**

1. El objetivo primario del Programa Especial de Análisis de Salud (SHA) es fortalecer la capacidad de los Estados Miembros y de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) de generar, analizar, difundir y utilizar información estratégica para evaluar la situación sanitaria y sus tendencias en la Región de las Américas y para aportar pruebas encaminadas a influir en las decisiones de política de salud pública. Esto abarca identificar y analizar tanto las necesidades de salud como la existencia de desigualdades de salud. Desde el punto de vista operativo, las actividades de cooperación técnica de SHA se orientan a: 1) reforzar el proceso de prácticas epidemiológicas; y 2) presentar la situación sanitaria basada en pruebas y los análisis de tendencias de los países americanos.

2. Para el período 1997-2000, los análisis de la situación regional y sus tendencias indicaron que, por término medio, la esperanza de vida de las mujeres al nacer era aproximadamente 6,3 años mayor que la de los hombres. Como las mujeres siguen siendo la mayoría de la población que envejece, proteger su buena salud en esos años requerirá recopilación sistemática, análisis, interpretación y difusión de la información específicamente relacionada con el género. Los datos de los Estados Miembros durante este período también indicaron que las mujeres se ven desproporcionadamente afectadas por enfermedades como cáncer, cardiopatías, diabetes e hipertensión arterial. En este período, la infección por el VIH/SIDA y la violencia doméstica han adquirido rango prioritario en el programa de salud de la mujer.

3. En el último decenio, la situación de las mujeres ha adquirido relieve nacional e internacional. Los Estados Miembros siguen participando activamente en los foros internacionales y apoyan las resoluciones internacionales que promueven el adelanto de las mujeres como clave del progreso para lograr una población sana. SHA se hace eco del reconocimiento cada vez mayor de que el concepto de género desempeña una función significativa para alcanzar el desarrollo sostenible y está de acuerdo en que las políticas, estrategias y herramientas analíticas sensibles al género deben basarse en información válida, fidedigna y oportuna. En consecuencia, SHA: 1) velará por incorporar la perspectiva de género a sus iniciativas de cooperación técnica, vinculándola a la información cualitativa y cuantitativa disponible en los Estados Miembros; 2) monitoreará y evaluará la repercusión de sus intervenciones técnicas sensibles al género en los niveles de política, de gestión y técnico.

4. SHA tiene presente la resolución CSP26.R21 sobre la mujer, la salud y el desarrollo, por la cual la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana resolvió, entre otras cosas, instar a los Estados Miembros a que “asignen una alta prioridad al establecimiento y financiamiento de sistemas de información sobre las diferencias de salud y desarrollo determinadas por el género, así como a la recopilación, elaboración y presentación de información sanitaria desglosada por sexo”. SHA ha distribuido dicha resolución a sus epidemiólogos sobre el terreno.

5. Recientemente, el Director asignó a SHA la responsabilidad de coordinar los esfuerzos interprogramáticos de la OPS para incorporar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las Naciones Unidas, a sus actividades de cooperación técnica. Figuran entre esos objetivos y sus metas correspondientes temas de salud y de equidad en salud relacionados con las mujeres. (Por ejemplo, el objetivo 3 es “promover la igualdad de género y la autonomía de las mujeres”, y el 5 procura “mejorar la salud materna”).

#### **Experiencias de SHA y oportunidades de selección, recogida, análisis y difusión de información sobre la salud de la mujer desde una perspectiva de género**

6. Como iniciativas regionales, comenzaron en 1995 la de perfiles de países y la de recopilación y utilización de datos básicos de salud para promover el uso de la epidemiología en el análisis de la situación sanitaria y sus tendencias, y ofrecer datos sanitarios para la toma de decisiones a escala nacional e internacional. Se informó de ello a la Oficina, a las Representaciones de la OPS/OMS y a los Estados Miembros, que proporcionaron datos para estas iniciativas. En 1999, estas iniciativas se presentaron a la 19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. El Subcomité señaló que las bases de datos ofrecían las siguientes variables clave desglosadas por sexo:

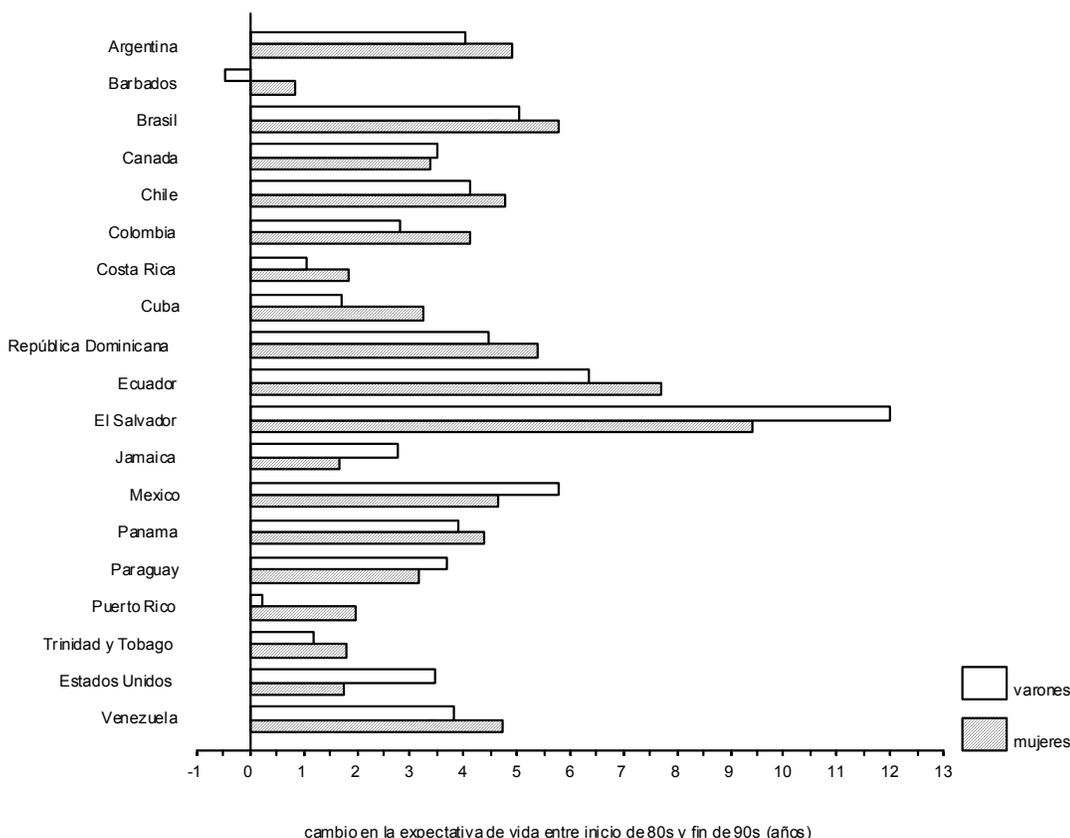
- datos demográficos (población, tasas de fecundidad y esperanza de vida);
- datos socioeconómicos (alfabetización, tasas brutas de asistencia a la escuela, proporción de personas con empleo);
- mortalidad (tasas de mortalidad, mortalidad de los menores de 5 años, mortalidad por grupos de edad y tasas de mortalidad para 17 causas de muerte);
- morbilidad (casos de SIDA); y
- el acceso, los recursos y la cobertura de los servicios de salud (proporción de embarazadas que se presentan a consultas prenatales).

7. Estos datos, o lo que de ellos se infiere, siguen siendo el marco para los análisis presentados en ediciones sucesivas de *La salud en las Américas*, el *Informe Anual del Director*, el *Boletín Epidemiológico de la OPS* y otros medios de difusión de información pertinente de salud pública.

8. Con estos datos de salud básica recopilados sistemáticamente, SHA ha podido describir, explorar, analizar y desglosar por sexo varias dimensiones de la situación sanitaria y sus factores determinantes, a nivel tanto regional como nacional. Como ilustración de estas experiencias, y dado el significativo potencial de mejoramiento y las oportunidades para la aplicación de un marco analítico —plenamente desarrollado en función del género— a la evaluación de la situación sanitaria, se resumen a continuación algunos datos.

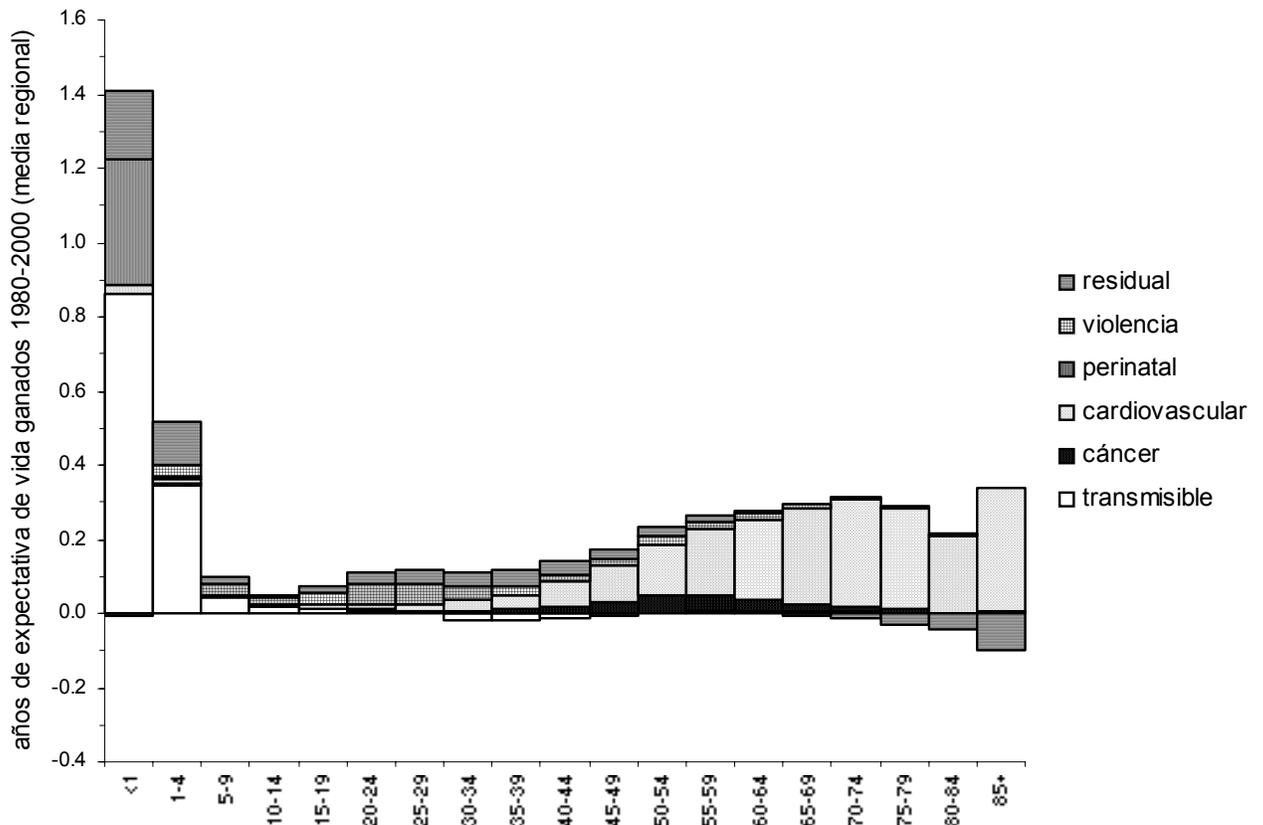
9. SHA ha documentado la magnitud del incremento de esperanza de vida de la mujer entre el principio de los años ochenta y el final de los noventa en los países del continente (figura 1), frente al incremento para los hombres. Por término medio regional, las mujeres ganaron 5,6 años de esperanza de vida durante ese período, lo que es 0,7 años más que los hombres.

**Figura 1. Incremento de la esperanza de vida en los países de las Américas, entre el principio de los años ochenta y el final de los noventa**



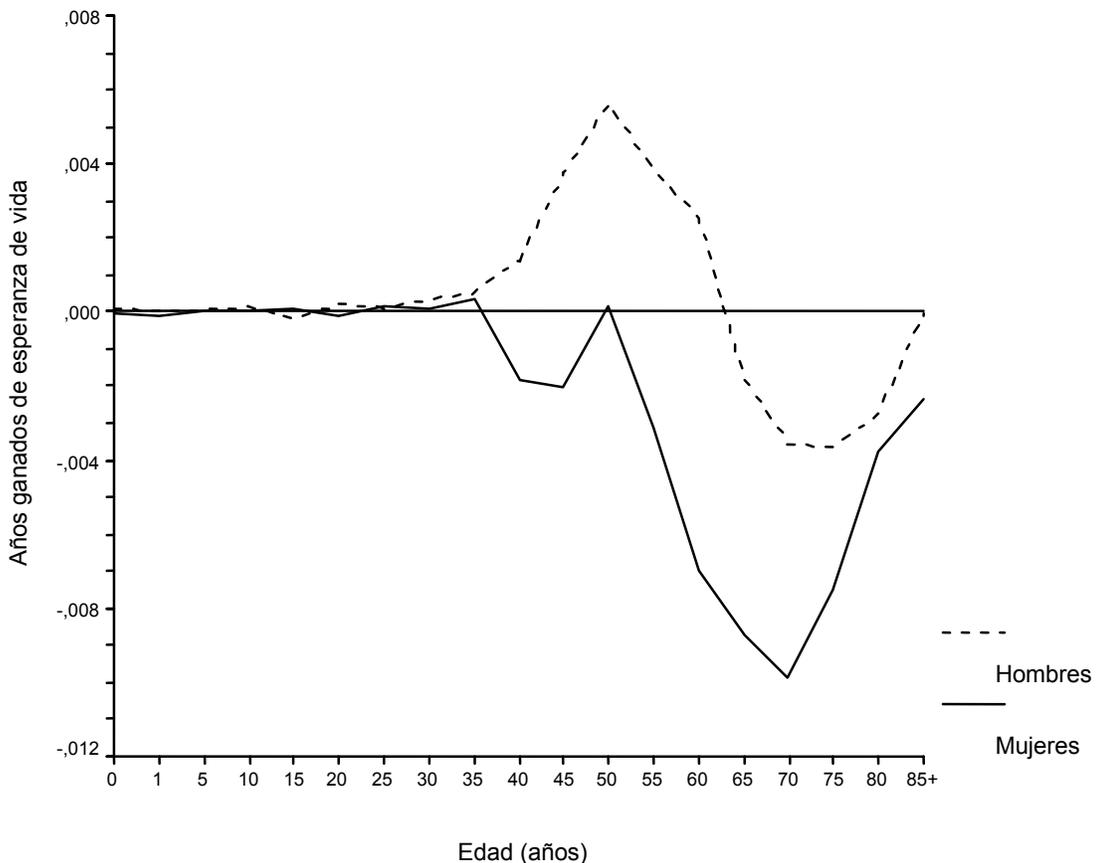
10. Mediante una metodología nueva, SHA pudo descomponer los cambios en la esperanza de vida de la mujer observados entre el principio de los años ochenta y el final de los noventa en seis amplios grupos de riesgo de muerte (figura 2). Casi 40% del incremento total de esperanza de vida de las mujeres del continente se debió a la reducción del riesgo de muerte de las niñas menores de 5 años. Casi medio año de incremento de la esperanza de vida de la mujer se debió a la reducción de la mortalidad perinatal, y un año y medio a la reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles en sólo ese grupo de edad. En conjunto, la mujer americana ganó casi 2,5 años de esperanza de vida por la reducción del riesgo de defunción por enfermedades cardiovasculares.

**Figura 2. Contribución al cambio de la esperanza de vida de la mujer, por grupos amplios de enfermedad. Región de las Américas, de principio de los años ochenta a final de los noventa**



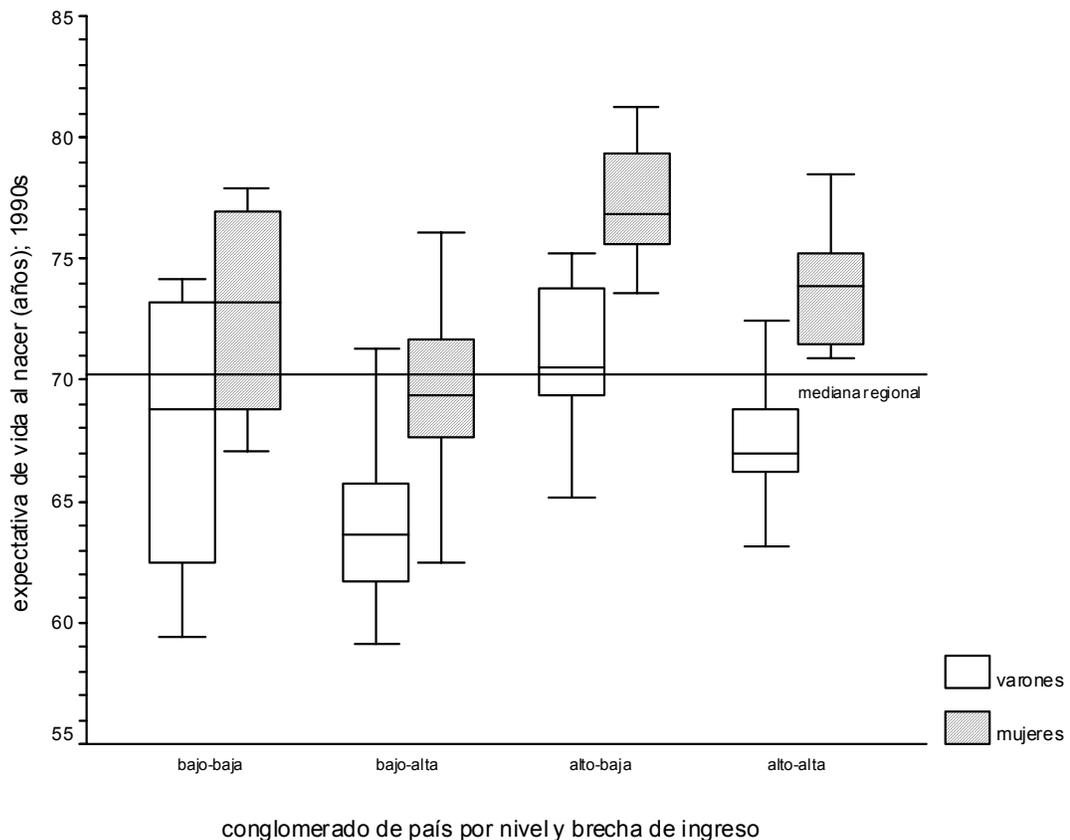
11. Otras de las conclusiones que pudieron extraerse acerca de los cambios de la carga de mortalidad femenina se debieron al análisis de la esperanza de vida con respecto a 32 causas de muerte, por grupos de edad de cinco en cinco años, diferenciados por sexo. Junto con notables incrementos de la esperanza de vida de hombres y de mujeres debidos a la reducción del riesgo de muerte por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, enfermedades prevenibles por vacunación y carencias nutricionales, hay afecciones como la diabetes mellitus, el SIDA y el cáncer del pulmón (figura 3), entre otras, que han contribuido negativamente, es decir, han reducido la esperanza de vida en la población femenina de las Américas. Estos cambios se publicaron más detalladamente en la edición de 2002 de *La salud en las Américas*.

**Figura 3. Incremento y disminución de la esperanza de vida con respecto al cáncer del pulmón, por edad y por sexo. Región de las Américas, de principio de los años ochenta a final de los noventa**



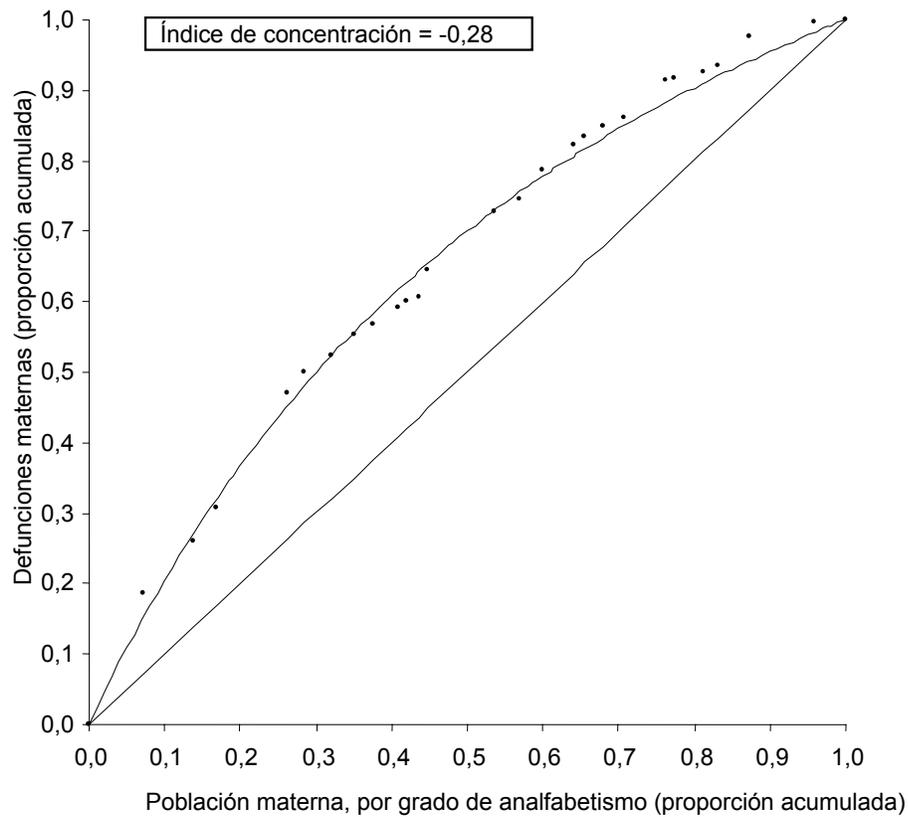
12. SHA también se ha comprometido a documentar la presencia y magnitud de desigualdades de salud en las Américas. En ese sentido, la figura 4 muestra el modelo desigual del incremento de la esperanza de vida, de hombres y de mujeres, según cuatro países de situaciones socioeconómicas diferentes, como resultado de los niveles de ingresos y de la brecha de ingresos. Las mujeres que viven en países de ingresos bajos (es decir, con un promedio del PNB per cápita 1978-1998 ajustado según el poder adquisitivo inferior al promedio regional), con elevada brecha de ingresos (es decir, con un promedio 1978-1998 de la razón de ingresos 20/20 superior al promedio regional), así como las que viven en países de ingresos altos y con elevada brecha de ingresos tienen sistemáticamente menor esperanza de vida al nacer en los años noventa que los varones de esos países y que las mujeres que viven en países más equitativos con niveles similares de ingresos.

**Figura 4. Resumen de la distribución de la esperanza de vida al nacer, por sexo y por países agrupados según nivel de ingresos y brecha. Región de las Américas, años noventa**

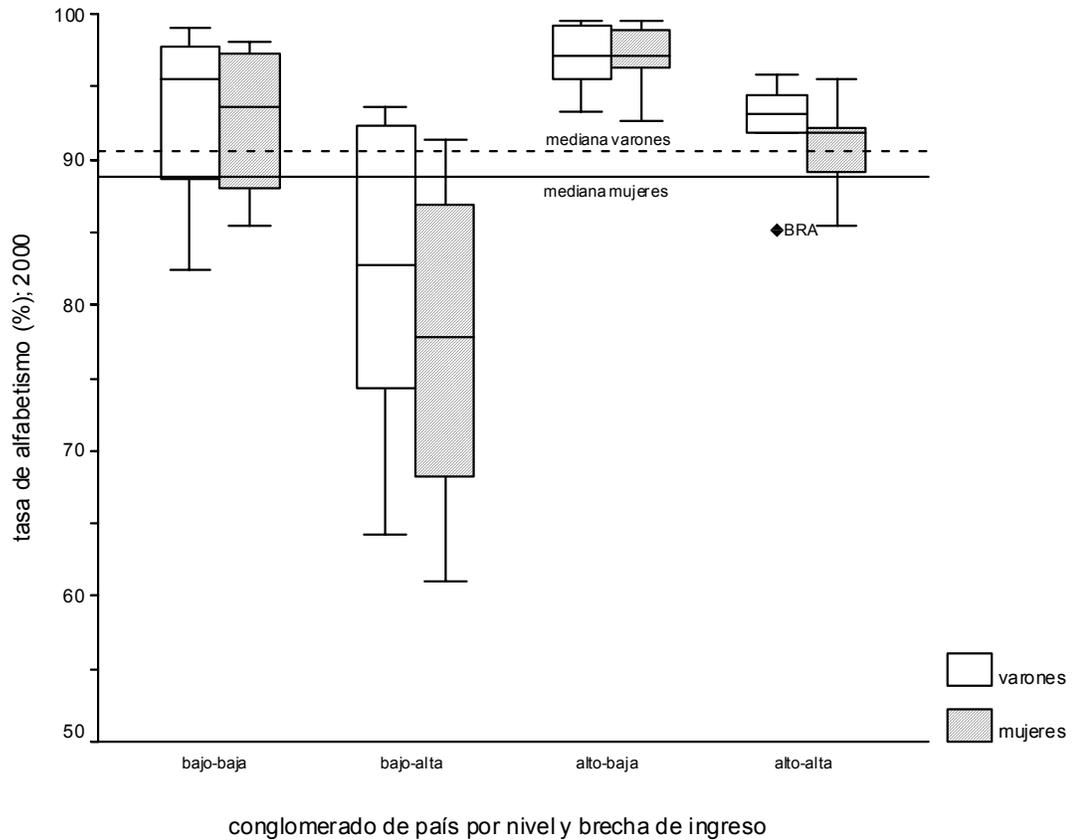


13. Un ejemplo elocuente de los análisis exploradores que ahondan en los factores determinantes de las desigualdades de salud es la curva de concentración de las defunciones maternas, presentada por nivel de alfabetismo (figura 5). Más de 40% de las defunciones maternas se concentra en el quintil de las mujeres menos alfabetizadas. Es más, hay una interacción negativa marcada entre el bajo nivel de ingresos aunado a una elevada brecha de ingresos y el nivel de alfabetismo tanto en hombres como en mujeres del continente (figura 6), en particular entre mujeres.

**Figura 5. Curva de concentración de la inequidad en la mortalidad materna, por alfabetismo materno. Región de las Américas, 1998**

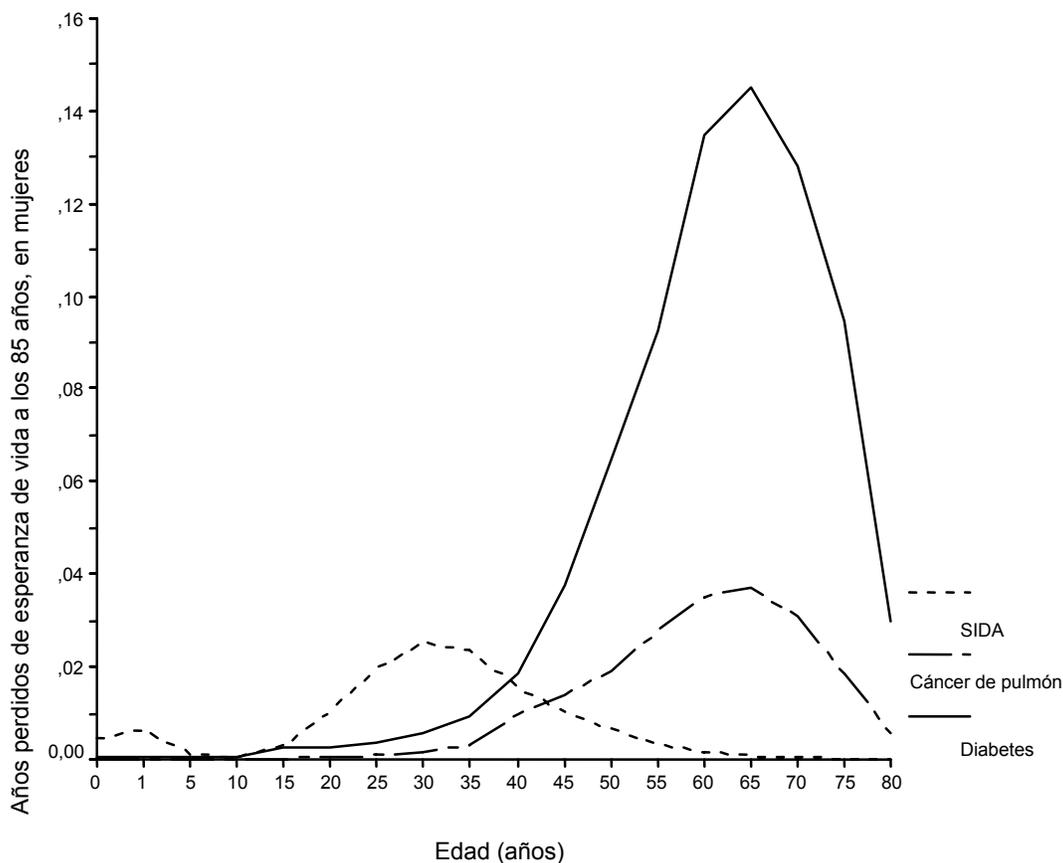


**Figura 6. Resumen de la distribución de la tasa de alfabetización por sexo y países agrupados, según nivel de ingresos y brecha. Región de las Américas, 2000**



14. Por último, en un intento analítico de evaluar y cuantificar la posible repercusión en la carga actual de mortalidad que tendría el seguir reduciendo el riesgo de muerte por ciertas enfermedades de importancia en salud pública, SHA propuso recurrir a los años perdidos de esperanza de vida (APEV) a los 85 de edad, que es equivalente al número de años de esperanza de vida que pueden agregarse a la esperanza de vida real teniendo en cuenta la reducción adicional de los riesgos de muerte por causas específicas. En la figura 7 se muestra la distribución por edades de los APEV a causa de tres de los más importantes contribuyentes a la carga de morbilidad femenina en 2000 en el continente: la diabetes mellitus, el SIDA y el cáncer del pulmón, lo que subraya la importancia, para estos resultados de salud, de priorizar las políticas y las intervenciones en función del género.

**Figura 7. Distribución de los años perdidos de esperanza de vida a los 85 años de edad en mujeres, por diabetes, SIDA y cáncer de pulmón. Región de las Américas, 2000**



**Incorporación del género a las iniciativas de datos básicos y análisis de salud: propuesta en términos operativos**

15. En consecuencia, el Programa Especial de Análisis de Salud hará lo siguiente:
  - a) Colaborará con el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo (HDW) para identificar un conjunto de puntos de referencia o indicadores que permitan evaluar los cambios hacia el logro de objetivos establecidos y de las correspondientes metas intermedias y finales.
  - b) Ampliará su base de datos de mortalidad y su capacidad de análisis para incorporar más integralmente la perspectiva de género. La conceptualización del género y el enfoque analítico delinearán la situación sanitaria y sus tendencias en la salud de la mujer, como también subrayarán las inequidades de género. SHA

integrará el análisis en función del género en una de sus actividades principales: la vigilancia de la situación sanitaria en la Región. Entre las tareas específicas incluidas en esta área de trabajo figuran la coordinación con la Oficina y el apoyo a los países para establecer y mantener las redes y las bases de datos para el monitoreo de las metas y los mandatos a nivel regional, subregional y nacional. Las correspondientes áreas de trabajo en las que SHA puede integrar la perspectiva de género son:

- mantener y actualizar el sistema de datos básicos de salud de la OPS;
  - apoyar la preparación periódica de los perfiles sanitarios de los países con los datos básicos de salud;
  - colaborar con otros programas de la OPS en el monitoreo de acontecimientos, factores, estrategias y mandatos de salud en los países de la Región.
- c) Empezará, en colaboración con HDW, iniciativas factibles y procesos concomitantes para fortalecer las capacidades nacionales de desarrollo de información sanitaria y sistemas de monitoreo de la salud y sus factores determinantes clave, con indicadores desglosados por sexo, edad y otras variables sensibles al género. SHA alentará a sus epidemiólogos nacionales a que incluyan la perspectiva de género en sus bases de datos, que prestan apoyo a la toma de decisiones sanitarias en cada país.
- d) Incluirá indicadores para el monitoreo de la inequidad de género en salud. El trabajo actual de SHA tiene un componente de promoción y apoyo al desarrollo de análisis comparativos de las investigaciones existentes sobre la situación sanitaria, las desigualdades en salud y el establecimiento de indicadores para identificar los grupos de población con mayor carga de morbilidad y mayores niveles de inequidad en salud.
- e) A corto plazo, colaborará activamente con HDW en la publicación bienal de un folleto regional con un conjunto básico de indicadores de salud de la mujer. Por todo ello, SHA pedirá a cada Estado Miembro que presente sus datos de mortalidad. En el proceso de análisis se interpretarán los datos de mortalidad por sexo, edad, raza, grupo étnico (si se conoce) y causas de muerte. Siempre que se pueda, SHA proporcionará datos desglosados por sexo sobre la esperanza de vida, las principales causas de muerte y de morbilidad (incluidos los casos de mujeres infectadas por el VIH o con SIDA) y la distribución de las defunciones por lesiones.

- f) Promoverá la inclusión de la perspectiva de género en los análisis de la situación sanitaria y sus tendencias, lo que es esencial para orientar las iniciativas de cooperación técnica de la OPS y para ayudar a los gobiernos nacionales a establecer políticas y planes sanitarios. Desde el punto de vista de la salud pública, la perspectiva de género es esencial porque permite comprender más integralmente las funciones tradicionalmente asignadas a hombres y mujeres, sus características, responsabilidades y la relación de todo ello con la enfermedad. También contribuye a lograr mayor equidad en materia de salud y asistencia sanitaria.
- g) Incorporará el análisis en función del género a su orientación programática y seguirá aportando sus recursos y capacidades técnicas para disponer de mejores pruebas que permitan establecer prioridades de cooperación técnica y políticas de salud pública en función del género. El marco sensible al género se basa en pruebas. Requerirá datos, que se derivarán principalmente de los sistemas estadísticos nacionales. También requerirá disponer de sistemas de información sanitaria y de sistemas estadísticos eficaces de alcance nacional. En la mayoría de los Estados Miembros, estos sistemas tienen que reforzarse, como también debe adiestrarse al personal. El marco también requiere voluntad política institucional e impulso para mejorar y fortalecer los sistemas estadísticos, de modo que puedan responder al aumento de la demanda de diversas estadísticas basadas en pruebas.

### **Intervención del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo**

16. Se invita al Subcomité a seguir analizando y debatiendo el documento y a formular observaciones para ayudar a la Organización a definir políticas y aplicar las estrategias y las prácticas más adecuadas para incorporar la perspectiva de género a sus iniciativas de cooperación técnica, vinculándola a la información cualitativa y cuantitativa disponible en los Estados Miembros; y para monitorear y evaluar la repercusión de sus intervenciones técnicas sensibles al género en los niveles de política, de gestión y técnico.

- - -