



# Impulso a la salud y al desarrollo humano



Desde un principio, los gobiernos de las Américas se dieron cuenta de la importancia de la salud para el desarrollo social. En el siglo XIX las epidemias de enfermedades infecciosas habían devastado a Europa y a América, no solamente cobrándose innumerables vidas sino también poniendo freno al progreso socioeconómico. Así, en los albores del siglo XX, una motivación importante para el establecimiento de la Oficina Central Panamericana fue el fomento del comercio. Cada vez más se considera que el bienestar económico está vinculado con la salud.

En la histórica reunión de Punta del Este, Uruguay, en 1961, los dirigentes americanos reconocieron que los Estados eran responsables de promover la salud como parte del desarrollo. La Alianza para el Progreso, de la Organización de los Estados Americanos, surgida como resultado de ese encuentro, lanzó una importante acción cooperativa por parte de los gobiernos destinada a acelerar el progreso y mejorar las condiciones de vida en la Región. En su Plan Decenal de Salud para los años setenta, los ministerios de salud de las Américas declararon que la salud es un derecho universal, reconocieron la importancia de la participación social en la toma de decisiones y recomendaron que las políticas sanitarias fueran incorporadas al desarrollo económico y social. En la 30a Asamblea Mundial de la Salud (1977) se resolvió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía ser “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. En la edición de 1977-1980 de *Las condiciones de salud en las Américas* se sostiene que esta obra permite obtener “un panorama completo del desarrollo social y económico en la Región”.

En el informe cuatrienal del Director de 1981, el Dr. Héctor Acuña señala: “[...] surgieron nuevas corrientes en el pensamiento de los dirigentes de salud de las Américas. Sobresalió a este respecto un nuevo interés en reconocer que la salud universal debe constituir el objetivo primordial de la OPS. Partiendo de esa base, pudieron entonces definir las políticas generales que permitirían alcanzar ese objetivo”.

Para los años noventa, bajo la dirección del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, el concepto de salud como componente del desarrollo estaba firmemente enraizado. Durante las crisis económicas cada vez más profundas del decenio, la Organización moviliza recursos para ejecutar sus programas prioritarios e impulsa iniciativas subregionales entre grupos de países que pueden aunar recursos para abordar problemas comunes. La OPS aboga por una función más influyente para el sector de la salud en la preparación de las agendas políticas que deciden la distribución de los recursos de los países.

Hoy en día, la OPS lleva a cabo investigaciones que demuestran que la salud constituye una condición necesaria para asegurar un desarrollo humano que potencie el crecimiento económico, fomente la educación, conserve el medio ambiente y asegure la libertad esencial para la dignidad humana.





## En defensa de la salud como fin y como medio



■ La relación entre el crecimiento económico y la salud es clara, pero lo opuesto también. La ops realizó estudios sobre la importancia de las inversiones en salud, cuyas conclusiones se publicaron y se usaron como base para el trabajo de la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud, uno de cuyos grupos de trabajo está copresidido por el Director de la ops.



La salud en sí es una meta, y la utilidad de las intervenciones de salud pública para salvar vidas es evidente. Al mismo tiempo, la salud es necesaria para impulsar el desarrollo económico, aliviar la pobreza y garantizar la estabilidad política y social, lo que interesa tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo. Por consiguiente, la Organización preconiza la colocación de la salud en el centro de la agenda de desarrollo y ha encabezado esfuerzos para explicar la relación entre la salud y el desarrollo humano. Con ese fin, la ops inició tres proyectos a los cuales se incorporaron posteriormente el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En los proyectos se examinó la medida en que la mejora de la salud de una población podría impulsar la economía de un país, se examinó el efecto de la mejora de la salud en la productividad familiar y se abordaron los problemas de la equidad y la reducción de la pobreza.

Estudios de la ops muestran que, en todos los países, la mejora de la salud impulsa el crecimiento de los ingresos al fomentar la educación, la productividad y la participación en la economía, especialmente de las mujeres. Con el tiempo, la buena salud se manifiesta en un aumento importante del ingreso per cápita de la población, causando un efecto que es a la vez acumulativo y permanente. A corto plazo, la buena salud causa un crecimiento económico. Una conclusión conexas proviene de Robert Fogel, premio Nobel de economía en 1993, quien muestra que la energía proporcionada por la alimentación aumenta la eficiencia humana y, en última instancia, la productividad. En el informe de Fogel se calcula que la mitad del crecimiento económico del Reino Unido en los últimos 180 años se debe a mejoras de la salud y la nutrición.



**“Estudios de la ops sobre inversión en salud ratifican que la buena salud permite a las naciones acelerar su desempeño económico y que, a la inversa, la enfermedad es un obstáculo para el desarrollo.”**

—Dr. George A.O. Alleyne

Una iniciativa especial para crear cuentas nacionales de salud ha llevado a la preparación de una base de datos sobre gastos en salud per cápita y como porcentaje del PIB. La base de datos, que contiene información de principios de los años ochenta en adelante, permite a los países determinar el origen de los recursos para la salud (impuestos, gastos del bolsillo de los usuarios, fuentes privadas) y su destino, así como tomar decisiones acertadas sobre la administración y asignación de recursos, y refuerza su capacidad regulatoria. En la primera fase de la iniciativa, la OPS y la USAID trabajaron con las partes interesadas (ministerios de salud, organismos de seguridad social y el sector privado) de ocho países a fin de ayudarles a establecer sistemas de contabilidad de gastos en salud. De esta forma se impulsa a los países a administrar sus propios sistemas contables, como ya se está haciendo en Bolivia y Nicaragua. En la segunda y tercera etapas se incorporarán los demás países de la Región.

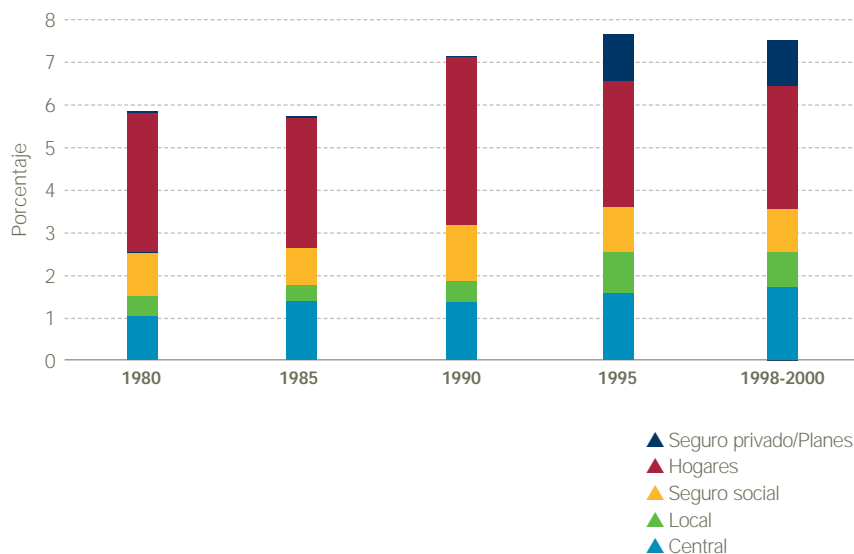
Otra iniciativa, lanzada por el Grupo de los Siete, abarca 41 de los países pobres más endeudados del mundo, cuatro de los cuales están en las Américas (Nicaragua, Honduras, Guyana y Bolivia). Los países del G7 condonarán la deuda externa de los países endeudados con la condición de que asignen a servicios sociales los recursos que habrían utilizado para pagar la deuda. Como requisito para recibir asistencia, los países deberán preparar un documento de estrategia de lucha contra la pobreza en el cual indiquen qué planean hacer para reducir la pobreza. Bolivia, por ejemplo, se ha comprometido a

mejorar la alimentación, la vivienda, el abastecimiento de agua, el saneamiento ambiental y el control de enfermedades endémicas tales como la enfermedad de Chagas y la malaria.

La OPS ha ayudado a los ministerios de salud y a las cámaras de representantes a redactar códigos y leyes sobre salud (El Salvador, Paraguay y Venezuela), así como leyes sobre el financiamiento del sector de la salud (Bolivia, Ecuador y Nicaragua).

En el Ecuador, la OPS ha contribuido a trazar políticas de salud, entre las que se encuentran la definición del papel del Estado en materia de salud, la inclusión en la constitución de componentes sobre el derecho a la salud y sobre el establecimiento de un sistema nacional de salud, el asesoramiento técnico para la formulación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y la propuesta de una red de protección social.

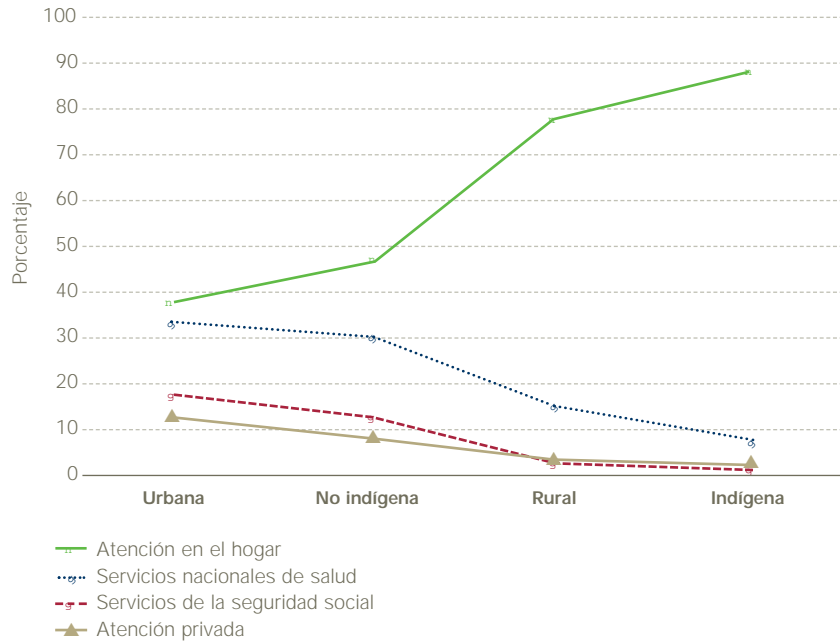
**Gasto nacional en atención de salud en América Latina y el Caribe**  
Expresado como porcentaje del producto nacional bruto (PNB)



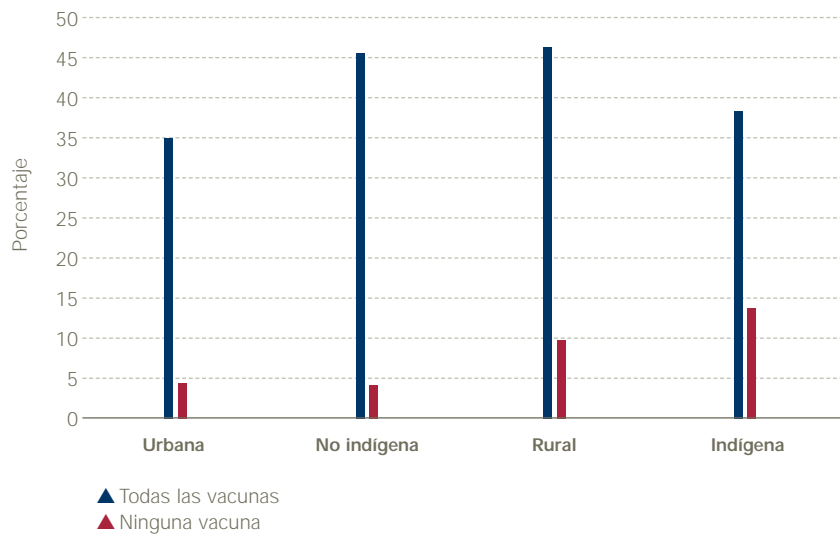
■ La ops ha verificado que los grupos indígenas y las personas de ascendencia africana (en Brasil, Colombia, Ecuador y Estados Unidos) son más vulnerables a ciertas enfermedades, tienen menos acceso a los servicios de salud y gastan más de su bolsillo en atención de salud. El trabajo del personal guatemalteco de contraparte muestra que los indígenas no cuentan con atención durante el parto ni con servicios de vacunación.



Diferencias en la atención del parto en Guatemala

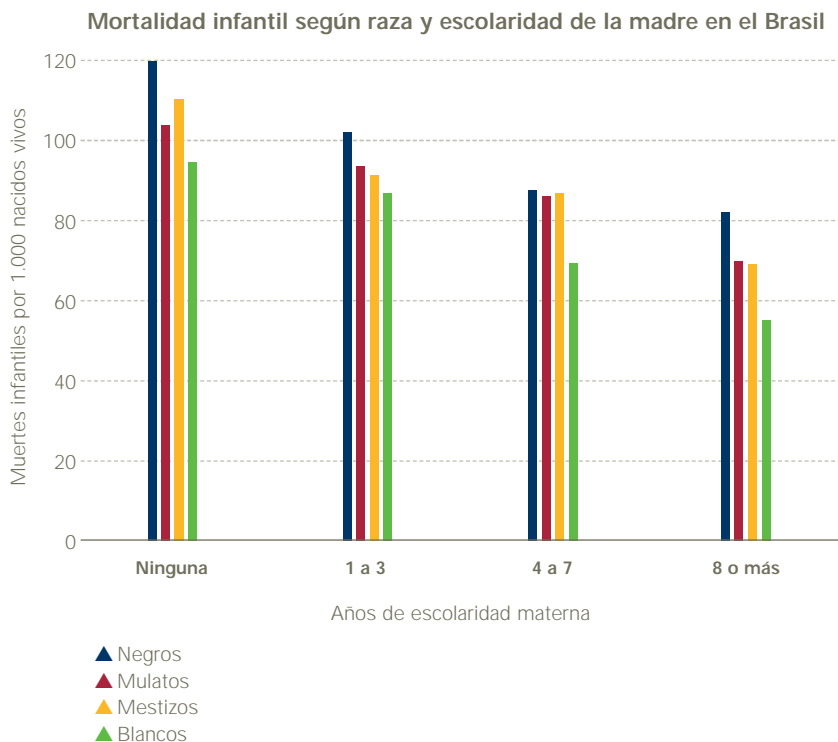


Diferencias en la cobertura de vacunación en Guatemala



“Expresamos nuestra profunda preocupación siempre que los indicadores en los campos de la educación, el empleo, la salud, la vivienda, la mortalidad infantil y la esperanza de vida, entre otros, de muchos pueblos muestran una situación de desventaja, especialmente en los casos en que los factores contribuyentes incluyen el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y formas conexas de intolerancia.”

—Conferencia Mundial de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia



■ El trabajo de los epidemiólogos brasileños muestra una relación entre la raza y escolaridad de la madre y la mortalidad infantil. La educación de la madre por sí sola no garantiza la salud del niño: los hijos de mujeres negras con ocho o más años de escolaridad tienen aproximadamente las mismas probabilidades de sobrevivir que los hijos de mujeres blancas analfabetas.

Con demasiada frecuencia, el sector de la salud se ha concentrado en grupos de medianos y altos ingresos, reproduciendo las inequidades prevalentes en la sociedad. A fin de corregir esta situación y aliviar la pobreza, muchos países, entre ellos Brasil, Chile, México y la República Dominicana, están poniendo en marcha el programa Progresá, que integra la nutrición, la educación y las medidas sanitarias para mejorar la vida de la gente y, al mismo tiempo, aumentar su productividad.

La Organización ha presentado las observaciones sobre

inequidades étnicas a parlamentarios, autoridades, organizaciones no gubernamentales y foros internacionales a fin de demostrar que las comunidades étnicas merecen especial atención. La labor de la OPS ha conducido, entre otros adelantos políticos, a una declaración y un programa de acción de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, que promueven la eliminación de las disparidades en la salud por razones étnicas.



■ La OPS ha ayudado a los ministerios de salud y a las cámaras de representantes a redactar códigos y leyes sobre salud (El Salvador, Paraguay y Venezuela), así como leyes sobre el financiamiento del sector de la salud (Bolivia, Ecuador y Nicaragua).



## Coordinación de un enfoque nuevo de las investigaciones en salud

El propósito de la ciencia es beneficiar a la humanidad. El objetivo específico de las investigaciones en el campo de la salud pública es aumentar el bienestar de todos, especialmente de los pobres. El estudio del mismo problema de salud por varios centros de investigación de muchos países, con el mismo protocolo, permite a los investigadores comparar las conclusiones, las cuales, a su vez, pueden usarse para orientar la cooperación técnica y la política de salud con respecto a la calidad y eficacia de los servicios, el uso apropiado de los escasos recursos, los medios para promover cambios en el comportamiento y mucho más.

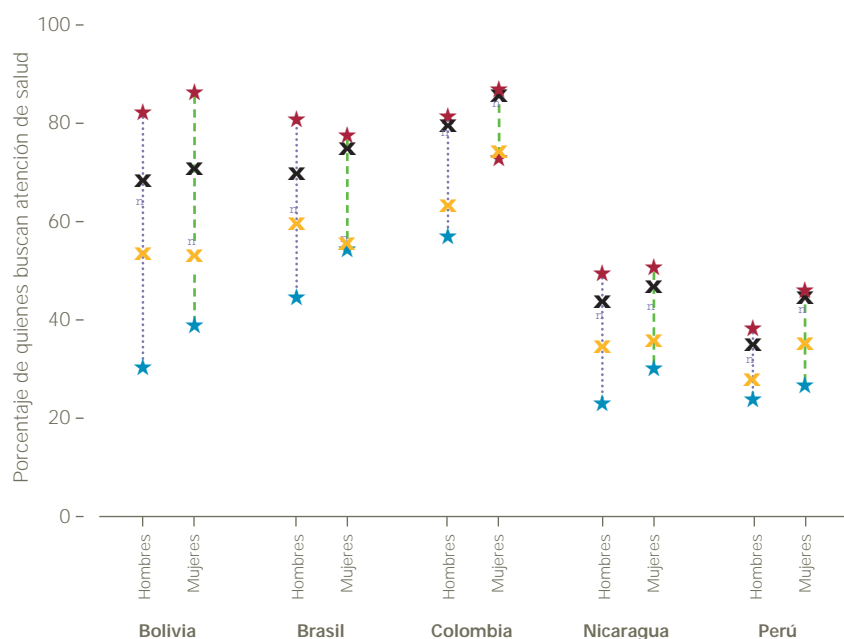
La Organización inició investigaciones multicéntricas a principios de los años setenta, entre ellas el estudio pionero de la mortalidad infantil realizado por

Ruth Puffer y sus colaboradores. Sin embargo, en aquel momento y durante las décadas siguientes, tales proyectos fueron esporádicos en el mejor de los casos. En la actualidad, la ops ha llevado el enfoque multicéntrico a otro nivel, utilizándolo regularmente para las contribuciones regionales a los conocimientos originales en temas de gran importancia para la salud pública en las Américas. Las ventajas de la investigación multicéntrica son muchas: selección de temas que afectan a varios países o a la Región en su conjunto, colaboración de los investigadores en el proceso y sus resultados, cooperación entre países y creación de redes, movilización de recursos y rendición de cuentas compartidas, y uso de la cooperación técnica para impulsar las investigaciones regionales.

■ Para superar el problema de la exigüidad de investigaciones sobre las inequidades en materia de salud en las Américas, la ops coordinó el análisis de numerosas encuestas familiares sobre la relación entre las características socioeconómicas, el estado de salud, la utilización de los servicios de salud y el gasto en dichos servicios en Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Perú. El proyecto reveló, entre otras cosas, que no todas las personas que tienen problemas de salud acuden a un servicio. El hecho de que lo hagan o no está directamente relacionado con sus recursos económicos, como muestra esta figura de las desigualdades en materia de salud de la gente que acudió a los servicios en los cinco países de 1997 a 1999.

- ★ Quintil más rico
- ✕ Cuarto quintil
- ▢ Tercer quintil
- ✕ Segundo quintil
- ★ Quintil más pobre

Estudio multicéntrico: relación entre búsqueda de atención de salud, quintil de ingreso y género



**“Las ventajas de la investigación multicéntrica son muchas: selección de temas que afectan a varios países o a la Región en su conjunto, colaboración de los investigadores en el proceso y sus resultados, cooperación entre países y creación de redes, movilización de recursos y rendición de cuentas compartidas, y uso de la cooperación técnica para impulsar las investigaciones regionales.”**

Un estudio multicéntrico está explorando las causas de la obesidad en el Caribe, donde su incidencia creciente contribuye al aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Para combatir la obesidad se necesitan cambios en los hábitos relacionados con la alimentación y el ejercicio. A fin de comprender mejor los factores psicosociales que influyen en dichos cambios, en un estudio realizado por la ops en Belice, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, y Trinidad y Tabago se analizó el comportamiento relacionado con la alimentación y el

ejercicio por sexo. Las conclusiones fueron las siguientes:

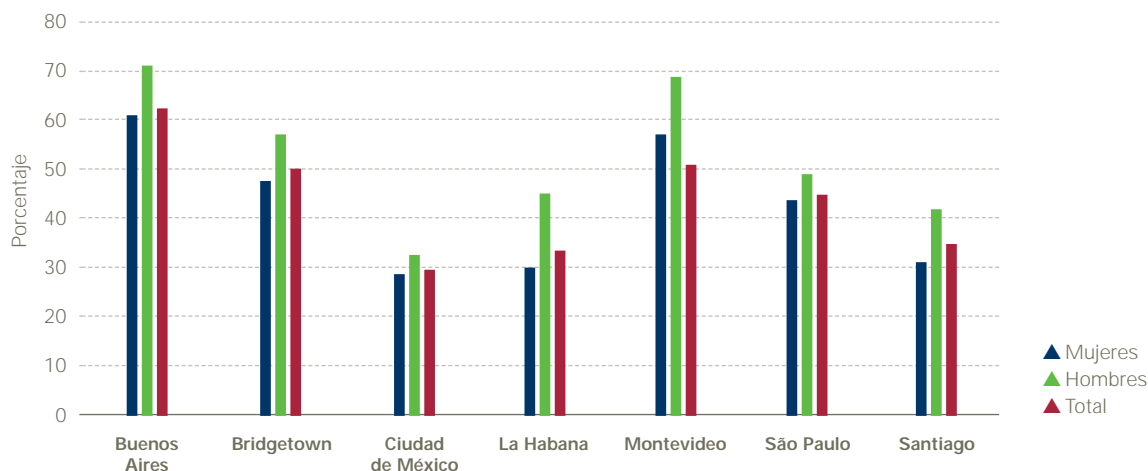
- El tamaño del cuerpo es un factor determinante sustancial de la belleza percibida, la aceptación social, el funcionamiento y la capacidad de respuesta.
- La gente tiende a conocer la importancia de la alimentación y el ejercicio, pero se muestra reacia a cambiar su forma de vida.
- La televisión es en gran medida responsable de las percepciones, los valores y las actitudes en boga con respecto al peso.



■ A fin de lograr la participación de otros sectores en las investigaciones en salud e informar al público sobre los resultados, la ops reunió a investigadores, responsables políticos y representantes de los medios de comunicación para examinar la forma de aplicar los resultados de las investigaciones. Entre los temas que se trataron en una importante reunión (Cuernavaca, México, 2001) para examinar el uso de información científica a fin de lograr mayor equidad en la salud, cabe señalar la transferencia de los resultados de estudios a los órganos de decisión; las percepciones de los investigadores, los responsables políticos y los periodistas con respecto a temas determinados, y el uso de nuevas tecnologías para difundir los resultados de las investigaciones.

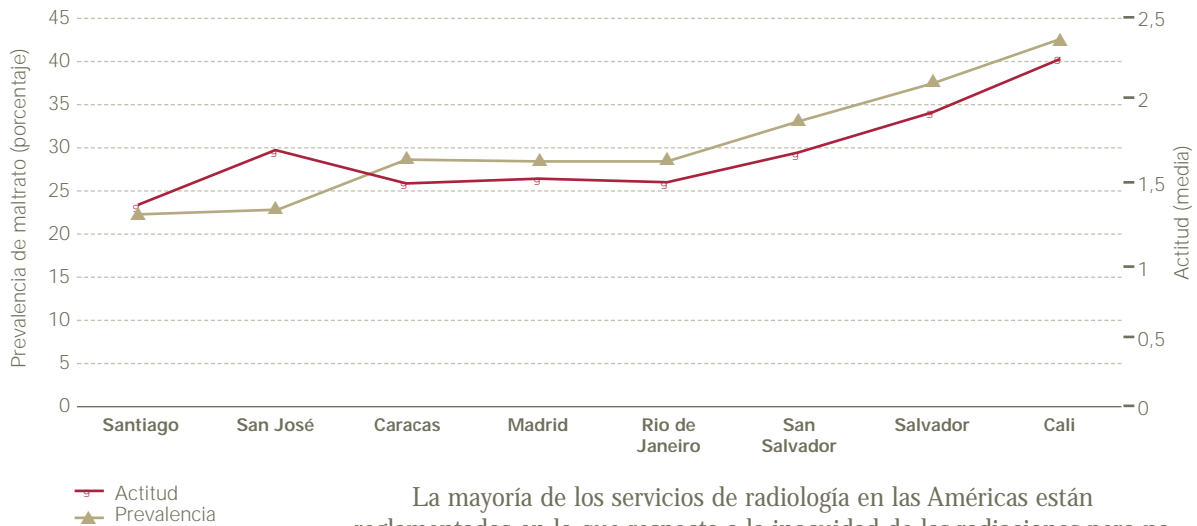
■ La ops coordinó un estudio sobre la salud y el bienestar de las personas de 60 y más años en zonas urbanas de Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay. Se observó que la hipertensión es la enfermedad crónica más notificada, seguida de la artritis, que las personas de edad más avanzada reciben más atención de servicios públicos que de servicios privados, que los hombres es más probable que estén casados, que las mujeres tienden más a vivir solas, a tener un grado de educación más bajo, a fumar menos, a ser más obesas y a tener más dificultades para realizar actividades básicas, y que entre dos tercios y menos de un tercio de la población afirma que tiene buena salud, con mayor porcentaje de hombres que consistentemente afirman que tienen buena salud.

**Estudio multicéntrico sobre la salud y el bienestar de personas de 60 y más años: notificaciones de buena salud a salud excelente**



Con objeto de evaluar la relación entre el comportamiento violento y las actitudes con respecto a alternativas frente a la violencia, la ops apoyó investigaciones basadas en encuestas familiares en ocho zonas metropolitanas de América Latina y España. Se observó que la gente que recurre a la agresión tiende menos a creer que puede resolver los conflictos de otra forma. La agresión extrafamiliar suele ser ejercida por hombres jóvenes que presentan episodios de consumo excesivo de alcohol, que portan armas o que consideran que la policía es ineficiente.

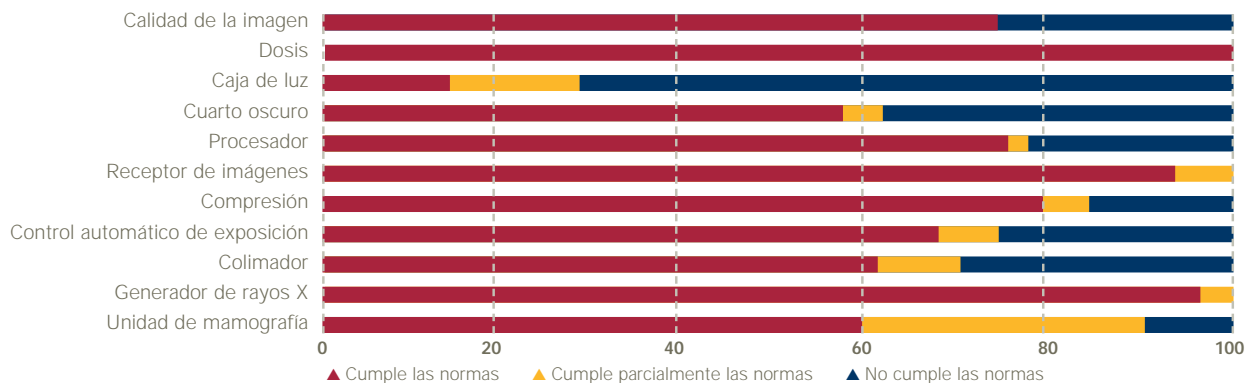
**Estudio multicéntrico sobre la asociación entre el comportamiento agresivo y las actitudes en cuanto a la violencia: relación entre el maltrato de los niños<sup>a</sup> y las actitudes relacionadas con el castigo corporal<sup>b</sup>**



- <sup>a</sup> Prevalencia de maltrato de los niños durante el mes precedente a la encuesta
- <sup>b</sup> Actitud sobre los castigos corporales en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo)

La mayoría de los servicios de radiología en las Américas están reglamentados en lo que respecta a la inocuidad de las radiaciones pero no en cuanto a su eficacia clínica. A fin de determinar la calidad de los servicios de radiología, la ops coordinó un estudio en cinco países (Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México) que abarcó 19 centros de mamografía. Además de revelar fallas en las instalaciones, el estudio mostró un método que permitirá mejorar los servicios de radiología en toda la Región, promovió la colaboración entre físicos especializados en diagnóstico y radiólogos en cada país e impulsó a las autoridades nacionales a mejorar las normas para el servicio. Los resultados de la evaluación del equipo de mamografía se presentan a continuación.

**Estudio multicéntrico sobre la calidad de los servicios radiológicos: resultados de la evaluación del equipo de mamografía.**  
Cumplimiento con las normas expresado en porcentaje





## La información como puente entre las pruebas y la acción para la salud

La ops pone de relieve métodos basados en pruebas científicas para comprender la relación entre la salud y el desarrollo humano, y parte de esa comprensión para promover políticas orientadas a mejorar los principales factores determinantes de la equidad en materia de salud en la Región, proporcionando a las autoridades regionales y nacionales información sobre políticas públicas, economía de la salud, legislación, equidad en materia de salud, investigaciones sanitarias y bioética.

### La Biblioteca Virtual de Salud

La Biblioteca Virtual de Salud, coordinada por el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), de São Paulo, es muy prometedora para el desarrollo de las ciencias de la salud. La Biblioteca proporciona acceso equitativo a publicaciones científicas en inglés, español y portugués, promoviendo el flujo de información en toda la Región. Uno de sus principales servicios, scieLO, es un portal en línea que ofrece las mejores publicaciones de América Latina y el Caribe. La Biblioteca procura crear un espacio en el cual los interesados (investigadores, organismos de financiamiento, gobiernos y el público) puedan interactuar, promover redes virtuales de investigación y facilitar el uso de los resultados en la planificación nacional y la cooperación técnica internacional.



■ BIREME es un Centro Especializado de la ops, establecido en São Paulo desde 1967, en colaboración con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de São Paulo.

*Otro servicio de información, EQUIDAD, es un grupo de discusión que la ops puso en marcha en 2000 y que ya es considerado como el mejor foro del mundo para el intercambio de información sobre la salud y el desarrollo humano, con más de 3.000 suscriptores.*

**“La demanda de la capacitación que ofrece el Programa Regional de Bioética se ha triplicado en los últimos cuatro años; en casi todos los países de la Región ahora hay una comisión nacional de bioética y más de 200 centros de América Latina y el Caribe están realizando investigaciones bioéticas.”**



■ El Programa Regional de Bioética de la OPS publica una revista y un boletín informativo que exploran los dilemas actuales que surgen de la investigación y la atención de salud.

### El Programa Regional de Bioética

El propósito del Programa Regional de Bioética, con sede en Santiago, Chile, es explorar los dilemas morales que se plantean en la investigación y la atención de salud. Entre otros temas, el Programa aborda los derechos de los pacientes, la muerte con dignidad, la asignación justa de recursos, la atención paliativa, el uso de medicamentos y aspectos éticos de las publicaciones biomédicas de América Latina, incluidas las investigaciones con seres humanos. Con la capacitación que ofrece por medio de cursillos y conferencias y

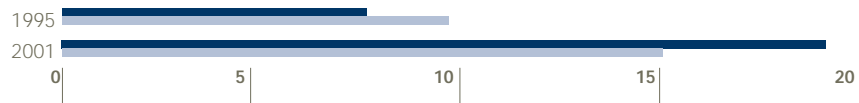
la labor de información por medio de su revista y su boletín, el Programa fortalece la capacidad de los países para hacer frente a estos dilemas para bien de sus ciudadanos. Su efecto se mide por los resultados: la demanda de la capacitación que ofrece el Programa se ha triplicado en los últimos cuatro años; en casi todos los países de la Región ahora hay una comisión nacional de bioética y más de 200 centros de América Latina y el Caribe están realizando investigaciones bioéticas.

En años recientes, la cantidad de comités nacionales de bioética en países de las Américas se ha duplicado con creces.



... y hubo un salto significativo en la cantidad de países con comités hospitalarios de bioética y comités de bioética de la investigación...

▲ Comités hospitalarios de bioética  
▲ Comités de bioética de la investigación



... mientras que hay un creciente número de comités hospitalarios de bioética y de comités de bioética de la investigación en los países.

▲ Comités hospitalarios de bioética  
▲ Comités de bioética de la investigación





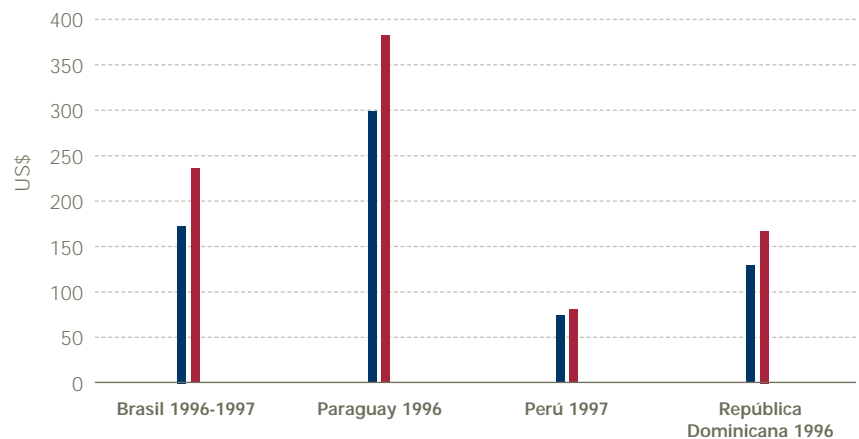
## Incorporación del enfoque de género en la salud

La OPS procura incorporar la perspectiva de género en las políticas y programas de salud a fin de corregir la falta de equidad sanitaria entre los sexos en las Américas. Para ello, la OPS promueve la investigación y la disseminación de información, se compromete a impulsar la lucha contra las inequidades, e impulsa la adopción de leyes y políticas que favorezcan ese propósito. Contribuye asimismo de manera significativa a mejorar la equidad entre los géneros y moviliza fondos destinados a proyectos especiales. Así, se han conseguido más de US\$ 10 millones en la década pasada. No todos los proyectos de género se centran en la mujer: uno para el que se captaron fondos supone la mayor participación de los hombres en las decisiones de salud reproductiva.

Se estima que entre un tercio y la mitad de las mujeres de casi todos los países del mundo sufren algún tipo de violencia. Con objeto de eliminar la violencia de género, sobre todo la que se produce en el seno de las familias, la OPS coordina dos proyectos importantes que incluyen a 10 países de la Región. Uno de ellos, financiado por los Gobiernos de Suecia y Noruega, abarca a Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; el otro, financiado por el Reino de los Países Bajos, comprende a Bolivia, Ecuador y Perú. Con sus contrapartes nacionales, en cada uno de estos países y dentro de ellos un centenar de comunidades, la OPS ha elaborado un modelo de atención integrada según el cual cada comunidad integra una red que planea, ejecuta y evalúa

programas de prevención de la violencia. Hasta ahora, los proyectos han rendido sus frutos en términos de capacitación de trabajadores de la salud, policías y miembros del sistema judicial; realización de campañas en los medios; elaboración de materiales de promoción, normas y protocolos; creación de grupos de apoyo para mujeres víctimas de la violencia y para sus agresores, y cooperación entre los países. Como ejemplos de esto último, Panamá y Bolivia están intercambiando información y experiencia en cuanto al uso de sus respectivas redes comunitarias y, a través de la OPS, los países de América Central y el Caribe están compartiendo recursos. La meta es extender e institucionalizar el modelo a todas las comunidades y a lo largo de toda la Región, y en el

Gasto anual de bolsillo en salud de hombres y mujeres en países seleccionados de América Latina y el Caribe



Los resultados de investigaciones realizadas por la OPS han mostrado que el género es un factor determinante de inequidades en el acceso a la atención de salud. Las mujeres utilizan más los servicios de salud, pero esto no necesariamente se traduce en mayor nivel de satisfacción. Sus necesidades tienen que ver con su función reproductiva y su mayor morbilidad a lo largo de la vida, de modo que gastan más en salud a pesar de que tienen menos medios y menos acceso directo a seguro médico que los hombres.

▲ Hombres  
▲ Mujeres



■ Uno de las principales componentes del modelo integrado de atención es un instrumento investigativo, la llamada “ruta crítica”, que brinda información sobre las diferencias de atención de salud para las mujeres y utiliza dicha información para propugnar un cambio. La aplicación de este protocolo en 10 países de la Región indica que las intervenciones de mayor utilidad para las mujeres consisten en la información sobre sus derechos y recursos disponibles, la orientación legal y emocional y el apoyo moral.



■ Entre las enseñanzas aprendidas de las iniciativas de atención integrada para víctimas de la violencia doméstica en América Central pueden mencionarse las siguientes: los miembros de la comunidad desean contribuir a la solución de sus problemas; los líderes de salud comunitarios desempeñan un papel clave en la prevención de la violencia, y los servicios de salud de la comunidad deben organizarse para proporcionar atención de calidad a las mujeres.

curso de esta acción, efectuar cambios en la política de salud para, en definitiva, mejorar la salud de la población. Mucho se ha avanzado en el logro de esta meta; tan es así, que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha reproducido el modelo de la OPS en otros seis países de la Región.

La OPS aboga por “vidas sin violencia” en importantes reuniones internacionales e interinstitucionales. Un simposio sobre violencia de género, salud y derechos realizado en 2001 definió el enfoque de la Región y el compromiso de movilizar al sector de la salud en la lucha contra la violencia de género. El acercamiento entre grupos representativos de una amplia gama de sectores y entidades en las América permitió compartir experiencias y proponer medios para prevenir la violencia.

La información es un elemento importante del enfoque de género de la OPS. GENSAUD, grupo de debate electrónico sobre problemas de género y salud ([gensalud@paho.org](mailto:gensalud@paho.org)), ha logrado una participación amplia y

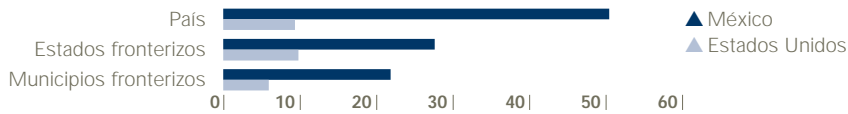
regular. En el sitio web de la OPS ([www.paho.org](http://www.paho.org)) se encuentra disponible un módulo de capacitación de la OPS sobre género, salud y desarrollo, al igual que otras publicaciones e instrumentos, y bases de datos de programas de capacitación y personas que trabajan en cuestiones de género, salud y desarrollo.

Las Américas son la región del mundo que más ha avanzado en la legislación y en los programas para combatir la violencia doméstica. Actualmente, todos los países de América Latina tienen leyes contra este tipo de violencia, como consecuencia en gran medida de la labor de promoción de la OPS y de sus contrapartes. Entre otros progresos, en la Primera Conferencia Interparlamentaria Iberoamericana sobre Salud (Cuba, 1999) se puso de relieve el tema de la violencia contra la mujer, y los 120 legisladores de la Región que asistieron a la conferencia decidieron tomar medidas interparlamentarias para abordar el problema.

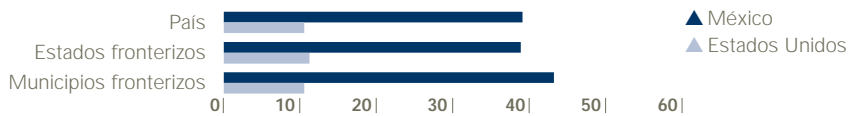


■ Un estudio de la OPS sobre diferencias de mortalidad en los estados fronterizos de los Estados Unidos y México revela desigualdades significativas de salud. Las mujeres mexicanas presentan tasas de mortalidad por causas altamente evitables mucho más elevadas que las de las mujeres estadounidenses.

**Muertes por complicaciones del embarazo en los Estados Unidos y México, y en sus estados y municipios fronterizos, por 100.000 nacidos vivos, 1995-1997**

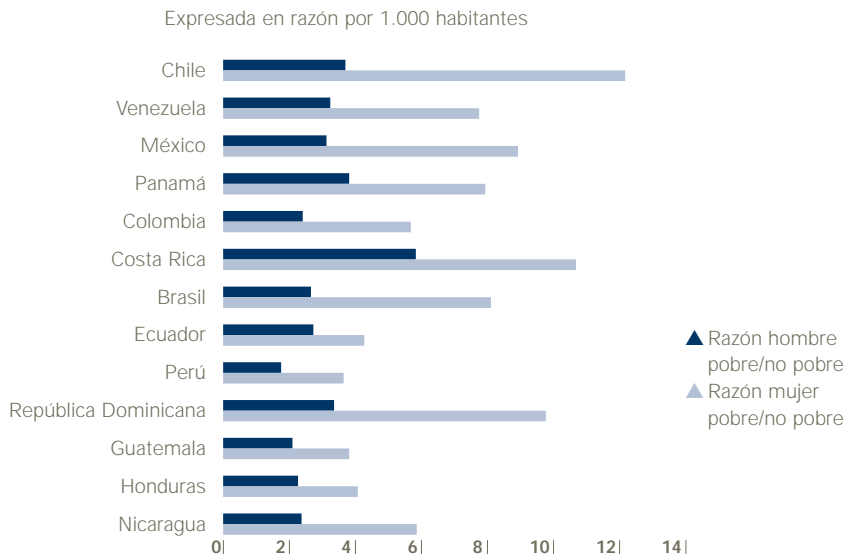


**Muertes por cáncer del cuello del útero en mujeres de 45 a 67 años de edad en los Estados Unidos y México, y en sus estados y municipios fronterizos, por 100.000 mujeres, 1995-1997**



■ Entre los 15 y los 59 años de edad la mortalidad es generalmente baja, de modo que una muerte en este período se considera "excesiva". Sin embargo, las muertes excesivas se producen con más frecuencia entre las mujeres pobres. En 13 países de América Latina, la razón de la probabilidad de morir de los pobres frente a los no pobres es mucho más elevada entre las mujeres.

**Razón de mortalidad entre pobres y no pobres (hombres y mujeres) en países seleccionados de las Américas**



■ A fin de mejorar la calidad de la atención local de salud, en nueve comunidades guatemaltecas se reunieron personal de servicios de salud y mujeres indígenas. Su interacción mostró ser mutuamente beneficiosa: las mujeres indígenas conocieron enfoques modernos de atención de salud, tales como el examen de mamas y el PAP, y recibieron capacitación para convertirse en promotoras de salud, y los trabajadores de la salud aprendieron sobre curaciones tradicionales efectivas, tales como la utilización de plantas medicinales, y comenzaron a incluir a curanderos tradicionales en sus sistemas de referencia.