

13 de marzo de 2009
Español
Original: inglés

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

53° período de sesiones

2 a 13 de marzo de 2009

Tema 5 del programa

**Seguimiento de las resoluciones y decisiones
del Consejo Económico y Social**

Las perspectivas de género y la salud pública mundial: consecución de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Resumen del moderador

1. El 12 de marzo de 2009, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer convocó un panel de expertos interactivo sobre el tema “Las perspectivas de género y la salud pública mundial: consecución de los objetivos acordados internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. El moderador fue el Sr. Olivier Belle, Presidente de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. La Presidenta del Consejo Económico y Social, Sra. Sylvie Lucas, Representante Permanente de Luxemburgo ante las Naciones Unidas, pronunció el discurso inaugural. Entre los panelistas figuraban la Sra. Anjana Bhushan, Oficina Regional del Pacífico Occidental, Organización Mundial de la Salud (OMS); el Dr. Hernán Montenegro, Organización Panamericana de la Salud, OMS; y la Dra. Lynn Collins, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

2. Los participantes estuvieron de acuerdo en que la desigualdad entre los géneros reducía las posibilidades de la mujer en todo el mundo de tener acceso a una atención de la salud de calidad. Los sistemas de atención de la salud eficaces y sensibles al género eran de importancia crítica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y, en particular, la de la mujer. Los participantes subrayaron que el género constituía un importante factor determinante del acceso a los servicios de atención de la salud y que el acceso pleno e igual de la mujer a estos servicios se veía obstaculizado por la falta de políticas sanitarias sensibles a las cuestiones de género. La información y las investigaciones sanitarias también solían ser neutrales, ciegas o incluso antagónicas al género y no tenían



suficientemente en cuenta las necesidades y problemas de la salud de la mujer. La forma en que mujeres y hombres buscaban los servicios de atención de la salud diferían debido a las diferencias de las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada sexo. La experiencia indicaba que los sistemas sanitarios sensibles a las cuestiones de género producían resultados positivos para mujeres y hombres y era de importancia decisiva, por tanto, transformar los sistemas sanitarios para que satisficieran las necesidades de la mujer y aceleraran la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

3. Si bien se habían hecho importantes progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y se habían reducido en general las desigualdades en la atención de la salud, todavía quedaban lagunas y desigualdades importantes. En los esfuerzos encaminados a fortalecer los sistemas sanitarios se había insistido con energía renovada en el papel de la atención primaria de la salud para hacer frente a los problemas sanitarios y como estrategia principal para lograr los objetivos de salud para todos. Las reformas de la atención primaria de la salud estaban encaminadas a mejorar los servicios de atención de la salud y a hacerlos más equitativos y darles mayor eficiencia y alcance, a un menor costo y con mayor satisfacción para el paciente.

4. Los participantes subrayaron la importancia de la protección universal de la salud mediante la atención primaria de la salud a fin de mejorar la salud de mujeres y hombres. La falta de protección afectaba de manera desproporcionada a los pobres, especialmente las mujeres pobres, y las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables como las minorías o las mujeres de zonas rurales. La experiencia indicaba que los gastos directos de la mujer en la atención de la salud eran en general superiores a los del hombre; sus aportaciones a los planes de seguridad social eran inferiores así como las prestaciones recibidas; y los planes amplios de servicios y prestaciones no siempre tenían en cuenta las necesidades propias de la mujer en la esfera de atención de la salud. La protección universal así como los enfoques específicos en función del género eran de importancia crítica para superar las desigualdades sufridas por la mujer en la atención de la salud.

5. La reforma de la prestación de los servicios de atención primaria de la salud podía tener una influencia positiva en el derecho de la mujer a la salud. Entre las reformas debía incluirse un enfoque sensible al género y a factores culturales que respondiese a las distintas actitudes de hombres y mujeres cuando buscaban servicios de atención de la salud. La participación de la mujer en las decisiones que afectaban a su salud era de importancia decisiva y debía intensificarse.

6. Se reconoció la necesidad de centrar la atención en la preparación y capacitación de los trabajadores de la salud mediante una formación que pusiera de relieve la sensibilidad a los problemas de género. Se observó que la mayoría de los trabajadores sanitarios eran mujeres y que buena parte de los cuidados no remunerados prestados en hogares y comunidades estaba a cargo de mujeres. La prestación de servicios tendría que tener por objeto facilitar el acceso de la mujer a la atención primaria de la salud y reducir su trabajo no remunerado. También era preciso centrar la atención, de manera sensible a las cuestiones de género, en una participación efectiva de la comunidad, concienciar a la gente sobre el derecho a la salud y fomentar la participación de los grupos vulnerables en la atención de la salud. Debía aplicarse un enfoque basado en los derechos que pusiera de relieve las obligaciones de los proveedores y los derechos de los beneficiarios de la atención, y

la capacitación de los proveedores debía centrarse en la eliminación de toda actitud estigmatizante o discriminatoria hacia cualquier persona necesitada de atención.

7. Los participantes subrayaron el papel de la alfabetización en materia de salud pública para el fomento de la salud y la prevención de la mala salud y se observó que la enseñanza de la higiene debía formar parte de los planes básicos de atención primaria de la salud. Se subrayó la importancia de la sensibilidad a las cuestiones de género en la enseñanza de la higiene a fin de promover la salud de la mujer, así como la urgencia de hacer que los mensajes de salud tuvieran por centro la atención de las necesidades y prioridades de mujeres y niñas y lo hicieran de manera sensible a las cuestiones de género. Debía considerarse la elección del medio para transmitir esos mensajes de salud así como la forma de tener en cuenta las barreras que enfrentaban las mujeres en cuanto al acceso a los medios de comunicación de masas, incluidas la prensa escrita y la radio, así como las experiencias positivas con el uso de las comunicaciones interpersonales. La frecuencia y ocasión de tales oportunidades de comunicación eran de importancia crítica para asegurar que la mujer pudiera aprovechar plenamente esas oportunidades.

8. Los participantes dijeron que hacían falta sistemas de atención de la salud sensibles a las cuestiones de género que prestasen servicios de salud reproductiva y sexual a todas las mujeres y niñas. Los progresos hacia el logro del objetivo 5 de desarrollo del Milenio, mejorar la salud materna, habían sido inferiores a los realizados hacia la consecución de todos los demás objetivos. A nivel mundial, la mortalidad materna había disminuido en menos del 1% por año entre 1990 y 2005, cifra muy inferior al 5,5% anual, que era la mejora necesaria para alcanzar el objetivo. La mortalidad materna representaba una de las mayores desigualdades en la atención de la salud, lo cual reflejaba la falta de acceso a la atención de la salud reproductiva y sexual, así como el hecho de que el sistema sanitario no atendiese de manera satisfactoria las necesidades especiales de mujeres y niñas. Las consecuencias de no haber conseguido mejorar el acceso a la atención de la salud reproductiva y sexual y no haber mejorado su calidad incluían la morbilidad y mortalidad maternas, la infertilidad y los embarazos no deseados, la fístula, las infecciones de transmisión sexual y los cánceres de cuello de útero y de mama. Existían varias estrategias eficaces para mejorar la salud reproductiva y sexual de la mujer y acelerar el progreso hacia la consecución del objetivo 5 de desarrollo del Milenio, entre los cuales cabía mencionar: mayor acceso a los servicios de parteras calificadas y acceso a los servicios de planificación de la familia y de atención obstétrica de emergencia. Puesto que las mujeres jóvenes eran especialmente vulnerables a una mala salud reproductiva y sexual, a los embarazos prematuros, a la coerción y violencia sexuales, las desigualdades a que hacían frente en el acceso a los servicios de calidad exigían especial atención.

9. Se subrayó el vínculo existente entre la violencia contra la mujer y la mala salud física, mental y reproductiva. Los participantes observaron que la violencia contra la mujer exigía una respuesta multisectorial que incluyera la perspectiva de la salud pública. El sector de la salud debía proporcionar atención médica, servicios de asesoramiento y derivación, anticonceptivos de emergencia y tratamiento profiláctico contra el VIH/SIDA. En las respuestas más amplias debían incluirse medidas jurídicas, iniciativas para cambiar las actitudes y la prestación de servicios a las víctimas.

10. Los participantes subrayaron la necesidad de contar con un enfoque específico en función del género para prevenir y combatir la pandemia del VIH/SIDA. El sistema de salud pública debía abordar de manera eficaz la mayor vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA y ofrecer una respuesta sensible a las cuestiones de género. Las mujeres y niñas no tenían igual acceso a los recursos de atención de la salud para los fines de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/SIDA. También enfrentaban especiales obstáculos culturales en el acceso a los servicios, incluido el estigma y otras repercusiones negativas, una vez que salía a la luz su condición de portadoras del VIH. Se reconoció que la integración de los servicios de prevención o tratamiento del VIH en la atención de la salud reproductiva y sexual constituía una buena estrategia para mejorar el acceso a importantes beneficios de la salud pública, incluido un mayor acceso con provecho a servicios de asesoramiento y análisis en cuanto al VIH, la utilización de preservativos y la cuestión de la transmisión del VIH de madres a hijos.

11. Los participantes subrayaron la situación especial de las inmigrantes y la necesidad de una respuesta del sistema de salud pública que tuviera en cuenta el género. Las inmigrantes eran particularmente vulnerables a la explotación y a la violencia y era posible que tuvieran temor a la deportación por su situación irregular. Por consiguiente, las inmigrantes solían carecer de acceso a servicios básicos de atención de la salud como los reconocimientos periódicos y la atención prenatal. Se insistió en que las inmigrantes no debían verse privadas de servicios sanitarios esenciales por su condición de tales.

12. Los participantes observaron la importancia de reunir datos desglosados por sexo, etnicidad y condición socioeconómica, a lo largo del tiempo, en la esfera de la salud pública. Era preciso analizar esos datos con una perspectiva de género, y los resultados y las conclusiones de dicho análisis debían ser tenidos plenamente en cuenta en los procesos de formulación de políticas y adopción de decisiones en las esferas de la atención primaria de la salud y de la atención de la salud en general, a fin de asegurar una respuesta específica en función del género. Los participantes también pusieron de relieve la disponibilidad de instrumentos y de materiales didácticos con una perspectiva de género destinados al sector de la salud pública.

13. Los participantes reconocieron la importancia del empoderamiento económico y financiero de la mujer para el mejoramiento de la salud. También se destacó el papel del sistema educativo para lograr ese fin. Los participantes señalaron los vínculos existentes entre los distintos Objetivos de Desarrollo del Milenio y señalaron que los esfuerzos para erradicar la pobreza exigidos por el objetivo 1, también contribuían a la consecución de los objetivos 4 y 5, así como al objetivo 3 sobre igualdad entre los géneros y empoderamiento de la mujer.

14. Se observó la necesidad de contar con una mayor financiación para la salud, así como la necesidad de una mayor sensibilidad a las cuestiones de género en la financiación a fin de asegurar una distribución equitativa de los recursos entre las necesidades sanitarias generales y las específicas de la mujer. El análisis de la diferente carga por enfermedad de la mujer debía tener por resultado la asignación de recursos y la realización de gastos proporcionales a esa carga. También era preciso considerar el alcance de los planes de seguro médico y de protección social puesto que, por lo general, no protegían a las personas del sector no estructurado, donde predominaban las mujeres. Se sugirió que una presupuestación que tuviera en cuenta las cuestiones de género constituiría una estrategia eficaz para establecer

prioridades en la asignación de recursos en la esfera de la salud. Este tipo de presupuestación en función del género era de importancia especialmente crítica durante crisis financieras y económicas.

15. Los participantes examinaron los efectos de la actual crisis financiera en la salud pública en general y en la salud de las mujeres y niñas en particular. Se sugirió que, según enseñaba la experiencia, la actual crisis financiera tendría la consecuencia probable de exponer a los hogares a una mayor pobreza y causar dificultades especiales a las mujeres. Los recortes en los gastos públicos, incluidos los sectores sociales, así como las reducciones similares en los gastos destinados a la salud en el sector privado eran motivo de inquietud. Estas reducciones tendrían por resultado un aumento de la demanda de servicios públicos de atención de la salud y, en consecuencia, la sobrecarga del sector público de atención de la salud. Era posible también que disminuyera la asistencia de los donantes, lo cual afectaría especialmente a aquellos países cuyos servicios sanitarios dependían en gran medida de la ayuda exterior. Se sugirió que, por contar con un menor ingreso disponible, las mujeres correrían un mayor riesgo de postergar o privarse de servicios de atención para sí mismas. Se preveía que los efectos negativos de las reducciones en los sectores de atención de la salud y social producirían un aumento de la malnutrición, declinación de la salud mental, mayores tasas de mortalidad infantil y un aumento de las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA y la tuberculosis. La intervención de los gobiernos sería de importancia crítica para evitar o atenuar estos efectos.

16. Era de la mayor importancia, por consiguiente, que los gobiernos y todos los interesados analizaran cuidadosamente las dimensiones de género de la crisis financiera. Se les presentaba la oportunidad de evitar los posibles efectos negativos y adoptar medidas para dar prioridad a los gastos en salud pública, lo cual tendría su mayor efecto en la salud de mujeres y niñas. Era preciso medir el valor de los cuidados no remunerados prestados por la mujer e impedir el aumento de esas responsabilidades. Las redes de seguridad social, incluidas las destinadas a las mujeres que trabajaban en la economía no estructurada, debían reforzarse y debía facilitarse el acceso de la mujer al empleo y a recursos económicos tales como la microfinanciación. Debía fortalecerse, asimismo, la práctica de la presupuestación en función del género y el apoyo al cumplimiento de los compromisos internacionales, incluida la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.