

Mujer y salud: 20 años después de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing

Informe de la Secretaría

1. En su 136.^a reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe.¹ En respuesta a las observaciones formuladas, se han ampliado los párrafos 4 a 9 *infra* con nuevos datos.
2. En la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, resultado de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995), se establecieron 12 esferas de acción relacionadas con el logro a nivel mundial de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; una de esas esferas era «la mujer y la salud».
3. En el presente informe se describen los desafíos que se plantean y las prioridades emergentes en relación con la mejora de la salud de la mujer en el contexto del examen de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Beijing+20) y de la elaboración de los objetivos de desarrollo sostenible para después de 2015 y de la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, para lo cual es indispensable adoptar un enfoque integral con respecto a la mujer y la salud.
4. En los últimos 20 años, los gobiernos han tomado medidas para cumplir los compromisos contraídos en Beijing. En términos generales se han logrado progresos en la reducción de la mortalidad materna y, en mayor medida, en la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantiles, que figuraban entre las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A nivel mundial, la razón de mortalidad materna se redujo casi a la mitad entre 1990 y 2013; los progresos se aceleraron a partir de 2005, a raíz sobre todo de la mayor atención prestada por la comunidad internacional a la mejora de la salud de las mujeres y los niños en el contexto de la Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de la Mujer y el Niño, puesta en marcha en 2010. El número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con la maternidad cayó de unas 380 por cada 100 000 nacidos vivos en 1990 a 210 por cada 100 000 nacidos vivos en 2013.
5. A nivel mundial, entre 1990 y 2013, la esperanza de vida combinada de hombres y mujeres aumentó siete años, pues pasó de 64 a 71 años. Las mujeres tienen casi un 50% menos de probabilidades que los hombres de morir de resultas del uso nocivo del alcohol y presentan menos probabilidades de haber consumido tabaco y productos de tabaco alguna vez en su vida. Asimismo, tienen menos probabilidades de morir por lesiones debidas a accidentes de tránsito, suicidio o violencia interpersonal.

¹ Véase el documento EB136/18 y las actas resumidas del Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión, undécima sesión, sección 1.

6. En algunos países ha aumentado el uso por parte de las mujeres de los servicios de salud, en particular los de salud sexual y reproductiva, y especialmente los relacionados con la planificación de la familia, la detección del cáncer cervicouterino, la atención prenatal y los partos en establecimientos sanitarios. En 2012, el 69% de los partos fueron atendidos por personal sanitario calificado, cifra muy superior al 57% y el 58% registrados en 1990 y 2000, respectivamente, y el acceso a la atención prenatal pasó de un 37% en 1990 a un 52% en 2012 para las mujeres de todas las regiones consideradas regiones en desarrollo en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹ Entre 1990 y 2015, el uso de métodos anticonceptivos modernos creció de un 48% a casi un 58%, y el número de partos de adolescentes descendió en el mundo entero. En Asia sudoriental, se observaron también mejoras en cuanto al número de adolescentes casadas. Las tasas de matriculación escolar de las niñas y la participación política de la mujer —dos determinantes de la salud de la mujer— han aumentado en numerosas partes del mundo.

LABOR INCONCLUSA

7. Pese a los progresos realizados, las sociedades continúan fallando a las mujeres en lo que respecta a la salud, lo cual se observa especialmente en los países pobres y entre las mujeres más pobres de todos los países. La discriminación de la mujer en razón de su sexo pone a esta en situación de desventaja en el terreno de la salud. Las diferencias de género en materia de salud siguen siendo una cuestión que hay que seguir de cerca.

8. En 2013, la esperanza de vida de las mujeres seguía siendo más baja en la Regiones de África (60 años) y Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental (70 años) que en las demás regiones de la OMS (78 a 80 años).² En 2012, el 48% de los 6,2 millones de defunciones por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales y el mismo porcentaje de los 18,1 millones de muertes por enfermedades no transmisibles correspondieron a mujeres. Sin embargo, en comparación con los hombres, algunas afecciones provocan unas tasas de mortalidad desproporcionadamente altas entre las mujeres; por ejemplo, más de la mitad de las defunciones por deficiencias nutricionales y diabetes y otros trastornos endocrinos corresponden a mujeres. Las mujeres acaparan también la mitad de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares, y más del 50% de esas muertes se producen en las Regiones de África, Europa y el Pacífico Occidental. En la Región de África, más de la mitad de las personas que fallecen por neoplasias malignas son mujeres.

9. Los datos disponibles muestran progresos lentos y desiguales con respecto a las esferas básicas de la Plataforma de Acción de Beijing relacionadas específicamente con la mujer y la salud, como la nutrición, la salud sexual y reproductiva, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual y la violencia contra la mujer. Todavía no se han cumplido los compromisos relacionados con la cobertura de servicios de salud contraídos en diversos acuerdos internacionales, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), y en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A pesar de los avances registrados, las estimaciones más recientes indican que a nivel mundial menos del 75% de los partos son atendidos por personal sanitario calificado; las necesidades desatendidas en materia de planificación familiar superan el 10% y la prevalencia del uso de anticonceptivos es inferior a un 65%. Existen además diferencias entre los países: en los países de ingresos altos casi todos los partos son atendidos por un profesional calificado, frente a aproximadamente la mitad en los lugares de ingresos bajos; las necesidades no atendidas en materia de anticoncepción son dos veces mayores en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos, y la prevalencia del uso de anticoncep-

¹ <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.

² Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

tivos es de un 41% en los países de ingresos bajos y un 69% en los de ingresos altos. Sigue siendo difícil disponer de datos de calidad que permitan comprender los motivos de la desigualdad de los progresos. Solo en un pequeño porcentaje de los casos están bien documentadas las causas de las muertes maternas a los efectos de informar las políticas y los programas. Los datos disponibles muestran que cada vez influyen más en la mortalidad materna las causas indirectas, esto es, las afecciones que complican el embarazo y el parto, como las enfermedades no transmisibles. De todo ello se infiere que las necesidades de cobertura sanitaria para las mujeres en edad reproductiva van ahora más allá de las esferas básicas de la Plataforma de Beijing. Como se observa por los datos presentados en los párrafos que siguen, queda trabajo por hacer.

10. Una tercera parte del total de la carga mundial de morbilidad que soportan las mujeres de 15 a 49 años se explica por los malos resultados en materia de salud sexual y reproductiva. Las prácticas sexuales de riesgo constituyen el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad entre las mujeres y las niñas de los países de ingresos bajos y medianos. Además, se calcula que en 2012 no estaban satisfechas las necesidades de anticonceptivos modernos de 222 millones de mujeres del mundo entero.

11. Aunque la razón de mortalidad materna a nivel mundial se redujo casi a la mitad entre 1990 y 2013, el ritmo al que se avanza no es suficiente para alcanzar la meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir esa razón en un 75% para 2015. La carga de mortalidad materna sigue siendo inaceptablemente alta: se calcula que en 2013 murieron 289 000 mujeres por complicaciones durante el embarazo y el parto, y que en 2008 se practicaron unos 22 millones de abortos peligrosos (la mitad de todos los abortos provocados ese año), casi todos en países de ingresos bajos y medianos. Además, cerca del 30% de las mujeres padece anemia.

12. En 2013, casi el 60% de todas las nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años correspondió a niñas y mujeres jóvenes. La tuberculosis está asociada a menudo a la infección por el VIH y en los países de ingresos bajos es una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres en edad de procrear y las mujeres adultas de 20 a 59 años.

13. Las infecciones de transmisión sexual, la más común de las cuales es la infección por el virus del papiloma humano, afectan de manera desproporcionada a las mujeres y las adolescentes. Los dos tipos patógenos más frecuentes del virus del papiloma humano provocan cerca del 70% de todos los casos de cáncer cervicouterino del mundo. Por otra parte, durante el embarazo, la sífilis no tratada es responsable de unas 212 000 muertes prenatales y muertes fetales precoces y unas 92 000 muertes neonatales.

14. Una de cada tres mujeres de 15 a 49 años ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por parte de terceros,¹ lo cual entraña numerosas consecuencias a corto y largo plazo para su salud.

15. Más de 125 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a la mutilación genital femenina, y en los países en desarrollo (salvo en China) una de cada tres niñas se casa antes de los 18 años. Esas dos prácticas dañinas tienen consecuencias negativas para la salud de las niñas, las mujeres y sus lactantes.

¹ Véase el documento EB136/12, que contiene el informe mundial de situación sobre la violencia y la salud, del que tomó nota el Consejo Ejecutivo en su 136.ª reunión (véase el acta resumida de la undécima sesión, sección 1).

PRIORIDADES EMERGENTES PARA LAS MUJERES Y LA SALUD

16. Los **adolescentes** representan una gran proporción de la población en los países de ingresos bajos y medianos. Las tasas de embarazo entre las adolescentes suelen ser altas en esos países, donde vive aproximadamente el 95% de los 13 millones de muchachas de 15 a 19 años que dan a luz cada año en el mundo, y donde las complicaciones del embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad de esas jóvenes. Se calcula que en 2008 hubo tres millones de abortos peligrosos entre las muchachas de ese grupo de edad. Los efectos adversos del embarazo adolescente también se hacen sentir en la salud del lactante. Las tasas de mortalidad perinatal son un 50% más elevadas entre los bebés nacidos de madres menores de 20 años que entre los nacidos de mujeres de 20 a 29 años. Los hijos de madres adolescentes también tienen más probabilidades de presentar insuficiencia ponderal al nacer, lo que puede entrañar un mayor índice de riesgos sanitarios a largo plazo para esos lactantes.¹

17. En 2012, la mayoría de las muertes prematuras de mujeres por **enfermedades no transmisibles** (un 82% o 4,7 millones) en el grupo de edad de 30 a 70 años tuvo lugar en países de ingresos bajos y medianos, y las tasas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 59 años fueron más altas en esos países que en los de ingresos altos.

18. Las mujeres se ven afectadas de forma distinta por diversos factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. En la mayoría de los países, la actividad física de las niñas y las mujeres es menor que la de los hombres; a ello contribuyen numerosos factores que están relacionados con los ingresos, las limitaciones de movilidad, el acceso a la atención de salud y las relaciones jerárquicas y las funciones en el hogar. En algunas regiones de la OMS, como las de Europa y las Américas, más del 50% de las mujeres tienen sobrepeso.²

19. A nivel mundial, alrededor del 9% de todas las defunciones de mujeres por enfermedades no transmisibles se debe al consumo de tabaco, y el riesgo de que los efectos nocivos de ese consumo afecte a la salud de las mujeres aumenta con la pobreza. El tabaquismo materno está asociado a riesgos durante el embarazo, por ejemplo, de embarazo ectópico, parto prematuro, problemas en la placenta, aborto y muerte prenatal.

20. El uso nocivo de alcohol, drogas ilícitas y otras sustancias psicoactivas por parte de las niñas y las mujeres, incluso durante el embarazo, está aumentando en muchas partes del mundo, y tiene importantes consecuencias para la salud pública e individual. En 2012 aproximadamente el 4% de las muertes de mujeres se debió exclusivamente al consumo de alcohol.

21. La neumopatía obstructiva crónica, a menudo resultado del consumo de tabaco, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre las mujeres de edad avanzada. A nivel mundial, la contaminación del aire ambiente es responsable de la muerte de 173 000 mujeres por esa enfermedad, y la contaminación del aire en interiores causa la muerte de 453 000 mujeres por esa misma enfermedad.³ En los países de ingresos bajos, el principal factor de riesgo para las mujeres es la exposición a

¹ El documento A68/15 contiene más información sobre la salud del adolescente y una descripción del marco que se propone elaborar para acelerar las medidas a favor de la salud de los adolescentes.

² Véase Actualización sobre la Comisión para acabar con la obesidad infantil (documento A68/10).

³ El siguiente sitio web contiene información sobre la contaminación del aire en interiores http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1; y sobre la contaminación del aire ambiente http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1.

la contaminación del aire en locales cerrados debida al uso de combustibles sólidos para calentarse y cocinar.

22. Las lesiones causadas por accidentes de tránsito son una de las cinco causas principales de muerte de las adolescentes y las mujeres en edad de procrear en la mayoría de las regiones de la OMS.

23. Los cánceres de las mujeres provocan unas tasas de mortalidad y morbilidad altas, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Las desigualdades en el acceso al cribado y la detección precoz son grandes y generalizadas, lo que da lugar a importantes variaciones en cuanto a los resultados clínicos y la supervivencia después del tratamiento. En los países de ingresos bajos y medianos, el cáncer de mama, la principal causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres (1,7 millones de nuevos casos y 0,5 millones de muertes registrados en 2012) se diagnostica casi siempre en etapas avanzadas, cuando los cuidados paliativos son ya la única opción. Se calcula que en 2012 hubo 528 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y 270 000 defunciones por esa enfermedad, lo que hace que este sea el cuarto cáncer más frecuente entre las mujeres del mundo entero. En los países de ingresos bajos y medianos es la tercera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, las cuales por lo general tienen un acceso limitado a la detección sistemática y al tratamiento de las lesiones precancerosas, por lo que la enfermedad se identifica en una fase tardía.

24. Los trastornos mentales provocan aproximadamente el 7% de la carga mundial de morbilidad correspondiente a ambos sexos, y alrededor del 25% de la de discapacidad. El suicidio es la segunda causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años a nivel mundial. Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad. Los problemas de salud mental varían entre hombres y mujeres debido a las diferencias en sus funciones y obligaciones en razón de su sexo, a sus diferencias biológicas y a variaciones en los contextos sociales. En los países de ingresos bajos las mujeres se benefician mucho menos de los servicios de salud mental que los hombres.

25. A nivel mundial, la proporción de mujeres entre los **adultos de edad avanzada** es mayor que la de hombres. Tradicionalmente, las mujeres se han hecho cargo de dispensar la mayoría de los cuidados no remunerados en la familia y se han ocupado de los niños y las personas mayores, a menudo en detrimento de su propia participación en la fuerza de trabajo remunerada. Las consecuencias de ello cuando llegan a una edad avanzada son, entre otras: mayor riesgo de pobreza, acceso más limitado a servicios de salud y asistencia social de calidad, mayor riesgo de sufrir abusos, mala salud y acceso restringido a las pensiones. Asimismo, varias enfermedades graves de la vejez, como la demencia, son más frecuentes entre las mujeres; sin embargo, estas tienen mayores dificultades para acceder al tratamiento que necesitan.

RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

26. Entre los obstáculos que continúan dificultando en los sistemas de salud el cumplimiento de los objetivos de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing cabe citar la falta de atención a las cuestiones de género, como demuestra, por ejemplo, la ausencia de datos desglosados por sexo y análisis de género, lo que significa que los servicios de salud a menudo no tienen en cuenta las necesidades específicas ni los determinantes de la salud de la mujer. Para eliminar esos obstáculos es necesario abordar las cuestiones intersectoriales que se indican a continuación.

27. **Determinantes estructurales de la salud de la mujer.** Los factores biológicos ligados al sexo interactúan con las desigualdades basadas en el género, la edad, la raza, el origen étnico y la clase social y juntos determinan la exposición de la mujer a riesgos sanitarios, la mala salud, el acceso a los servicios de salud y los resultados sanitarios de la mujer. Las desigualdades por motivos de género en la asignación de los recursos, como los ingresos, la educación, la participación económica, social y

política, la atención de salud y la nutrición, están estrechamente relacionados con la mala salud y un nivel de bienestar bajo.

28. **Acceso no equitativo a la atención de salud.** Las mujeres siguen sin disfrutar de un acceso equitativo a servicios de atención de salud de calidad en muchos países. Existen lugares en los que la cobertura de los sistemas de salud es escasa, y los servicios prestados en las zonas rurales y los barrios marginales de las ciudades suelen ser de baja calidad. Las mujeres indígenas, las que tienen discapacidades y las que son vulnerables por otros motivos también carecen de acceso a buenos servicios. A la escasa cobertura de los servicios de salud se unen las barreras en el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención relacionadas con el género. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, cuyos factores de riesgo son similares en hombres y mujeres, son sin embargo la causa de mortalidad más frecuente entre las mujeres de edad. Los prejuicios sexistas (por parte de los dispensadores de atención sanitaria y en las investigaciones sobre atención de salud) a menudo significan que las enfermedades cardiovasculares son diagnosticadas tarde en las mujeres, y que estas son sometidas a menos pruebas de detección de esas enfermedades y reciben tratamientos inadecuados.¹

29. El hecho de que las mujeres no puedan acceder a servicios de salud necesarios (entre otros, los relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades) demuestra también que existen deficiencias en los sistemas de salud que no se pueden subsanar simplemente orientando determinadas intervenciones a la mujer. La escasez de trabajadores sanitarios motivados, que tengan la preparación necesaria y se encuentren en el lugar adecuado limita la disponibilidad y la calidad de los servicios en numerosos países. La prestación de servicios a menudo se ve comprometida también por la falta de acceso a medicamentos y productos médicos de buena calidad, por los sistemas de financiación de la salud que exigen el pago por adelantado en efectivo y por los sistemas de información que no proporcionan información puntual y precisa. Si se combaten esos problemas de manera integrada en relación con todas las enfermedades y todos los programas, mejorará sustancialmente la salud y el bienestar de las mujeres.

30. **Calidad de la atención.** A pesar de las décadas de avances médicos e innovaciones en la atención de salud sin precedentes, la calidad de la atención en general, y en relación con la salud de la mujer en particular, es a menudo mala. Según un reciente estudio de la OMS sobre la salud materna y del recién nacido, para reducir de manera importante la mortalidad materna es preciso adoptar un enfoque integral con respecto a la atención de emergencia y lograr una mejora general de la calidad de la atención materna.²

31. **Supervisión y rendición de cuentas.** El desempeño de estas funciones es fundamental para la promoción y la protección de la salud y los derechos humanos de la mujer. La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, creada para garantizar la medición de los resultados de la Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de la Mujer y el Niño, recomendó que la rendición de cuentas se basara en ciertos principios básicos: claridad en cuanto a la responsabilidad de las partes interesadas con respecto a la adopción de medidas; medición exacta; verificación independiente; examen imparcial, transparente y participativo, y formulación de recomendaciones claras para la adopción de medidas futuras. La rendición de cuentas también forma

¹ OMS, *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

² World Health Organization multi-country survey on maternal and newborn health 2010-2012. Véase http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/nearmiss/en/ y los enlaces que figuran en esa página (consultada el 2 de diciembre de 2014).

rá parte del marco de seguimiento de la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.

32. Ahora que se aproxima la fecha límite fijada para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, está surgiendo entre las partes interesadas una nueva visión para mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres, los niños y los adolescentes mediante una nueva estrategia mundial.¹ Esa estrategia, que tomaría como punto de partida y ampliaría el programa inconcluso de los objetivos de desarrollo, definiría las medidas necesarias para poner fin a la mortalidad prevenible de madres, recién nacidos, niños y adolescentes y promover la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes. En ella se destacaría la importancia de dedicar esfuerzos a garantizar el acceso universal a servicios integrados que abarquen la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos y se establecerían objetivos compartidos con sectores que pueden contribuir a la mejora de la salud, entre otros, los de la educación, la nutrición, el agua y el saneamiento. Su finalidad sería lograr la convergencia entre los países de ingresos altos y de ingresos bajos en el plazo de una generación, de manera que las mujeres, los niños y los adolescentes de los países de ingresos bajos no estén expuestos a un riesgo mayor de morir por causas prevenibles que los de los países de ingresos altos, y garantizar que la salud de la mujer sea considerada en el marco de un programa amplio, que incluya la salud de los niños y adolescentes. La estrategia también dedicaría especial atención a la corrección de las inequidades dentro de los países y a la situación de los Estados frágiles.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

33. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota de este informe y proporcione más orientación sobre la función de liderazgo de la OMS en la respuesta a los desafíos y las prioridades emergentes relacionados con la salud de la mujer en el marco de una estrategia más amplia de promoción de la salud de la mujer y el niño.

= = =

¹ Como se señaló recientemente en la consulta dedicada a la rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño y a sentar las bases para después de 2015 (Every Woman Every Child Stakeholder Consultation on Accountability for women's and children's health: setting the foundation for post-2015) (Ginebra, 6 y 7 de noviembre de 2014).