

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1975

Tema 25 del proyecto de programa

CD23/17, Rev. 1 (Esp.)
Corrigendum
15 septiembre 1975
ESPAÑOL UNICAMENTE

AÑO INTERNACIONAL DE LA MUJER, 1975

Corrigendum

En los encabezamientos de las columnas del cuadro consignado en la página 4 del Documento CD23/17, Rev. 1, párrafo 4.9.1, inviértanse las iniciales M y V, correspondientes a Mujeres y Varones.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1975

Tema 25 del proyecto de programa

CD23/17, Rev. 1 (Esp.)
12 septiembre 1975
ORIGINAL: INGLES

AÑO INTERNACIONAL DE LA MUJER, 1975

1. Metas y objetivos del Año Internacional de la Mujer

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha proclamado 1975 como el Año Internacional de la Mujer. El tema del año es "Igualdad, Desarrollo y Paz". Los tres objetivos para el año son promover la igualdad entre los hombres y las mujeres; lograr la plena integración de la mujer en el esfuerzo total encaminado al desarrollo, y reconocer la importancia del aporte cada vez mayor de la mujer al establecimiento de relaciones amistosas entre los Estados y al fortalecimiento de la paz mundial.

El Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kurt Waldheim, ha designado a la Sra. Helvi Spila, Subsecretaria de Asuntos Humanitarios, Secretaria General del Año Internacional de la Mujer, 1975, y de la Conferencia del Año Internacional de la Mujer, importante acontecimiento del año que se celebró en México, D.F., del 16 de junio al 2 de julio de 1975. Mediante dicha conferencia se espera iniciar un programa de acción internacional breve y a largo plazo y lograr la mayor participación posible de la mujer en el fortalecimiento de la paz mundial.

2. Reuniones patrocinadas por las Naciones Unidas

Además de la Conferencia del Año Internacional de la Mujer, las Naciones Unidas y los organismos especializados han estado planeando en 1974-1975 una serie de reuniones acerca de procedimientos específicos para alcanzar las metas del año. Procede mencionar, por ejemplo: Consulta regional en las regiones de la competencia de CEALO (Bangkok, mayo de 1974); Consulta regional en la región de la CEA (Addis Ababa, junio de 1974); Seminario interregional sobre el mecanismo internacional para acelerar la integración de la mujer en el desarrollo y eliminar la discriminación por motivos de sexo (Ottawa, septiembre de 1974); Seminario regional en la región de la CEPAL (Venezuela, abril de 1975); Seminario regional en la región de la CEAO (Beirut, septiembre de 1975); Seminario regional (Buenos Aires, octubre de 1975), y Seminario interregional (Australia, diciembre de 1975).

Los temas relativos al Año Internacional de la Mujer serán considerados por la Asamblea General el próximo año en su período extraordinario de sesiones, así como en su 30. período de sesiones que se inicia en New York, en septiembre de 1975. La asamblea examinará las recomendaciones derivadas de la Conferencia del Año Internacional de la Mujer, que se celebrará en México, D.F., incluso el propuesto Plan Mundial de Acción.

3. Proclamación especial del año

Cincuenta y ocho Jefes de Estado aprobaron una Declaración de Apoyo al Año Internacional de la Mujer que fue presentada al Secretario General de las Naciones Unidas por la Princesa Ashraf Pahlavi, del Irán, en una ceremonia oficial sobre el Día de los Derechos Humanos, el 10 de diciembre de 1974.

El 9 de mayo de 1975 las Naciones Unidas emitieron un sello especial en conmemoración del Año Internacional de la Mujer.

4. Actividades previstas por la Oficina Sanitaria Panamericana para celebrar el Año Internacional de la Mujer

4.1 La XIX Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., octubre de 1974) aprobó la Resolución XXXVII, cuyo texto se reproduce a continuación:

LA XIX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la importancia de 1975 como Año Internacional de la Mujer y el interés manifestado por muchos de los Gobiernos Miembros en su participación;

Tomando nota del emblema oficial adoptado para el Año Internacional de la Mujer, que consiste en una paloma estilizada (el símbolo biológico de la mujer) y el signo matemático de igualdad y que figurará en carteles, banderas, papel timbrado, sellos de correo y demás material relacionado con las actividades del Año Internacional de la Mujer;

Reconociendo la importancia de la igualdad de la mujer y el hombre en todas las facetas de la vida humana, pero especialmente en el medio laboral;

Reconociendo la importancia de la mujer en la promoción de la paz, los planes de desarrollo económico y social y los programas de población; y

Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la condición de la mujer, tanto en los países desarrollados, como en los países en desarrollo,

RESUELVE:

1. Sostener el énfasis que las Naciones Unidas, al proclamar 1975 Año Internacional de la Mujer, dieron al papel que desempeña la mujer en la sociedad y a la contribución que pueda aportar a los sectores políticos, económico y social, entre los que se incluye la salud.
2. Señalar a la atención la importancia que reviste incluir mujeres en los puestos responsables de fomentar políticas y tenerlas presentes al nombrar administradores de salud pública y otros funcionarios de salud para los programas de salud internacionales y nacionales.
3. Instar a los Gobiernos a que emprendan programas de educación para fomentar la aceptación del papel cambiante de la mujer.
4. Pedir al Director de la Oficina que presente a la 74a Reunión del Comité Ejecutivo y a la XXIII Reunión del Consejo Directivo un informe sobre las actividades encaminadas a promover la participación de la mujer en las actividades de la Organización, en general, y, más concretamente, en relación con el Año Internacional de la Mujer.

4.2 El Director de la Oficina ha encarecido a todos los funcionarios de la Oficina, y sobre todo a los Representantes en los Países, que participen activamente en los países respectivos en las actividades especialmente programadas para celebrar el Año Internacional de la Mujer y que se cercioren de que en el programa de cada país se incluyan actividades para promover la salud.

4.3 Se ha facilitado a las Oficinas de Zona de la Organización Panamericana de la Salud material de referencia sobre el Año Internacional de la Mujer y la salud de ésta.

4.4 En junio de 1975 se publicó un número especial de la Gaceta dedicado a las mujeres de las Américas.

4.5 En el Boletín de la OSP, del mes de junio de 1975, se incluyó una crónica especial sobre "El Año Internacional de la Mujer".

4.6 Se ha designado a algunos funcionarios de la Organización para que participen en varias reuniones regionales e internacionales, incluso en la Conferencia de la CEPAL (Venezuela, abril de 1975); la de la Comisión Internacional de Mujeres (Venezuela, mayo de 1975); la Conferencia Internacional sobre la Mujer en la Salud, con el subtítulo "Funciones por sexo en el sector salud", organizada por la Secretaría de Estado, EUA (Washington, D.C., junio de 1975), y la Conferencia Internacional de la Mujer (México, junio de 1975).

4.7 La Organización copatrocinó con la Comisión Internacional de Mujeres (CIM) un seminario subregional que tuvo lugar en San José, Costa Rica (mayo de 1974), sobre el tema "La función de la mujer en la adopción de decisiones que afectan

a la familia". En septiembre se celebrará en Bolivia, en colaboración con CIM y UNICEF, un segundo seminario subregional que versará sobre las "Necesidades de salud y situación de la mujer que trabaja".

El principal objetivo de este seminario técnico es identificar los importantes factores sociales y de salud que afectan a la mujer que trabaja en América Latina y recomendar medidas específicas para atender sus necesidades de salud, con el fin de incrementar su participación en la fuerza laboral. Los participantes, seleccionados de los sectores de la salud, del trabajo y de la educación, también establecerán una estrategia para facilitarle a ella servicios de atención de la salud y complementarios. El informe de este seminario será ampliamente distribuido y los diversos organismos nacionales organizarán actividades de promoción con miras a aplicar determinadas recomendaciones.

4.8 El personal técnico de la Oficina ha preparado un documento básico sobre "Aspectos críticos y perspectivas de las condiciones de salud de la mujer en América Latina y el Caribe" (ver Anexo).

En la Conferencia sobre el Año Internacional de la Mujer, celebrada en México, D.F., se presentó otro documento básico titulado "The Health of Women: How It Affects Their Needs and Status", preparado por la Organización Mundial de la Salud. En el proyecto de Plan Mundial de Acción se incluyeron recomendaciones para atender las necesidades de salud de la mujer.

4.9 La Oficina ha examinado la situación de la mujer en la estructura orgánica, como asimismo en los servicios profesionales, técnicos y complementarios e iniciado un estudio del Reglamento y Estatuto del Personal para ver si contiene disposiciones que discriminen contra la mujer.

4.9.1 En abril de 1975 el análisis por sexo del personal profesional y de servicios generales reveló lo siguiente:

	Personal profesional				Personal de servicios generales					
	P.4 y categ. sup.		P.1 - P.3		G.7 - G.8		G.4 - G.6		G.1 - G.3	
	M*	V*	M	V	M	V	M	V	M	V
Sede	48	9	34	24	22	20	26	134	6	1
AMRO										
Sede	41	7	5	2	2	1	1	50	-	-
Oficinas de Zona	4	-	-	-	3	7	3	28	19	4
AMRO										
Oficinas de campo	76	12	4	10	1	1	5	56	8	4
Proyectos de países	177	7	46	29	2	1	1	27	5	2
CEPANZO y PANAFTOSA	32	-	7	2	5	4	32	32	107	22
INCAP	19	2	24	12	11	16	39	50	53	75
<u>Total</u>	<u>397</u>	<u>37</u>	<u>120</u>	<u>79</u>	<u>46</u>	<u>50</u>	<u>107</u>	<u>377</u>	<u>198</u>	<u>108</u>

* M = Mujeres V = Varones

4.9.2 El Reglamento del Personal no contiene disposición alguna que pueda interpretarse estrictamente en el sentido de que discrimina contra la mujer. Sin embargo, sería conveniente redactar de nuevo algunos de sus párrafos para evitar cualquier interpretación errónea. La Administración y la Asociación de Personal de la OSP han establecido una comisión conjunta que examinará la situación y condiciones de la mujer en la Organización y formulará recomendaciones específicas sobre este aspecto.

4.10 Al examinar la participación de la mujer en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización se observa que su función, si bien aún es secundaria, ha ido incrementando en los últimos años. La mujer ha estado representada según las cifras y proporciones siguientes:

		<u>Jefe de Delegación</u>	<u>Delegada</u>	<u>Con otra representación</u>	<u>Total de mujeres</u>	<u>% de mujeres</u>
Conferencia Sanitaria Panamericana	1970	1	1	1	3	3.1
Consejo Directivo	1971	-	1	2	3	4.0
Consejo Directivo	1972	1	2	-	3	3.9
Consejo Directivo	1973	1	2	2	5	6.5
Conferencia Sanitaria Panamericana	1974	1	4	6	11	10.1
		<u>4</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>25</u>	<u>5.7</u>

Si se agrupan por región las delegaciones de los diversos países, la representación total de la mujer en las reuniones de los Cuerpos Directivos durante el período 1970-1974 ha sido como sigue:

	<u>Representantes</u>		<u>Porcentaje</u>
	<u>Total</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Mujeres</u>
América Latina	279	11	3.9
Estados Unidos de América y Canadá	59	4	6.8
Caribe	97	10	10.3

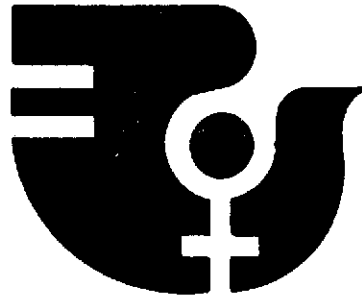
4.11 Se ha procurado analizar, por sexo y ocupación, las cifras de recursos humanos en salud en los países de las Américas, ya que éstos son la fuente de contratación de personal de la OSP; sin embargo, se dispone de muy escasa información sobre la mayoría de los países de América Latina y del Caribe. Según estudios sobre recursos humanos realizados en los últimos años, se estima que del total de médicos, en 1968 la mujer constituía el 9.6% en Chile; 1.9% en Colombia en 1965; 4.7% en el Perú en 1964; y 9.2% en los Estados Unidos de América en 1970. En el Perú, el estudio realizado en 1964 reveló que 8% de los odontólogos eran mujeres y en los Estados Unidos de América en 1970 el 3.4%. Entre los farmacéuticos, el mismo estudio del Perú indicó que 54% eran mujeres, mientras que en Chile en 1968 la cifra fue 60% y en los Estados Unidos de América, solamente 11.9%.

La participación de la mujer en la medicina está aumentando gradualmente, como puede apreciarse por el incremento del porcentaje de mujeres que estudian medicina. En América Latina y el Caribe, según la información disponible, este porcentaje de estudiantes de medicina ha aumentado de 21% en 1967 a 25% en 1971-1972.

En lo que respecta a la participación de la mujer latinoamericana en muchas otras ciencias físicas y sociales relacionadas con la salud pública se dispone de muy escasa información.

4.12 Muchos de los países de las Américas han organizado actividades, seminarios y debates acerca de la función de la mujer en la sociedad y la familia, algunos de los cuales han sido transmitidos por radio y televisión para subrayar las metas y objetivos del Año Internacional de la Mujer, 1975.

Anexo



ASPECTOS CRITICOS Y PERSPECTIVAS
DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

INDICE

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION	1
II. SITUACION DE LA MUJER Y DE LA SALUD.	1
III. PROBLEMAS DE SALUD DE ESPECIAL INTERES PARA LA MUJER . .	3
IV. NECESIDADES Y PERSPECTIVAS	7
V. CONCLUSIONES	10
BIBLIOGRAFIA	11

ASPECTOS CRITICOS Y PERSPECTIVAS DE LAS CONDICIONES DE SALUD
DE LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

I. INTRODUCCION

En la salud de la mujer en las Américas influyen las condiciones generales de salud de los países del Continente, lo que a su vez refleja el diverso grado de desarrollo económico, social y cultural de éstos.

El Programa Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este sirvió de guía para la formulación de programas y proyectos nacionales de salud durante el período de 1962-1971. Al evaluarse esos programas se observó, en general, un mejoramiento enorme en las condiciones de salud de los habitantes de las Américas. En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Santiago, Chile, en octubre de 1972, se aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas para el actual decenio. En el Plan se indican las tareas que los países de la Región se han comprometido a realizar entre 1971 y 1980 en el sector salud. El problema común a todos los países es el 37% de los habitantes que no tienen acceso ni siquiera al mínimo de servicios de salud. De ahí que la primera prioridad en cada país ha sido la ampliación máxima de la cobertura del servicio de salud.

II. SITUACION DE LA MUJER Y DE LA SALUD EN LAS AMERICAS

1. En 1973 la población de las Américas se estimó en 534 millones de habitantes, de los cuales 303 millones viven en América Latina y el Caribe y el resto en América del Norte. Aunque no se observa marcada variación en la distribución de la población por sexo, la composición por edad varía considerablemente: los menores de 15 años constituyen 42% en América Latina, en contraste con 29% en Norteamérica, y las cifras correspondientes para el grupo de edad de 45 años y más son 14 y 30%, respectivamente. Las tasas de crecimiento de la población registradas en años recientes son 2.8% y 0.8% y el tiempo necesario para duplicar la población en las principales subregiones se estima en 25 y 87 años, respectivamente; la migración urbana es un fenómeno universal. La población rural de América Latina y el Caribe se estima en 44%.

CUADRO 1

POBLACION (EN MILLONES) Y TASA DE AUMENTO EN LAS AMERICAS 1960, 1965, 1971

Región	1960	1965	1971	Tasa anual de aumento de la población 1965-71/1,000 hab.
Zona tropical, Sudamérica	112	130	155	3.0
Mesoamérica	48	57	70	3.4
Zona templada, Sudamérica	33	36	40	1.8
Caribe	21	23	26	2.2
Norteamérica	199	214	230	1.2
Total	412	460	522	2.1

Fuente: Naciones Unidas, Demographic Yearbook, 1971.

2. Los problemas de salud de la mujer son especialmente significativos durante el ciclo reproductivo (15-44 años) y son inherentes a este período o guardan estrecha relación con el mismo. En la mayoría de los países de la Región, este grupo comprende alrededor de 20% de la población total. Las tasas brutas de natalidad y de fecundidad varían considerablemente en los países de la Región (Cuadro 2) y esto afecta la prevalencia relativa de dichos problemas.

CUADRO 2

POBLACION FEMENINA (15-44 AÑOS): NACIDOS VIVOS Y TASAS DE FECUNDIDAD
EN PAISES SELECCIONADOS DE LAS AMERICAS, 1972
(ESTIMACIONES A MEDIADOS DEL AÑO)

País	Mujeres	Tasa bruta de natalidad/ 1,000 hab.	Tasa de fecundidad/ 1,000 hab.
Argentina*	5,206,000	21.2	96.2
Barbados	47,560	22.1	111.5
Canadá	4,772,400	15.9	73.1
Costa Rica	368,350	28.9	144.7
Colombia	4,710,700	30.4	145.3
Cuba	1,793,755	28.3	132.4
Chile	2,246,867	27.5	126.8
Estados Unidos de América	44,390,000	15.6	73.3
Jamaica	376,900	34.6	178.7
México	10,546,000	44.6	221.6
Trinidad	210,420	25.1	124.5
Venezuela	2,301,148	37.8	179.5

*Datos correspondientes a 1970

Fuente: OPS, Departamento de Estadísticas de Salud

3. Las tasas de alfabetización entre las mujeres de América Latina son generalmente más elevadas que en otras regiones en desarrollo del mundo. El nivel de participación en los niveles intermedio y superior de la educación está mejorando, pero sobre todo en las zonas urbanas. Las mujeres constituyen menos de 14% de la fuerza de trabajo total. Las cifras indican que la mayoría de ellas se dedican al servicio doméstico, perciben bajos salarios y tienen pocas posibilidades de mejorar su situación socioeconómica. Los prejuicios culturales y los tabús que prevalecen impiden que la mujer tome parte activa en el proceso de desarrollo y, en consecuencia, disfrute de un nivel adecuado de bienestar, incluyendo beneficios de salud. La inseguridad de la entidad familiar es un fenómeno común en muchos países de la Región; la familia de un padre (generalmente la mujer) no es poco común, y la mujer

tiene que asumir la responsabilidad de educar a sus niños, así como de ser el principal proveedor económico de la familia. Los servicios sociales no están bien organizados para darle el apoyo que su familia necesita y, por esto, sus niños están descuidados, a menudo no pueden sacar partido de las posibilidades de educación, deben contribuir temprano en su vida a los ingresos familiares y, por tanto, no tienen muchas oportunidades de mejorar su situación económica de una generación a otra. La legislación acerca de los derechos de la familia, sobre todo de las mujeres y niños, requiere cuidadoso examen y modernización, en vista de las necesidades y aspiraciones presentes de la humanidad.

III. PROBLEMAS DE SALUD DE ESPECIAL INTERES PARA LA MUJER

Problemas de salud asociados con el embarazo y el parto

Las mujeres en el grupo en edad de procrear (15-44 años) están expuestas a afecciones de la salud asociadas con el embarazo y, si bien la procreación debe considerarse un proceso normal, cada embarazo sigue significando una situación asociada con posible riesgo. Los riesgos se multiplican en ciertas condiciones.

Entre los factores más importantes procede mencionar la edad de la mujer durante el primer embarazo y los subsiguientes; la paridad, es decir el número de hijos que tenga durante su vida reproductiva, y su anterior comportamiento obstétrico, así como condiciones médicas afines que pueden agravarse durante el embarazo. Los riesgos para la madre y el niño son relativamente elevados en el primer embarazo, disminuyen en forma pronunciada en el segundo y tercero y aumentan lentamente con la mayor paridad y rápidamente a partir del quinto embarazo. El parto en los extremos de la edad reproductiva, es decir menos de 16 años o más de 35 años, que es común en la Región, se asocia a menudo con problemas obstétricos y de salud.

La terminación temprana del embarazo, ya sea inducido o espontáneo, suele asociarse con riesgos para la salud de la mujer. Aunque los datos relativos al aborto inducido son muy incompletos y poco fidedignos para evaluar los riesgos que entraña para la salud, algunos estudios revelan que la mortalidad por aborto en América Latina quizá represente de 30% a 50% de todas las defunciones maternas.

A pesar de ciertos progresos realizados en muchos países de la Región en el último decenio, el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto es, aproximadamente, cinco a siete veces más elevado en América Latina que en América del Norte (Cuadro 3). Entre las causas principales de defunción materna, la mayoría de la cuales son prevenibles, figuran la toxemia del embarazo, accidentes hemorrágicos, infección y aborto. En muchos países, las complicaciones del embarazo y el parto figuran entre las cinco causas principales de defunción de los habitantes de 15 a 44 años.

CUADRO 3

NUMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS Y TASAS POR 10,000 NACIDOS VIVOS,
POR PAIS, EN 1960, 1965 Y 1970, EN DETERMINADOS PAISES DE LAS AMERICAS

País	Número			Tasa		
	1960	1965	1970	1960	1965	1970
Argentina	10	--	3	53.2	--	19.5
Barbados	17	7	7	21.7	11.0	14.3
Canadá	215	135	75	4.5	3.2	2.0
Colombia	1,553	1,442	1,556	25.9	21.7	23.0
Cuba	--	292	173	--	11.1	7.6
Chile	845	860	439	29.9	27.9	16.8
Ecuador	447	583	529	27.0	25.7	23.0
Estados Unidos de América	1,579	1,189	803	3.7	3.2	2.2
Honduras	255	256	186	31.0	25.6	17.4
Jamaica	137	123	68	20.0	17.6	10.6
México	3,102	3,109	3,050	19.3	16.5	14.3
Venezuela	353	409	362	10.4	10.8	9.2
América del Norte	1,794	1,326	879	3.8	3.2	2.1
Mesoamérica	4,654	4,789	4,296	18.7	15.5	13.2
América del Sur	3,910	4,432	4,735	19.8	17.8	18.2

Fuente: OPS, Departamento de Estadísticas de Salud

Las tasas de mortalidad no revelan totalmente el alcance de los problemas de salud asociados con el embarazo y el aborto. Los datos de morbilidad son incompletos, ya que se estima que la cobertura de atención de la salud de la mujer embarazada en América Latina es inferior a 30%; la atención en instituciones durante el parto, inferior a 50%, y la atención durante el puerperio, inferior a 5% en la mayoría de los países. No se han evaluado plenamente los efectos a largo plazo del embarazo y sus complicaciones; sin embargo, es evidente que la repetición de ciclos de embarazo y lactancia y la labor excesiva ininterrumpida, junto con dietas inadecuadas, conducen al "agotamiento materno". Esta situación no es infrecuente entre la población femenina de los países de la Región. La edad en el primer y último embarazo, el intervalo entre éstos y el número total de los mismos son importantes aspectos del parto. Dadas las condiciones de salud, educación, economía y empleo en que viven las mujeres de la Región, éstas no tienen la posibilidad de decidir en qué fecha tendrán a su primer hijo y cuántos desearían tener. La elevada fecundidad, el bajo nivel de nutrición materna y las infecciones forman una triada de condiciones frecuentes en los países. Los programas encaminados a facilitar conocimientos y servicios a la mujer y que le permitirían decidir acerca del tamaño de su familia se han iniciado sólo en fecha muy reciente en la mayoría de los países y principalmente en las zonas urbanas.

Interdependencia de la salud de la mujer y el niño

No sorprende mucho que haya una relación íntima entre la salud de la madre y el niño. En América Latina, como en otros países en desarrollo, este vínculo biológico natural no sólo es importante sino esencial e imperativo para la salud, e incluso la supervivencia del niño.

El deseo de la madre de continuar su embarazo es imperativo para su término satisfactorio. La falta de atención adecuada durante el embarazo puede dar lugar a defunción fetal y pérdida en el proceso de reproducción. La nutrición de la madre durante el embarazo se refleja no sólo en el peso al nacer y en la madurez de su hijo, sino también en las reservas de hierro, vitaminas y otros nutrientes necesarios para el primer período de la infancia. (La prevalencia de anemia nutricional en América Latina varía de 20% a 63% en las mujeres embarazadas y de 14% a 30% en las no embarazadas). Más importante aún es la necesidad de que la madre viva, sea vigorosa y lactante para alimentar y cuidar al niño.

La mortalidad perinatal (defunciones fetales tardías y neonatales tempranas) se relaciona íntimamente con la edad materna en el momento del embarazo y la paridad. La atención que facilita la madre a su niño, su interés y actitud hacia sus hijos en relación con el tamaño de la familia se refleja en la salud de sus hijos y en los niveles de mortalidad infantil de la comunidad.

En América Latina y el Caribe, los menores de 5 años constituyen 16% de la población. Las tasas de mortalidad perinatal, infantil y de la niñez son elevadas. Las tasas de mortalidad de menores de un año varía de 34 a 101 por 1,000 nacidos vivos; las del grupo de 1 a 4 años, de 1.4 a 24.7 por 1,000 habitantes. Las escalas indican que muchas de las condiciones son prevenibles y reducibles.

La cobertura de la atención que se facilita a la población infantil es inadecuada, discontinua, parcial y limitada. Aunque se dispone de servicios, éstos se utilizan en grado insignificante como lo demuestra el hecho de que menos de 10% de menores de un año reciben servicios de protección de la salud adecuados o completan los esquemas de inmunización necesarios en la mayoría de los países.

Se sabe muy poco acerca del conocimiento y actitud de la mujer acerca de las necesidades de salud de sus hijos. La conveniencia de mejorar las tasas de supervivencia infantil ha dado lugar a muchas deliberaciones acerca de la necesidad de educar a la madre y a la familia en la atención del niño.

Otros problemas de salud de la mujer

Cáncer del útero, cervical y de la mama

En la Investigación Interamericana de Mortalidad en los Adultos se señala la importancia del cáncer cervical como un problema de salud. Según

datos de nueve ciudades latinoamericanas, el cáncer en este lugar ocasiona 25% de todas las defunciones por neoplasmas malignos en las mujeres entre los 15 y 64 años de edad y, en algunos casos, una proporción aún mayor (Cuadro 4).

CUADRO 4

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES (MUJERES) DEBIDAS A TODOS LOS NEOPLASMAS MALIGNOS, NEOPLASMAS MALIGNOS DE LA MAMA Y DEL CUELLO DEL UTERO EN DETERMINADOS PAISES DE LA REGION

Países	Neoplasmas malignos	Cuello del útero	Mama
Argentina	170.0	4.3	20.9
Barbados	112.6	16.5	17.3
Canadá	129.2	5.7	26.9
Colombia	53.1	5.3	3.1
Cuba	82.7	4.3	11.5
Chile	100.2	11.7	8.8
Ecuador	38.9	2.4	1.9
Estados Unidos de América	144.5	6.2	28.3
Jamaica	80.3	12.4	10.9
México	42.2	6.0	3.0
Venezuela	56.6	7.1	5.2

Fuente: OSP, Departamento de Estadísticas de Salud (los datos corresponden, en la mayoría de los casos, a 1970-1972).

La incidencia de esta afección podría reducirse considerablemente mediante la detección y el tratamiento precoz de estados preneoplásticos y lesiones invasivas. Sin embargo, sólo unas pocas mujeres de las zonas urbanas, generalmente de grupos socioeconómicos de nivel superior, tienen acceso a estos servicios.

El cáncer de la mama es la segunda más importante afección maligna en la mujer. Si bien los métodos para su diagnóstico y tratamiento precoz son limitados, es posible detectarlas en muchos casos en época bastante temprana mediante un sencillo examen físico a fin de instituir tratamiento oportuno y más eficaz que pueda mejorar las tasas de supervivencia. Estos exámenes periódicos pueden ser realizados fácilmente por personal de salud paramédico y auxiliar. Incluso puede enseñarse a la mujer a autoexaminarse en forma periódica.

Enfermedades venéreas

Las enfermedades venéreas, aunque no exclusivamente limitadas a las mujeres, merecen especial atención; en muchos casos, las lesiones derivadas de esas enfermedades causan considerable invalidez y enfermedad.

Aunque la sífilis y la blenorragia habían disminuido en 1956-1958, se registró un aumento general desde 1960 hasta fines del decenio. La tasa de sífilis registrada en 1971 en 16 países varía de 11.3 a 271.0 por 100,000 habitantes. La prevalencia de la blenorragia fue notificada por 15 países y variaba de 4.4 a 913.7 por 100,000 habitantes. Como la notificación de las enfermedades venéreas es en general incompleta y poco fidedigna, la prevalencia puede ser mucho mayor.

Las enfermedades que afectan a las personas jóvenes activas sexualmente y los casos sintomáticos (80% en las mujeres con blenorragia y hasta 15% en los varones) continúan siendo el más importante reservorio de infección.

Importantes secuelas de estas condiciones que es preciso considerar, además de la molestia y la enfermedad en las mujeres, son las infecciones pélvicas y la resultante infecundidad o embarazo ectópico. Los riesgos de transmisión de la infección sifilítica al feto son bien conocidos y pueden dar lugar a defunción fetal y pérdida en el proceso de reproducción.

En la Región escasean los servicios clínicos y de examen colectivo, servicios de laboratorio gratuitos, convenientes y aceptables, como asimismo métodos y procedimientos de tratamiento uniformes que garanticen el seguimiento adecuado. Las mujeres disponen normalmente de muchas posibilidades en los servicios de salud donde pueden instituirse servicios de examen colectivo y seguimiento adecuados, tales como los que se ofrecen en los servicios prenatales, ginecológicos y de planificación familiar. En particular, es preciso tomar en cuenta especialmente la necesidad de proteger a la mujer joven.

Aunque tanto los hombres como las mujeres son susceptibles a cualquier tipo de enfermedad común, merecen especial mención otras afecciones como la tuberculosis, los trastornos mentales y los accidentes que, por los prolongados efectos incapacitadores sobre la salud del individuo con frecuencia amenazan la estabilidad de la familia cuando afectan a la madre.

IV. NECESIDADES Y PERSPECTIVAS

1. Las Naciones Unidas han declarado 1975 el Año Internacional de la Mujer. El tema del año es "Igualdad, Desarrollo y Paz". Al concentrar las actividades y programas en este tema, las Naciones Unidas esperan que en el "temario mundial" se incluya, como asunto primordial, la urgente necesidad de mejorar la condición jurídica y social de la mujer. El mejoramiento de la salud constituye elemento integrante del mejoramiento de la calidad de

la vida. Es cada vez más evidente que la salud no puede mejorarse si se considera independientemente de otros factores socioeconómicos. Un factor social al que se concede vital importancia es la condición jurídica y social de la mujer que, hasta ahora, ha sido un asunto marginal.

El Año Internacional de la Mujer marca el comienzo de una nueva era en que toda la humanidad, y no sólo la mitad de ésta, participará en las actividades para resolver los problemas que afronta el mundo. Se espera que el mejoramiento de la condición jurídica y social de la mujer, sobre todo mediante la revolución educativa, cultural y económica, tendrá también efecto significativo sobre su estado de salud.

2. En 1966 las Naciones Unidas proclamaron por primera vez en la Resolución 2211 (XXII) de la Asamblea General, que el tamaño de la familia debe ser decidido libremente por ésta. Sin embargo, sólo en época muy reciente se iniciaron en muchos países de América Latina y el Caribe programas que permiten a la familia tomar esa decisión. Incluso ahora, esos programas son muy limitados y benefician principalmente la población urbana. La Conferencia sobre Salud Mundial, auspiciada por las Naciones Unidas y celebrada en Bucarest, Rumanía, en agosto de 1974, fue la primera reunión internacional de gobiernos en que se examinaron asuntos de población y desarrollo. El programa de la Conferencia se concentró en: tendencias recientes de la población y perspectivas futuras; cambios demográficos y desarrollo económico y social; población, recursos y ambiente; y la población y la familia. Uno de los pocos temas acerca de los que hubo acuerdo general fue la necesidad de prestar atención a la función y condición jurídica y social de la mujer en el desarrollo. Se propuso a los gobiernos un Plan de Acción Mundial en el que se destacó que el objeto principal de desarrollo, del cual los objetivos y política demográfica son elementos integrantes, es el mejoramiento de los niveles de vida y la calidad de la vida de la población.

En el Plan de Acción se formularon, entre otras recomendaciones importantes, las encaminadas a la integración plena de la mujer en el proceso de desarrollo mediante su mayor participación en las posibilidades educativas, socioeconómicas y políticas y a la reducción de la mortalidad de la infancia y la niñez, sobre todo con mejor nutrición, saneamiento, atención maternoinfantil y educación de la madre. Sin duda, la acción concertada de los países conforme a estos lineamientos contribuirá a mejorar el estado de salud de la mujer.

3. La necesidad de participación activa de la mujer en los planes nacionales de salud fue subrayada durante la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, que tuvo lugar en Washington, D.C., en abril de 1963, y con motivo de la aplicación del Plan Decenal para las Américas (1961-1970) formulado en el contexto de la Alianza para el Progreso y de la Carta de Punta del Este. El Grupo de Estudio a Nivel Ministerial llegó a la conclusión de que la participación de la mujer en los planes nacionales de salud, así como en la formulación y aplicación de los planes de desarrollo

económico y social, es indispensable para el logro de los objetivos de la Alianza para el Progreso. Se recomendó que los gobiernos y las organizaciones interamericanas e internacionales trabajen en forma más activa y positiva para conseguir ese objetivo.

4. En la Reunión Especial de Ministros de Salud, celebrada en Santiago, Chile, se concedió elevada prioridad a la formulación de programas de salud materno-infantil dentro del contexto de los planes nacionales de salud. En las metas establecidas por los Ministros para el decenio se incluyó la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil (40%) y la ampliación de los servicios (60%), incluyendo atención prenatal, atención adecuada durante el parto, supervisión posnatal y atención del lactante y del niño en proceso de crecimiento. Con tal finalidad, se esbozó una estrategia con el fin de examinar por primera vez recomendaciones encaminadas a la atención de la salud de madres y niños en el marco de bienestar familiar, con referencia explícita a la satisfacción de las necesidades biológicas y sociales de la mujer durante todo el ciclo vital.

En dicho plan es preciso incluir medidas para garantizar a la mujer derechos jurídicos y civiles, así como reglamentos para otorgarle mejores condiciones económicas, sociales y de trabajo. El plan debe también prever, para la niñez y la adolescencia, convenientes actividades recreativas y posibilidades de educación y orientación profesional.

5. En vista de las metas de salud que es preciso lograr durante el presente decenio en lo que respecta a la salud de la madre y la familia, debe realizarse una labor continua para fortalecer los servicios de salud respectivos. Merece especial atención la labor encaminada a estimular la participación eficaz de la comunidad de la preservación y el mejoramiento de la salud de quienes la integran.

6. La educación de la mujer acerca de sus necesidades de salud y las de su familia contribuirá a mejorar el estado de salud de la comunidad. Hay que informar debidamente a la mujer acerca de sus necesidades de salud, los peligros de que ésta puede ser objeto y cómo evitarlos, la protección conveniente que debe recibir durante el embarazo y el parto y sus exigencias nutricionales, como asimismo acerca de las necesidades de salud del niño y sus posibles riesgos.

Es también muy importante lograr la participación activa de la mujer en la adopción de decisiones acerca de su salud y el mantenimiento de esta en su familia. Es preciso estimular la participación activa del hombre en esta tarea, que hasta ahora han desempeñado sólo en forma pasiva.

7. De especial interés son las necesidades de salud de la mujer joven. Los aspectos principales a este respecto serán la educación para la vida en familia, la preparación para la paternidad responsable y el estímulo para aprender acerca de problemas de salud asociados con el comportamiento productivo y sexual y la adquisición de los conocimientos correspondientes.

8. Otro aspecto al que conviene prestar especial atención en el próximo decenio es el fortalecimiento de los servicios de bienestar social, actividad que puede permitir a la mujer participar activamente en el desenvolvimiento de su familia y de la sociedad.

9. Los recursos humanos continúan siendo indispensables para facilitar servicios de salud adecuados. En la solución de los problemas de salud de América Latina y del Caribe, se ha demostrado que las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los miembros de la comunidad constituyen elementos clave para la prestación satisfactoria de servicios de salud. Ya ha aumentado la participación de la mujer entre el personal de salud (22% de los estudiantes de medicina en las Américas y alrededor de 30% en América Latina son mujeres). En las profesiones de salud debe haber más mujeres dirigentes y éstas faltan casi por completo en América Latina. No cabe duda de que la participación más activa de la mujer, no sólo en la adopción de decisiones respecto a su propia salud y la de su familia, sino también en la formulación de una política de salud y en la planificación de los programas comunitarios correspondientes, permitirá mejorar más la salud y los servicios respectivos de los pueblos de América Latina.

V. CONCLUSIONES

La salud de la mujer está íntimamente relacionada con su situación socioeconómica en la sociedad. La situación jurídica y social de la mujer es a la vez factor determinante y consecuencia de su comportamiento reproductivo. La salud de la mujer está vinculada a este comportamiento y, por ello, es vulnerable a riesgos en su salud que tienen efectos prolongados sobre sus descendientes y el ambiente familiar.

Es muy conveniente que la mujer pueda decidir respecto al tamaño de su familia y el mantenimiento de su salud y la de sus familiares, y todas las actividades encaminadas a lograr este fin deben tener por objeto mejorar su nivel de educación y su motivación hacia la vida en general. Su comportamiento reproductivo debe ser decidido por ella y no obra del azar, y la sociedad debe facilitar servicios complementarios adecuados a la familia, a fin de que la mujer pueda asumir funciones más activas, además de las de maternidad.

Las actividades encaminadas al logro de estos objetivos ya se han iniciado, como lo revelan los acontecimientos recientes en el escenario internacional. Pero la tarea se encuentra sólo en sus comienzos.

El desarrollo es un proceso del cual la mujer debe beneficiarse en general junto con el hombre y al cual debe contribuir. Por lo tanto, la eliminación de la actitud tradicional, que limita la función de la mujer en la sociedad, debe ser motivo importante de preocupación y acción nacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. OPS/OMS, Documento Oficial 118, enero de 1973.
2. Informe Anual del Director, 1972. OPS/OMS, Documento Oficial 124.
3. Situación y perspectivas de las condiciones de salud de los jóvenes en América Latina y el Caribe. Teresa de Figueroa, Consultora a corto plazo informe de la OPS/OMS, 1974 (documento inédito).
4. Las condiciones de salud en las Américas, 1968-1969.
5. Documento de referencia básico. Suggested Targets and Strategies of Health for the Decade, 1971-1980. OPS/OMS.
6. Health and Family Planning. OMS, Documento de Trabajo No. 130, Conferencia Mundial de Población.
7. Population and Family. U.N. E/CONF.60/CBF/8, 18 de marzo de 1974.
8. Health Aspects of Population Trends and Prospects. OMS, Documento de Trabajo No. 8, Conferencia Mundial de Población.
9. Population, Policy and the Family. The Latin American Case. E/CONF.60/CBF/9. 21 de marzo de 1974, Conferencia Mundial de Población.
10. Family Planning: Improving the Opportunities for Women. Informe No. 18, 1974, IPPF.
11. Mother and Child Health - Delivering the Services. Cicely D. Williams y Derrick B. Jelliffe.
12. Demographic Yearbook, 1971, Naciones Unidas.
13. Women's Rights and Fertility, Ruth B. Dixon. Reports on Population/Family Planning, enero 1975.
14. Un informe sobre la conferencia de Bucarest. Estudios en planificación familiar, diciembre de 1974.
15. Datos estadísticos inéditos del Departamento de Estadísticas de Salud, OPS.