



Eliminación de las desigualdades en salud

Cada mujer y cada niña/niño cuentan

En asociación con

 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
www.ifrc.org Salvar vidas, cambiar mentalidades.

 La Alianza para la Salud de la Madre el Recién Nacido y el Niño



La *Estrategia 2020* expresa la determinación colectiva de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (la Federación Internacional) de avanzar en la solución de los grandes retos que la humanidad enfrentará en la próxima década. Orientada hacia las necesidades y vulnerabilidades particulares de las diversas comunidades en las que trabajamos y guiada por los derechos y las libertades inherentes a todas las personas, tiene por objeto beneficiar, en última instancia, a todas las personas que confían en la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y ayudarlas a construir un mundo más humano, digno y pacífico.

Durante los próximos diez años, la Federación Internacional se centrará colectivamente en la consecución de los siguientes objetivos estratégicos:

1. **Salvar vidas, proteger los medios de sustento y apoyar la recuperación de desastres y crisis**
2. **Posibilitar una vida sana y segura**
3. **Promover la inclusión social y una cultura de no violencia y la paz**

Agradecimientos

El equipo global de salud de la FICR que preparó el presente informe agradece a la Dra. Carole Presern y su equipo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño por sus meticulosas revisiones del texto. También agradecemos a todas las Sociedades Nacionales y los colegas del Movimiento por sus valiosos aportes y estudios de caso. Asimismo, agradecemos a nuestros colegas del Departamento de Asuntos Jurídicos y el Departamento de Valores y Principios Humanitarios por sus consideraciones y contribuciones a los distintos ángulos desde los que se abordan los temas del presente informe. Vaya además nuestro agradecimiento especial a Rikki Stern, nuestra ex pasante, por haber recabado, compilado y analizado los datos y a José di Bello de la Cruz Roja Argentina por la revisión de la traducción en español.

© Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2011

Pueden realizarse copias de todo o parte de este documento para uso no comercial, siempre que se cite la fuente. La Federación Internacional agradecería ser informada sobre su uso. Las solicitudes de reproducción comercial deben dirigirse a la Secretaría de la Federación Internacional (secretariat@ifrc.org).

Las opiniones y recomendaciones expresadas en este estudio no representan necesariamente la política oficial de la Federación Internacional ni de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja. Las designaciones y mapas utilizados no suponen la expresión de ninguna opinión por parte de la Federación Internacional ni de las Sociedades Nacionales con respecto a la condición jurídica de algún territorio o de sus autoridades. Todas las fotografías utilizadas en este estudio son propiedad de la Federación Internacional salvo indicación en contrario.

Apartado postal 372
1211 Ginebra 19
Suiza
Teléfono: +41 22 730 4222
Fax: +41 22 733 0395
Correo-e: secretariat@ifrc.org
Sitio web: www.ifrc.org

Foto de portada: Olav A. Saltbones/FICR

Prefacio	4
Sinopsis	5
Recomendaciones de la FICR	7
Introducción	11
Capítulo 1. Focalización en las mujeres y las niñas y los niños	17
Las necesidades propias de la mujer y de las/los niñas y niños	17
Las diferencias biológicas se traducen en desigualdades sociales que exacerban las vulnerabilidades	17
Doble riesgo y doble desatención: El VIH y las personas que consumen de drogas	19
Capítulo 2. El momento de actuar es ahora	21
El avance en la consecución de los ODM disimula las cargas	21
Los derechos humanos son el marco idóneo para eliminar las desigualdades en salud	23
Capítulo 3. La escala del problema: las dimensiones de las desigualdades en salud	25
Los sistemas de salud pública: causa y solución de las desigualdades en salud	25
La pobreza en medio de las actuales tendencias universales agrava las desigualdades en salud	26
Las políticas públicas en pro de la igualdad ofrecen posibilidades	29
Capítulo 4. La respuesta de la Cruz Roja y la Media Luna Roja	31
Un enfoque holístico de la igualdad en salud sustentado en los derechos humanos	31
Prestación de prevención, tratamiento, atención y apoyo cuando y donde se necesiten	31
Poner a disposición información precisa y fidedigna y alentar comportamientos que promueven la salud	32
Promover la igualdad de género, capacitar a mujeres y niñas, y obtener el apoyo de hombres y niños	34
Obstáculos y oportunidades	35
El camino por delante	37
Referencias	39

Prefacio

En el mundo entero, las desigualdades en salud afectan la vida y el futuro de todos los grupos en situación de vulnerabilidad de la sociedad creando sistemas de injusticia social. Acabando con los obstáculos que impiden acceder a los recursos y servicios de salud, reducimos esa carga de enfermedades que afecta el futuro de los niños, empobrece a familias enteras y perpetúa la injusticia social por generaciones. En el presente informe, nos focalizamos en las mujeres y los niños no solo porque muchos de ellos sufren una privación inadmisible, sino también porque las mujeres son indispensables para mejorar la salud de sus hijos, familias y comunidades.

En este informe también se dan pruebas de que las desigualdades en salud pueden y deben abordarse con un enfoque holístico. Dichas desigualdades y la consiguiente injusticia social están estrechamente vinculadas con otros problemas como la pobreza, la desigualdad de género y las violaciones de derechos humanos que, a su vez, repercuten en la educación, el transporte, la salud, la agricultura y el bienestar general. De ahí que en nuestras intervenciones tengamos que ir más allá de la salud y abordar también los determinantes socioeconómicos, entre otros, la pobreza, desnutrición, el abuso de alcohol, la vivienda precaria, y la contaminación del aire interior.

Contamos con la red global de nuestras Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y con ustedes lectores para que utilicen este informe de sensibilización a fin de generar un cambio tangible en los años venideros. Juntos podemos librar al mundo de la injusticia social y contribuir positivamente a promover una cultura de respeto, no violencia y paz.

Matthias Schmale

Subsecretario General, División de Programa y Servicios, FICR

Stefan Seebacher

Jefe del Departamento de Salud, FICR

Desigualdades en salud

Las desigualdades en salud son “diferencias injustas y evitables del estado de salud en los países y entre ellos. Las desigualdades en salud son sistemáticas, suelen afectar a determinados grupos y se dan en todo el gradiente social. Las personas más vulnerables tienen mínimo acceso, no solo a los servicios de salud, sino también a los recursos para gozar de buena salud.

Eliminar las desigualdades en salud es un imperativo ético

La salud permite a las personas alcanzar su pleno potencial y es injusto que ese potencial esté determinado por el lugar de nacimiento o al grupo étnico al que se pertenece. Afortunadamente, eliminar las desigualdades en salud también es sensato en términos económicos. Existen medidas simples y eficaces en función de los costos que cuando se amplían redundan en una salud sensiblemente mejor para todos. Fracasar en la eliminación de las desigualdades en salud expone a las personas más vulnerables a un riesgo mucho mayor. El UNICEF advierte que si no se priorizan las desigualdades en salud: “Podríamos encontrarnos, en 2015, ante la difícil tarea de llegar a las niñas y los niños más pobres de todos, pero sin los recursos necesarios, con la voluntad política agotada y un público cuyos intereses podrían ser otros.”

Focalización en las mujeres y las niñas y los niños

Nuestra atención se focaliza en las mujeres y los/as niños/as por tres motivos.

1. Es más probable que las mujeres afronten desigualdades en salud porque su constitución biológica requiere más atención. El embarazo y el parto son hechos de la vida que exponen a las mujeres a mayores riesgos.
2. Las mujeres son el portal para mejorar la salud de toda una población, comenzando por sus hijos y los demás miembros de sus hogares.
3. La carga de cuidar a niños y ancianos enfermos recae principalmente en las madres y otras cuidadoras, lo que implica una pérdida de ingresos al tener que ausentarse del trabajo y redundando en el ulterior empobrecimiento de las familias. La pobreza, a su vez, limita el acceso a los recursos para gozar de buena salud, impide el tratamiento en caso de salud precaria y perpetúa la mala salud de mujeres y niños. Así comienza una viciosa espiral descendente que se transmite a la siguiente generación.

Las diferencias biológicas se traducen en desigualdades sociales

Desigualdades más amplias entre el poder de hombres y mujeres pueden impedir que ellas ejerzan el control sobre su propia salud o la de sus hijas/hijos. La eliminación de las desigualdades en salud requiere un enfoque holístico que reconozca y aborde las consecuencias para la salud de todas las políticas gubernamentales y prácticas sociales.

Los derechos humanos son el marco idóneo para eliminar las desigualdades en salud

Los derechos humanos reflejan las obligaciones existentes y sientan las bases de las legislaciones nacionales; aquellos que guardan relación con las desigualdades en salud son los derechos a la vida, la salud, la alimentación y la nutrición, el agua y la educación. Además, las disposiciones en materia de derechos humanos pueden guiar a las partes interesadas para derribar las barreras de la salud. En muchos casos, las desigualdades en salud obedecen a violaciones de los derechos humanos y han de abordarse como tales.

Los sistemas de salud pública: causa y solución de las desigualdades en salud

Si bien estos sistemas promueven la salud, también pueden generar desigualdades; por ejemplo, la inversión en centros de atención terciaria, como hospitales de alta tecnología y establecimientos de atención especializada, benefician en forma desproporcionada a los ricos en detrimento de los pobres. La atención de calidad, accesible y aceptable, debe estar al alcance de todos. Disponibilidad significa contar con instalaciones, bienes y servicios de salud. Accesibilidad implica que los recursos de salud no sean discriminatorios y permitan que todo el mundo –independientemente de la geografía, las finanzas y el acceso a la información– pueda sacar ventaja de ellos.

La pobreza exacerba las desigualdades en salud

La pobreza, sumada a tendencias universales –urbanización, migración, envejecimiento de la población, estilos de vida poco sanos, aumento de las enfermedades no transmisibles, etc.– incide muchísimo en la creación de desigualdades, sobre todo allí donde existen grandes diferencias en el acceso a recursos de alimentación, nutrición, vivienda y agua y saneamiento.

Las políticas públicas y las tradiciones sociales ofrecen posibilidades de eliminar las desigualdades en salud

Existen leyes y políticas públicas que es preciso derogar porque generan desigualdades; citemos como ejemplo las que impiden el acceso a servicios de salud materna y perinatal, las que exigen el permiso del cónyuge para tener acceso a los servicios de salud reproductiva y las que limitan el acceso a tratamientos que salvan la vida cuando se presentan complicaciones en el embarazo. Prácticas tradicionales, pero nocivas, como la mutilación genital femenina, también se pueden dejar de lado contando con la participación de dirigentes tradicionales y religiosos de las comunidades en cuestión.

UN LLAMADO A LA ACCIÓN

La FICR aboga en nombre de las mujeres y las/los niñas/niños que se encuentran en situaciones de más vulnerabilidad del mundo, pues son quienes tienen menos acceso a los recursos para gozar de buena salud. La FICR pide a formuladores de políticas, gobiernos y donantes que alineen los recursos con las necesidades y trabajen con partes interesadas, organizaciones multilaterales y organizaciones de la sociedad civil para cerrar la brecha de salud a fin de que todo el mundo, incluso las mujeres y los niños más vulnerables, pueda alcanzar su pleno potencial.

Recomendaciones de la FICR

Gobiernos – Liderar la priorización de la igualdad

■ Garantizar el acceso universal

Los gobiernos deberían garantizar el acceso universal a intervenciones de salud para todas y todos, basadas en pruebas, y asignar recursos en función de las necesidades.

■ Posibilitar la toma de decisiones con conocimiento de causa

Los gobiernos deberían poner a disposición de todos, información precisa sobre la salud para que cada cual, en particular los que se encuentran en situación de más vulnerabilidad, tome decisiones con conocimiento de causa respecto a su salud.

■ Aplicar un enfoque holístico

Los gobiernos deberían promover la igualdad, la solidaridad, la participación, la no discriminación y la no violencia en todos los aspectos de la sociedad, no solo en la salud, porque abordar las desigualdades en esta última implica abordar las desigualdades de la sociedad en general.

■ Aprovechar el poder de una red de voluntarias y voluntarios

Los gobiernos deberían aprovechar al máximo al voluntariado de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, que forman parte de la red humanitaria más grande del mundo, para eliminar las desigualdades en salud. El voluntariado tiene la capacidad sin parangón de llegar a los grupos en situación de mayor marginación. Incluso algunos de ellos forman parte de dichos grupos y, por lo tanto, son un punto de entrada para llegar a quienes el sector formal de la salud no logra llegar.

Sociedades Nacionales – Redoblar esfuerzos

■ Llegar a los inalcanzables

A través de sus extensas redes de voluntarias y voluntarios, las Sociedades Nacionales tienen que ampliar sus actividades para contribuir al acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo a quienes quedan al margen del sistema formal de salud: las mujeres y las/los niñas/niños que tienen mínimo acceso a servicios de salud apropiados. Las Sociedades Nacionales deberían ampliar su alcance alentando comportamientos que promueven la salud y fomentando la inclusión social y la paz.

■ Alentar la priorización y la toma de decisiones con conocimiento de causa

Las Sociedades Nacionales deberían utilizar su condición de auxiliares de los poderes públicos para convencer a los encargados de tomar decisiones de priorizar la igualdad tanto en la salud como en todos los aspectos de la sociedad y pedir cuentas a las autoridades.

■ Forjar potentes asociaciones

A efectos de eliminar las desigualdades en salud lo más pronto y efectivamente posible, las Sociedades Nacionales deberían entablar un diálogo significativo con las principales partes interesadas y forjar asociaciones estratégicas para aumentar la eficiencia de la mediación.

Donantes – Crear un entorno propicio

- **Mantener y aumentar los niveles de financiación**
Habida cuenta de la actual crisis económica, cualquier recorte en la financiación de programas de atención de salud materno-infantil tendrá un efecto devastador en los grupos destinatarios; muchos se verán expuestos a riesgos aún mayores para la salud y se sumirán más en la pobreza. A causa de la presión ejercida por los pares, algunos donantes mantuvieron sus niveles de financiación, a pesar de las difíciles circunstancias económicas en su respectivo país.
- **Contraer compromisos para colmar las lagunas detectadas**
Alentar a recursos humanos que sean adoptados y competentes en la esfera de la salud, la cobertura de intervenciones de salud esenciales para madres, niños y jóvenes, y la integración con otros Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los donantes deben garantizar una respuesta bien equilibrada, efectiva y adaptada para cerrar la brecha de equidad en lo que respecta a la salud de mujeres, niños/as y jóvenes.
- **Recordar que el gasto en salud también tiene sentido socioeconómico**
El gasto en salud es una inversión que genera beneficios en la salud individual y de la población, la educación y el crecimiento económico.
- **Continuar innovando en el financiamiento de la salud**
A fin de aumentar y mejorar los servicios de salud en los países más pobres del mundo hacen falta mecanismos innovadores de financiamiento que requieren la participación de una gama de actores.
- **Comenzar por las personas, no por un proyecto o un programa**
Invertir en un enfoque de la salud que sea completo, multisectorial e integrado es el único camino por delante. Los proyectos autónomos tienen impacto, pero limitado. Si un niño es vacunado, pero la madre fallece en el parto por fallas en el servicio de salud, difícilmente se podrá considerar que el bienestar de ese niño haya mejorado.

Las Sociedades Nacionales y la sociedad civil – Contribuir a facilitar un apoyo efectivo

- **Ser un asociado responsable en el desarrollo**
Representantes de organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y círculos académicos podrían desempeñar un papel más importante para contribuir a que sus gobiernos obtengan el compromiso internacional de que la problemática de las desigualdades en salud encabece el orden del día del desarrollo. También deberían asegurar que se empeñarán en apoyar a los países para que apliquen medidas efectivas que reduzcan la brecha de salud, particularmente en lo que se refiere a madres e hijos. La sociedad civil puede cumplir la función fundamental de ser la voz de los sin voz.
- **Pedir cuentas a los formuladores de políticas**
Garantizar que los parlamentarios representen a todos sus mandantes y tomen las decisiones legislativas y presupuestarias que procedan. Garantizar que se pidan cuentas y también se las pidan al ejecutivo.

ESTUDIO DE CASO – EGIPTO

Empoderamiento de la mujer en Al-Nahda

La ciudad de Al-Nahda, a las afueras del norte de El Cairo, es una comunidad única que creció rápidamente cuando miles de personas se quedaron sin techo en el terremoto de 1992 y fueron realojadas allí. De la noche a la mañana, miles de personas de distintas comunidades se vieron impelidas a convivir en una nueva vida. Los años siguientes, un número creciente de familias fue realojado en Al-Nahda, a veces debido a las políticas gubernamentales de reasentamiento; en 2003 su número saltó de 13.000 a 37.000 para cifrarse en 52.000 en 2008.

El futuro de los vecinos de Al-Nahda solía parecer sombrío, pues mucho tienen bajo nivel socioeconómico y poca instrucción, viven con pocos recursos y, además, el desempleo es alto, no disponen de instalaciones de salud y la cohesión social es precaria.

Ahora bien, en 2004, en la ciudad se abrió un centro administrado por un grupo de voluntarios de la Media Luna Roja con el objetivo de capacitar a los miembros de la comunidad, en particular a las mujeres, para que tuvieran mejores condiciones de vida.

La Media Luna Roja Egipcia seleccionó y asignó a la ciudad de Al-Nahda 20 mujeres con formación de coordinadoras comunitarias, cada una de las cuales tiene a cargo otras 40 mujeres líderes que se ocupan de un grupo de familias. Esa organización resultó muy efectiva. Durante las pandemias de gripe aviar y humana, las líderes comunitarias llevaron a cabo una campaña que, prácticamente, acabó con la cría de aves en los patios traseros.

Servicios médicos

En las policlínicas de la ciudad se ofrece una amplia gama de servicios médicos y unas 40 mujeres acceden a diario a los servicios de salud materna y reproductiva. Además de esos servicios se llevan a cabo muchas otras actividades de promoción de la salud para que los habitantes sepan más al respecto.

La mutilación genital femenina se sigue practicando ampliamente en Egipto y se organizaron campañas de información comunitaria para instruir a niñas, padres y abuelos sobre los peligros de la misma. La Media Luna Roja se procuró el apoyo de líderes religiosos, médicos y sociólogos para contribuir a acabar con esa práctica que suele ser más común en grupos de bajo nivel socioeconómico.

Actividades educativas

Unas 1.950 mujeres se beneficiaron de cursos de alfabetización para adultos; además, la Media Luna Roja imparte formación profesional y artesanal a unas 1.500 mujeres que participan en actividades de generación de ingresos para apoyar a sus familias.

La Media Luna Roja Egipcia tuvo tanto éxito en Al-Nahda que amplió el programa para llegar a las 53.000 familias que viven en la ciudad. El beneficio de prestar servicios médicos e impartir formación profesional y capacitación a las mujeres de allí, efectivamente fue doble porque ellas asumieron un nuevo rol movilizándolo a sus comunidades y promoviendo la salud.

Fatima, una de las coordinadoras comunitarias de Al-Nahda, comentó: “Al principio, solo pensaba que en la policlínica de la Media Luna Roja Egipcia, los servicios médicos eran gratuitos, pero ahora me doy cuenta de que se trata de mucho más que eso. Siendo coordinadora comunitaria tengo que velar por la buena salud de mi comunidad.”

Más información en árabe e inglés en: <http://www.egyptianrc.org/ContentPageEn.aspx?pageNo=334>



Introducción:

La igualdad de la salud centrada en las mujeres y las/ los niñas/niños merece atención y acción inmediatas

En estos últimos años la evolución de la salud pública global fue enorme y satisfactoria; no obstante, respaldándose de más en más en pruebas, se admite cada vez más que lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) requerirá garantizar que **cada mujer y cada niño cuenten**.

La Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, lanzada por el secretario general de la ONU en 2010, indica que persisten enormes desigualdades. Muchas de las mujeres y muchos de los niños en situaciones de más vulnerabilidad en el mundo mueren tempranamente debido a la desigualdad de acceso a la información, la prevención, el tratamiento y los servicios necesarios para suplir sus necesidades más elementales. La riqueza, la educación y el lugar de nacimiento inciden significativamente en la salud de las mujeres y los niños, tanto en los países como entre ellos. Según cifras de la ONU, en el mundo aún mueren 7,6 millones de niños cada año y los países en desarrollo contabilizan casi el 95 por ciento de las muertes de recién nacidos. En un estudio reciente de la OMS² se constata que más de la mitad de esas muertes ocurre en cinco de los países más grandes: la República Democrática del Congo, la China, la India, Nigeria y Pakistán. En el informe de la cuenta atrás hacia 2015* se asevera que los ODM 4 y 5 aún se pueden lograr, pero que solo una contundente aceleración del compromiso político y la inversión financiera permitirá que así sea.

Por sí sola, la India registra cada año más de 900.000 defunciones de neonatos, casi el 28% del total mundial** y 20 millones de embarazos por año están expuestos a riesgo. La disparidad entre países es sorprendente; en Islandia, la tasa de mortalidad materna en solo de 5 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en Mozambique se dispara a 550 por 100.000.³ Incluso en un mismo país los niños pobres corren un riesgo significativamente mayor de morir antes de los cinco años que los niños más ricos. Cabe señalar que en 18 de los 26 países en desarrollo que lograron reducir de 10 por ciento o más la mortalidad de menores de cinco años, la brecha entre aquella del 20 por ciento de los hogares más pobres y el 20 por ciento de los más ricos se amplió o permaneció igual. Por lo tanto, incluso si hubo un avance general respecto a los primeros meses de vida, la situación de los niños no mejora. Tampoco hay que olvidar que los 2,6 millones de recién nacidos muertos rara vez se incluyen en las estadísticas, ni siquiera como tales.⁴

Además, la actual crisis económica mundial sume en la pobreza a más de 100 millones de personas por año. Tener que pagar los gastos de salud del propio bolsillo no hace más que exacerbar la situación y el resultado neto es que millones de seres humanos no tienen acceso a servicio alguno.

Datos

Según datos de 32 países, las mujeres del quintil más pobre tienen menos probabilidades de oír mensajes sobre salud reproductiva que las mujeres del quintil más rico.⁶

“Cuando trabajemos a favor de cada mujer y cada niño, ofreceremos una vida mejor a todos los pueblos del mundo.”

Afirmó Ban Ki-moon en el discurso que pronunciara en la sede de Nueva York de la ONU durante el evento Cada Mujer, Cada Niño, celebrado paralelamente al 66° período de sesiones de la Asamblea General, el 20 de septiembre de 2011.^{***}

La salud es un recurso que permite a las personas alcanzar su pleno potencial y es injusto que ese potencial sea determinado por el lugar de nacimiento o al grupo étnico al que se pertenece.

* Countdown to 2015 Decade Report (2000-2015), WHO and UNICEF, 2010.

** http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/index.html

*** Traducción libre.

Desigualdades en salud, ¿por qué ahora?

En cada región del mundo, la supervivencia de un niño/una niña después de los cinco años es determinada en gran medida por la riqueza del hogar donde nació, la región donde vive y la educación de sus padres.^{7y8} Los niños nacidos en zonas rurales o barrios urbanos marginales, los niños cuya madre tiene poca instrucción y los niños de familia con los ingresos más bajos se encuentran en peor situación que los demás.⁹ Por ejemplo, según los datos disponibles de una selección de países de África, las Américas y Asia, un niño nacido en el 20 por ciento de hogares más ricos tiene dos veces más probabilidades de llegar a los cinco años que un niño nacido en el 20 por ciento de hogares más pobres.¹⁰ En Europa se constata un tendencia similar, pues las tasas de mortalidad de

Centrarse en la atención primaria de salud

Las diferencias esbozadas hasta aquí muestran que existen inaceptables desigualdades en salud, que el avance es muy desigual en un mismo país y de un país a otro y que hay graves cuestiones de derechos y justicia que requiere nuestra plena e inmediata atención. Centrarse en la atención primaria de salud para mujeres y niños es “lo más barato”. Las mujeres y los niños forman parte de los más vulnerables, pero ofrecen las mayores posibilidades de beneficio porque la salud de unas y otros suele ser interdependiente. Reducir las cargas que pesan sobre las mujeres beneficia a los niños y viceversa. En muchos casos, esos beneficios se extienden a otros grupos fortaleciendo la resiliencia comunitaria. Se estima que gran parte del progreso de Asia oriental en estas últimas décadas sea directamente atribuible a buenas decisiones políticas: educación de las niñas, acceso a información y servicios, igualdad de género y representación política.

La salud pública, el desarrollo y los derechos humanos son dimensiones donde residen las causas, así como las soluciones, de las desigualdades en salud. Aun así, las mujeres y los niños son dejados a la zaga de las estrategias disponibles que pueden mitigar en gran medida tal desigualdad de acceso a los servicios de salud. Para ser efectivos, los programas de salud tienen que modelarse con arreglo al contexto y las intervenciones eficaces pueden:

- reducir la marginación social y la consiguiente vulnerabilidad de las mujeres, los niños y los jóvenes,
- aumentar el acceso a los servicios sociales y de atención de salud, lo que incluye un conjunto completo de intervenciones en materia de prevención de enfermedades, tratamiento, atención y apoyo, y
- promover un enfoque de la salud sustentado por los derechos humanos y principios de salud pública.

La Cruz Roja y la Media Luna Roja cumplen con sus compromisos aumentando la resiliencia de las mujeres, los niños y los jóvenes frente a los riesgos para la salud que afrontan en sus comunidades, lo que conlleva el objetivo de mantener en las comunidades locales, la capacidad de encargarse de crear un entorno donde la gente goce de buena salud y soporte, se recupere y responda positivamente a cualquier peligro para la salud que pueda tener que afrontar.

Eliminar las desigualdades en salud implica aumentar la resiliencia y contribuir positivamente a la salud pública global. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) preconiza un enfoque holístico que sea sustentado y complementado por principios de derechos humanos.⁵ Dicho enfoque tiene por objetivo mejorar las condiciones que facilitan la buena salud para todo el mundo, incluidos los niños y las mujeres más vulnerables. Los derechos humanos sientan los principios subyacentes de salud, autonomía y no discriminación. La FICR articula tres elementos de ese enfoque holístico de las desigualdades en salud, a saber:

1. contribuir a garantizar que mujeres y niños tengan acceso a la atención de salud durante todo su ciclo de vida;
2. asegurar que se ponga a disposición información sobre la salud fidedigna, precisa y basada en pruebas, así como alentar apropiados comportamientos que promueven la salud y
3. promover la igualdad de género, capacitar a mujeres y niñas y obtener el apoyo de hombres y niños.

En el marco de la labor de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, aunque hay muchos ejemplos de éxito, es esencial que haya un firme compromiso y liderazgo del gobierno, asociarse con donantes y otras organizaciones de la sociedad civil y contar con la participación de las mujeres y los niños.

menores de cinco años son al menos 1,9 veces más altas entre el 20 por ciento de hogares más pobres que entre el 20 por ciento de hogares más ricos.¹¹

Esas diferencias muestran que las desigualdades en salud son diferencias injustas y evitables del estado de salud observadas en los países y entre ellos.¹² Las desigualdades en salud son sistemáticas, pues suelen afectar a determinados grupos de personas,¹³ se dan en todo el gradiente social y las diferencias de salud suelen ser más pronunciadas entre las personas más vulnerables que tienen mínimo acceso no solo a los servicios de salud, sino también a los recursos que contribuyen a la buena salud.¹⁴ Según datos de 32 países, las mujeres del quintil más pobre tienen menos probabilidades de oír mensajes sobre salud reproductiva que las mujeres del quintil más rico.¹⁵

Las desigualdades en salud merecen nuestra plena atención y requieren acción inmediata. A continuación se dan los principales argumentos al respecto.

En primer lugar, eliminar las desigualdades en salud es un imperativo ético.¹⁶ La salud permite a las personas alcanzar su pleno potencial y es injusto que ese potencial sea determinado por el lugar de nacimiento o el grupo racial o étnico al que se pertenece.¹⁷

En segundo lugar, abordar las desigualdades en salud es razonable en términos económicos. Existen medidas simples y eficaces en función de los costos que cuando se amplían redunda en una salud sensiblemente mejor; algunos de esos métodos altamente eficaces en función de los costos para reducir la mortalidad de menores de cinco años son: vacunación, micronutrientes, tratamiento de la diarrea, la malaria e infecciones respiratorias agudas, así como una mejor prestación de atención prenatal y durante el parto.¹⁸ Por ejemplo, datos de Bangladesh, la India y Pakistán sugiere que la atención basada en el hogar reduce entre un 30 y un 61 por ciento la mortalidad de neonatos. Mediante esa atención se ofrece a las madres primerizas información sobre el amamantamiento exclusivo, la protección térmica del bebé y los signos de peligro del recién nacido.

Trabajadores de la salud, parteras y voluntarios comunitarios son ejemplos de personas que pueden visitar a los recién nacidos y sus madres en el marco de los programas de salud existentes.¹⁹ Medidas simples no solo mejoran la salud materno-infantil y la salud infantil, también generan beneficios adicionales que permiten a mujeres y niños llevar una vida sana y productiva y contribuir a comunidades resilientes.²⁰ La prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento temprano evitan un tratamiento caro y largo, liberando dinero para la alimentación y la educación de los niños, así como para luchar contra el analfabetismo de la mujer.²¹ Invertir en atención profesional, como la que prestan las parteras especialistas en embarazo de bajo riesgo, parto y posparto aunque estén capacitadas para tratar las complicaciones que puedan presentarse, es otro de los medios baratos, pues ellas pueden prestar atención de salud en comunidades y servicios de atención primaria de salud. Además, llegado el caso, pueden vincular a las mujeres con los servicios de atención obstétrica de emergencia. La OMS estima que en cada país hacen falta como mínimo seis parteras por cada 1.000 nacimientos, si se entiende lograr el objetivo de una cobertura del 95 por ciento coverage.²² Por consiguiente el gasto en salud es una inversión que genera beneficios en la salud individual y de la población en general, así como en la educación y el crecimiento económico.

Por último, fracasar en la eliminación de desigualdades en salud potencialmente expone a los más vulnerables a los mayores riesgos. El UNICEF advierte que si no se priorizan las desigualdades en salud: “Podríamos encontrarnos, en 2015, ante la difícil tarea de llegar a los niños más pobres de todos, pero sin los recursos necesarios, con la voluntad política agotada y un público cuyos intereses podrían ser otros.”²³

ESTUDIO DE CASO – BANGLADESH

Atención de salud materno-infantil a bajo costo o sin costo alguno

En Bangladesh, los pobres tropiezan con una cantidad de obstáculos en términos de prevención, tratamiento, atención y apoyo. El gasto de salud representa tan solo el 3 por ciento del PIB del país y el gobierno contribuye apenas con el 1,1 por ciento del mismo.²⁴ Las mujeres y los niños pobres de zonas rurales y barrios urbanos marginales son particularmente vulnerable por que la inversión constante en centros de atención primaria de salud es baja²⁵ y la mayoría de los servicios de atención de salud se financian mediante pago directo.²⁶ Además, la escasez de trabajadores de la salud es una de peores del mundo.²⁷

La Media Luna Roja de Bangladesh obra por paliar la carencia de recursos humanos y financieros mediante la prestación de atención de salud a escala comunitaria. En centros de salud materno-infantil de la Sociedad Nacional se hacen exámenes médicos, se imparte educación, se asesora a las embarazadas, se capacita a parteras y se prestan servicios de atención posnatal y atención primaria de salud. En los 58 centros de salud materno-infantil y cinco hospitales de maternidad se tratan en total 100.000 pacientes de medicina general y se atienden más de 5.000 partos por años, además de difundir mensajes de salud a intervalos regulares.

Cada centro cuenta como mínimo con una partera comunitaria que presta servicio las 24 horas y siete días por semana. La formación de las parteras dura 18 meses y se imparte en el instituto de enfermería afiliado al gobierno, sito en Daca, la capital del país. Luego, vuelven a la respectiva comunidad para prestar servicios. Los centros también cuentan con una partera comunitaria asistente y otra persona competente en partos, tres promotores comunitarios de salud, un asistente generador de ingresos y otro miembro del personal que presta servicios de apoyo. Esos equipos contribuyen a la prestación efectiva prevención, tratamiento, atención y apoyo, así como al financiamiento de los mismos.

El precio de la atención que se presta en las clínicas es bajo y muy inferior al que se practica en las clínicas privadas. El Dr. Christiane Haas, asesor de salud de la Cruz Roja Alemana señala: “En un país como Bangladesh, donde todavía más de dos tercio del gasto de salud se financia en forma privada pagando del bolsillo, hay potencial para que los centros de salud de la Media Luna Roja sirvan de modelo de mecanismos de financiación de centros comunitarios de salud. Este método, junto con la buena gestión de un fondo pobres, contribuye a reforzar el acceso equitativo a la atención de salud y la justicia en el gasto de salud, sobre todo, en las zonas rurales.”

Por ejemplo, la consulta médica en las clínicas cuesta dos o tres centésimos por paciente y la atención de un parto normal, tres dólares. Cada comunidad aporta a un fondo para pobres con el que se sufragan los gastos de quienes no pueden permitirse pagar esos honorarios. El Dr. A. S. Haider, ex director de salud de la Sociedad Nacional, actualmente en misión en Haití, explica: “El fondo para pobres es un ejemplo de cómo las comunidades trabajan juntas para eliminar las desigualdades en salud en el plano local. La comunidad demostró verdadera motivación y en los seis últimos años apoyó dicho fondo en el centro de atención materno-infantil.”

Shahida Begum, ex obrera agrícola de 18 años que vive en un barrio marginal de Daca, pudo ser atendida gracias a la labor de la Media Luna Roja y los aportes de su comunidad. La Sra. Begum y su esposo, conductor de *rickshaw*, se trasladaron a Daca en busca de trabajo. Poco después ella quedó embarazada y como sufría de anemia y desnutrición comenzó a sentirse mal física y mentalmente. Entonces, una voluntaria de salud comunitaria visitó su hogar y la derivó al centro Jamila Khatun para que la atendieran durante el embarazo.

La Sra. Begum acudió a dicho centro y una partera comunitaria de la Media Luna Roja la asesoría y le prestó atención prenatal; como no podía pagar esos servicios, pidió ayuda financiera al comité de gestión del centro. Entonces, recibió atención gratuita, pues la pagó el fondo comunitario y el 29 de enero dio a luz un bebé sano en ese mismo centro. Hoy, la Sra. Begum es una defensora de la labor de la Media Luna Roja en su comunidad y alienta a familiares, vecinos y amigos para que vayan a consultar y atenderse en el centro. Cada año, la Media Luna Roja llega a un número creciente de mujeres y niños.

Muchos centros de salud contaron con el apoyo de la Cruz Roja Alemania durante 10 años y en junio de 2011, ambas Sociedades Nacionales celebraron la transferencia de responsabilización y liderazgo a la Media Luna Roja de Bangladesh en cuyos centros de salud materno-infantil se prestan servicios de atención primaria de salud a precios abordables a mujeres y niños pobres y marginados de Bangladesh.



Capítulo 1. Centrarse en las mujeres y las/ los niñas/niños es un buen punto de partida

El presente informe recoge algunos tropiezos y triunfos de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja en su labor para eliminar las desigualdades en salud que afectan principalmente a mujeres y niños. Los estudios de caso pueden servir de ejemplo sobre la manera de eliminar o reducir esas desigualdades. Los formuladores de políticas pueden adaptar las enseñanzas a las necesidades de sus comunidades y modelar las políticas en consecuencia. Asimismo, este informe muestra que el camino para llegar a la igualdad de la salud es arduo pero esperanzador y que centrarse en las mujeres y los niños es un buen punto de partida.

Las necesidades propias de la mujer y de las/los niñas y niños

Nuestra atención debería focalizarse en las mujeres y los niños no solo porque tienen más probabilidades de verse aquejados por las desigualdades en salud, sino también porque son el portal para mejorar la salud de toda una población. Por falta de acceso a prevención, tratamiento, atención y apoyo, las mujeres son más vulnerables a dichas desigualdades, ya que su constitución biológica requiere más atención. El embarazo y el parto son hechos de la vida que exponen a las mujeres a mayores riesgos, lo que implica que necesiten más atención médica.

Además, las mujeres viven más que los hombres, por lo cual, hay mayores riesgos de desarrollen problemas de salud crónicos que requieren atención médica.²⁸ Por su constitución biológica, las mujeres son más susceptibles de contraer el VIH en relaciones sexuales sin protección.²⁹ Asimismo, algunas enfermedades, incluidos el VIH y el sida, afectan a la mujer en forma desproporcionada. Por ejemplo, las mujeres representan la mayoría de quienes viven con el VIH en el África subsahariana y determinados países del Caribe,³⁰ y a escala mundial, el VIH y el sida son la principal causa de muerte de mujeres en edad de procrear.³¹

Las diferencias biológicas se traducen en desigualdades sociales que exacerban las vulnerabilidades

Desigualdades más amplias entre el poder de hombres y mujeres pueden impedir que ellas ejerzan el control sobre su propia salud. Por ejemplo, las mujeres pueden tener menos posibilidades de negociar relaciones sexuales más seguras y pedir a su pareja que use preservativos.³² Además, las esperanzas de vida más largas pueden contribuir a que las mujeres dependan física y financieramente de quienes les cuidan y a causa de esa dependencia, las mujeres mayores se exponen al riesgo de ser víctimas de violencia.³³

La salud de la madre y la salud de los hijos están estrechamente vinculadas, por lo cual, reducir la carga de las desigualdades en salud que pesa sobre las mujeres mejora la salud de los niños y viceversa. Por ejemplo, más del 90 por ciento de los niños que viven con el VIH, lo contrajeron por transmisión materno-infantil, ya sea durante el embarazo, al nacer o a través del amamantamiento.³⁴

Datos

Las mujeres representan la mayoría de quienes viven con el VIH en el África subsahariana y determinados países del Caribe, y a escala mundial el VIH y el sida son la principal causa de muerte de mujeres en edad de procrear.

“La constitución biológica de la mujer requiere más atención. El embarazo y el parto son hechos de la vida que exponen a las mujeres a mayores riesgos para la salud, por lo cual, necesitan más atención médica.”

Obesidad y malnutrición

Hoy en día, las mujeres y los niños más vulnerables pueden verse aquejados por el hambre y la desnutrición, o bien, por la obesidad la sobrealimentación que, a su vez, les exponen a enfermedades no transmisibles. De una u otra forma, ambos fenómenos están estrechamente vinculados con la pobreza.

ESTUDIO DE CASO – MALAWI

Capacitación de las comunidades para luchar contra la violencia de género

El campamento de Dzaleka en Malawi, es el lugar de residencia temporaria de más de 10.000 refugiados, la mayoría de Burundi, la República Democrática del Congo y Rwanda. La vida en el campamento es difícil; algunos se dan a la violencia y mujeres y niños son vulnerables al abuso físico y sexual. Janette Honore, voluntaria que forma parte del comité contra la violencia de género, explica. “Una chica puede necesitar jabón y loción, entonces para ayudar, los hombres quieren favores sexuales.”

Dado que la violencia contra la mujer es un grave problema de salud y una violación de los derechos humanos, la Cruz Roja Malawiana capacita a los refugiados del campamento para que controlen la violencia de género en sus comunidades. La Sociedad Nacional también les sensibiliza sobre dicha violencia y les dota de conocimientos y competencias para responder a ella. “Las principales partes interesadas de la violencia de género son los propios refugiados”, señala Joseph Moyo, gerente de desplazamientos de población de la Cruz Roja Malawiana.

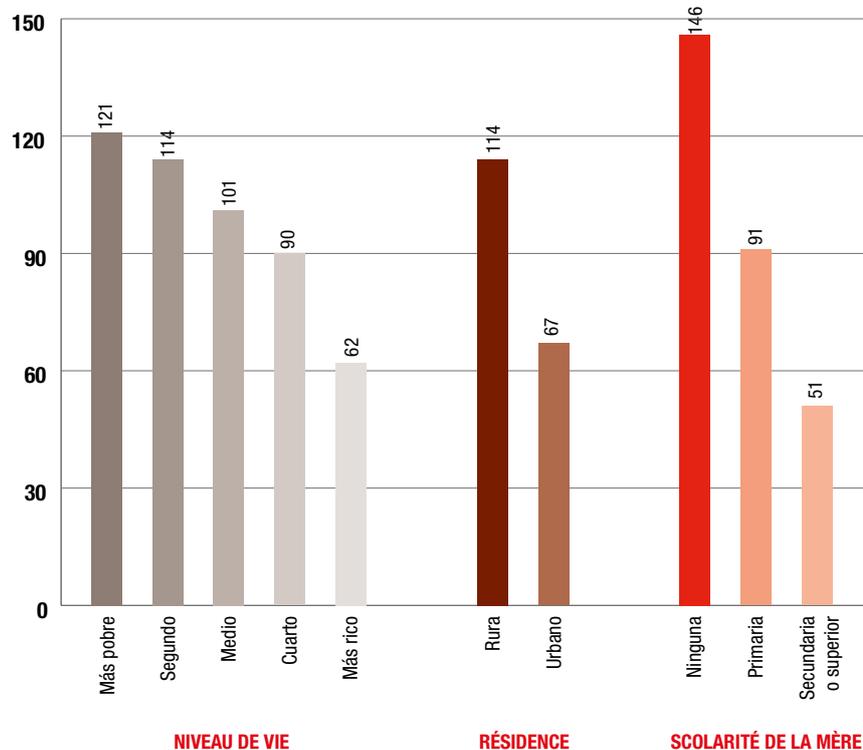
La Cruz Roja distribuye folletos y difunde mensajes clave, capacita a voluntarios para que instruyan respecto a la violencia de género en los idiomas que se hablan en el campamento; también ayuda a resolver esa violencia ofreciendo mediación, asesoría psicosocial y actividades de generación de ingresos a las víctimas. Llegado el caso, ayuda a las víctimas a reclamar justicia a través del sistema jurídico formal. El sargento Christopher Sibale mide el éxito de la Cruz Roja Malawiana por el aumento del número de casos denunciados. Antes las mujeres eran “victimizadas y menospreciadas”, pero ahora se presentan. Las actividades de sensibilización tuvieron “un verdadero impacto”.

Los niños que viven en los hogares y zonas rurales más pobres y cuya madre tiene poca instrucción corren un mayor riesgo de morir antes de los cinco años

Tasa de mortalidad de menores de cinco años por quintil de riqueza, residencia y educación de la madre 2000-2010 (muertes por 1.000 nacidos vivos)

Nota: El cálculo se basa en las encuestas de demografía y salud hechas en 39 países más recientemente, después de 2005, y el ulterior análisis del UNICEF de las tasas de mortalidad de menores de cinco años por quintil de riqueza, las tasas por residencia de 45 países y la tasas de educación de la madre de 40 países. La media se calculó ponderando las tasas de mortalidad de dichos menores por el número de nacimientos. Las estimaciones concretas de cada país obtenidas de las citadas encuestas corresponden a los 10 años anteriores a las mismas. Por consiguiente, los niveles o las tendencias pueden haber cambiado desde entonces y hay que ser cauto en la interpretación de esos resultados.

Traducción libre de la fuente del original inglés:
http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf



ONUSIDA tiene el objetivo estratégico de eliminar la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el sida para 2015, lo que implica ofrecer terapia antirretroviral de las mujeres que viven con el VIH para su propia salud y administrar profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión del virus a los hijos.³⁵ Ese método muestra cómo la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo de pacientes con VIH genera beneficios no solo en términos de salud materna sino también de salud infantil.

La carga de cuidar a niños y ancianos enfermos recae principalmente en las madres y otras cuidadoras, lo que implica una pérdida de ingresos al tener que ausentarse del trabajo y redundando en el ulterior empobrecimiento de las familias. La pobreza, a su vez, limita el acceso a los recursos para gozar de buena salud, impide el tratamiento en caso de salud precaria y perpetúa la mala salud de mujeres y niños. Así comienza una espiral descendente.

Doble riesgo y doble desatención: el VIH y las mujeres que consumen o usan drogas

Muchas mujeres que consumen drogas no tienen la facultad de negociar relaciones sexuales más seguras; aun así, la mayoría de las estrategias de prevención del VIH las responsabilizan de insistir en ello lo que aumenta la probabilidad de abuso físico y sexual.

Las mujeres usuarias de drogas suelen contar con su pareja para que se las procuren y, dado que por lo general es la pareja quien la inyecta, son las segundas en utilizar la jeringuilla, lo que aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH u otros patógenos. Negarse a compartir agujas y jeringas implica que las consumidoras de drogas se expongan a la violencia física y sexual del compañero íntimo, lo que también aumenta la probabilidad de contraer el VIH.

En las consumidoras de drogas, en particular de cocaína cristalizada, la prevalencia de violencia física y sexual a lo largo de su vida, incluida la perpetrada por el compañero íntimo, es tres veces superior a aquella de las mujeres que no las consumen. La violencia perpetrada por el compañero íntimo es un factor de riesgo mayor de infección por el VIH.^{37y38} No obstante, las estrategias de prevención del VIH basadas en pruebas que abordan holísticamente estas interacciones complejas son contadas.

En breve, la desigualdad entre los géneros dificulta a las mujeres la negociación de relaciones sexuales más seguras, esto suele estar aún más incrementado cuando hay consumo de drogas. Lo que se repite e incrementa es el abuso de poder y la desigualdad entre los géneros, que vulnerabiliza y expone más las mujeres.

Salud reproductiva y las mujeres usuarias de drogas inyectables

El drama de las mujeres que sufren violencia y trauma sexual de sus compañeros íntimos se ignora en la mayor parte de las estrategias y solo en algunas se siguen subrayando la necesidad de servicios de salud reproductiva, particularmente, para las presas y trabajadoras del sexo.

En muchos países, las consumidoras de drogas que están embarazadas no tienen acceso a servicios de prevención y tratamiento del VIH. En la mayoría de los programas no se instruye a la mujer sobre los efectos del consumo de drogas durante el embarazo y muchas se exponen a sanciones penales se siguen consumiéndolas cuando están embarazadas. A causa del estigma y la criminalización del consumo de drogas durante el embarazo, las mujeres ocultan su adicción a los proveedores de atención de salud, lo que pone en riesgo al feto por falta de acceso a servicios de prevención de la transmisión materno-infantil.

Asimismo la falta de instalaciones o programas de atención infantil dificultan aún más el acceso de las madres drogodependientes a los servicios que tanto necesitan. No abordar las necesidades de las consumidoras de drogas que están embarazadas implica que el ciclo de adicción e infección por el VIH se transmita a la próxima generación.

Las mujeres y niños/niñas y la salud: los problemas³⁶

- **La mortalidad y la discapacidad maternas e infantiles**
La salud es un derecho humano fundamental y en aquellos países donde los niños mueren a una edad temprana y las madres en el acto de dar la vida, la injusticia persiste.
- **El espectro de la problemática de la salud sexual y reproductiva**
Las dificultades urgentes abarcan las ETS, la violencia sexual y el acceso a servicios de salud reproductiva.
- **Todas las formas de enfermedad y discapacidad que afrontan las mujeres a lo largo de su vida.**
- **El tema de las mujeres y la salud incluye las funciones de las mujeres en el sistema de salud**
Desde su función de cuidadoras informales al hecho de ser las primeras en la toma de decisiones sobre la salud de su familia, pasando por su función cada vez más importante de profesionales de la salud.
- **Las diferencias entre el acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud y la calidad de aquellos que reciben unos y otras.**



Capítulo 2. El momento de actuar es ahora

Ya es hora de reducir la carga de las desigualdades en salud que pesa sobre mujeres y niños, no solo porque forman parte de los más vulnerables, sino también porque las intervenciones tienen un efecto multiplicador. En virtud del tándem que forman la salud de la mujer y la del niño, los esfuerzos para reducir las barreras a la igualdad de salud que obstaculizan a las mujeres, también deben beneficiar a los niños y viceversa. Además, los beneficios se extienden a familias y comunidades.

El avance en la consecución de los ODM encubre las cargas

Las estimaciones de 2011 de la ONU confirman que se sigue avanzando en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5 relativos a la reducción de la mortalidad infantil y materna. En lo que respecta a la mortalidad de menores de cinco años, la estimación de la ONU señala un avance sostenido indicando que en 2010 hubo 7,6 millones de muertes, lo que representa un avance significativo respecto a la estimación de más de 12 millones en 1990. La tasa de reducción también se aceleró, particularmente en el África subsahariana, donde el ritmo del cambio se duplicó desde 1990 a razón de una disminución del 2,4 por ciento anual de la mortalidad infantil en el período 2000-2010.

La buena noticia es un importante marcador de progreso en el esfuerzo para salvarle la vida a millones de niños pequeños todos los años. Claramente, vamos por buen camino, pero aun así no hemos avanzado suficientemente rápido, pues se prevé que solo nueve países en desarrollo alcanzarán los ODM 4 y 5 en 2015. Mientras tanto, la carga global es cada vez más ladeada; el África subsahariana carga con el 49 por ciento del número total de muertes de menores de cinco años cuando en 1990 solo cargaba con el 33 por ciento.

Si bien el avance en la consecución de los ODM aporta beneficios para la mayoría, desgraciadamente, en muchos casos, los más vulnerables quedan a la zaga. Los ODM son un punto de encuentro global y representan objetivos de desarrollo que se pueden lograr en todas partes de la Tierra, incluso en aquellos lugares más desfavorecidos y con pocos recursos. Ahora bien, se trata de promedios que suprimen los extremos y, inevitablemente, ocultan la distribución desigual de los recursos de salud y la desigualdad de los resultados de salud de los más vulnerables.

En Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2011 se declara francamente que “a pesar del progreso logrado, no se está socorriendo a los más vulnerables.” Por ejemplo en Asia sudoriental, no hubo disminuciones del hambre de los niños del quintil de hogares más pobres.³⁹ En todo el mundo, los niños de las áreas rurales tienen dos veces más probabilidades de morir antes de los cinco años que aquellos de las áreas urbanas⁴⁰ y los niños de los hogares más pobres tienen una probabilidad entre dos y tres veces mayor de morir antes de los cinco años que los niños de los hogares más ricos.⁴¹

Lo mismo se aplica a las estimaciones de mortalidad neonatal más completas obtenidas hasta la fecha y publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de agosto de 2011.^{***} Se estimaba que el número mundial de nacidos

“Las mujeres, los habitantes rurales, las personas con discapacidades y otros grupos excluidos, en muchos casos, quedan muy a la zaga de los promedios del progreso nacional en lo que respecta a los ODM, incluso cuando los países en su conjunto avanzan hacia los mismos [...] La negación de los derechos humanos y la persistencia de la exclusión, la discriminación y la falta de rendición de cuentas son [...] otros tantos obstáculos en la consecución del desarrollo humano y los ODM.”

Helen Clark, Administradora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Traducción libre.

*** http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/en/index.html

muertos ascendía por lo menos a 2,65 millones (margen de incertidumbre de 2,08 millones a 3,79 millones) en 2008 (≥ 1.000 g de peso al nacer o ≥ 28 semanas de gestación). El número de neonatos muertos varía significativamente entre 2 por cada 1.000 nacimientos en Finlandia y más de 40 por 1.000 nacimientos en Nigeria y Pakistán. De hecho, alrededor del 98 por ciento de esa cifra ocurre en países de bajos y medianos ingresos. A escala mundial, el 67 por ciento de muertes de neonatos sobreviene en familias rurales y el 55 por ciento en zonas rurales del África subsahariana y Asia meridional donde el número de parteras calificadas y cesáreas es mucho más bajo que en zonas urbanas. Se estima que todos los años hay un total de 1,19 millones de muertes intraparto (margen de incertidumbre de 0,82 millones a 1,97 millones).⁴²

Ahora bien, eso se puede cambiar. Centrarse en quienes enfrentan las mayores desigualdades en salud puede generar enormes beneficios en la consecución de los objetivos de desarrollo.⁴³ Un enfoque equitativo de los ODM, un compromiso concertado y la consiguiente acción deberían configurar el camino por delante.

ESTUDIO DE CASO – ECUADOR

Mejores condiciones de vida y fortalecimiento de la identidad de la población andina de Cotacachi

La Cruz Roja Ecuatoriana mejora las condiciones de vida y fortalece la identidad comunitaria de la población andina de Cotacachi. La idea es reforzar las prácticas de la medicina tradicional y la educación bilingüe interculturales.

La Dra. Glenda Gutiérrez, Coordinadora Nacional de Salud y Desarrollo Comunitario de la Sociedad Nacional explica: “Ponemos el énfasis en la forma de procesar plantas medicinales para la industrialización y comercialización de productos, de esa manera a mediano y largo plazo, serán sostenibles. Actualmente, el proyecto es gestionado por la Unión de Organizaciones Campesinas Indígenas de Cotacachi, parteras, voluntarios y el comité central de mujeres.

Este proyecto permitió reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, gracias a un mejor acceso a los servicios tradicionales y la incorporación de 25 nuevos agentes de salud tradicionales. Campañas de salud intercultural contribuyeron al proceso de hacer renacer rituales andinos como los de los dos solsticios y el equinoccio. El proyecto también propició la creación de nuevas zonas de producción para materias primas y una planta de procesamiento para industrializar plantas medicinales con mujeres del lugar.

<http://www.saludancestralcruzroja.org.ec/web/>



Los derechos humanos son el marco idóneo para eliminar las desigualdades en salud

Los derechos humanos ofrecen un marco útil para eliminar las desigualdades en salud porque se trata de derechos que nos pertenecen a todos, que reflejan las obligaciones existentes y sientan las bases para proceder a un examen completo de los marcos jurídicos nacionales para el cambio. Algunos relacionados con las desigualdades en salud son los derechos a la vida, la salud, la alimentación y la nutrición, el agua y la educación. Además, actores no estatales pueden guiarse por las normas en materia de derechos humanos para reducir la desigualdad de acceso a la salud.

Por ejemplo, los Estados parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tratado que contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud, están obligados a respetar, proteger y asegurar la plena efectividad de ese derecho.⁴⁴

- Respetar el derecho a la salud significa que los Estados deben abstenerse de negar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos grupos vulnerable como las mujeres, los niños o las minorías; además, en lo que respecta al disfrute del derecho a la salud, los Estados tampoco pueden limitar el acceso a los bienes de salud, incluidos aquellos relacionados con la salud reproductiva y sexual.⁴⁵
- Proteger significa que los Estados deben tomar medidas para garantizar que terceros no interfiera en el derechos a la salud, por ejemplo, exigiendo el permiso del cónyuge o el padre para tener acceso a los servicios de salud.⁴⁶
- Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud, incluidos el diseño y la realización de un plan nacional de salud.⁴⁷ Los tratados internacionales de derechos humanos reconocer las necesidades y vulnerabilidad propias de las mujeres y los niños, y les garantizar el derecho a una protección especial.⁴⁸

El derecho al nivel más alto nivel posible de salud física y mental incluye el derecho a obtener servicios de salud sin temor de castigo a causa de las normas culturales o la presión de la familia a escala nacional. Aquellas políticas que puedan resultar en una morbilidad innecesaria o mortalidad prevenible son infracciones de la obligación estatal de respetar el derecho a la salud; este último, al igual que cualquier otro derecho, está inherentemente garantizado por el derecho internacional y sin discriminación. Un enfoque holístico de las desigualdades en salud sustentado por los derechos humanos contribuye a “nivelar al alza” o mejorar la salud de las mujeres y los niños más vulnerables sin comprometer la salud de los demás.⁴⁹ Se deberían tomar medidas concretas para respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud, por ejemplo, estrechando las desigualdades en salud en todo el espectro de la población, tanto entre ricos y pobres como entre los más vulnerables.

Asimismo, en un reciente informe contundente del Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud se dice “los Estados deben adoptar medidas para asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de aborto legales, seguros y de calidad”, pero la dificultad reside en saber cuántos Estados cambiarán de hecho sus políticas con arreglo a ese informe.⁵⁰

“Intencional o inadvertidamente, los proveedores de atención de salud pueden prestar una atención que avergüenza, humilla o falta el respeto a las mujeres, lo que desalienta la utilización de servicios de salud.”

Datos

En Sierra Leona se suprimió la tarifa del usuario y el número de niños menores de cinco años atendidos en instalaciones de salud aumentó un 214 por ciento.



Capítulo 3. La escala del problema: las dimensiones de las desigualdades en salud

Los sistemas de salud pública: causa y solución de las desigualdades en salud

Si bien estos sistemas pueden promover la buena salud también pueden crear desigualdades en salud, pero también están llenos de posibilidades de cambio.⁵¹ Para eliminar las desigualdades en salud, todo el mundo, pero sobre todo grupos en situación de vulnerabilidad como las mujeres y los niños, debería estar al alcance de una atención de calidad, disponible, accesible y aceptable. Disponibilidad significa contar con instalaciones, bienes y servicios de salud. Accesibilidad implica que los recursos de salud no sean discriminatorios y permitan que todo el mundo –independientemente de la geografía, las finanzas y el acceso a la información– pueda sacar ventaja de ellos. Por ejemplo, la inversión en centros de atención terciaria, como hospitales de alta tecnología y establecimientos de atención especializada, benefician en forma desproporcionada a los ricos a expensas de los pobres.

Las tarifas oficiales de los servicios también pueden disuadir a las poblaciones pobres de buscar tratamiento. En cambio, la supresión de las mismas puede aportar beneficios claros y rápidos en términos de accesibilidad. Por ejemplo, en Sierra Leona se suprimió la tarifa del usuario y el número de niños menores de cinco años atendidos en instalaciones de salud aumentó un 214 por ciento.⁵² Si esas tarifas oficiales son chocantes también pueden ser disuasivas. Al respecto, el precio del transporte de ida y vuelta al centro de salud, el cansancio que supone recorrer largas distancias y la pérdida de ingresos u oportunidades de trabajo también influyen.⁵³

La aceptabilidad estriba en asegurar que las instalaciones, los bienes y los servicios de salud se ajuste a las creencias locales; por ejemplo, en muchos casos, esas creencias impiden hablar de sexos y prácticas sexuales, violación y violencia del compañero íntimo.⁵⁴ Considerar cuestiones de género, como poner a disposición mujeres profesionales de la salud, es importante para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud y el uso de los mismo. La accesibilidad cultural también incluye la prestación de prevención, tratamiento, atención y apoyo en el idioma que hablan y entienden los pacientes.⁵⁵ La falta de una atención de calidad, como las parteras calificadas o servicios obstétricos de urgencia, puede implicar que la limitada atención disponibles sean inadecuada y, posiblemente, incluso dañina. Una planificación clara y oportuna es esencial; saber exactamente lo que hay que hacer cuando surge un problema puede contribuir a salvar vidas.

La vasta mayoría de proveedores de atención de salud prestan servicios loables y, a menudo, en circunstancias difíciles. Con frecuencia son los guardianes de los conocimientos, los servicios y los bienes relacionados con la salud y hacen aportes vitales para que los sistemas de salud sean de calidad, disponibles, accesibles y apropiados. Ahora bien, eso no quita que existan prácticas corruptas, tales como la explotación de la mujer, la negación arbitraria de servicios o el soborno, que impiden el acceso.⁵⁶ Por creencias moralistas, profesionales de la atención de salud pueden negar servicios de salud reproductiva a adolescentes, mujeres solteras y mujeres sin hijos, bloqueando de hecho el acceso de todas ellas a la atención que necesitan.⁵⁷

Cobertura universal de los servicios de salud

Hoy en día, la mayoría de la atención de salud se paga directamente del bolsillo, lo que genera catastróficos gastos médicos. Muchos países adhirieron a la cobertura universal como un importante objetivo de desarrollo de los sistemas de financiación de la salud, pero para llegar esa solución a largo plazo, hacen falta respuestas flexibles a corto plazo. No hay una receta universal. De hecho, a muchos países les llevará algunos años lograr la cobertura universal y el sendero es complejo. En parte, las respuestas que adopte cada país estarán determinadas por su propia historia y la forma en que se desarrollaron sus sistemas de financiación de la salud hasta ahora, así como por las preferencias sociales relacionadas con los conceptos de solidaridad.

Fuente del original inglés:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/>

Intencional o inadvertidamente, los proveedores de atención de salud pueden prestar una atención que avergüenza, humilla o falta el respeto a las mujeres, lo que le disuade de buscar atención o asesoría médica.⁵⁸ Mejorar la calidad y la índole de las interacciones entre paciente y proveedor mediante un mayor compromiso con las prácticas éticas y el respeto de los derechos humanos, incluidas la autonomía y la confidencialidad, pueden reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y mejorar el acceso a la atención de salud. Las medidas prácticas para lograrlo abarcan la exposición de los derechos del paciente en centros de salud, la adopción de cartas de ética y la creación de comisiones de ética independientes.

ESTUDIO DE CASO – AFGANISTÁN

Atención accesible desde el punto de vista cultural en regiones apartadas del país

Afganistán es uno de los países menos adelantados del mundo; según la OMS, el 70 por ciento de la población vive en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad de salud,⁵⁹ además, la mortalidad materna es una de las más altas del mundo.⁶⁰ Con ayuda de más de 25.000 voluntarios, la Media Luna Roja Afgana se ocupa de primeros auxilios, promoción de la salud y educación para la salud mediante programas de salud comunitaria.

Para abordar el reto sin parangón de la salud materno-infantil y del recién nacido en regiones apartadas de este país tradicional, la Media Luna Roja Afgana necesitaba un nuevo enfoque de la salud comunitaria que reconociera los valores locales y culturales, de ahí que colocara a las mujeres en el centro del proceso de la planificación y el diseño de su programa.

La Sociedad Nacional comenzó por contratar y capacitar a dos instructoras en su sede central de Kabul; ambas, que podían trabajar a condición que las acompañara algún familiar, viajaron a regiones apartadas del país y se reunieron con líderes comunitarios para hablar de los beneficios de la participación de voluntarias en la promoción de la salud y pedirles consejos para captar voluntarias.

A partir de esas conversaciones, la Media Luna Roja Afgana reclutó y capacitó a mujeres de pueblos apartados aplicando un enfoque sensible a la cultura. Las facilitadoras impartieron los cursos de formación y se impidió la participación de facilitadores. Una de las principales dificultades de impartir esa información era el analfabetismo en un país donde se estima que el 50 por ciento de los hombres y el 85 por ciento de las mujeres no saben leer ni escribir como era el caso de esas voluntarias. De ahí que las instructoras de la Media Luna Roja crear métodos innovadores de enseñanza para asegurarse sus alumnas aprendieran al dedillo los principales mensajes de salud.

Las comunidades ya se benefician de la labor de las voluntarias de la Media Luna Roja Afgana que difunden mensajes clave de salud a las mujeres de los pueblos, realizan sencillas intervenciones de salud, tales como el tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral y derivan a las mujeres a clínicas de atención antenatal, atención prenatal y planificación familiar. En un país donde se combinan las dificultades de estructura precaria, pobreza extrema, altas tasas de analfabetismo y desigualdades de género, la Media Luna Roja Afgana obra por capacitar a las mujeres a escala local para propiciar comportamientos que promueven la salud y reducir la mortalidad materna.

La pobreza en medio de las actuales tendencias universales agravan las desigualdades en salud

La pobreza, sumada a tendencias universales –urbanización, migración, envejecimiento de la población, estilos de vida poco sanos, aumento de las enfermedades no transmisibles, etc.– incide muchísimo en la creación de desigualdades, sobre todo allí donde existen grandes diferencias en el acceso

a recursos para la buena salud, tales como una alimentación y nutrición adecuadas, vivienda, agua y saneamiento mejorado. Por ejemplo, 2.600 millones de personas, es decir, el 39 por ciento de la población mundial, carece de acceso al saneamiento mejorado.⁶¹ La mayor parte de esas personas viven en el África subsahariana o en Asia. Unos 1.100 millones de personas defecan al aire libre y la mayoría vive en zonas rurales.⁶² Las desigualdades son más acentuadas en los países en desarrollo, poblaciones rurales y poblaciones urbanas pobres, lo que subraya la necesidad de desarrollo rural y una planificación urbana que se centre en la igualdad de acceso a los recursos básicos que promueven la salud y el bienestar.⁶³

Las enfermedades no transmisibles también se consideran uno de los peligros para la salud más serios y prevalentes del siglo XXI. Las interconexiones entre la salud materna, neonatal e infantil, así como el desarrollo de dichas enfermedades son cada vez más claras: la epidemia obedece a potentes tendencias prácticamente universales como el envejecimiento de la población, la urbanización rápida y no planificada y la globalización de estilos de vida poco sanos, tendencia que no es fácil invertir.

- El 80 por ciento de las muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de bajos y medianos ingresos, y un tercio de esas muertes en personas menores de 60 años.
- Algunas enfermedades no transmisibles, como el cáncer de mama, afectan específicamente a las mujeres y las adolescentes. De los 1,4 millones nuevos casos dicho cáncer detectados en 2008 alrededor de la mitad corresponde a países pobres.
- En 2010, casi 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

A raíz del aumento de la urbanización rápida y no planificada, las ciudades son semilleros de acentuadas desigualdades en salud, donde los pobres urbanos tienen considerablemente menos acceso a recursos que contribuyen a la buena salud.⁶⁴ Incapaz de seguirle el paso al crecimiento de la población, la urbanización rápida impide a muchos países en desarrollo suplir las necesidades de los residentes en la esfera de agua y saneamiento.⁶⁵

En barrios marginales urbanos, el saneamiento, la alimentación y la nutrición, la hacinamiento, la poca calidad del aire y las altas tasas de delincuencia y desempleo son algunos de los determinantes sociales que contribuyen a la precaria salud de los residentes urbanos,⁶⁶ que padecen más enfermedades y mueren antes que las personas de cualquier otro segmento de la población.⁶⁷ Vivir en barrios marginales urbanos también tiene un costo particular para mujeres y niños.⁶⁸ El agua contaminada, el saneamiento deficiente, las condiciones de vida en hacinamiento y la contaminación contribuyen a la propagación de enfermedades como la diarrea, la neumonía y la malaria.

Debido a las altas tasas de delincuencia y desempleo, los niños son vulnerables a la violencia y la explotación. Las mujeres de los barrios urbanos marginales son particularmente vulnerables por suelen tener menos instrucción, menos control sobre los recursos y menos capacidad de decisión que los hombres.⁶⁹ Por último, la urbanización puede agravar las barreas que impiden la igualdad de la salud; esto último resulta evidente en lo que respecta a las grandes desigualdades de disponibilidad de parteras calificadas en función de la riqueza. Pobreza y desigualdades en salud son interdependientes y se refuerzan recíprocamente, por lo tanto, hace falta un liderazgo gubernamental concertado para romper ese círculo. Asignar recursos financieros a los servicios de salud y aquellos determinantes sociales que contribuyen a la buena salud son puntos de partida razonables incluso en países de bajos y medianos ingresos. Por ejemplo, aumentar la eficiencia del sistema de impuestos y transferencias, y utilizar medios de financiación innovadores como altos impuestos al alcohol y el tabaco genera más fondos para la salud y permite a los gobiernos volver a priorizar sus presupuestos en aras de la equidad.⁷⁰

“Una serie de grandes organizaciones del campo de la salud, incluido el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID por su sigla en inglés), ahora tienen como objetivo primordial mejorar los resultados de la salud en el mundo pobre o eliminar la pobreza [...] reconociendo no solo la importancia de la igualdad de la salud para el desarrollo, [...] sino también el rol de la mala salud en la generación de la pobreza.”

DFID, *Assessing the Health of the Poor: Towards a Pro-Poor Measurement Strategy*, 2001. Traducción libre]

“Invertir en la salud es invertir en el desarrollo económico. Un elemento clave del desarrollo económico sostenible es la inversión a largo plazo en el desarrollo humano, sanitario y social. El mayor bien de toda sociedad es su capital humano. Este último es crucial para crear riqueza y empleo, la acumulación y transferencia sostenibles de conocimientos y competencias, así como un válido prerrequisito del desarrollo industrial, tecnológico y económico. Eso no puede lograrse en un contexto donde los altos niveles de mortalidad y movilidad, así como la baja esperanza de vida son norma.

Febrero de 2011, Nota para el Panel de discusión de alto nivel sobre financiamiento de la salud en África: “Más salud para el dinero y más dinero para la salud”. Traducción libre.]

Datos de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

- 161 proyectos en 54 países
- 8.404.880 beneficiarios previstos
- 4.215.630 beneficiarios hasta la fecha (marzo de 2011)
- 267.104.136 francos suizos, total de recursos financieros que se movilizaron

ESTUDIO DE CASO – ERITREA

Enfoque de saneamiento total, liderado por la comunidad para eliminar las desigualdades rurales

Agua y saneamiento están estrechamente conectados con la salud. La falta de acceso al agua y el saneamiento mejorados, y la falta de nociones de higiene tienen un costo particular para los niños que corren un alto riesgo de padecer enfermedades diarreicas. En Eritrea existe una desigualdad significativa entre el acceso rural y el acceso urbano al agua y el saneamiento mejorados. Solo el 54 por ciento de la población rural tienen acceso al agua mejorada mientras que en las poblaciones urbanas lo tiene el 72 por ciento. En lo que se refiere al saneamiento, las cifras revelan desigualdades aún mayores: solo el 3 por ciento de la población rural tiene acceso al mismo frente al 34 por ciento de la población urbana.⁷¹

A fin de mejorar la cobertura y reducir la desigualdad de la carga que pesa sobre quienes viven en áreas urbanas, la FICR y la Unión Europea patrocinaron un proyecto de agua y saneamiento que lleva a cabo la Cruz Roja Eritrea. Dicho proyecto engloba 120 pueblos y tienen por objetivo llegar a 145.000 personas en total.

Yosief Woldetensae, funcionario de presentación de informes de la delegación en la FICR en Eritrea Asmara, indica que “las mujeres desempeñan un papel notable en la realización del programa de saneamiento total, liderado por la comunidad”. Las iniciativas comunitarias sensibilizan sobre la higiene y alientan cambios de comportamiento utilizando el enfoque en la materia. Por ejemplo, una mujer, llamémosla Negisti,⁷² participó en una sesión de “estimulo comunitario” que, básicamente, consiste en sensibilizar rápido valiéndose de la indignación como nueva forma de movilización. Entonces, ella decidió ser promotora de saneamiento en su comunidad. Las “provocaciones” no tardaron en sensibilizar a la comunidad sobre saneamiento e inodoros y alentaron a los vecinos a dejar de defecar al aire libre.

La filial local de la Cruz Roja impartió formación a Negisti sobre sensibilización en materia higiene y saneamiento, construcción de letrinas, diseño, limpieza y reducción de enfermedades diarreicas. Encargada de movilizar a 15 hogares en actividades de higiene y saneamiento, informa que en la mayoría de los hogares a su cargo, incluido el suyo, ya no se defeca al aire libre. Negisti forma parte de los 1.969 voluntarios que movilizan a las comunidades para acabar con esa práctica que inciden directamente en la salud de niños, familias y comunidades.

Ella es un ejemplo del éxito del proyecto, pero subsisten varias dificultades tales como asegurar que las poblaciones rurales tengan un acceso constante al agua y el saneamiento mejorados y la higiene requiere la continua disponibilidad de recursos locales para construir letrinas. Y, por supuesto, siempre habrá quienes necesiten más ayuda para construirlas, por ejemplo, las personas mayores. El Sr. Woldetensae considera que los ministerios de salud, las filiales locales y los voluntarios comunitarios tienen la capacidad de abordar esas dificultades y encontrar soluciones.

En Eritrea, ya se construyeron más de 11.950 y el 83 por ciento de los beneficiarios (o 109.324 personas) recibieron mensajes de higiene y saneamiento en sesiones de estimulo comunitario y visitas casa por casa.

Las políticas públicas en pro de la igualdad ofrecen posibilidades

Leyes y políticas públicas puede crear desigualdades en el sistema de salud, pero también ofrecen posibilidades de cambio. Es preciso abrogar aquellas leyes que impiden el acceso a servicios de salud materna y perinatal, incluidas aquellas que exigen el permiso del cónyuge para los servicios de salud reproductiva y materna⁷³ o que limitan el acceso a tratamientos que salvan la vida cuando se presentan complicaciones en el embarazo.⁷⁴

La legislación y las políticas son cruciales, pero la clave está en contar con mecanismos para hacer las cumplir tales como crear un entorno comunitario de apoyo y contar con la participación de líderes tradicionales y religiosos para abordar las prácticas nocivas. Por ejemplo, en algunos países, las leyes prohíben prácticas tradicionales pero perjudiciales como la mutilación genital femenina y el casamiento infantil. Ahora bien, puede darse que esos mecanismos no existan o sean permisivos, por lo cual, esas prácticas perjudiciales persisten sin control alguno.⁷⁵

Los proveedores de atención de salud y las propias mujeres son asociados importantes para asegurar que se apliquen las leyes en pro de la igualdad. A veces, también las profesionales de la salud pueden contribuir a la injusticia. Por ejemplo, en algunos países, las leyes disponen concretamente que debe haber servicios de salud reproductiva para todos, pero algunos profesionales pueden negarse a prestarlos. Las interpretaciones erróneas de la ley, la falta de claridad o las creencias de los proveedores de atención de salud puede impedir el acceso a la igualdad de salud.⁷⁶

En un estudio llevado cabo en China, se constató que el 40 por ciento de los proveedores de atención de salud desaprobaba que el Estado ofreciera servicios de contracepción a personas solteras y el 75 por ciento consideraba que los estudiantes de secundaria no debían disponer de anticonceptivos. Además, el estudio reveló que los proveedores de servicios de planificación familiar consideraban que las personas solteras no formaban parte de sus clientes y que no tenían deber algunos de prestarles dichos servicios.⁷⁷

Por consiguiente, la voluntad y el compromiso políticos de cambiar pueden aportar cambios viables. El compromiso político y la consiguiente una evaluación de las desigualdades y los cambios políticos son los primeros pasos. Creada por decreto presidencial, la Comisión t Brasileña de Determinantes Sociales de la Salud ilustra el nivel de compromiso político que hace falta para comenzar a eliminar las desigualdades en salud. Esa comisión, integrada por 16 expertos en la materia, hizo un riguroso estudio para evaluar las desigualdades en salud del país y luego diseño soluciones políticas con conocimiento de causa para abordar las desigualdades constatadas.⁷⁸



Capítulo 4. La respuesta de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

Un enfoque holístico de la igualdad de la salud sustentado en los derechos humanos

El personal y el voluntariado de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja consideran que quien necesita atención de salud –ya sea hombre, mujer, adolescente o niña/o– tiene derecho a ella, independientemente de donde esté o viva y que debería tener acceso a servicios de salud gratuitos en una forma que respete su dignidad.

A escala mundial, la Cruz Roja y la Media Luna Roja cumplen una función crucial protegiendo los derechos humanos de los pacientes, aliviando sus sentimientos de alienación, luchando contra el estigma y la discriminación y abogando incansablemente por que se aborden las desigualdades de la salud.

La fuerza de la respuesta de la Cruz Roja y la Media Luna Roja a las desigualdades en salud reside en sus 13 millones de voluntarias/voluntarios, pues siendo miembros de su respectiva comunidad, conocen o pueden localizar a quienes quedan al margen de la red, ya sea por motivos financieros, geográficos culturales o de cualquier otra índole. La Cruz Roja y la Media Luna Roja no tratan de reemplazar ni copiar ningún sistema formal de salud, sino más bien complementarlo.

El voluntariado atiende a quienes más lo necesitan y que por una u otra razón no tienen acceso al sistema formal de salud: grupos que se encuentran en situación de marginación y vulnerabilidad. Los voluntarios pueden derribar barreras de acceso, sensibilizar, alentar comportamientos que promueven la salud y capacitar a aquellos a quienes no llegan los sistemas formales de salud. Las voluntarias y los voluntarios son un verdadero recurso valioso.

Prestación de prevención, tratamiento, atención y apoyo cuando y donde se necesiten

Es esencial mejorar el acceso equitativo a la atención de salud a precios razonables junto con la disponibilidad de prevención, tratamiento, atención a apoyo en el momento oportuno y el lugar apropiado. Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja aplican el enfoque de la salud y los primeros auxilios basados en la comunidad para mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Ya se trate de prestar atención a domicilio, vacunar o promover servicios de salud, los voluntarios contribuyen en gran medida a reducir la desigualdad de acceso a la atención de salud en sus comunidades.

El principio de imparcialidad

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

¿Qué pueden hacer gobiernos, legisladores y formuladores de políticas para eliminar las desigualdades en salud?

- Asignar recursos a la salud en función de las necesidades y a partir de pruebas contundentes de “lo que funciona”.⁷⁹
- Aplicar el enfoque del continuo de atención de la mujer centrándose en las etapas clave de la vida: de los servicios de salud reproductiva a aquellos de planificación familiar, pasando por la atención previa al embarazo, la atención prenatal y la atención perinatal (prestada por parteras calificadas). La atención posnatal debería proseguir durante la primera infancia del niño e incluir la prevención y el tratamiento de enfermedades infantiles.⁸⁰
- Contraer un firme compromiso con la igualdad y la no discriminación en la prestación de salud materna, neonatal e infantil.

¿Cómo pueden ayudar las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja?

- Por contar con una fuerte base de voluntarios, las Sociedades Nacionales se encuentran en posición de redoblar los esfuerzos basados en la comunidad para llegar a las mujeres y las/los niñas/niños en situación de más vulnerabilidad. Los ejemplos abarcan la mayor sensibilización de las mujeres sobre la planificación familiar, el momento y espaciamiento de los embarazos, la promoción de controles prenatales de la embarazada, el amamantamiento exclusivo y la protección térmica del recién nacido.⁸¹
- Cabe mencionar que respecto al acceso igualitario a la salud de las mujeres, siempre lo estamos definiendo para las mujeres en edad fértil y siempre relacionado a su rol de reproductora (mujer envase) de alguna manera perpetuando la desigualdad por género. Pero la desigualdad en el acceso a la salud, basada en la desigualdad de género es un concepto mucho más amplio.
- En calidad de auxiliares de los poderes públicos, las Sociedades Nacionales pueden exhortar a los gobiernos a priorizar la igualdad de la salud y ofrecer una conexión vital entre gobiernos y comunidades; esa posición sin parangón implica que puedan informar a legisladores y formuladores de políticas acerca de las necesidades de las mujeres y las/los niñas/niños en situación de más vulnerabilidad, así como subrayar los obstáculos que afrontan para acceder a la atención de salud comunitaria.
- Las Sociedades Nacionales pueden forjar asociaciones con otras organizaciones de la sociedad civil para verificar y evaluar el avance en la reducción de las desigualdades en salud y la desigualdad de género.

Poner a disposición información precisa y fidedigna, y alentar comportamientos que promueven la salud

Sensibilizar sobre educación para la salud es indispensable para permitir que cada persona tome decisiones autónomas con conocimiento de causa en lo que respecta a su propia salud y lograr una distribución más equitativa del poder, el dinero y los recursos. La educación para la salud en general, como la higiene y los primeros auxilios elementales, pueden adaptarse al contexto local (por ejemplo, enseñar a nadar en zonas expuestas a inundaciones) lo que refuerza la resiliencia comunitaria al dotar a los vecinos de las competencias necesaria para llevar a diario un vida sana y saber gestionar sus propias vulnerabilidad durante emergencias.

La sensibilización permite capacitar a las comunidades, ofreciendo a los que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad más vulnerables una oportunidad significativa de participar en la evaluación de las necesidades comunitarias y la demanda de igualdad en la prestación de recursos y determinantes sociales que mejoran la salud. Los voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja son un enlace vital en lo que respecta a impartir conocimientos a quienes, por lo general, quedan al margen de las campañas de sensibilización. Además, los voluntarios comprenden la resistencia al cambio, por lo cual, pueden ayudar a derribar cualquier barrera local que impida adoptar comportamientos sanos y tienen la capacidad de educar de una manera que respeta y promueve la autonomía y la toma de decisiones individuales.

ESTUDIO DE CASO – REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

Cerrar la brecha de salud una casa por vez

La Cruz Roja de la República Democrática del Congo en asociación con la Alianza GAVI,⁸² obra por hacer llegar la inmunización rutinaria a las comunidades al tiempo que se asegura que todas sus necesidades básicas se tengan en cuenta. Los voluntarios son un recurso esencial en las campañas de inmunización, pues van puerta por puerta en sus comunidades para recorrer el último y llegar, en este caso, a niños menores de cinco años y mujeres embarazadas a quienes no llega el sistema formal de salud.

En el país, la mortalidad de los menores de cinco años se cifra en 199 por 1.000 nacidos vivos⁸³ y es la quinta tasa más alta del mundo.⁸⁴ La cobertura de inmunización es muy desigual; por ejemplo, solo el 56 por ciento de los niños de un año que viven en zonas rurales fue vacunado contra el sarampión frente al 73 por ciento en las zonas urbanas.⁸⁵ La Cruz Roja de la República Democrática del Congo, junto con GAVI, desempeñaron un rol clave en llegar a los niños más inalcanzables de zonas apartadas. Dicha alianza asignó más de cinco millones de dólares al proyecto y los voluntarios de la Cruz Roja lo hicieron llegar a los más vulnerables.

La Sociedad Nacional progresó significativamente en lo que se refiere a aumentar la inmunización de rutina; capacitó y movilizó a más de 1.300 voluntarios de cinco provincias –Kinshasa, Katanga, Kivu del Sur, Kasai Oriental y Westerner– durante la primera fase de la asociación durante 2008-2009.

En la segunda fase, 2010–2011, los voluntarios concentraron sus esfuerzos en las provincias de Kinshasa, Katanga y Kivu del Sur yendo puerta por puerta en busca de las mujeres embarazadas y los niños que no estaban vacunados o cuyo calendario de vacunación estaba incompleto. Los voluntarios, que hablan el idioma de allí, sensibilizaron sobre la importancia de la vacunación, acabaron con temores y disiparon mitos acerca de la inmunización. Trabajando bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, los voluntarios contribuyeron a aumentar la tasa cobertura de la inmunización infantil de DTC3-Heb B3 llegando a más de 5.400 niños tan solo en 2011.

La República Democrática del Congo atraviesa un período de disturbios civiles al que se suma la financiación inadecuada de los servicios de salud y la escasez de trabajador de la salud calificados, por lo cual, la sostenibilidad de cualquier programa de inmunización es incierta. Impertérrita, la Sociedad Nacional trabaja junto con otras organizaciones locales en recibir fondos GAVI y aboga por presupuesto de inmunización ante el gobierno. Tras una serie de tensos debates, se aprobó un presupuesto razonable para inmunización.

¿Qué pueden hacer los gobiernos para eliminar las desigualdades en salud?

- Estar a la vanguardia de la difusión general de información fidedigna, actualizada y de calidad sobre prácticas y comportamientos prácticos sanos, sin discriminación, y adaptados al contexto local.
- Asegurar que las campañas de la educación y comportamientos que promueven respondan a las necesidades de información de la población en su conjunto, pero atendiendo en particular a aquellas de las mujeres y las niñas/los niños que se encuentran en situaciones de más vulnerabilidad.
- Contar con la participación de organizaciones en la implementación de campañas de difusión de información sobre la salud.

¿Cómo pueden ayudar las Sociedades Nacionales?

- Aprovechar sus sólidas redes de voluntarios para llegar a las mujeres y los niños más vulnerables (idem anteriores comentarios), junto con el conocimiento que tienen los voluntarios de las barreras local al cambio, amplia las campañas de educación para la salud y sobre comportamientos que promueven la salud.
- Servirse de su condición de auxiliares de los poderes públicos para alentar a los gobierno a difundir información precisa y fidedigna.
- Abogar por comportamientos que promueven la salud y reforzar las asociaciones con los gobiernos y organizaciones de la sociedad civil para ampliar la efectividad de los mensajes de sensibilización existentes.

ESTUDIO DE CASO – CAMERÚN

Derribar las barreras de la salud materna para refugiadas centroafricanas

Camerún acoge refugiados que huyen de la violencia y afronta constantes amenazas a su seguridad y violaciones de los derechos humanos de la República Centroafricana. Siendo más de 80.000, los refugiados de África central a menudo no tienen acceso al agua potable, el saneamiento y servicios de salud adecuados.⁸⁶ La Cruz Roja Camerunesa, en asociación con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), cumple una función crítica en lo que respecta a suplir las necesidades de salud reproductiva de las refugiadas concientizando sobre la importancia de la atención prenatal y las parteras calificadas.

Sus 35 voluntarios capacitados en salud reproductiva que hacen más de 700 visitas domiciliarias por mes permiten a la Cruz Roja Camerunesa llegar a las refugiadas embarazadas que no tienen acceso a los servicios formales de salud. Es labor de los voluntarios es crucial porque solo el 50 por ciento de ellas busca atención prenatal y solo el 20 por ciento da a luz en instalaciones de salud, por lo cual, el embarazo y el parto son peligrosos para esas mujeres. Visto que los refugiados centroafricanos viven más bien en la comunidad que en campamentos, las visitas domiciliarias son ideales para llegar a las refugiadas que están embarazadas. Durante esas visitas, los voluntarios buscan a mujeres visiblemente embarazadas y, una vez identificadas, les instruyen junto a sus familias sobre la importancia de la atención prenatal y las parteras calificadas.

Pero esa labor de los voluntarios es ardua, pues las creencias culturales erigen grandes barreras a la salud reproductiva y la atención materna. El Dr. Marc Assouguena, Director de Salud de la Cruz Roja Camerunesa, explica: “Para muchos refugiados que viven en Camerún, la atención prenatal no es sistemática en las costumbres de la mujer embarazada.” Muchas no la busca y aquellas que sí, suelen hacerlos a los siete meses de embarazo o después. No obstante, la labor de los voluntarios de la Sociedad Nacional contribuye a derribar algunas de esas barreras.

Durante una visita domiciliaria, una voluntaria de la Cruz Roja encontró a Abou Djibrilla, refugiada centroafricana de 20 años, que estaba embarazada de ocho meses. En preparación para el parto, viajó 150 kilómetros por un terreno accidentado usando el transporte público para llegar a la casa de la madre que vive a las afueras de Mandjou donde la Cruz Roja es la asociada principal del ACNUR.⁸⁷ Cuando la voluntaria la encontró, la Sra. Djibrilla estaba gravemente anémica y la derivó inmediatamente al centro de salud más cercano de Mandjou.

Una vez allí, se supo que necesitaba atención prenatal de emergencia, entonces, se la derivó al hospital regional para que recibiera tratamiento especializado. Desdichadamente, dio a luz antes de lo previsto, el bebé contrajo una infección neonatal y, por desgracia, falleció 24 horas después. La Sra. Djibrilla va recobrando lentamente la salud en el hospital regional.

El caso de la Sra. Djibrilla ilustra la función vital que cumplen los voluntarios vinculando a los refugiados con servicios formales de salud para que reciban atención intensiva. Cada uno de los 35 voluntarios de salud reproductiva de la Cruz Roja hacen visitas domiciliarias cuatro días por mes y los seis últimos meses llegaron a 271 mujeres embarazadas, 197 de las cuales solicitaron consultas prenatales. Cada voluntario realiza dos sesiones de charlas sobre salud por mes, sensibilizando en las comunidades sobre la importancia de la atención prenatal y los peligros de dar a luz en el hogar.

Promover la igualdad de género, capacitar a mujeres y niñas, y obtener el apoyo de hombres y niños

Eliminar las desigualdades en salud no solo implica prestar servicios de salud e impartir educación sin discriminación, sino también abordar las grandes desigualdades que se dan en la sociedad, incluida la desigualdad de género. La Cruz Roja y la Media Luna Roja obran por la inclusión social y la paz; de ahí que sus voluntarios encarnen los siete principios fundamentales del Movimiento, capaciten a mujeres y niñas, y obtengan el apoyo de hombres y niños para promover una cultura de no violencia y paz. Si bien los voluntarios

son un recurso importante para abordar esas grandes desigualdades, en última instancia, la igualdad de género requiere un firme liderazgo gubernamental, voluntad política y el compromiso de cambiar en asociación con organizaciones de la sociedad civil.

¿Qué pueden hacer los gobiernos?

- Contraer el firme compromiso de plasmar la igualdad de género, la no discriminación y la no violencia en la Constitución, la legislación y las políticas nacionales, incluidas las políticas de salud y establecer los mecanismos apropiados para hacerlas cumplir.
- Capacitar a mujeres y niñas para que conozcan y reivindiquen sus derechos.
- Obtener el apoyo de hombres y niños para lograr la igualdad de género y la inclusión social.

¿Cómo pueden ayudar las Sociedades Nacionales?

- Redoblar los esfuerzos en pro de la igualdad de género, la no violencia y la no discriminación a través de sus sólidas redes de voluntarios.
- Utilizar su condición de auxiliares de los poderes públicos para que los encargados de tomar decisiones se comprometan a plasmar la igualdad de género y la no discriminación en la Constitución, la legislación y las políticas nacionales.
- Forjar asociaciones con organizaciones de la sociedad civil para servir de fuentes de referencia para que los más vulnerables, incluidos niños y mujeres, reclamen sus derechos.

Obstáculos y oportunidades

Eliminar las desigualdades en salud que afrontan mujeres y niños es un deber mundial que requiere un esfuerzo concertado a escala comunitaria, nacional y global. Un enfoque holístico establece el marco apropiado para ofrecer acceso e información a todos sin discriminación alguna, incluidos niños/niñas y mujeres que se encuentran en situaciones de más vulnerabilidad.

Una firme voluntad política, un efectivo liderazgo gubernamental y recursos financieros y humanos son indispensables para lograr la igualdad de la salud. Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja están allí para ayudar, capacitar a las comunidades para subsanar las brechas de la salud y reforzar la resiliencia para superar las vulnerabilidades.

ESTUDIO DE CASO – REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DE COREA

Empoderamiento de la mujer mediante formación en salud y primeros auxilios comunitarios

En la República Popular Democrática de Corea (RPDC) los servicios y medicamentos son gratuitos, pero en las zonas rurales, los costos no cuantificables del acceso a la atención de salud son significativos. Para las mujeres y los niños que viven en el campo, obtener medicamentos y atención en muchos casos conlleva horas de viaje. El precario funcionamiento del sistema de transporte agrava el problema. La voluntarios de salud y primeros auxilios basados en la comunidad de la Cruz Roja desempeñan un papel crítico en acercar la atención de salud a los hogares.

La Cruz Roja de la RPDC imparte formación y mantiene más de 2.500 puestos de primeros auxilios en todo el país utilizando una sólida red de voluntarias que comparten conocimientos y llevan a cabo intervenciones de salud, simples y baratas, en comunidades rurales.⁸⁸ Un instructor comenta: “A los puestos de primeros auxilios de la Cruz Roja distantes de clínicas acuden principalmente mujeres y niños, lo que ayuda a las primeras al no tener que perder tiempo viajando hasta una clínica.”

Las voluntarias difunden la información más reciente y fidedigna sobre salud e higiene y promueven comportamientos saludables como el amamantamiento. También usan métodos simples para ayudar a tratar enfermedades infantiles; por ejemplo, las soluciones de rehidratación oral para bebés deshidratados. A veces, también ayudan a las madres para que no tengan que llevar a sus hijos al médico. Una voluntaria cuenta: “Me tocó aconsejar a madres lactantes que estaban enfermas; luego pudieron ocuparse de su bebé y ambos sobrevivieron mejor.”

La formación en salud y primeros auxilios comunitarios no solo dota a las voluntarias de competencias, también desarrolla su confianza, su fuerza y el reconocimiento de la respectiva comunidad. Una voluntaria que acaba de participar en un curso de formación impartido por la Cruz Roja afirma: “Gracias a la formación en salud y primeros auxilios comunitarios, las mujeres somos más respetadas en nuestras comunidades y se escucha nuestra voz. Los instructores y voluntarios de la Cruz Roja tienen una imagen muy buena en la comunidad, lo que indudablemente contribuyó al empoderamiento de todas nosotras.”



El camino por delante

La Cruz Roja y la Media Luna Roja consideran que las desigualdades en salud, centrándose en las mujeres y los niños/las niñas, requieren nuestra atención y acción inmediatas. La acción comienza por respetar los derechos humanos y derribar los obstáculos a la buena salud que se erigen en la salud pública, el desarrollo y los marcos jurídicos. Acabar con dichos obstáculos requiere un enfoque multisectorial, coherencia política y financiación sostenida.

Desde la perspectiva de la salud pública, el sector de la salud desempeña un papel importante para poner a disposición de los grupos en situación de más vulnerabilidad una atención de calidad que sea accesible y aceptable. Ahora bien, la prestación de servicios de salud va a la par de la sensibilización. El conocimiento y la información alientan a mujeres y niños a usar los servicios disponibles, participar en el cambio de comportamiento y exigir la igualdad en sus comunidades. Los servicios, el conocimiento y la no discriminación permiten a los más vulnerables tomar el control de su salud, lo que en última instancia, fortalece la resiliencia comunitaria.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la Cruz Roja y la Media Luna Roja abogan por políticas de peso que se inserten en un enfoque holístico de la salud. La FICR insta a los formuladores de política a proporcionar servicios de salud equitativos a madres e hijas/hijos utilizando un enfoque de atención continua; promover condiciones socioeconómicas que impliquen que las madres, sus hijos y las comunidades donde viven desarrollen una mayor resiliencia, y a emplear los derechos humanos como herramienta para lograr la igualdad en la salud y el resto de las esferas.

Eliminar las desigualdades en salud no es tarea de un solo actor. Ese reto global requiere el firme liderazgo de todos los gobiernos para priorizar la igualdad de la salud y prestar particular atención a eliminar las barreras que agobian a las mujeres y los niños más vulnerables. La FICR llama a contraer el claro compromiso de elaborar un plan de acción global que garantice que esas madres y esos niños que son quienes corren mayor riesgo no solo sean plenamente protegidos, examinados y tratados en el momento oportuno sino que también tengan acceso a los servicios de salud a los que tienen derecho.

Trabajando en coordinación con los gobiernos, las Sociedades Nacionales son un recurso importante para ofrecer acceso a la atención de salud a aquellos grupos a los que resulta más difícil llegar. Los voluntarios y las voluntarias forman parte de su respectiva comunidad y, de hecho, algunos pertenecen a grupos marginados, lo que implica que sean más capaces que nadie de identificar y llegar a quienes los sistemas formales de salud omiten.

En calidad de auxiliares de los poderes públicos, las Sociedades Nacionales se encuentran en la firme posición de ejercer presión en los encargados de tomar decisiones a fin de eliminar las desigualdades en salud en general y aquellas que aquejan a madres y niños en particular. Los donantes también desempeñan un papel importante aportando fondos para lograr el cambio, mientras que las asociaciones estratégicas con organizaciones de la sociedad civil y demás implican que todos los actores comprometidos con el cambio aúnan fuerzas para alcanzar los mismos objetivos. Juntos, mediante nuestro amplio alcance y gran capacidad, podemos contribuir a operar cambios significativos en la vida de mujeres y niños de todas partes.

ESTUDIO DE CASO – AUSTRIA

Respuesta a la violencia contra mujeres mayores en el seno de la familia

La Cruz Roja Austríaca, que se encarga de coordinar los proyectos Romper el tabú y Romper el tabú II en asociación con otras organizaciones europeas, sensibiliza sobre el creciente problema de la violencia con mujeres mayores en el seno de la familia. El silencio sobre la violencia perpetrada contra ellas limita la recolección de datos precisos, pero las estimaciones dan a entender que entre el seis y el nueve por ciento de las personas mayores es víctima de violencia.⁸⁹ Además de los factores de riesgo por cuestiones de género, la tendencia es que las mujeres sean víctimas porque viven más que los hombres y, por lo tanto, tienen más probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas que aumentan su dependencia. En la mayoría de los casos, la violencia ocurre en el hogar y los autores son el cónyuge o un hijo. Trastornos cognitivos como la demencia son otro factor de riesgo y un impedimento para denunciar el abuso.⁹⁰

El personal y los voluntarios de la Cruz Roja son un importante recurso en lo que se refiere a detectar y responder a la violencia contra mujeres mayores. “Como nuestros miembros del personal trabajan principalmente en hogares de personas mayores, a veces son el primer punto de contacto de las víctimas de abuso”, explica Karin Ploder, gerente de voluntarios de la filial de Styrian de la Cruz Roja Austríaca.

En Romper el tabú y Romper el tabú II, en el cual se elabora a partir del primer proyecto, se capacita a profesionales y voluntarios de la salud para manejar la violencia contra las mujeres mayores. Una profesional de atención de salud de Finlandia resumió sus conocimientos como sigue: “Si hay un caso de abuso físico, no lo notaré, no sé cómo detectarlo ni reconocerlo y tampoco a quién debo dirigirme.”

El objetivo de ambos proyectos es colmar esa laguna preparar a profesionales de la atención de salud para que sepan manejar situaciones de abuso instruyéndoles sobre cómo reconocer el abuso, hablar con las víctimas y denunciar casos de violencia. Dotando a dichos profesionales de competencias para combatir la violencia contra la mujer, los citados proyectos contribuyen a eliminar las desigualdades que afrontan las mujeres mayores.

Más información en inglés y otros idiomas en: www.btt-project.eu



Referencias

- ¹ Infra, nota 2.
- ² Oestergaard M. Z., Inoue M., Yoshida S., Mahanani W. R., Gore F. M. et al – *On behalf of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation and the Child Health Epidemiology Reference Group. 'Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities'* in *PLoS Medicine* 8(8): e1001080, 2011. Publicado en: [dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080)
- ³ OMS – *Global Health Observatory Data Repository: Maternal Mortality Ratio*. Publicado en: apps.who.int/ghodata/?vid=93000
- ⁴ Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega–*Thematic Report: The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2011 – Innovating for Every Woman, Every child*. Oslo 2011. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/innovation_report_lowres_20110830.pdf
- ⁵ En el presente informe se adopta una amplia interpretación de los derechos humanos y, por consiguiente, se reconocen los aportes de actores estatales o no a la realización de los derechos y la reducción de las desigualdades de salud. Aunque realizar los derechos humanos es un deber de los Estados, otros actores, incluidos donantes y organizaciones de la sociedad civil, desempeñan un papel importante contribuyendo al goce de dichos derechos y, por ende, a la reducción de las desigualdades de salud.
- ⁶ OMS – *A view of sexual and reproductive health through the equity lens*, Malarcher Shawn in *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva 2010.
- ⁷ OMS y ONU-HABITAT – *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva 2010. Páginas 42 y 43. Informe de orientación en: www.hiddencities.org/downloads/WHO_UN-HABITAT_Hidden_Cities_SPw.pdf
- ⁸ Oficina Regional de la OMS para Europa – *Millennium Development Goals in the WHO European Region: A situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen 2010. Página 6.
- ⁹ *Ibíd.*
- ¹⁰ OMS y ONU-HABITAT, op. cit. nota 4 de la página 40.
- ¹¹ Oficina Regional de la OMS para Europa – *Millennium Development Goals in the WHO European Region: A situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen 2010. Página 6.
- ¹² OMS – *Determinantes sociales de la salud*. www.who.int/topics/social_determinants/es/index.html
- ¹³ OMS – *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe Final. Ginebra 2009.
- ¹⁴ *Ibíd.*
- ¹⁵ OMS – *A view of sexual and reproductive health through the equity lens*, Malarcher, Shawn in *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva 2010.
- ¹⁶ *Ibíd.*
- ¹⁷ Oficina Regional de la OMS para Europa – *Levelling Up (Part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, Whitehead Margaret and Dahlgren Goran. Copenhagen 2006. Página 3.
- ¹⁸ World Bank – Jamison D. T., Breman J. G., Measham A. R. et al (eds.) *Investing in Health in Disease Control Priorities in Developing Countries. Second edition*. Washington DC 2006.
- ¹⁹ Declaración conjunta OMS/UNICEF – *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. www.who.int/child_adolescent_health/documents/who_fch_cah_09_02/es/index.html
- ²⁰ Secretario General de las Naciones Unidas – *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño*, Nueva York 2010. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf
- ²¹ OMS – *Informe sobre la salud en el mundo - La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra 2010.
- ²² OMS – *More skilled midwives needed to save women's and newborns' lives*. News release. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/midwifery_report_20110620/en/
- ²³ UNICEF – *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*. New York 2010. www.unicef.org/lac/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_final%281%29.pdf

- ²⁴ OMS – Health System in Bangladesh, 10 September 2010. www.who.org/EN/Section25.htm
- ²⁵ OMS – WHO Collaboration in Bangladesh: Biennial Report 2008-2009. Bangladesh 2010. Página 47.
- ²⁶ OMS – Health System in Bangladesh, 10 September 2010. www.who.org/EN/Section25.htm
- ²⁷ OMS – Colaboremos por la Salud, Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra 2006. Página 12.
- ²⁸ Cruz Roja Austríaca – *Breaking the taboo – Violence against older women in families: recognizing and acting*. Vienna, 2010.
www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/Brochure-English.pdf
- ²⁹ UNAIDS – Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva 2010. Página 130. www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm#
- ³⁰ *Ibíd.*
- ³¹ OMS – PMTCT Strategic Vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Geneva 2010.
- ³² ONUSIDA – Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva 2010. Página 130.
- ³³ Cruz Roja Austríaca, op. cit.
- ³⁴ OMS – Progress Report: Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Geneva 2010. Página 84.
- ³⁵ *Ibíd.*, página 89.
- ³⁶ Frenk J. – It's time to set a women and health agenda, *Harvard Public Health Review*, Spring/Summer 2010. www.who.int/pmnch/topics/maternal/2010_harvardphr_frenk/en/index.html
- ³⁷ Wechsberg W. M. et al. – Substance use and sexual risk within the context of gender equality in South Africa. *Subst use misuse* 2008;43: 1186-1201. *CrossRef PubMed*.
- ³⁸ El Bassel N. et al. – HIV and intimate partner violence among methadone-maintained women in New York City'. *Soc Sci Med* 2005; 61: 171-183. *Cross Ref PubMed*.
- ³⁹ ONU – Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe 2011, Nueva York 2011. Página 5.
- ⁴⁰ *Ibíd.*, página 25.
- ⁴¹ *Ibíd.*, página 26.
- ⁴² Dr. Joy E. Lawn MRCP [Paeds], Hannah Blencowe MRCPCH, Professor Robert Pattinson FCOG SA, Professor Simon Cousens DipMathStat, Professor Rajesh Kumar MD, Ibinabo Ibiebele MPH, Professor Jason Gardosi FRCOG, Louise T. Day MRCOG, Cynthia Stanton PhD. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? For The Lancet's Stillbirths Series steering committee; *The Lancet*, 23 April 2011 (Vol. 377, Issue 9775, pp. 1448–1463).
- ⁴³ UNICEF – *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*. New York 2010.
www.unicef.pt/docs/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_2a.pdf
- ⁴⁴ ECOSOC – Comité de Derecho Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14, párrafos 33–37.
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>
- ⁴⁵ *Ibíd.* párrafo 34.
- ⁴⁶ *Ibíd.* párrafo 35
- ⁴⁷ *Ibíd.* párrafo 36.
- ⁴⁸ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Artículo 4.
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>
- ⁴⁹ Oficina Regional de la OMS para Europa, op. cit.
- ⁵⁰ Consejo de Derechos Humanos de la ONU – Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/143/64/PDF/G1114364.pdf?OpenElement>
- ⁵¹ OMS – Subsana las desigualdades en una generación – Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe Final. Ginebra 2009.
- ⁵² Adam Nossiter – *In Sierra Leone, New Hope for Children and Pregnant Women*. NY Times. July 2011. Página 17. www.nytimes.com/2011/07/18/world/africa/18sierra.html?pagewanted=1&_r=1
- ⁵³ Oficina Regional de la OMS para Europa – *Answering the Millennium Call for the Right to Maternal Health: The Need to Eliminate User Fees*. Margaux J. Hall, Aziza Ahmed and Stephanie E. Swanson: 12 *Yale Hum. Rts. & Dev. L.J.* 62 (2009).
- ⁵⁴ *How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity*. Copenhagen 2010.

- ⁵⁵ *Ibíd.*
- ⁵⁶ DFID – *Addressing Corruption in the Health Sector. November 2010.* www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf
- ⁵⁷ OMS – *Promote or discourage: how providers can influence service use*, Tavrow Paula in *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation.* Geneva 2010.
- ⁵⁸ *Ibíd.*
- ⁵⁹ OMS – *Country Cooperation Strategy at a Glance, Geneva 2011.* www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_afg_en.pdf
- ⁶⁰ OMS – *Estadísticas Sanitarias Mundiales, Ginebra 2011.* www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- ⁶¹ Población con acceso sostenible a saneamiento mejorado: Aquella que tiene acceso a instalaciones adecuadas de eliminación de excretas, tales como conexión a un sistema de alcantarillado o fosas sépticas, letrina de sifón, letrina de fosa simple o letrina de fosa mejorada con ventilación. Un sistema de eliminación de excretas se considera adecuado siempre y cuando sea privado o compartido (pero no público) e impida el contacto de seres humanos, animales e insectos con las excretas. El saneamiento mejorado abarca conexiones de alcantarillado público, conexiones a sistemas sépticos, letrinas de sifón, letrinas de fosa simple y letrinas de fosa ventiladas. No se consideran de saneamiento mejorado las letrinas de cubo (donde las excretas se eliminan manualmente), las letrinas públicas y las letrinas a cielo abierto.
- ⁶² OMS y UNICEF – *Progress on Sanitation and Drinking-Water: 2010 Update.* Geneva 2010.
- ⁶³ OMS – *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud.* Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe Final. Ginebra 2009.
- ⁶⁴ OMS y ONU-HABITAT op. cit.
- ⁶⁵ OMS y UNICEF op. cit.
- ⁶⁶ OMS y ONU-HABITAT op. cit. página 8
- ⁶⁷ *Ibíd, página v*
- ⁶⁸ *Ibíd, páginas 13-14*
- ⁶⁹ *Ibíd, página 14.*
- ⁷⁰ OMS – *Informe sobre la salud en el mundo - La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal.* Ginebra 2010.
- ⁷¹ Oficina Regional de la OMS para África – *Country Health System Fact Sheet 2006: Eritrea* www.afro.who.int/en/eritrea/country-health-profile.html
- ⁷² Nombre ficticio.
- ⁷³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – *Recomendación general 24.*
- ⁷⁴ Human Rights Watch – *Over their Dead Bodies: Denial of Access to Emergency Obstetric Care and Therapeutic Abortion in Nicaragua.* New York, 2007. Véase también Human Rights Watch – *World Report 2011.* New York, 2011
- ⁷⁵ *Policy Paralysis, A Call to Action On HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa.* New York, 2003.
- ⁷⁶ OMS – *Promote or discourage: how providers can influence service use*, Tavrow Paula in *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation.* Geneva , 2010.
- ⁷⁷ X. Tu, N. Cui, C. Lou and E. Gao – *Do family-planning workers in China support provision of sexual and reproductive health services to unmarried young people?* *Bulletin of the World Health Organization.* 2004; 82: 274-280.
- ⁷⁸ Comisión Brasileña de Determinantes Sociales de la Salud – *Report of the Brazilian Commission on Social Determinants of Health.* 2008. www.who.int/social_determinants/media/brazil_cndss_final_report_exec_2008_en.pdf
- ⁷⁹ La atención universal de salud es el consenso mundial sobre los medios más efectivos de prestar dicha atención cuándo y dónde sea necesario. Véase la Declaración de Alma-Ata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. La atención universal es un ejemplo de asignación de recursos de salud en función de las necesidades para que la gente pueda ser atendida independientemente de su capacidad de pago. Incluso en países de bajos y medianos ingresos con escasos recursos de salud existen medios de aumentar los fondos estatales para la salud. Los ejemplos comprenden una mayor eficiencia del sistema tributario y de transferencias, dando prioridad al gasto de atención de salud en el presupuesto nacional y utilizando medios innovadores de recaudación como la aplicación de altos impuestos al alcohol y el tabaco, lo que no solo

permite aumentar los ingresos para la salud, sino también reducir el consumo de sustancias nocivas. Regímenes obligatorios de seguro de salud con participación en la cobertura de los riesgos aumentan los fondos para la atención de salud y permiten que las personas más vulnerables accedan a servicios de salud. En países de altos ingresos también se pueden utilizar esas técnicas. Una atención de salud a precios abordables garantiza que la gente la busque cuando está enferma sin tener que elegir entre gasto alimentario y gasto médico. Más información en el Informe sobre la salud en el mundo – La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal. OMS, Ginebra 2010.

- ⁸⁰ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño – *Consensus for Maternal, Newborn and Child Health*. 2009. www.who.int/pmnch/topics/maternal/consensus_12_09.pdf
- ⁸¹ Descripción detallada de esfuerzos concretos en: *WHO's Package of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health*. UNICEF, UNFPA, WHO and World Bank http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/fch_10_06/en/index.html#y
Véase también PMNCH, WHO and AKU – *Essential packages of care* de próxima aparición
- ⁸² Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
- ⁸³ OMS – Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra 2011. www.who.int/whosis/whostat/2011/es/index.html
- ⁸⁴ UNICEF – Estado Mundial de la Infancia 2009 - Salud Materna y Neonatal. Nueva York 2008. <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/report/report.php>
- ⁸⁵ OMS – *Democratic Republic of Congo: health profile*. Geneva, 4 April 2011. www.who.int/gho/countries/cod.pdf
- ⁸⁶ UNHCR – 2011 UNHCR Country Operations Profile – Cameroon. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=4a03e1926
- ⁸⁷ Las organizaciones de socorro humanitario dividieron el país en cinco zonas para prestar atención de salud con máxima eficiencia. La Cruz Roja es la principal asociada médica del ACNUR en la zona cinco donde fue encontrada la Sra. Djibrilla.
- ⁸⁸ FICR – *Democratic People's Republic of Korea*. www.FICR.org/docs/appeals/rpts10/MAAKP002overallFS01.pdf
- ⁸⁹ OMS – Informe mundial sobre la violencia y la salud - Capítulo 5 El maltrato de las personas mayores. Washington 2003. Páginas 138-141. www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm
- ⁹⁰ Cruz Roja Austríaca, op. cit. página 5.

Los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Humanidad El Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

Imparcialidad No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las

controversias de orden político, racial, religioso o ideológico.

Independencia El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

Voluntariado Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.



Federación Internacional de Sociedades
de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

www.ifrc.org **Salvar vidas, cambiar mentalidades.**