

IICA
PM-A1/SC-
9-29



IICA



SALUD DE LA MUJER RURAL

Dra. Sundari Ravindran

PROGRAMA III: ORGANIZACION Y ADMINISTRACION
PARA EL DESARROLLO RURAL

¿QUE ES EL IICA?

El Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) es el organismo especializado en agricultura del Sistema Interamericano. Sus orígenes se remontan al 7 de octubre de 1942, cuando el Consejo Directivo de la Unión Panamericana aprobó la creación del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, con sede en Costa Rica.

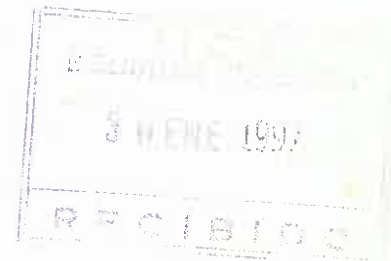
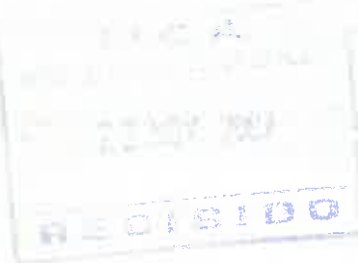
Fundado como un ente dedicado a la investigación agronómica y a la enseñanza de posgrado para los trópicos, el IICA se convirtió progresivamente, ante los cambios y las nuevas necesidades del Continente Americano, en un organismo de cooperación técnica para la agricultura. Estas transformaciones fueron reconocidas formalmente con la ratificación, el 8 de diciembre de 1980, de una nueva Convención, la cual estableció como fines del IICA estimular, promover y apoyar la cooperación entre sus Estados Miembros, para lograr el desarrollo agrícola y el bienestar rural.

Los órganos de gobierno en que participan los Estados Miembros son la Junta Interamericana de Agricultura y el Comité Ejecutivo, de los cuales emanan los lineamientos políticos que ejecuta la Dirección General. El IICA hoy posee gran alcance geográfico que le permite responder a las necesidades de cooperación técnica en los países, a través de sus Agencias de Cooperación Técnica y de cinco Centros Regionales desde los cuales se coordina la implementación de estrategias adecuadas a las características de cada región.

La participación y apoyo de los Estados Miembros y las relaciones que el Instituto mantiene con Observadores Permanentes y numerosos organismos internacionales, posibilitan que el IICA canalice recursos humanos y financieros en favor del desarrollo agrícola del Continente Americano.

El Plan de Mediano Plazo (PMP) 1994-1998 constituye el marco orientador estratégico de las acciones del IICA para el período en referencia. Su objetivo general es apoyar a los Estados Miembros para lograr la sostenibilidad agropecuaria, en el marco de la integración hemisférica, y como contribución al desarrollo rural humano. El Instituto programa su trabajo con base en las transformaciones productivas, comerciales e institucionales de la agricultura, con un enfoque integrado del desarrollo, sustentado en la sostenibilidad, la equidad y la competitividad. El IICA fija sus actividades técnicas en cuatro Áreas de Concentración: Políticas Socioeconómicas, Comercio e Inversiones; Ciencia y Tecnología, Recursos Naturales y Producción Agropecuaria; Sanidad Agropecuaria; y Desarrollo Rural Sostenible. La acción del IICA se apoya en dos Servicios Especializados: Capacitación, Educación, y Comunicación; e Información, Documentación e Informática.

Los Estados Miembros del IICA son: Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, St. Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. Los Observadores Permanentes son: Alemania, Austria, Bélgica, Comunidades Europeas, España, Federación de Rusia, Francia, Hungría, Israel, Italia, Japón, Portugal, Reino de los Países Bajos, República Arabe de Egipto, República de Corea, República de Polonia y Rumanía.



SALUD DE LA MUJER RURAL

Dra. Sundari Ravindran

ORGANIZACIONES:

Oficina de la Primera Dama (Coordinación)

- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia.
- Comisión Nacional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS).
- Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP).
- Instituto de Estudios de la Mujer, de la Universidad Nacional.
- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA).
- Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PRIEG) de la Universidad de Costa Rica.
- Secretaría Técnica de Población del Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN).

**PROGRAMA III: ORGANIZACION Y ADMINISTRACION
PARA EL DESARROLLO RURAL**

IICA
PM-A1/SC-94-29

© Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA).
Octubre, 1994.

Derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de este documento
sin autorización escrita del IICA.

Las ideas y los planteamientos contenidos en los artículos firmados son propios
de los autores y no representan necesariamente el criterio del IICA.

El Servicio Editorial y la Imprenta del IICA son responsables por la revisión esti-
lística, levantado de texto, montaje, fotomecánica e impresión de esta publicación.

Ravindran, Sundari

Salud de la mujer rural / Sundari Ravindran. — San José,
C.R. : Oficina Panamericana de la Salud : Instituto
Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Programa
de Organización y Administración para el Desarrollo Rural,
1994.

66 p. ; 28 cm. — (Serie Publicaciones Misceláneas / IICA,
ISSN 0534-5391 ; no. A1/SC-94-29)

1. Mujeres rurales. 2. Salud. I. OPS. II. IICA. III. Título.
IV. Serie.

AGRIS
E51

DEWEY
362.83

EV-009437

SERIE PUBLICACIONES
MISCELANEAS

ISSN-0534-5391
A1/SC-94-29

00000812

Octubre, 1994
San José, Costa Rica

INDICE

Agradecimientos y Reconocimientos	5
Presentación	7
Introducción	9
Inauguración, Palabras de la Señora Gloria Bejarano de Calderón, Primera Dama de la República de Costa Rica	13
Conferencia No. 1: Políticas y Programas de Población desde la Perspectiva de la Mujer	17
Conferencia No. 2: Aspectos Metodológicos de la Investigación de la Salud de la Mujer	31
Anexo	47
Conferencia No. 3: Análisis del Sistema de Salud desde la Perspectiva de la Mujer del Tercer Mundo	51

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

La Oficina de la Sra. Gloria Bejarano de Calderón, Primera Dama de la República de Costa Rica coordinó la organización de las conferencias, contando con la colaboración del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, de la Secretaría Técnica de Población del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), del Instituto de Estudios de la Mujer (IEM) de la Universidad Nacional, el Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PRIEG) de la Universidad de Costa Rica, de la Comisión Nacional del Proyecto, Mujer, Salud y Desarrollo de la Oficina Panamericana de la Salud, del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP).

En las labores preliminares de edición participaron Janet Carrillo, Geovana Mora, Carmen Ordoñez, Ivannia Rodríguez, Patricia Salgado y Hannia Silesky, funcionarias de esas organizaciones e instituciones. La primera versión al español estuvo a cargo de Carmen Luna, y la M.A. Matilde López Núñez aportó su contribución realizando una revisión de estilo.

La edición final e impresión ha sido obra del Servicio Editorial del IICA.

A todos ellos y ellas, el agradecimiento y reconocimiento.

PRESENTACION

A cogiendo una recomendación formulada por los asistentes al ciclo de conferencias sobre Salud de la Mujer, que dictara la Dra. Sundari Ravindran, en la Sede del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), los días 4, 5 y 6 de junio de 1991, el IICA (a través de su Programa Organización y Administración para el Desarrollo Rural) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) ofrecen esta publicación conjunta de dichas charlas.

Bajo la coordinación de la Oficina de la Primera Dama de la República de Costa Rica, colaboraron en la organización de estas conferencias las siguientes instituciones nacionales y agencias internacionales: el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia; la Secretaría Técnica de Población del Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN); el Instituto de Estudios de la Mujer (IEM) de la Universidad Nacional; el Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PRIEG) de la Universidad de Costa Rica; la Comisión Nacional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS; el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el IICA.

La inauguración del ciclo de conferencias estuvo a cargo de la señora Gloria Bejarano de Calderón, Primera Dama de la República de Costa Rica, cuyo mensaje se ha incluido en esta publicación.

Las enriquecedoras experiencias de la Dra. Ravindran en su país natal, India, a raíz de su trabajo con organizaciones de mujeres pobres de zonas rurales, expresadas con gran claridad conceptual, honestidad y sencillez, generaron el interés de los asistentes, y asimismo, los animaron a participar y a hacer sus aportes, quedando en evidencia la importancia de la comunicación entre mujeres de diferentes culturas.

La exposición de la Dra. Ravindran refleja de manera clara, con gran sensibilidad y compromiso, las difíciles condiciones de vida de las mujeres en las zonas rurales de la India. Se hace particular énfasis en las repercusiones para la salud de ellas y de sus familiares, y se critican algunas características de los servicios del sistema de atención médica y de planificación familiar.

La conveniencia de ubicar los temas referentes a la salud de la mujer rural en el contexto sociopolítico, y no solamente en el limitado marco biomédico o clínico; los logros de las organizaciones de mujeres en la defensa y reivindicación de sus necesidades económicas, sociales y políticas; el mejoramiento de sus condiciones sanitarias y las de sus familias; y la coincidencia de las necesidades de las mujeres, aun en contextos culturales tan diferentes como India y Costa Rica, fueron algunas de las principales ideas compartidas por los asistentes.

Si bien el eje del análisis es la salud de la mujer, varios de los aspectos señalados deben llamar la atención de los especialistas y encargados de otros sectores de la programación del desarrollo rural. La falta de participación de la población beneficiaria; la ignorancia y el desinterés de los funcionarios, los especialistas y los técnicos respecto de los conocimientos, habilidades y necesidades de esa población; el verticalismo, la imposición de criterios y la manipulación de los intereses y necesidades de la población meta, la falta de consideración de las condiciones de discriminación y desigualdad de las mujeres, y la necesidad de incorporar su punto de vista, podrían y deberían ser igualmente analizados en relación con otros programas y proyectos dirigidos a la población rural.

Con gran satisfacción pudimos comprobar que se dio un ambiente de solidaridad, de encuentro y comprensión entre personas de diferentes culturas, y sobre todo, hubo importantes demostraciones de un interés legítimo por aunar esfuerzos y experiencias en la meta por lograr mejores condiciones de vida y de salud para las mujeres pobres, en especial las de zonas rurales. Se espera que la entrega de este material contribuya a la reflexión de los distintos sectores interesados en el tema.

Lea Guido
Coordinadora Subregional
Programa Mujer, Salud y
Desarrollo, OPS

Manuel Chiriboga
Director Programa Organización
y Administración para el
Desarrollo Rural, IICA

Patricia Salgado Muñoz
Compiladora

INTRODUCCION

Con su vasta experiencia académica y en organización en el campo de la salud de la mujer, la Dra. Sundari Ravindran ofreció en nuestro país un ciclo de tres conferencias¹ que despertaron un gran interés, asociado fundamentalmente con el hecho de ser un enfoque desarrollado por la expositora en conjunto con organizaciones de base. Este es el producto de una sistematización colectiva del trabajo de muchos años, con la madurez y destilación que solo puede producir la experiencia cotidiana, el bregar día a día con mujeres pobres, en su caso, del sur de la India. Su experiencia académica se ha enriquecido con el aporte de seres cuyas vidas transcurren en un ambiente generalmente doloroso e incluso trágico, pero que se mantienen animados por la esperanza de un mundo mejor.

La salud de la mujer aparece bajo una perspectiva global, en la que se interrelacionan las dimensiones políticas, económicas y culturales, y no como suele ocurrir, bajo un único enfoque biomédico, que enfatiza las variables y factores de tipo clínico. Si bien se analizan indicadores estadísticos y hechos médicos, se ubican siempre en su contexto socio-político y económico, y al mismo tiempo, se insta a la mujeres a organizarse y a comunicarse.

Millones de personas, especialmente niños y mujeres, siguen enfermando y muriendo de enfermedades y dolencias que, sin embargo, cuentan con normas preventivas y para cuyo tratamiento las ciencias médicas poseen todo el conocimiento necesario. Los problemas son evidentemente de un orden que trasciende lo técnico. Las consideraciones metodológicas expresadas por la Dra. Ravindran son un valioso aporte para la reflexión colectiva acerca del modo de abordar los problemas.

La salud, en este caso de las mujeres rurales, es un componente, una dimensión del desarrollo rural. Varios otros temas, como la educación y la capacitación técnica de la mujer rural, la transferencia tecnológica, el acceso a los medios e instancias políticas podrían y merecerían análisis con perspectivas semejantes, vale decir, caracterizando las

1 Las conferencias fueron expuestas en inglés.

dimensiones políticas y económicas que dan el contexto y determinan el uso y las implicaciones del saber y de los avances técnicos. Así, las consideraciones y aportes hechos por la Dra. Ravindran en estas conferencias con respecto a la comunicación y la capacitación, desde la perspectiva de las mujeres rurales, son igualmente válidos para otros temas del desarrollo rural.

No se podía pretender en una actividad tan breve que se hiciera una comparación sistemática entre países y regiones; sin embargo, gracias al intercambio de experiencias y opiniones entre la expositora y los asistentes, algún nivel de comparación fue posible. Más aún, la humildad de la Dra. Ravindran propició un profuso diálogo al final de cada conferencia, con resultados decididamente positivos.

Por lo innovador y polémico de los contenidos de sus conferencias, por la manera sencilla y clara en que aparecen expuestas sus ideas, y por reflejar su enfoque un profundo compromiso con las necesidades e intereses de las mujeres rurales, se ha considerado pertinente publicarlas para difundir su conocimiento y promover el debate.

He aquí un breve resumen de los temas expuestos.

La primera conferencia versa sobre **la formulación y ejecución de los programas de población desde la perspectiva de la mujer**. Se critican varios aspectos de la ejecución de programas de población y de planificación familiar en su país. Se señala cómo, mediante un sistema de incentivos y de fijación de objetivos y metas, se intenta controlar a las mujeres o manipularlas por sus necesidades, como medio o instrumento para controlar el crecimiento poblacional, sin considerar los efectos contraproducentes en su salud. Simplemente se busca el descenso en la tasa de crecimiento de la población y no el mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres. Su aporte se enmarca y se nutre con la riqueza cultural y los problemas socioeconómicos de la sociedad india.

La segunda conferencia define una serie de **aspectos metodológicos** que deben considerarse en el estudio e intervención de la salud de la mujer, agrupándolos en microfactores, macrofactores y analizando el *status* de la mujer. Enfatiza en la necesidad de clarificar previamente el propósito del estudio para definir la metodología, y revisa una serie de técnicas tales como la observación dentro de la comunidad, la entrevista a grupos informales, formales y personas claves, así como el estudio de casos. Igualmente, evidencia algunas de las limitaciones que históricamente han tenido en su enfoque los estudios dirigidos a conocer las condiciones de la salud de la mujer. Se muestra por ejemplo cómo el estudio de la morbilidad femenina se reduce a los datos procedentes de la condición mujer-madre. Muestra clara de esta perspectiva tradicional es lo limitado de las estadísticas en este campo.

La tercera y última conferencia analiza los sistemas de salud en los países del Tercer Mundo, caracterizando la situación de la mujer en la India y resaltando los distintos niveles de pobreza en que viven, las condiciones de trabajo, la discriminación y las actitudes y formas de comportamiento, así como los servicios de salud existentes, su escasa cobertura, difícil acceso y precario financiamiento. Asimismo, señala que los sistemas de salud son impuestos a la comunidad. El Estado financia la atención pública, sin embargo, esos sistemas de atención tienen grandes limitaciones. Por otra parte, las metodologías de intervención no han propiciado la participación activa de la mujer en el conocimiento y solución de sus problemas. Poco se conoce de la percepción que las propias mujeres tienen sobre su salud y de sus criterios respecto a la prestación de servicios en este campo.

Estas conferencias contienen elementos muy oportunos para el análisis de los aspectos sanitarios en los países centroamericanos y del Tercer Mundo en general. Los estudiosos e investigadores reconocen que la mayoría de los programas de salud se han dirigido particularmente a la mujer en su etapa reproductiva, lo cual ha limitado una atención integral. La consideración de los factores psicosociales y culturales ha estado ausentes, prevaleciendo entonces una concepción biologicista de la mujer en su edad fértil, con los consecuentes impactos negativos en su salud. Por lo tanto, hoy más que nunca se hace necesario aproximarse a la mujer como sujeto de las políticas de salud, desde una perspectiva de género y con un enfoque biosicosocial. Este enfoque permitirá implantar una atención integral de la salud de la población femenina, desde el período preconceptico hasta su muerte, orientada a contribuir a una mejor calidad de vida y a una plena incorporación al desarrollo en condiciones de igualdad.

Así planteadas, las disertaciones de la Dra. Ravindran son una invitación para hacer un alto en el camino y reflexionar. El basamento cultural ha demostrado ser un elemento clave para colaborar en la eficiencia de los programas de población y salud que se dirigen a la comunidad en general, y a la mujer en particular.

acciones, a indicarnos cómo ser más eficientes en nuestra acción. Estoy segura de que lo hecho en otros países, lo avanzado por otras mujeres del mundo, nos brindará sugerencias útiles para nuestros propios esfuerzos.

Sabemos que las mujeres de todo el mundo tenemos problemas a veces tan semejantes que parecen que han sido calcados, a veces tan diferentes que parece que perteneciéramos a mundos totalmente distintos. Pero la realidad es que solamente en la medida en que hombres y mujeres participemos activamente en la solución de los problemas que enfrenta la mujer, es que vamos a lograr una sociedad más justa.

Debemos responder y atenuar desigualdades y discriminaciones que todavía existen y que perjudican a las mujeres. Es cierto que también hay otros sectores de población discriminados, pero no podemos abarcar todos los problemas simultáneamente y por tanto debemos ir definiendo prioridades.

Creo sinceramente que en la medida en que la mujer alcance una igualdad plena, muchas discriminaciones podrían ser eliminadas, porque la mujer tiene en sus manos la procreación y formación de los seres humanos. Es la mujer la que a través de su propia vivencia puede transformar patrones y roles y modificar una sociedad. Dependiendo de su actitud, tiene la posibilidad de reivindicar su condición y romper, con criticidad constructiva, con los patrones de socialización que nos han sido impuestos.

Los problemas de Costa Rica, aun cuando parecen pequeños comparados con los que enfrenta la India, para nosotros son primordiales porque la naturaleza nos dijo que aquí era donde teníamos que luchar. La naturaleza nos puso en estas circunstancias y sobre todo en este momento de la historia, y de nosotros depende que el futuro de la mujer costarricense cambie.

Creo que a las mujeres nos ha llegado la hora de que se nos reconozca nuestro papel protagónico en la historia, que no nos sigan arrastrando las corrientes, que no nos sigan obligando a ceder, que no seamos reproductoras de problemas que tuvimos que sobrellevar porque en el pasado no se hicieron los cambios justos y necesarios.

Hoy tenemos la responsabilidad de luchar por ello. No podemos juzgar retrospectivamente a las mujeres que no tomaron una actitud beligerante, pero sí podemos valorar el lugar y la hora en que estamos. Hoy por hoy, la historia nos ha dado un lugar para ser protagonistas. De nosotros dependerá si Costa Rica cambia su actitud, porque no enfrentamos un problema de inconsciencia ni de sumisión; este es un problema de responsabilidad. Es un problema que las mujeres y los hombres tenemos entre manos, porque el transformar la sociedad no depende de las leyes ni de las mujeres exclusivamente, sino de la sociedad en su conjunto. Si no aceptamos esta

responsabilidad, las futuras generaciones sí nos podrán juzgar, porque contamos con el conocimiento de los problemas que sufre la mujer y con las herramientas para solucionarlos. De otro modo, las nuevas generaciones, en la lectura de su pasado, visualizarán una vivencia sin herencias positivas.

Tenemos hoy la oportunidad de compartir con la Dra. Ravindran los esfuerzos que ha realizado en una sociedad diferente a la nuestra. El cambio de la India es realmente impresionante. En los últimos años hemos podido ver que la actitud de la mujer ha ido evolucionando a pesar de las condiciones adversas, tanto objetivas como subjetivas, que enfrenta.

En Costa Rica hemos tenido muchas oportunidades de desarrollo sin discriminaciones, pero todavía quedan muchas puertas por abrir para las nuevas generaciones. Queremos que estas encuentren un mundo con menos obstáculos. Buscamos una Costa Rica con menos cerrojos para la juventud y las generaciones futuras.

Estoy segura de que esta actividad redundará en la formulación de ideas de trabajo e iniciativas que podamos emprender o reorientar.

La Dra. Ravindran, sin duda, dejará a su paso muchas inquietudes como lo ha hecho en su país y en otros lugares del mundo. Su ejemplo es digno de emular.

A ella le expreso, en nombre propio y en el de miles de costarricenses, nuestro agradecimiento por sus esfuerzos y por estar aquí entre nosotros. Le deseamos de todo corazón que tenga una feliz estancia en nuestro pequeño y querido país.

Doy por inaugurado formalmente este ciclo de conferencias y les deseo provecho a los asistentes.

CONFERENCIA No. 1

Políticas y Programas de Población desde la Perspectiva de la Mujer

A menudo se escuchan argumentos de defensores y oponentes de las políticas de población. Están los que dicen: ¡Viva la planificación familiar!; otros que opinan: ¡Abajo la planificación familiar!; y por otra parte los que se ven realmente afectados por las políticas y los programas de población, es decir, aquellos que no son ni interrogados ni escuchados. En esta conferencia trataré de presentar la perspectiva de este último grupo, motivada por mi experiencia de trabajo con mujeres rurales en la India.

Para la mayoría de nosotros, que en los últimos años hemos observado el énfasis que se da al problema del crecimiento de la población, puede ser una sorpresa saber que hace tres décadas este no era realmente bien conocido. Hoy ha dejado de ser un tema periférico, que ocupa un lugar central en los asuntos de importancia internacional.

Hasta hace pocos años ni siquiera se aceptaba la idea de que el crecimiento de la población fuera un problema. En muchos países en vías de desarrollo existía la preocupación de que esto fuera un intento de escamotear los asuntos considerados como realmente importantes, es decir, los relacionados con los poderosos vínculos entre Norte y Sur, y específicamente, aquellos concernientes a la distribución de recursos. Se temía que el hecho de enfocar el crecimiento de la población como el problema más importante en los países en desarrollo fuera una forma de desviar la atención de los problemas reales.

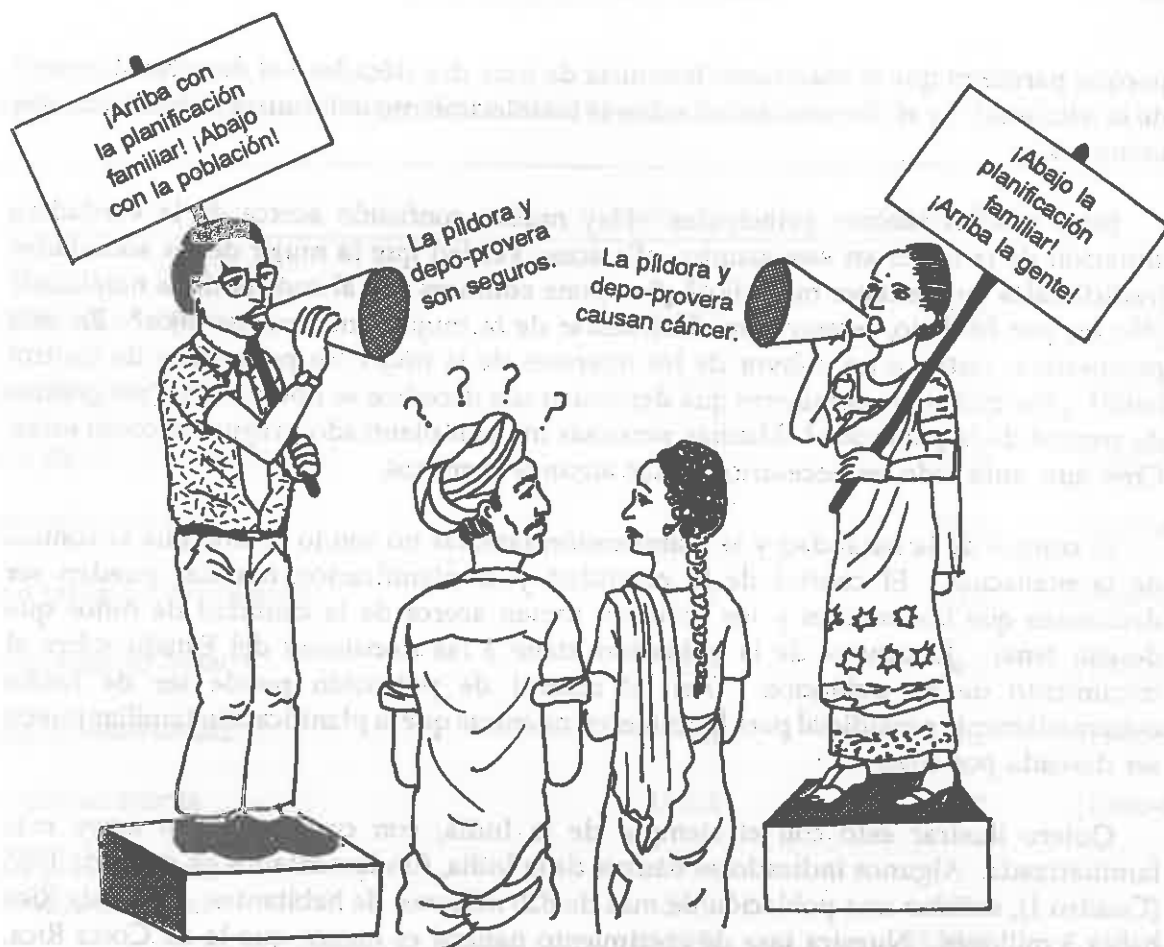
La crítica de la izquierda afirmaba que el problema no consistía en que hubiera demasiada gente en comparación con los recursos disponibles, sino más bien, en que había demasiada gente en relación con la distribución de recursos y con la estructura económica existente. Por lo tanto, en la medida en que se realizaran los cambios estructurales, desaparecerían las aparentes desigualdades entre la población y los recursos.

La mayor parte de estas críticas son cosas del pasado, y hoy día, en una vasta mayoría de los países en vías de desarrollo, existen políticas y programas de población que intervienen directamente en la reducción de las tasas de crecimiento de la población.

En el mundo 53 países cuentan con políticas para reducir las tasas de crecimiento de la población, y en estos vive el 80% de los habitantes de las naciones en vías de desarrollo. Por lo tanto, un 80% de la población mundial vive en países donde hay programas y políticas de control de la población.

Deseo referirme a una elaboración conceptual reciente, que presenta al desarrollo como el mejor anticonceptivo, es decir, sobre la posibilidad de que, ante un verdadero desarrollo económico y social, las tasas de crecimiento de la población bajarán automáticamente. Hoy se presenta una nueva propuesta teórica: muchos países se encuentran sumidos en una trampa demográfica, pues contrariamente a la noción original de pasar de una etapa de transición demográfica a otra, la mayor parte de los países en vías de desarrollo están atrapados en la segunda etapa de transición demográfica, porque son incapaces de conseguir los logros económicos y sociales que reducirían los nacimientos. Quiero llamar su atención sobre la expresión "incapaces de adquirir los logros económicos y sociales necesarios". La solución propuesta es que, si son incapaces de adquirir el desarrollo social y económico necesario para completar su transición demográfica, y como resultado tienen un alto crecimiento de población, por lo tanto, lo que necesitan son más programas de planificación familiar. En otras palabras, el enfoque no es: ¿Por qué son incapaces de lograr el nivel necesario de desarrollo?, sino más bien: Estos países están atrapados en un problema que nos obliga a actuar e intervenir con más programas que ayuden a bajar los niveles de fecundidad, aun si se mantienen en el nivel actual de desarrollo social y económico.

En resumen, el crecimiento de la población es hoy mundialmente reconocido como un problema central y tal vez fundamental; asimismo, los programas de control de la población están vigentes en gran parte del mundo. Creo que ninguna idea ha sido promovida tan eficazmente, ningún otro asunto ha recibido tantos recursos y ha sido objeto de tantas conferencias, seminarios y programas de capacitación, como el asunto de la población. En el curso de estas tres últimas décadas hemos llegado a aceptar —ya sea que seamos de centro, izquierda o derecha—, que probablemente lo que necesitamos es un programa de control de población y que, a la larga, la mejor solución sea el desarrollo.



En la lucha política del control de la natalidad, los deseos del pobre son a menudo olvidados.

Ahora, ¿por qué estoy hablando de este asunto en relación con la mujer? Una razón importante es que, aunque teóricamente el problema de la población tiene muchas dimensiones (puede significar excesiva urbanización, mucha gente mayor o joven que constituye una carga por su dependencia económica, o significar un desbalance entre la población y los recursos), se ha reducido en la realidad al problema de la mujer procreadora. De hecho todos los programas de población hablan de las mujeres que tienen muchos niños, aunque hay teorías sofisticadas sobre fecundidad que explican por qué razones esta es alta en algunas sociedades y baja en otras. Por todo lo dicho, es evidente que el enfoque está puesto en la mujer.

Una segunda razón es que cada vez se presentan más programas de control de población con la supuesta intención de mejorar el *status* de la mujer. Es decir, a las mujeres se les da el derecho de planificar por medio de programas de control de población. ¿Por qué nos quejamos? Esto ha terminado por confundir a muchas mujeres,

porque pareciera que el manifiesto feminista de hace dos décadas —el derecho al control de la natalidad—, y el discurso actual sobre el establecimiento del control poblacional, son idénticos.

Estas son las razones principales. Hay mucha confusión acerca de la verdadera situación de la mujer en este asunto. ¿Es acaso verdad que la mujer de las sociedades tradicionales quiere tener más hijos? ¿Se opone entonces ella al control de la natalidad? ¿No es, por lo tanto, bueno para el bienestar de la mujer tener menos hijos? En esta perspectiva, ¿están o no a favor de los intereses de la mujer los programas de control natal? ¿Por qué algunas mujeres que defienden sus derechos se oponen a los programas de control de la población? Muchas personas me han planteado preguntas como estas. Creo que, ante todo, es necesario aclarar algunos términos.

El control de la natalidad y la planificación familiar no son lo mismo que el control de la población. El control de la natalidad y la planificación familiar pueden ser decisiones que las mujeres y los hombres toman acerca de la cantidad de niños que desean tener. El control de la población atañe a las decisiones del Estado sobre el crecimiento de su población. Así, el control de población puede ser de hecho extremadamente perjudicial para las mujeres, mientras que la planificación familiar puede ser deseada por ellas.

Quiero ilustrar esto con el ejemplo de la India, con cuya situación estoy más familiarizada. Algunos indicadores básicos de la India, fundamentados en datos de 1985 (Cuadro 1), señalan una población de más de 820 millones de habitantes. En Costa Rica había 3 millones. Nuestra tasa de crecimiento natural es menor que la de Costa Rica, principalmente porque tenemos tasas más altas de mortalidad. Mientras que nuestra tasa de nacimiento bruta es un poco diferente, la tasa bruta de mortalidad es tres veces mayor. La tasa de mortalidad infantil era de 110 en 1985, ahora ha bajado a cerca de 97.

Las tasas de fecundidad en la India y Costa Rica son de 4.3% y 3.5% respectivamente. En la India, la tasa de uso de contraceptivos está cerca del 34% de todas las mujeres casadas en edad de reproducción; esto representa la mitad de la tasa de Costa Rica en 1986.

La India fue uno de los primeros países que estableció una política de control de población (1951) y un programa oficial de planificación familiar; en otras palabras, durante casi 40 años hemos tenido programa de población.

Cuadro 1. Indicadores demográficos básicos.

	India	Costa Rica	
Población en miles	758 927	2600	(1985)
Tasa de crecimiento	1.9	2.6	(1980-85)
Tasa de incremento natural	19.4	26.3	(1980-85)
Esperanza de vida	55.4	73.0	(1980-85)
Tasa bruta de nacimiento	31.7	30.5	(1980-85)
Tasa bruta de muerte	12.3	4.2	(1980-85)
Tasa de fecundidad	4.3	3.5	(1980-85)
Mortalidad infantil	110.3	20.2	(1980-85)
Tasa prevaleciente de anticonceptivos	34.0 (1980)	68.0 (1986)	

La idea del control de población llegó al país incluso antes. La Liga para el Control de la Natalidad se inauguró en Bombay en 1923, y nuestra primera Liga Neomaltusiana se formó en Madrás en 1932. Estos movimientos fueron iniciados por intelectuales indios que militaban en el Movimiento de Independencia, quienes creían que el crecimiento de la población sería un problema difícil para el futuro de la India.

Entre 1951 y 1961, los servicios de planificación familiar de los programas oficiales estaban ubicados en clínicas y centros de salud, adonde debían acudir quienes los necesitaban.

Pero al empezar los años 60, la estrategia del programa sustituyó el enfoque clínico por el de la extensión. Se consideraba importante llegar a la gente y motivarla para que adoptara la planificación familiar. Hubo mucha inversión en lo que se llamó

"comunicación y asesoría", se hizo propaganda a lo largo y ancho del país acerca de la necesidad de una familia pequeña. El concepto de planificación familiar entró, pues, tempranamente en los pueblos de la India.

Entre 1966 y 1969, la planificación familiar se inscribió en los programas de salud materno-infantiles de los servicios públicos de salud. Hoy se dispone de servicios de planificación familiar en centros de salud y en hospitales públicos, sin costo alguno. Cabe señalar que el aborto es legal en el país; este fue legalizado mucho antes de que las mujeres lo pidieran e integrado en el programa de población. Fue realmente una forma de darle a la mujer la oportunidad de prevenir un nacimiento no deseado.

Yo diría que la planificación familiar llegó a gran parte de las mujeres indias que vivían en áreas rurales. Contrariamente al Theyst, donde las mujeres estaban en las calles luchando por su derecho al control de la natalidad, a nosotras se nos fue dado por los legisladores, quienes decidieron lo que era bueno para nosotras. Esto hace una gran diferencia.

La planificación familiar llegó mucho antes de que las tasas de mortalidad infantil bajaran apreciablemente. De hecho esta era muy alta en esa época: 157 por 1000 nacimientos vivos; cerca de 16% de los bebés morían durante el primer año de vida. Asimismo, se introdujo antes de que las mujeres tuvieran las destrezas básicas de alfabetización: el 85% eran analfabetas al principio de los años 60, y en la actualidad, el 70% aún lo son.

La planificación familiar también se promovió antes de que las mujeres tuvieran acceso a los servicios básicos de salud, cuando su estado así lo requería. Si hoy día en el país la tasa de mortalidad materna es de 500 por 100 000 nacimientos vivos, uno se puede imaginar lo que pudo ser hace 30 años. Vale señalar como punto de comparación que nuestra tasa actual de mortalidad materna es 20 veces la de Costa Rica, con 26 por 100 000 nacimientos vivos.

¿Por qué refiero todo esto? Porque quiero enfatizar que los programas de planificación familiar llegaron a los pueblos de la India cuando las condiciones sociales y económicas eran muy deficientes y no tuvieron mucho éxito. Mucha gente no aceptaba la planificación familiar. Es comprensible el hecho de que, frente a la alta probabilidad de perder a sus hijos, la gente no quisiera considerar la posibilidad de acabar con su capacidad de procrear niños. Las escalas de valores eran diferentes.

Esto condujo a un cuestionamiento de la eficacia de los programas de planificación y a proponer que estuvieran orientados hacia una meta. Cada año se establecía un objetivo: "Tenemos que mantener estériles a estas mujeres, deben aceptar dispositivos

intrauterinos, deben tomar la píldora". Todo el sistema estaba diseñado para alcanzar estos fines y fue indispensable para hacer "funcionar" los programas, debido a las condiciones en las que habían sido introducidos.

Esta posición se apoyaba en un sistema de incentivos: la mujer que aceptaba la esterilización obtenía cierta cantidad de dinero, así como la persona que la motivaba y conducía al centro de salud. Lo mismo ocurría con la persona que hacía la esterilización y la institución coordinadora. Esto sucedió no solo en la India, sino también en muchos países en donde habían vendido la idea. Tuvo que ser introducida a través de muchas técnicas atractivas; tenía que ser una idea vendible porque la gente no estaba preparada para ello.

Ambos, objetivos e incentivos, han sido perjudiciales porque han llevado a estrategias de intervención dañinas para la salud de la mujer. Como resultado del planteo de tales objetivos, las estrategias se establecían para "cubrir efectivamente" tantos adeptos como fuera posible dentro de un límite de tiempo determinado. Una de estas estrategias fue la de los campos de esterilización masiva. Un campo se organizaba en un área particular donde se llevaba al personal de salud y el equipo; las mujeres y los hombres eran conducidos allí por trabajadores de salud y otros "motivadores". Las operaciones de esterilización se realizaban en un lugar acondicionado temporalmente, en número de muchos cientos a la vez. Esta se consideraba como una técnica de cobertura efectiva para el logro de los objetivos, en la forma más organizada posible, tomando en cuenta la escasez de recursos en términos de personal y equipo.

Una "cobertura efectiva" también ha significado restringir la escogencia de métodos anticonceptivos. Aunque en principio se debería contar con todos los métodos disponibles, en la práctica no ocurre así. Después de todo, si los usuarios vuelven repetidas veces a solicitar servicios, esto resulta muy caro para el sistema. Entonces, si la mujer tiene tres niños, será esterilizada, si tiene dos, tal vez obtendrá un DIU (dispositivo intrauterino), y si tiene un niño le darán píldoras anticonceptivas. En vista de que pocas mujeres buscan la planificación familiar antes de tener por lo menos tres niños, debido a las altas tasas de mortalidad infantil, de hecho lo único disponible para escoger es la esterilización.

En general, ha habido un excesivo énfasis en métodos definitivos, porque los incentivos para una institución distrital o estatal son dados con base en "parejas efectivamente protegidas", calculados en la cantidad realizada de "equivalentes a esterilización". Tres DIUs o 12 ciclos de píldoras anticonceptivas son contadas como equivalentes a una esterilización, y no es sorprendente que los proveedores de servicios no estén interesados en poner otros anticonceptivos a la disposición de los usuarios. Los incentivos a los proveedores y motivadores de servicios han originado adicionalmente

una gran corrupción y una mala administración, pues se ha tratado de inflar la cantidad de "metas logradas".

Por otra parte, el sistema de incentivos a los receptores de planificación familiar se aprovecha irresponsablemente de la situación económica adversa de las mujeres. Estas pueden decidirse por la esterilización como último recurso durante la época en que no hay producción agrícola, porque necesitan desesperadamente un incentivo monetario, equivalente a un mes de salario. Esto puede comportar serias consecuencias negativas en su salud.

El establecimiento de este tipo de metas ha provocado la inadecuada realización de exámenes preliminares y la ausencia de su seguimiento. A menudo existe solo un encuentro entre el cliente y el servicio de proveedores, durante el cual el cliente es "cubierto" por el método. Lo que importa es añadir uno más al cómputo. En este juego de números, la salud de la mujer pasa a un segundo plano. Las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen a quien recurrir y deben apoyarse en sus escasos recursos para buscar ayuda. Un estudio reciente hecho por una organización de mujeres denominada Sabla Sangh, en cuatro asentamientos de precaristas en Delhi, encontró que el 50% de las mujeres esterilizadas había desarrollado problemas de salud, y cerca del 20% de ellas gastaba su propio dinero en atención médica.

El establecimiento de metas ha provocado también que los proveedores de los servicios de salud se rebajen hasta el engaño con tal de llegar al objetivo. En muchas ocasiones, cuando las mujeres son admitidas en un hospital para dar a luz, le son implantados DIUs sin su conocimiento. Muchas mujeres han llegado a decir: "Yo no sabía que tenía un DIU, fui ahí por algo diferente y después me dí cuenta de que me habían puesto uno". Esto puede provocar que otras 1000 mujeres no vayan a los servicios.

Como resultado, las mujeres desconfían de los servicios de planificación familiar. Su pérdida de confianza se extiende también al uso de servicios de maternidad, y esta es una tendencia alarmante. Las mujeres evitan tener sus primeros partos en un hospital por miedo a que les implanten un DIU, y las madres de tres o más niños, para quienes sería aconsejable dar a luz en un hospital, temen hacerlo por miedo a ser esterilizadas sin su consentimiento.

Otra consecuencia es que la integración de la planificación familiar con la salud materno-infantil ha llevado a utilizar los recursos y el personal disponible para satisfacer las necesidades sanitarias de las mujeres y de los niños en el programa de planificación familiar. Consecuentemente, los problemas vitales de salud de las mujeres han sufrido gran menoscabo. Por ejemplo, hay una gran desproporción entre los recursos gastados

en planificación familiar y los que se utilizan para bajar las tasas de mortalidad materna, que son muy altas. Esto acentúa aún más la desconfianza de la mujer hacia los servicios de salud.



La integración de la planificación familiar con los servicios materno-infantiles ha colocado la responsabilidad de la planificación familiar exclusivamente en las mujeres. También significa que las solteras no tendrán acceso a estos servicios. En una encuesta que efectué recientemente en un área rural, había 247 parejas de un total de 1500 que aceptaban la planificación familiar; el 95% de las mujeres de esas parejas habían sido esterilizadas, tres tenían DIU y cuatro tomaban píldoras. Solamente dos hombres habían tenido vasectomías y tres manifestaron usar condones.

Esta situación refleja la realidad social de la mujer, quien tiene la carga de procrear los niños, y por lo tanto, un interés personal en aceptar los contraceptivos. Sin embargo, la ausencia de los servicios de planificación familiar dirigidos a los hombres empeora la situación.

Otra consecuencia de esta condición social de la mujer es que el tipo de investigación socio-sicológica que se realiza para encontrar formas y medios de manipular las decisiones de la gente sobre la fecundidad, golpea a las mujeres y aumenta el número de las que se convierten en objeto para la ingeniería social. Los proyectos de intervención con las mujeres beneficiarias son identificados y llevados a cabo con la única intención de manipular las decisiones de las mujeres sobre la fecundidad. El uso de las mujeres como sujetos para pruebas clínicas se ha convertido, desde luego, en una práctica casi normal.

Los defectos del programa de planificación familiar de la India han sido analizados y tal vez no sean nuevos para muchos. No digo que todos los que trabajan en el programa de planificación familiar actúen de forma dudosa o torpe. Hablo acerca de las consecuencias de la imposición de programas en una coyuntura no apropiada para el desarrollo social y económico del país. Señalo lo que puede suceder cuando el control de la natalidad se convierte en política del gobierno y cuando hay divergencia entre el tamaño óptimo de una familia, según la opinión de los legisladores y la de las mujeres interesadas.

Quiero reiterar las fallas del programa de planificación familiar indio, especialmente su obsesión por el control de la natalidad aunque ponga en peligro el bienestar humano; su decisión de mantener las características de cualquier programa de control de la población que emana de una premisa teórica que trata a las mujeres como variables incidentales en factores que determinan la fecundidad, y el hecho de que esta misma sea significativa solo porque es un proceso que lleva a un incremento neto de la población. Un programa impuesto desde arriba, y de la forma mencionada, se desarrolla bajo la presión de las fuentes de financiamiento con el fin de que se repartan los productos; es un programa en el cual se trabaja bajo condiciones sociales hostiles, y que tiene que relacionarse con sujetos no colaboradores. Aquí la coerción y el alto grado de manipulación son endémicos y vienen desde lo más alto de la escala jerárquica hasta el trabajador de nivel operativo de base.

¿Están las mujeres usando la planificación familiar? Sí. Como mencioné anteriormente, la prevalencia del uso de anticonceptivos se mantiene en alrededor de un 34%. ¿Quiénes son estas mujeres y por qué están usando la planificación familiar? Se ha encontrado que en su mayoría son mujeres que han tenido tres o más niños, son mayores de 30 años, con aproximadamente 10 años de matrimonio; por lo tanto, una pequeña proporción de mujeres que ha completado el tamaño de sus familias se está volcando hacia la esterilización, mientras que anteriormente tenían que recurrir a abortos o a seguir teniendo niños mientras fueran fecundas.

Si algunas mujeres están usando la planificación familiar, ¿no indica eso que la necesitan? Tal vez así sea, pero sus objetivos son diferentes. Quieren evitar los embarazos no deseados porque ya tienen cuatro o dos hijos vivos. Los formuladores de políticas no pueden permitirlo porque tienen interés en bajar las tasas de nacimientos, lo que exige que las mujeres jóvenes con dos o aun un solo nacimiento dejen de tener niños. Debido a esta divergencia en los objetivos de las mujeres y de los formuladores de políticas, el programa parece volverse cada vez más agresivo e incluso nocivo para las mujeres en el futuro.

Las mujeres no necesitan servicios anticonceptivos a tal costo. Según su razonamiento, un niño o dos más no pueden causar tanto daño como el que puede hacer un sistema agresivo de servicio de distribución.

No estoy tratando de decir que las mujeres no quieren contraceptivos, y que están escogiendo no restringir el tamaño de sus familias. De hecho me siendo molesta por la tendencia a glorificar la orientación de las sociedades tradicionales a que se tengan muchos niños y a decir que eso es lo que realmente las mujeres quieren. Las mujeres no están contentas con tener que pasar por seis o siete embarazos, tener cinco nacimientos y tal vez tres niños que vivan hasta la edad adulta. No es que ellas lo escojan, pero debido a la alta tasa de mortalidad infantil y a las tasas de pérdidas de embarazo, no existe otra opción.

Las condiciones económicas son tales que si uno no tiene un hijo adulto vivo, no tiene seguridad social ni alguien que lo cuide durante la vejez; y tal vez no se tenga un hijo vivo si no se tienen varios niños.

También he observado que para las mujeres que viven en los límites de la sobrevivencia, la planificación a largo plazo del tipo que solicitan los programas de planificación familiar, no tiene sentido. A las mujeres que viven al día, dependientes de los caprichos de la naturaleza y teniendo que reaccionar frente a una cantidad de fuerzas incontrolables y desconocidas que gobiernan su vida diaria, debe parecerles extraño que esperemos que planifiquen y proyecten para solo un aspecto desconocido de su futuro: la cantidad de niños que deben tener.

La realidad social es que las mujeres no pueden tomar la decisión de evitar los hijos porque sus esposos no se lo permiten. La ideología sexista tradicional, ante la amenaza del aumento de embarazos, recurre al control de la sexualidad de la mujer. Las mujeres pueden también sentir que el tener muchos niños es la única forma de ganar algún *status* en la sociedad. El temor a la infecundidad, de nuevo, desempeña un papel importante al restringir a las mujeres el derecho de espaciar los niños por medio del uso de anticonceptivos.

Otra barrera de la anticoncepción es que la mayoría de las mujeres pobres sufren de mala salud, y por lo tanto, no pueden ponerla en un riesgo mayor aceptando un DIU o una esterilización, especialmente cuando puede perjudicar su estabilidad laboral y su medio de ganarse la vida.

En general, las mujeres no tienen tiempo para tomarse un descanso, y la esterilización requiere hospitalización y un período de reposo. El marido y los otros miembros de la familia usualmente no desean desaprovechar el trabajo de la mujer, aun en este corto período. Por lo tanto, no es de extrañar que la desconfianza en el sistema de servicios de salud por las razones mencionadas, desaliente a las mujeres en el uso de anticonceptivos.

No digo que las mujeres no quieran anticonceptivos, sino que no cuentan con un medio efectivo para conseguirlos, pues las condiciones son tales que no tienen dónde escoger. Quieren anticonceptivos pero no control poblacional. No solo quieren las condiciones sociales y económicas que hacen de la anticoncepción la escogencia precisa, sino que desean también las condiciones que no restrinjan sus poderes en la toma de decisiones. Pretenden que los programas de planificación familiar sean accesibles, libres y que formen parte del sistema global de salud pública.

Ellas aspiran a servicios de anticonceptivos coherentes con sus necesidades. Los quieren como un derecho, no como algo que puede ser dado o quitado por los formuladores de políticas. Hay ejemplos de países en los que se pasa sucesivamente, al vaivén de los cambios de gobierno, de una política de población que restringe el tamaño de la familia a otra que favorece la natalidad y proscribire los anticonceptivos.

Muchos me han preguntado sobre ese asunto, diciendo: ¿Eso es lo que usted llama funcional? ¿Si decimos que es decididamente un derecho de las mujeres, no continuarían teniendo cierta cantidad de niños? ¿Puede el mundo apoyar este tipo de crecimiento de población?

Creo que esta actitud revela un tipo de irrespeto, una desconfianza básica en el sentido común de las mujeres. Si la sociedad asume el cuidado de las mujeres, si se crean las condiciones para darles una opción real con respeto a la fecundidad, no creo que quieran tener 10 niños. Saben lo que significa tener muchos hijos, cómo afecta su salud y sus vidas y cómo las restringe.

Si propiciamos las condiciones que hacen del control de la natalidad la escogencia verdadera y accesible en los términos planteados por las mujeres, entonces estaremos hablando verdaderamente de grandes cambios en la sociedad. Estaremos hablando de una sociedad donde las mujeres tengan una nueva forma de concebir lo que una mujer

debe ser, y sean capaces de afirmar sus derechos a la autodeterminación en todos los aspectos de sus vidas, como mujeres, como personas. Requerimos una nueva sociedad donde los hombres y las mujeres tengan el control sobre las instituciones sociales que regulan sus vidas; un orden mundial más justo, igualitario y democrático, y creo que esto está en nuestra agenda.

CONFERENCIA No. 2

Aspectos Metodológicos de la Investigación de la Salud de la Mujer

¿Qué quiero decir con la investigación de la salud de la mujer? Cuando hablo de este tema me refiero a la investigación "aplicada", en oposición a la investigación clínica o biomédica. Hablando de investigación aplicada recuerdo un chiste que oí a mi hijo: Un científico estaba haciendo una investigación sobre el comportamiento de un saltamontes. El le dijo: "Brinque", y el saltamontes brincó. Luego le cortó las patas y le pidió que brincara. Y no brincó. El científico escribió las siguientes conclusiones: "Cuando se cortan las patas a un saltamontes este se vuelve sordo". El chiste me mantiene alerta sobre la fragilidad de muchas de nuestras suposiciones y conclusiones, especialmente cuando estamos investigando los aspectos del comportamiento humano.

Mi preocupación se centra hoy en la investigación aplicada, que se ubica dentro de lo que se conoce como investigación de "sistemas de salud".

La investigación de los sistemas de salud tiene que ver con el fortalecimiento de los servicios, con el objeto de que haya un mejoramiento en el estado de salud de un grupo específico de la población. Para los problemas prioritarios actuales hay conocimiento científico válido disponible; sin embargo, parece difícil aplicar este conocimiento para mejorar la salud de la población.

La investigación de los sistemas de salud es un concepto más amplio si se compara con la investigación de los servicios de salud. Se relaciona con todas las variables sociales, económicas y culturales que pueden influenciar la salud. Las que se vinculan con los servicios de salud forman un pequeño subgrupo.

En años recientes, la investigación de los sistemas de salud ha identificado algunos asuntos prioritarios:

- Evaluación de las necesidades de salud de subgrupos poblacionales.
- Estudio de la utilización de los patrones y de las diferencias entre los servicios de salud y las perspectivas y preferencias de los usuarios.
- Estudio de la prestación de servicios de salud, que abarca tanto aspectos cuantitativos: la cobertura y el acceso, como aspectos cualitativos: la calidad de varios componentes de servicios, como el personal, el equipo y las facilidades.
- Estudio de la producción y de la distribución de los recursos de salud: mano de obra, establecimiento, abastecimiento, equipo.
- Estudio de mecanismos para el involucramiento de la población en los servicios y promoción de la salud y en general, formas de incrementar la capacidad de la población y de las comunidades para resolver sus propios problemas de salud.

¿Por qué es importante enfocar la salud de la mujer en el ámbito de la investigación de los sistemas de salud? Por cinco razones básicas:

- 1) Porque los problemas de salud que requieren un cuidado prioritario son diferentes para los hombres y para las mujeres.
- 2) Porque los factores que interfieren en la salud varían según el sexo. Esto no sólo se debe a la morbilidad y a la mortalidad reproductivas. La división sexual del trabajo significa que los hombres y las mujeres hacen diferentes tareas, y están expuestos de distintas maneras a factores de riesgo y a agentes que causan enfermedades. Por ejemplo, las mujeres son usualmente responsables de cocinar, botar la basura y lavar. Hay diferencia también en la naturaleza del trabajo que se hace fuera de la casa. En sociedades dominadas por el hombre, las mujeres son las víctimas de la violencia sexual y doméstica, tanto física como psicológica.
- 3) Porque se sabe poco acerca de los problemas básicos de la salud de las mujeres, como la morbilidad en la reproducción, sin mencionar los problemas psicosociales y de salud mental.
- 4) Porque uno de los ejemplos más mencionados respecto al fracaso de la aplicación del conocimiento científico para mejorar el estado de salud se relaciona con la mortalidad materna. Esta en países en desarrollo es 50 veces mayor que en los países industrializados, lo que indica el grado de prevención de la mortalidad femenina en los primeros.

- 5) Porque una de las áreas menos estudiadas es la participación de la mujer en la búsqueda de soluciones de sus problemas de salud. Los estudios teóricos no han involucrado a las comunidades ni la participación de las mujeres en las mismas.

Obviamente es necesario conocer más sobre varios aspectos de la salud de la mujer. Algunas preguntas importantes que deben considerarse son:

- ¿De qué sufren las mujeres de los diferentes grupos sociales?
- ¿Cuáles son los factores que originan la morbilidad?
- ¿Cuáles son las percepciones de las mujeres respecto a estos problemas?
- ¿Cuáles son los factores que influyen su comportamiento en relación con su salud?
- ¿Cómo pueden las mujeres llegar a participar en la solución de sus problemas de salud?

MARCO PARA EL ANALISIS DE LA SALUD DE LA MUJER

Cualquier metodología puede ser tan buena o tan limitada como nuestro marco de análisis. Lo que uno identifica como problemas o propone como solución depende de la visión del mundo que se tenga; lo que percibe como "dato" depende de los parámetros dentro de los cuales cada uno opera.

La estructura que propongo para el análisis de los asuntos relacionados con la salud de la mujer aparece en el Anexo. Como se puede ver, los componentes que se identifican están mutuamente relacionados, aunque en la discusión posterior me ocuparé de cada uno por separado. Las variables que se explicarán detalladamente abarcan tanto las que influyen en la susceptibilidad de la mujer a las enfermedades, como en las respuestas que estas tengan sobre su mala salud.

Empecemos con la premisa de que la enfermedad es una realidad natural y biológica, producida y definida socialmente, e influenciada por el ambiente económico, local y global. También la consideramos como resultado de un proceso de interacciones dinámicas entre estos factores que son cambiantes y evolutivos, tanto entre entidades individuales como en su articulación con los subsistemas.

Había una vez una fábrica con miles de trabajadores que contaba con la maquinaria más moderna: era un milagro de la tecnología y podía producir el doble de su producción anterior. Pero había un problema: la tasa de accidentes era alta, todos los días alguien resultaba herido o mutilado, y algunos llegaban a perder la vida.

Preocupado por la alta tasa de accidentes, un sacerdote de la localidad instaló una tienda de campaña donde se ofrecían los primeros auxilios. Gran número de trabajadores heridos eran tratados ahí y se logró salvar a muchos. El Club de Leones local estaba admirado con los servicios del sacerdote y donó una ambulancia para transportar al hospital los casos de emergencia, y muy pronto la administración de la fábrica donó dinero para establecer un puesto de salud con facilidades para servicios de emergencia. Mientras todo esto reducía considerablemente la morbilidad, la cantidad de accidentes continuó siendo tan alta como antes. Algunos individuos preocupados por la situación y con influencia en la comunidad local, aconsejaron a la administración de la fábrica que llamara a un consultor para reducir la tasa de accidentes.

El consultor señaló que la administración se había negado a prevenir los accidentes, y los persuadió a organizar un taller sobre seguridad ocupacional para los trabajadores. Esto tuvo un impacto positivo inmediato, pero después de un año, las tasas de accidentes subieron de nuevo a los niveles iniciales. Un segundo consejero sugirió que los trabajadores mayores de 40 años no debían trabajar en las líneas de producción porque sus reflejos eran lentos y consecuentemente estaban más propensos a los accidentes.

Nadie durante ese tiempo cuestionó el hecho de que se tuvieran máquinas de alta producción a tan alto costo para la salud de los trabajadores.

La estructura consiste esencialmente en tres componentes principales:

- 1) Los factores contextuales: El contexto sociopolítico que influencia el ambiente económico y el bienestar de la población, así como la condición de la mujer.
- 2) La condición de la mujer en la comunidad: Es el producto de una cantidad de variables incluidas en el contexto general, y que son determinantes fundamentales con respecto a la situación de la salud de la mujer.
- 3) La percepción de la mujer sobre la salud y la enfermedad y su comportamiento en la búsqueda de la salud, determinada por la interacción entre los factores del contexto general y sobre todo por la cultura sanitaria de la comunidad y la situación de la mujer en esta, en conjunción con los factores relacionados con los servicios de salud.

LOS FACTORES CONTEXTUALES

Hemos considerado los factores del contexto en dos columnas correspondientes a las dimensiones "micro" y "macro". Las dimensiones "macro" designan los factores que influyen las condiciones a un nivel nacional, mientras que las dimensiones "micro" se refieren a los factores que pueden ser identificados como influyentes en el estado de la salud dentro de una comunidad, y que toman en cuenta las diferencias comunitarias dentro de los diversos estados de salud.

Debido a la transnacionalización del comercio y de la producción desde los años 60 y a la interdependencia de las economías a lo largo del globo, la dimensión "macro" necesita tomar en consideración las influencias de la economía mundial en la economía de un país. Un trabajo reciente sobre la influencia de la depresión mundial en el bienestar del niño, desarrolla un cuadro comprensivo de los factores "macro" y de sus relaciones sistemáticas.

Hemos construido sobre esto, modificado y extendido conceptos para incorporar la segunda línea, es decir, los llamados factores que influyen en el estado de salud a nivel comunitario. Esto es debido a que hay necesidad de tomar conciencia de las diferencias entre comunidades, y dentro de las comunidades, lo referente al acceso a la buena salud y a los riesgos de enfermedades.

Factores "Macro"

En los factores "macro" hemos incluido fuerzas político-económicas nacionales e internacionales que influyen en el empleo, los salarios, el costo de la vida, las disponibilidades del apoyo social y de los servicios de asistencia. Asimismo, los factores que influyen en el ambiente social, como los niveles de agresión y de violencia, el militarismo y las nociones populares acerca del papel que desempeña la mujer. Es sabido que los trastornos políticos y el desorden social contribuyen al aumento de la violencia contra las mujeres y a la represión de su autonomía.

Factores "Micro"

Entre los factores "micro" han sido identificados dos componentes principales:

- Las características de la comunidad a la que pertenecen las mujeres.
- Los aspectos culturales de la salud comunitaria.

Las características de la comunidad

En las características de la comunidad influyen, en primer lugar, sus divisiones sociales: casta, raza, etnia. En segundo lugar, la disponibilidad de los materiales. Dicho en otros términos, ¿está la comunidad bien dotada de recursos materiales tales como tierra, agua, y recursos no materiales como acceso a la educación, servicios de salud y recursos humanos? ¿Cuenta con gente capacitada? ¿Cuál es la naturaleza de esta comunidad? ¿Cuál es el "tamaño del pastel" que tiene a su disposición? En tercer lugar, hay que considerar la forma de distribución de estos recursos a lo largo de las subdivisiones sociales que hemos identificado en esta comunidad. Creo que necesitamos considerar explícitamente los segundos y terceros factores antes mencionados.

Las mujeres pueden ser afectadas porque pertenecen a un subgrupo pobre de la comunidad: pueden pertenecer a una casta pobre, ser trabajadoras sin tierra, o bien, pueden verse afectadas por la discriminación aunque pertenezcan a un subgrupo relativamente rico o a una comunidad relativamente próspera, o como sucede usualmente, las mujeres pueden sufrir tanto de pobreza como de discriminación. Estas situaciones deben diferenciarse porque requieren distintas estrategias de acción.

Los aspectos culturales de la salud comunitaria

Otro factor importante que necesita ser considerado es el aspecto cultural de la salud de la comunidad, porque tiene una influencia significativa sobre la respuesta del individuo a la enfermedad.

En esto incluyo aspectos tales como: actitudes frente a la salud y a la enfermedad, a la fecundidad y al control; creencias sobre la etiología de algunas enfermedades, el manejo de la menstruación y del embarazo; recursos tradicionales de curación que dependen de la actitud de la comunidad hacia los servicios formales de salud.

LA CONDICION DE LA MUJER

Después de revisar el estado de los factores del contexto, pasaré a la condición de la mujer. Todos conocemos una buena cantidad de indicadores sobre la condición de la mujer, una lista importante de estos aparece en la Tabla 1 del Anexo. Otra vez estoy enfatizando la condición de la mujer dentro del grupo social al que pertenece. En el grupo social de referencia, ¿cómo se compara ella con el hombre?

Ustedes estarán de acuerdo en que las actitudes de la mujer se convierten en un factor importante de su condición. Con esto quiero señalar todo aquello que es considerado como "normal" en el comportamiento de las mujeres y en el trato que reciben, es decir, el grado de subordinación aceptado y la violencia permitida contra ellas.

También he listado los mecanismos de participación de la mujer dentro de la toma de decisiones como un factor de la condición de la mujer. ¿Hay grupos de mujeres, formales o informales, que se junten y reflexionen sobre sus necesidades, y que en cierta forma funcionen como grupos de presión? Asimismo, ¿hay un lugar para las mujeres en los organismos de toma de decisiones en el gobierno local o en los consejos tradicionales de los pueblos, donde puedan expresar sus necesidades y hasta cierto punto hacer solicitudes?

LAS PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD Y SU COMPORTAMIENTO EN LA BUSQUEDA DE LA SALUD

Este es el tercer factor que influye considerablemente en la salud de la mujer. Las percepciones se constituyen en una entidad compleja, mediada por una cantidad de

factores y variables ya discutidos. La condición de la mujer y la cultura sanitaria de la comunidad interaccionan en el proceso en el cual las mujeres deciden lo que hacen cuando se enferman. Otra variable importante es la calidad de los servicios de salud.

La condición de la mujer afecta su propia percepción acerca de su derecho a cuidar de sí misma. Otro factor es que en algunas culturas, como la de India, no se espera que la mujer se queje. "Yo me sentiría como si hubiera fallado, como si no pudiera sobreponerme. Parece que todas lo están haciendo, ¿qué es lo que me pasa a mí?"

Para ciertas enfermedades o casos de salud, no se acostumbra que los miembros de la comunidad vayan en busca de ayuda médica. El embarazo es un hecho normal. Entonces, ¿por qué ir en busca de cuidados prenatales? Este aspecto está más relacionado con las creencias de la comunidad en relación con la salud que con la condición de la mujer.

Las numerosas creencias y prácticas sobre la menstruación, el embarazo y los nacimientos de bebés, así como las actitudes respecto a la fecundidad y su control, forman parte de la cultura sanitaria de la comunidad, y obviamente afectan la salud de la mujer tanto como su comportamiento respecto a la búsqueda de servicios de salud. Este se ve también influenciado por los factores de los servicios de salud: el acceso, el servicio que se brinda, tal y como es visto por las mujeres, y la calidad de este.

He presentado una lista bastante extensa de factores que pueden influenciar la salud de la mujer. Como dije anteriormente, algunos de estos factores inciden en la susceptibilidad de la mujer hacia las enfermedades, mientras que otros inciden en su comportamiento en la búsqueda de los servicios de salud. No es que todos estos factores deban ser incluidos necesariamente en un estudio determinado; lo que he presentado es solamente un marco para el análisis, variables que deben considerarse en el estudio de los problemas de salud de la mujer.

METODOLOGIA PARA LA INVESTIGACION

La metodología que se adopte para la investigación depende del objetivo que se persiga. Puede haber formas muy simples o muy sofisticadas. No necesitamos estar obsesionados por la precisión de los datos; los datos son tan sagrados como el uso que se les dé.

Mediante una combinación de métodos cualitativos y de técnicas muy conocidas para la recolección de datos cuantitativos, así como el uso de datos secundarios existentes, se puede coleccionar información sobre varios componentes de la estructura.

Sin embargo, las metodologías que me interesan en esta conferencia están relacionadas con la investigación de base, requerida para estimar las necesidades de salud de una comunidad, para conocer los factores que deterioran la salud en una comunidad determinada, y las percepciones y actitudes que afectan la salud.

La investigación basada en la comunidad, a menudo termina indagando sobre lo que los de afuera necesitan averiguar y que los miembros de la comunidad ya conocen.

Algunas veces,



De hecho, puede ser que no se necesite recolectar más información, sino más bien generar dinámicas que permitan a la colectividad examinar lo que ya sabe. Esto no siempre es el caso, pero en muchas oportunidades me he sobresaltado al descubrir que he hecho cosas como la siguiente: Muy satisfecha de los resultados de un determinado estudio, los compartí con algunas mujeres de la localidad. Una vez terminada mi exposición me dijeron: "Nosotras ya sabíamos eso; usted pudo habérselo preguntado".

Permítanme hacer una lista de las metodologías que he visto en práctica y que yo misma he empleado con fines limitados, principalmente para detectar las necesidades y las percepciones en una comunidad de base y planear una acción de salud. Luego me referiré a cómo las encuestas sofisticadas pueden efectuarse con participación de la comunidad.

Observación: Un método obvio es la observación en una comunidad. La observación efectiva demanda que se tenga una idea clara de lo que se quiere examinar. Por esta razón enfatice al principio el marco de análisis. Una observación puede producir muy buenos resultados y ser una forma atinada de aprender. Puede ser un buen ejercicio para una persona que va simplemente a mirar, a observar antes de lanzar preguntas o antes de decir a la gente qué hacer.

Entrevista de grupo: Estas pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: entrevistas en situaciones informales y en situaciones más formales. Hay muchas situaciones de reunión informal en la vida cotidiana que pueden ser utilizadas para indagar acerca de una situación. Cuánto tiempo se trabaja, cuántas personas obtienen trabajo, los niveles de los salarios, las diferencias de salarios entre hombres y mujeres, etc. Para conseguir respuestas a muchas preguntas no se tiene que ir de casa en casa, se puede tener un cuadro general por medio de las entrevistas de grupos informales que se forman alrededor de las casas o en los lugares de trabajo. Solamente si se necesita información más específica es necesaria una encuesta en los hogares.

Las entrevistas más formales de grupo incluyen encuentros en lugares de trabajo; esto es especialmente empleado en las investigaciones relacionadas con la salud de la mujer. Allí, las mujeres de la comunidad están constituidas en grupos donde pueden responder a preguntas delicadas con más libertad que cuando son entrevistadas en sus casas, donde pueden negarse a hablar si los hombres o los mayores están cerca. Otra situación propicia es aquella en que las mujeres necesitan que se les presenten hechos antes de que las preguntas puedan ser planteadas. Permítanme darles un ejemplo. Tuvimos un taller sobre síntomas de infecciones ginecológicas en el que hubo muchas preguntas y mucha solicitud de aclaraciones por parte de las mujeres. Comprobamos así que, después de preguntarles si habían tenido estos síntomas anteriormente, el proceso de la entrevista fue más fácil.

De otro modo, sucede que al aplicar una encuesta sobre morbilidad, en la que se empieza preguntando sobre los síntomas, a menudo las personas no entienden las preguntas o no se sienten libres para compartir sus problemas de salud.

He visto entrevistas a grupos formales cuyo objetivo era tratar de averiguar el grado y las causas principales de la muerte infantil. Preguntamos al grupo de mujeres: ¿Cuántas de ustedes han perdido un bebé? Todas las del grupo respondieron afirmativamente. No tengo que calcular la tasa de mortalidad infantil en esa comunidad para saber que algo terrible está sucediendo. Para mi propósito de intervención planificada esto era suficiente.



Descubrimos que muchas muertes fueron neonatales y no estaban relacionadas con el tétano neonatal, sino más bien con los problemas de salud de las mujeres durante el embarazo, como los desórdenes de hipertensión y las dificultades durante el parto.

Hablar con informantes claves: Este es un método a menudo utilizado por los científicos sociales y los antropólogos. Es útil conversar con personas claves en los diferentes grupos sociales dentro de la comunidad, en vez de asumir a la comunidad como una entidad homogénea.

Hemos conversado con parteras tradicionales, por ejemplo, para indagar sobre las prácticas del parto. Puede ser necesario hacer las mismas preguntas a gente que podría

ofrecer diferentes puntos de vista: a distintos grupos etáneos o a funcionarios que brindan servicios de distinto nivel en la comunidad, para evitar tener un cuadro parcial o unilateral. Por ejemplo, hablamos con la enfermera de salud pública y con el oficial médico a cargo del centro de salud para evaluar sus puntos de vista sobre las necesidades principales de la comunidad, y averiguar por qué los servicios no son dados como han sido planeados. Luego hablamos con algunas mujeres de la comunidad para averiguar qué es lo que piensan. Esto ayudó a comprender las diferentes y conflictivas percepciones y a identificar las áreas de acción remediables.

Recopilar estudios de casos: La recolección de estudios de casos es muy útil especialmente si se está interesado en identificar las causas múltiples que llevan a la muerte, a la incapacidad o a enfermedades serias. Conozco muchos estudios de casos sobre mortalidad materna. Una mujer puede haber muerto de hemorragia durante el parto, pero hay otros factores que conjuntamente son responsables de su muerte, tales como su pobreza, sus partos múltiples, su alejamiento de los servicios de salud, etc. Las recopilaciones de estudios de casos han ayudado a identificar una cantidad de variables no médicas que pueden significar la diferencia esencial entre la vida y la muerte.

Técnicas de teatro y juego de roles: Otro método que he encontrado personalmente como el más útil, es el del juego de roles con las mujeres de una comunidad. Se desarrolla mejor en el marco de un taller, al igual que las entrevistas formales de grupo. Es eficaz en los grupos de mujeres que están organizadas, lo que significa que no están acostumbradas a ponerse de pie y decir: "Esto es lo que yo creo". Pero cuando uno dice: "¿Pueden ustedes representar lo que sucedió cuando tal mujer se enfermó en su pueblo?", todas se juntan y representan la situación en el trabajo que origina la enfermedad o el proceso de toma de decisiones respecto a la búsqueda de ayuda médica. Si representan, por ejemplo, que una mujer está enferma, entonces uno las ve preguntar tal y cual cosa antes de tomar decisiones sobre lo que deben hacer; hacen ciertos rituales, preparan algunos remedios caseros, etc. Nunca hubiera podido descubrir esto si hubiera formulado preguntas porque ignoraba que esas variables existían. No exagero cuando digo que el jugar un rol ha sido uno de los métodos más fáciles de comunicación con los grupos de mujeres con los que he trabajado. Sale de ellas con naturalidad, no puedo explicar por qué. Me sentiría intimidada si se me pidiera actuar, pero ellas no.

Encuestas de campo: Permítanme darles solamente un ejemplo más y terminaré aquí. Una organización de mujeres rurales, a la cual estoy asociada, efectuó una encuesta a gran escala sobre la morbilidad en la reproducción de las mujeres. Esta organización seleccionó a un grupo de mujeres de la comunidad, quienes fueron entrenadas durante los últimos años como promotoras de salud básica. Ellas conocen algunos de los principales problemas de salud de las mujeres y niños y pueden reconocer sus síntomas;

también saben cómo tratarlos con curaciones locales y medicinas simples e identificar los casos que requieren ayuda médica.

Se organizó un taller para estas mujeres, con el fin de explicarles la necesidad de la recolección sistemática de datos e involucrarlas en el diseño de un cuestionario con las historias de los embarazos de las mujeres y con los síntomas de problemas de salud. Después de haberse probado el cuestionario en una comunidad y de aclarar las dudas y las dificultades, se organizó un segundo taller. Los cuestionarios fueron revisados y las respuestas incorrectas e incompletas fueron señaladas. Esta no era una encuesta de muestras, sino más bien una enumeración completa de todos los caseríos de los asentamientos de castas bajas en 28 villas, un total de 1980 caseríos. Se hizo una encuesta básica y cada mes se actualizó el perfil de morbilidad. Mediante visitas a las casas verifiqué una muestra del 10% de los cuestionarios completados en cada villa. Cuando se encontraban discrepancias importantes, el asentamiento completo era reinspeccionado por un grupo compuesto por investigadores y promotores de salud de otras villas, para garantizar que los datos no estuvieran manipulados.

En vista de que la encuesta dependía de preguntas sobre síntomas, teníamos que estar seguros de que estos estuvieran relacionados con las condiciones de salud previstas. Una vez más, nos apoyamos en esta muestra del 10% de mujeres a quienes les fueron realizados exámenes clínicos y estudios. Como resultado, tuvimos una idea de los márgenes de error. Constantemente hemos modificado nuestra herramienta antes de aplicar de nuevo la encuesta. Hemos venido haciendo esto desde hace un año y al finalizar este proceso, habremos estructurado un procedimiento confiable.

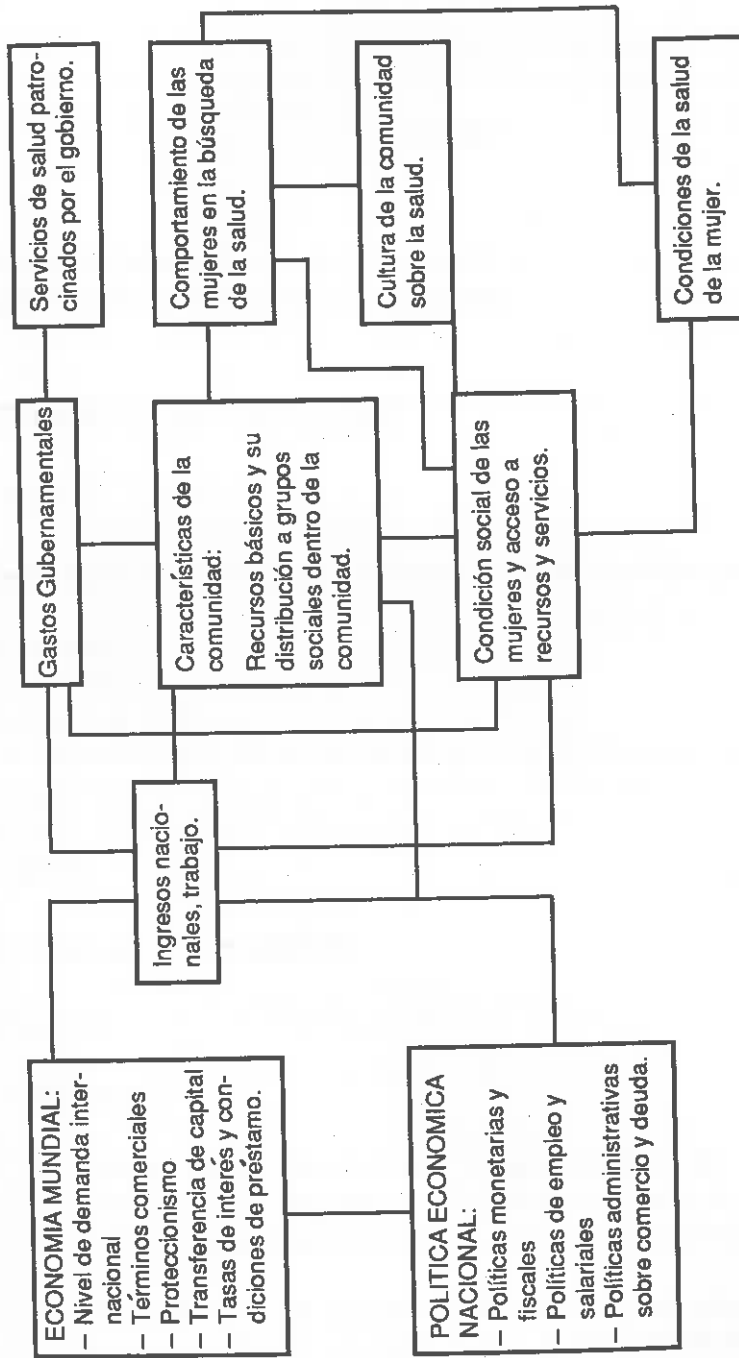
Tal encuesta tenía muchas ventajas: a un costo relativamente bajo, recogimos información razonablemente fiable. La prevalencia de la morbilidad puede ser más alta que el 33% identificado por nosotros, pero definitivamente sabemos que esta cantidad es la tasa mínima que encontramos en este caso. Un examen clínico de una gran muestra sería definitivamente ideal, pero en vista de que es también muy caro, a menudo no se llega a realizar. También sabemos que los principales problemas de salud dependen del modo como la mujer interpreta su etiología, además de otras condiciones.

Hoy día las mujeres de la comunidad están más conscientes de los problemas de salud que las afectan. Las mujeres que han sido capacitadas como promotoras de salud conocen más claramente la naturaleza de los problemas locales, tanto en forma gráfica como a través de las exposiciones realizadas por las mujeres en las villas en donde se colectaron los datos. Conocen la cantidad de mujeres que se quejaban de una dolencia o de otra; saben qué cantidad de mujeres hizo uso de los servicios de salud, qué cantidad no y por qué. Los promotores de salud actuaron en obras de teatro representando los casos de estudio locales, promovieron luego una discusión sobre las formas de evitar una

muerte o una incapacidad, y sobre quiénes son los diferentes actores que pueden emprender tales o cuales acciones.

Ya he dado un ejemplo concreto sobre cómo las encuestas a gran escala pueden ser efectivamente utilizadas como herramientas para la educación y para la concienciación, como una forma de motivar a la mujer para que participe en la resolución de sus propios problemas de salud.

Solamente una palabra más sobre los métodos cuantitativos que he descrito anteriormente. Estos pueden ser utilizados aun en investigaciones convencionales, donde la precisión cuantitativa es importante en la fase exploratoria que busca obtener una mejor comprensión de las variables involucradas. Esto se mantiene cuando la investigación involucra la recolección de datos primarios o en fuentes de datos secundarios.



• Una parte de este modelo es derivado de Cornia, Giovanni, (1984) op. cit.

Figura 1. Factores que influyen en la condición de la salud de las mujeres.

ANEXO

Elementos para el análisis de los asuntos relacionados con la salud de las mujeres

I. FACTORES CONTEXTUALES

Factores macro

Factores político-económicos nacionales e internacionales que influyen en:

- El empleo.
- Los salarios.
- El costo de vida.
- La disponibilidad de servicios de apoyo y de bienestar social.
- El ambiente social (agresión, represión, violencia).

Factores micro

Características de la comunidad

a. Recursos:

- Materiales:
 - Tierra, agua, combustible, abastecimiento de comida, condiciones habitacionales, depósito de desechos, saneamiento, etc.
 - Facilidades de comunicación, puestos de servicios de salud, escuelas, mercados.
 - Disponibilidad de trabajos remunerados y niveles salariales, por sexo y por tarea, salarios en relación con el costo de la vida.
 - Densidad de la población o disponibilidad del espacio físico.

— Humanos

- Proporción de la población analfabeta, educada, capacitada profesionalmente.
- Líderes, curanderos, parteras y otros trabajadores de la salud, gente con habilidades especiales.
- Organizaciones locales, formales o informales.

b. Composición

- Distribución por edad, grupos minoritarios proporcionales a la población, distribución de la población por nacionalidad, raza, religión, etc.

c. Estructura

- Estratificación social por raza, grupo étnico, religión, casta.
- Quién controla a quién y qué: distribución de tierras, materiales y recursos no materiales (incluyendo acceso a la información y a la gente con poder, movilidad).
- Distribución de poder entre los grupos sociales y entre sexos dentro de cada grupo social.

Aspectos culturales de salud comunitaria

- Creencias, costumbres y hábitos que afectan la salud.
- Actitudes y creencias respecto a embarazos, nacimientos, fecundidad y regulación/control.
- Formas tradicionales para enfrentar la enfermedad.
- Prácticas de curaciones tradicionales (prácticas tradicionales de dar a luz).
- Actitudes hacia el sistema de salud formal

II. EL STATUS DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

- Estructura de la familia.

- Actitudes culturales que rigen el papel de la mujer en la familia y la sociedad.
- Edad para contraer matrimonio, existencia de una dote o del precio de la novia, normas sobre la escogencia del compañero para el casamiento, divorcio, casamiento de viudas, condición social de un hombre soltero, de una mujer soltera.
- Alcance e importancia de las responsabilidades familiares confiadas a la mujer, magnitud de su carga de trabajo.
- Disponibilidad de medidas para la ayuda social: guarderías infantiles, suplementos nutricionales, créditos, etc.
- Existencia de un mecanismo para la participación de la mujer en la toma de decisiones en la comunidad: representación en el gobierno local y otros comités y participación en organizaciones locales de la mujer.

III. LAS PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD Y SU COMPORTAMIENTO EN LA BÚSQUEDA DE LA SALUD

- Condición de la mujer.
- Cultura de la comunidad acerca de la salud.
- Factores de servicios de salud: disponibilidad, acceso, y calidades de servicio.

CONFERENCIA No. 3

Análisis del Sistema de Salud desde la Perspectiva de la Mujer del Tercer Mundo

Vamos a hablar sobre el sistema de salud desde la perspectiva de la mujer del Tercer Mundo. Pero antes, quisiera compartir con ustedes la historia de una mujer que yo conocí.

Hace algún tiempo, esta mujer de veintiséis años, a quien conocía desde hacía muchos años, murió. Era una mujer de la casta más baja de nuestro país, lo que significa que padeció muchas privaciones. Era hija y esposa de trabajadores sin tierra; era pues, una trabajadora agrícola cuando la conocí, estaba casada y tenía 16 años de edad. La conocí porque asistía a clases de alfabetización y tuvo que interrumpirlas porque quedó embarazada cuatro meses después de su matrimonio.

Luego de su primera niña tuvo tres abortos, pero fue posible persuadirla para que fuera a un centro de salud en esas ocasiones. No era ignorante, pero no era feliz.

Compartía su vivienda con otra familia y esto le causaba muchos problemas. No tenía deseos de cuidarse a sí misma, y a menudo decía: "Sería mejor que yo muriera".

Cuando quedó embarazada por última vez, la convencimos de que buscara ayuda médica. Le dijimos que si quería que este niño naciera bien, debía ir al hospital.

Como tenía ya una niña, la ilusión de tener un varón la motivó a ir a un hospital. Tuvo un parto complicado con hemorragias que hicieron necesarias varias transfusiones. Dos días después de su internamiento, recibió un mensaje de su casa informándole que su hija tenía malaria. Esto la preocupó tanto que abandonó el hospital contra el consejo del médico, pues no tenía confianza en el cuidado que le darían a su hija los miembros de su familia, dado que las relaciones con ellos no eran buenas. Pocos días después, supe que había muerto luego de un ataque de pulmonía. No sabemos cuál fue la causa

final de su muerte, pero sabemos que desarrolló una fiebre alta y como era solamente fiebre, nadie le prestó atención. Pero tarde en la noche, empezó a delirar y fue entonces cuando todos se percataron de que necesitaba ayuda médica con urgencia.

Esta se encontraba disponible, pero a 3 kilómetros de distancia, y a medianoche no se podía disponer de autobús de servicio público. Murió antes de poder recibir asistencia médica.

Este no es un caso único, pero nunca lo olvidaré. He estado tratando de descifrar la paradoja de que esto haya podido suceder en una época en que la tecnología médica ha avanzado tanto. En la India, contamos con tecnología para hacer trasplantes de corazón y tenemos bebés probetas, pero carecemos de lo más indispensable para personas como la mujer de quien les hablé.

Creo que muchas de mis reflexiones sobre este asunto fueron motivadas por mi compromiso personal con ella.

Cuando se considera el sistema de salud desde el punto de vista de las mujeres del Tercer Mundo, hay dos dimensiones principales que deben considerarse: las mujeres y el sistema de servicios de salud. Ambos deben de ser analizados en el contexto del medio social en el cual se localizan y cuyas características reflejan invariablemente.

UN PERFIL DE LAS MUJERES DEL TERCER MUNDO

Cuando yo hablo de las mujeres de la India, de hecho me estoy refiriendo a la vasta mayoría de mujeres que viven en áreas rurales, que son pobres y enfrentan condiciones muy difíciles.

Pobreza

La primera característica de las mujeres es la pobreza absoluta en que viven. La mayor parte tiene un trabajo remunerado o no remunerado. Cuando trabajan por un salario, sus sueldos son realmente miserables. Los salarios de los hombres son también bajos pero, como sucede en cualquier parte del mundo, los de las mujeres son considerablemente menores.

En los trabajos agrícolas reciben usualmente la mitad de lo que los hombres ganan, y esta cantidad no alcanza ni para tener una comida decente al día. Actualmente, el

salario es de 5 rupias diarias y un kilo de arroz cuesta 5 rupias, aun en las villas. Esta es la relación entre el salario de las mujeres y el costo de la vida.

Con respecto a las condiciones de vida, la mayor parte vive en áreas rurales, en chozas de barro con techos de paja. En los mejores lugares, el agua está a cinco minutos de camino y puede estar aún más lejos. La fuente de agua puede ser un grifo público, lo que indica que son muy afortunados, o un pozo que puede secarse en el verano. Generalmente un río o un pozo están mucho más lejos. Literalmente no hay facilidades sanitarias.

La adquisición de combustible es una de las tareas más difíciles de las mujeres. Trabajar todo el día, con escasez de combustible, de agua y con poco dinero para comprar comida, explica la calidad de su cocina y su escaso valor nutritivo.

Cuando las mujeres trabajan en cultivos de arroz, lo hacen en tierras húmedas y pantanosas, con la espalda inclinada la mayor parte del tiempo. Alzan grandes pesos tanto para cargar el agua como para cargar el grano. En resumen, hay muchos factores que originan enfermedades. Si además pertenecen a grupos socialmente marginados, tales como las castas o las tribus de la India, las desventajas aumentan. Sería muy difícil explicar lo que significa pertenecer a una casta baja, ya que es una institución social muy compleja. Pero ustedes pueden imaginar los efectos psicológicos inherentes a la pertenencia a un grupo de clase baja en cualquier sociedad. Cuando se pertenece a uno de estos grupos, no se es suficientemente humano. De acuerdo al statu quo, no se siente el mismo tipo de dolor, no se necesita el mismo tipo de lujos o privilegios de que goza el resto de la gente.

Discriminación basada en el género

Parece difícil creer que en países en donde tenemos mujeres Primeras Ministras y diosas, podamos hablar de la discriminación de género. Pero, créanme, existe para la mayoría de las mujeres. También existe para las que como yo pertenecemos a castas privilegiadas, pero no necesariamente se manifiesta de la misma forma.

La discriminación basada en el género en una situación de pobreza, significa que los padres deben escoger en quién deben invertir; y ellos invertirán en sus hijos, por razones culturales, sociales y económicas. A la niña no se le dan las mismas oportunidades educativas que a sus hermanos. En caso de enfermedad, las decisiones que toman la madre o el padre acerca del tipo de ayuda que se debe buscar dependen del sexo del niño, según afirman los estudios realizados.

Solamente se buscará ayuda para una hija si creen que la situación es muy seria. Pero con un hijo, los padres no se arriesgan: un hijo debe ser salvado. Los estudios demuestran que a menudo la niña llega al hospital después de muchos días de enfermedad, después de haber probado curaciones caseras y recetas de curanderos tradicionales. No es una discriminación consciente, pero es una situación que sin embargo existe.

A la edad de dieciséis o diecisiete años las muchachas ya se han casado por razones sociales. La sociedad dicta una moral sexual muy estricta, y los padres temen mantener a la niña mucho tiempo en la casa. La otra razón es que cuanto más edad tenga la niña más difícil es que se case, pues esto significa que no es bastante atractiva o productiva.

Los padres tratarán entonces de eliminar la carga económica que representa, y al mismo tiempo, procurarán resguardar los intereses de la niña.

Aunque en muchos casos la joven entra a su familia política como un miembro productivo, se paga una dote a la familia del esposo para compensarlos porque aceptan a la hija. Este es un reconocimiento tácito de que ella carece de valor económico.

La división sexual del trabajo no sólo significa que las mujeres tengan una carga doble sino también que hacen cierto tipo de trabajo que las pone en un riesgo más grande de contaminación. Trabajan con agua, deben encargarse de botar los desperdicios y se las obliga a balancear el presupuesto: ¿cómo alimentar a todos con tan poco dinero? Todo esto afecta el bienestar de la mujer.

Actitudes sociales hacia la mujer

Las nociones que prevalecen sobre la manera de conducirse también causan muchos problemas de salud. Por ejemplo, en lugares donde no hay inodoros, las mujeres presentan una alta incidencia de infecciones del tracto urinario, porque no pueden expeler la orina en los campos abiertos y siempre tienen que esperar encontrar un momento conveniente. Las incidencias de tales infecciones es muy alta y si no estamos atentos a las condiciones en las que viven las mujeres, nunca las conoceremos y no se podrá llegar a ninguna acción preventiva.

Las mujeres pobres de áreas rurales también sufren de hiperacidez, porque cuando pueden comer con regularidad no lo hacen en cantidades suficientes. Tal vez no tengan tiempo o coman de últimas para asegurar que el resto de la familia lo haga. Además, pueden desarrollar úlceras crónicas porque terminan comiendo arroz con chile picante para calmar el hambre.

Otro aspecto importante es la ignorancia respecto al sexo, una autoimagen pobre, recelos y sentimientos de vergüenza acerca de sus cuerpos. Yo he oído a muchas mujeres de otras culturas decir lo mismo. Cuando sufren enfermedades ginecológicas, la mujer no sabe lo que es normal o anormal y aun si sospechan de alguna anomalía, sienten vergüenza de hablar sobre el tema.

La ignorancia respecto al sexo se extiende también al proceso completo de la concepción, del embarazo y del parto. Aun las mayores, con cuatro o cinco niños, ignoran los procesos fisiológicos que están involucrados. El embarazo no es el resultado de una decisión y son conscientes de él, no porque les haya faltado la menstruación sino cuando empiezan a tener síntomas de malestares matinales. Esto es debido a su ciclo menstrual irregular, producto de su mala salud. Esta preocupación causada por el temor de embarazo es tremenda. Siempre se preguntan: "¿Quedaré embarazada este mes? Espero que no". Sienten que lo que la gente dice es cierto: es una maldición nacer mujer. Y se preguntan: "¿Por qué tengo que vivir de esta manera?" Este sentimiento se reafirma en muchas otras situaciones.

También existe el temor de la infecundidad. La existencia de la mujer parece ser inútil si no puede tener niños, debido a la ideología en la que viven.

La infecundidad secundaria causada por infecciones del sistema reproductivo es conocida por la cultura. La gente sabe que una mujer puede hacerse infecunda después de tener un niño o dos; y por lo tanto prefieren tener rápidamente todos los niños que desean y tal vez después de eso, puedan empezar a pensar acerca de si quieren o no tener más.

Una mujer que tuvo que esperar ocho años antes de quedar embarazada por primera vez, me dijo que la gente comentaba que a la familia le hubiera sido más provechoso comprar un búfalo, pues así hubieran tenido un ingreso adicional. El hecho de alimentarla y cuidarla no ayudaba a la familia: no tenía niños.

Anteriormente mencioné la vulnerabilidad de la mujer frente a la violencia doméstica y sexual en sociedades dominadas por el hombre. La agresión en contra de la esposa, la violación y las formas sutiles de violencia psicológicas y de represión que experimentan las mujeres son de nuevo un elemento importante de la discriminación basada en el género.

Puede ser que estas características no sean idénticas en todos los lugares, pero creo que existen muchos casos análogos.

Características del sistema de los servicios de salud

Permítanme pasar ahora a la otra dimensión: el sistema de los servicios de salud; luego trataré de relacionarla con la primera.

Por sistema de servicios de salud entiendo la totalidad de los esfuerzos formales que una nación realiza para enfrentar sus problemas de salud. Solamente estoy hablando de un sistema formal de servicios de salud porque existen otros informales. Algunas veces también existen sistemas formales paralelos, pero no organizados por el Estado.

Uno de los rasgos del sistema de los servicios de salud que tenemos en la India y en muchos países que como el nuestro han sido colonizados, es el de ser un modelo impuesto. No es un modelo de servicios de salud que se desarrolla como un componente de la sociedad, pues llegó de otra cultura muy diferente. La forma como perciben la salud, la enfermedad y sus causas es diferente y todavía culturalmente ajena para la mayor parte de la gente.

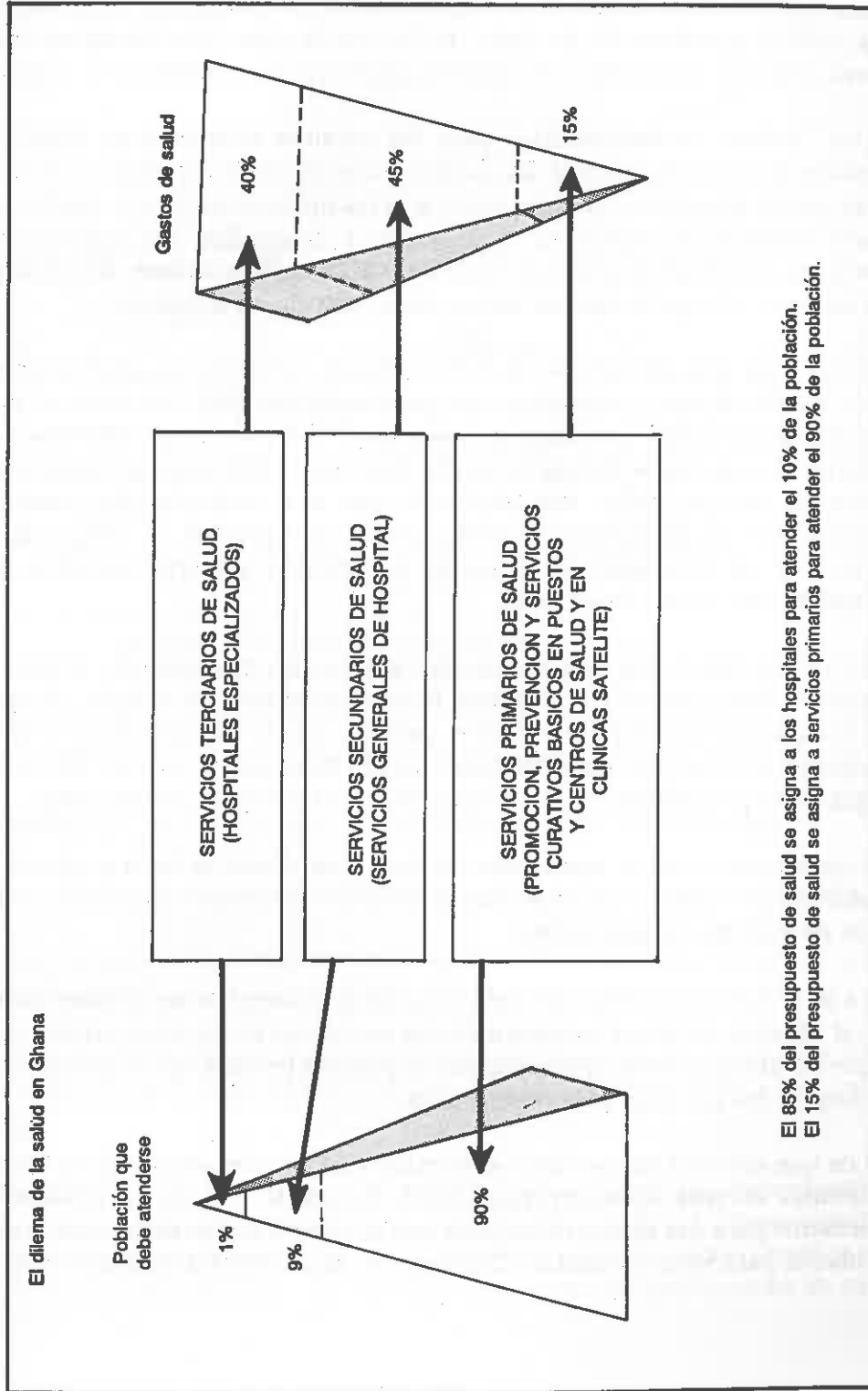
El sistema de servicios de salud de la India es como la economía: mixto; es decir, tenemos un Estado subvencionador, un sistema de servicios de salud pública financiado por el Estado y un sistema privado de servicios de salud igualmente floreciente. No tenemos un sistema de seguro social muy extendido ya que está restringido a los empleados del sector organizado.

Los servicios de salud en el sector público son financiados principalmente por el presupuesto del gobierno central y son en su mayor parte gratuitos. El gobierno tiene el compromiso político de mejorar el estado de salud de la población, pero solamente un 1.8% de nuestro presupuesto está dedicado a gastos de salubridad, mientras el 29% se utiliza en defensa. Este presupuesto tan pequeño para la salud es utilizado, en su mayor parte, en servicios para las áreas urbanas.

Tenemos un 1% de la población con pocos hospitales especializados, un 9% que usa los servicios hospitalarios generales y un 90% que usa los servicios primarios de salud. El 85% de los gastos de salud están dirigidos a hospitales que atienden al 10% de la gente, el 15% está dirigido a los sistemas primarios de salud destinados al 90% de la población.

¿Cómo se definen las prioridades? La siguiente anécdota lo señala: El Ministro de Salud habla con su médico acerca de su padecimiento. "Me alegra decirle que no es su corazón, Sr. Ministro, es solamente indigestión. Sin embargo, usted sabe, si hubiera sido su corazón, no hubiéramos tenido cómo atenderlo, pues no tenemos una unidad para cuidados coronarios".

Fig. 1. Oportunidades para mejorar los servicios de salud.



Los que toman las decisiones en el país son los más poderosos y con mayor influencia en la política y pueden ser de clase media o de la elite. Los demás no saben a quien recurrir para sus necesidades, ni siquiera saben que tienen derecho a expresarlas.

¿Un "palacio de enfermedad" para los médicos o centros de salud y pequeños hospitales para la comunidad? La escogencia puede estar previamente determinada, ya que se puede argumentar de esta manera: si los médicos no tienen suficientes pacientes de una enfermedad particular, ¿cómo van a desarrollar sus conocimientos? Este argumento, desde cierto punto de vista parece justo. Los centros de salud primaria no podrían proporcionar el tipo de capacitación que da un hospital.

Quiero dar dos ejemplos de la India sobre el asunto de los intereses profesionales. En el estado al que pertenezco, fue propuesto en 1981 un sistema para reclutar funcionarios de salud comunitaria, como parte del sistema de servicios de salud del Gobierno. Los médicos realizaron una huelga bajo el liderazgo de la agencia local de la Asociación Médica India, argumentando que este reclutamiento conduciría a una multiplicación de curanderos en áreas rurales, que pondría en peligro la salud de la gente. Fue tal el triunfo de la huelga que ningún gobierno volvió a mencionar a trabajadores de salud comunitaria.

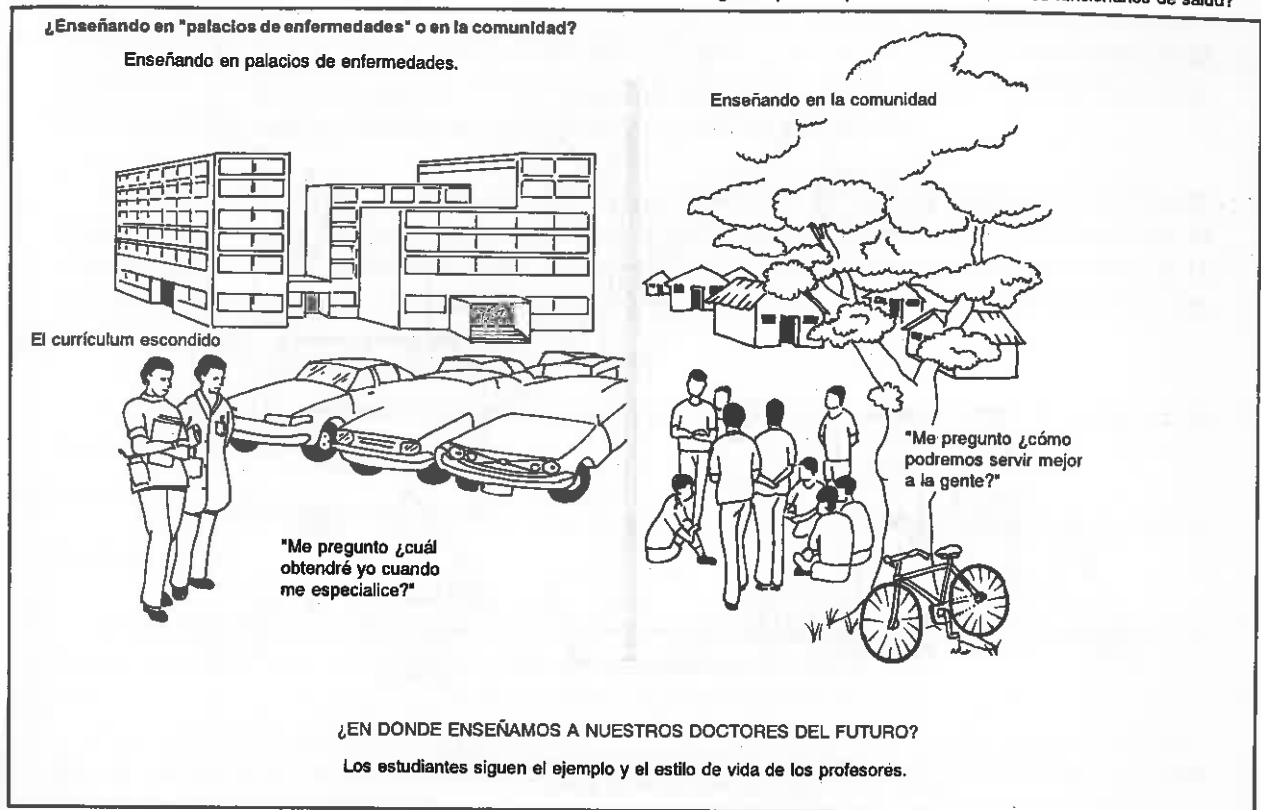
En otro estado había una propuesta para que los médicos del sistema tradicional ayurvédico que eran muy numerosos, fueran entrenados en cirugía. El resultado han sido huelgas que han durado tres años, cada vez que se ha replanteado la propuesta. El argumento utilizado es que estos funcionarios bajarían las normas de los servicios de cirugía, pero en realidad se trata de resguardar el territorio de cada uno.

Seguidamente está el currículum médico. ¿En dónde se lleva a cabo la enseñanza? Enseñamos en "palacios de enfermedades" y los estudiantes siguen los ejemplos y los estilos de vida de los profesores.

La universidad entrena a los médicos para que cumplan las normas internacionales. Pero el Ministro de Salud necesita médicos que sirvan en las áreas rurales, y únicamente los que no tienen el dinero para empezar la práctica privada optan, como último recurso, por aceptar los servicios gubernamentales.

Los que entran a los servicios gubernamentales y son asignados en áreas rurales se encuentran en una situación muy difícil. Sirven al 75% de la población, no están capacitados para dar el tipo de servicio que se espera, tienen demasiado trabajo y pocas facilidades para vivir y trabajar. Ciertamente, no se estudia medicina para esto.

¿Qué tipo de capacitación se brinda a los funcionarios de salud?

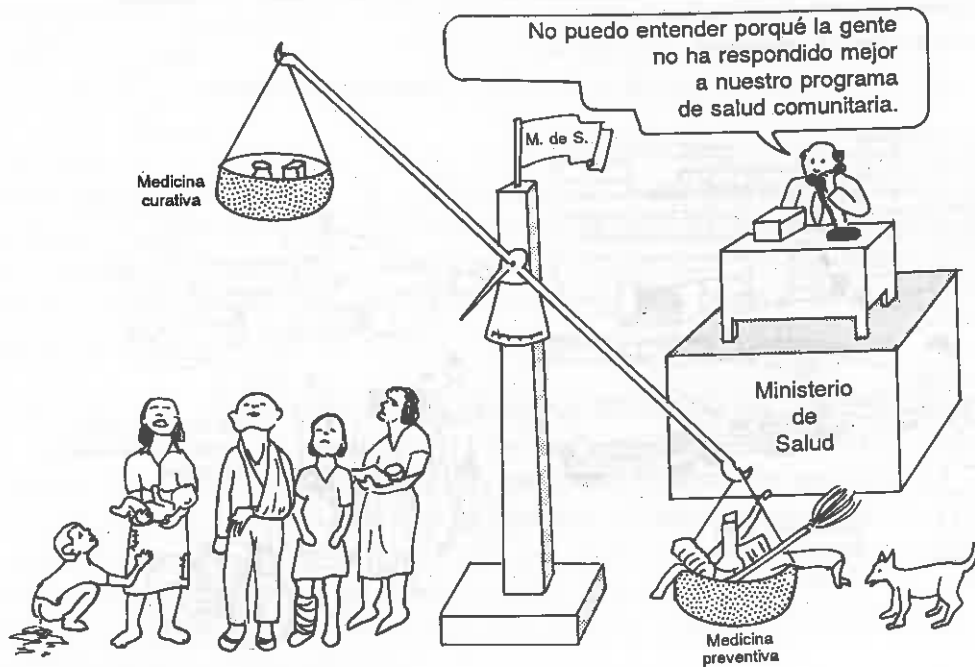


La cuarta parte de la población de las áreas urbanas tiene demasiados médicos, muchos de los cuales no cuentan con una práctica privada adecuada. Los que quieren mejores oportunidades se van del país, así que existe fuga de profesionales.

No podemos hablar de los sistemas de servicios de salud sin discutir el cuidado de la salud primaria. El principio del sistema de salud primaria enunciado en la Declaración Alma-Ata de 1978, supuestamente se debe cumplir en todos los países. ¿Qué sucede en realidad?

En países que tienen un compromiso político con el sistema de salud primaria, como en la India, los hospitales utilizan el 58% del presupuesto y sólo un 22% se invierte en salud primaria.

Esto sucede debido a varias razones estructurales. No se puede pretender terminar con los hospitales ya existentes ni tampoco se pueden cerrar todos. Lo mejor sería no aumentarles la asignación de fondos, y tal vez reducir los gastos. Pero estos cambios, aun con la mejor intención son difíciles. En conclusión, se tiene un presupuesto de salud distorsionado.



Para que se dé un equilibrio entre medicina preventiva y curativa deben considerarse los deseos de la gente.

La atención primaria ha pasado a significar atención de segunda clase para los pobres; la de los hospitales especializados, la mejor atención para la elite urbana. Para la gente común hay muchos servicios de medicina preventiva en los pueblos.

El servicio de salud primaria implica la inmunización y la enseñanza de hábitos de higiene, en vez de dar simplemente alivio al dolor y al sufrimiento que la gente experimenta. Pero ni siquiera en los hospitales distritales hay facilidades para transfusiones de sangre o para cirugía de emergencia, no hay banco de sangre ni cilindros de oxígeno. Los pobres en las villas tienen que ir muy lejos para encontrar estos servicios, transitar por caminos malos y sin transporte público.

Aunque en principio la atención de salud primaria significa trabajar con la gente, las actitudes del personal de salud no han cambiado, continúan teniendo poco respeto a la gente y poca comprensión de sus condiciones de vida.

La meritocracia es parte del currículum de las universidades médicas y es, hasta cierto punto, responsable de estas actitudes. Los especialistas saben más que los practicantes generales, los médicos más que las enfermeras, y los capacitados más que los legos. Esto

también se refleja en la rígida naturaleza jerárquica de la toma de decisiones con respecto al tipo correcto de terapia o del manejo del paciente, y en la estricta demarcación de la asignación de funciones intelectuales realizadas por los médicos que atienden consultas rutinariamente, y el trabajo manual y mecánico de las enfermeras.

A pesar de que el principio de las estrategias de salud primaria reconoce explícitamente que el mejoramiento del estado de salud sólo se puede obtener con el mejoramiento de la calidad de vida de la población, los médicos sienten que tienen la obligación de encontrar una píldora para cada enfermedad. Tomemos esta conversación entre una mujer pobre y un médico.

— "Desde que mi hombre me abandonó yo me siento cansada todo el tiempo. A menudo no puedo dormir".

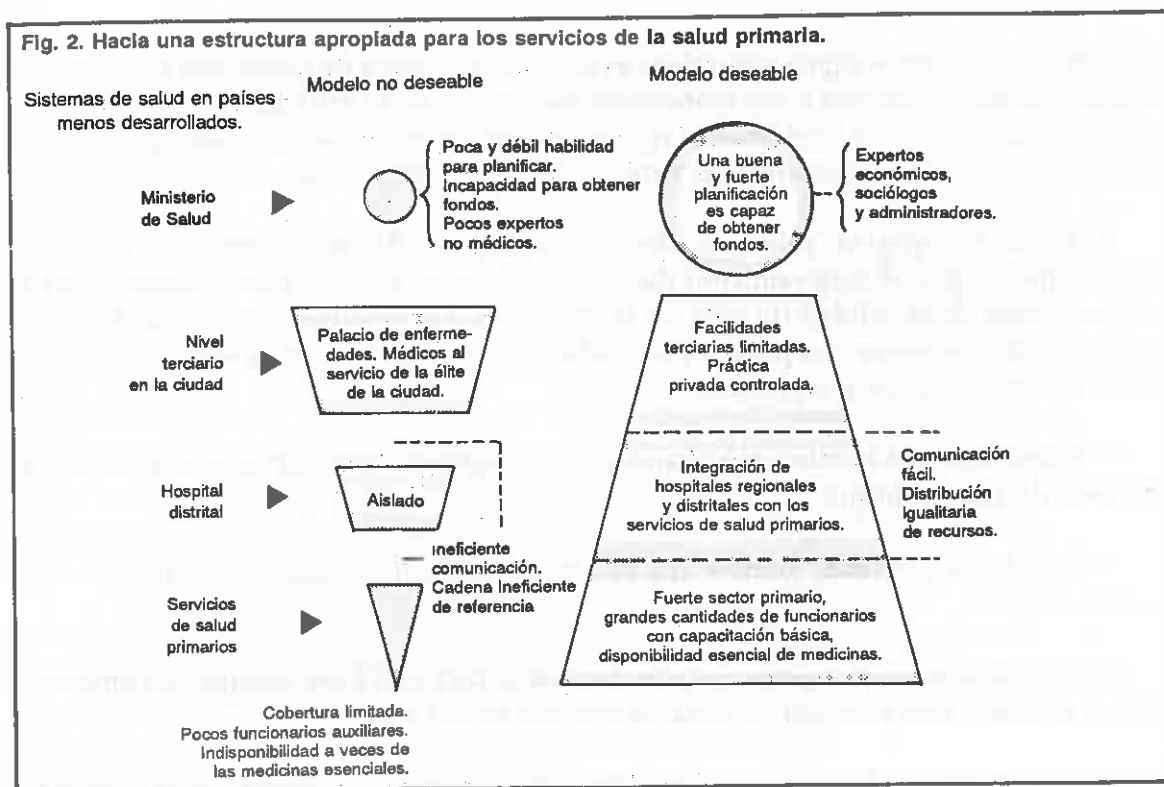
— "Usted está nerviosa. Tómese una de estas pastillas tres veces al día y pronto se va a sentir mejor".

El médico tiene mucha gente que atender, por lo tanto, no tiene tiempo. Sin embargo, quiere ofrecerle una solución en vista de que ella confía en él.

Por otra parte, mediante la participación de la comunidad, se busca lograr el objetivo de los servicios de salud primaria. Pero a menudo la participación se traduce en una forma de controlar a la gente.

En otras ocasiones, la participación de la comunidad se reduce a prestar ayuda, en términos laborales, para construir un centro de salud o para donar tierras o dinero. En otras palabras, se busca la participación para ayudar a implementar decisiones definidas por las autoridades, de acuerdo con sus propios intereses.

Las características del sistema de salud primaria, tal como existe hoy en la mayor parte de los países, se resumen en la Figura 2. En el nivel correspondiente al Ministerio de Salud encontramos: debilidades, poca habilidad para planear, fondos insuficientes y pocos expertos no médicos. En el tercer nivel, tenemos "palacios de enfermedades" donde los médicos cuidan a la elite de la ciudad. En el ámbito de los hospitales distritales, se está aislando al resto de la comunidad. Hay una comunicación deficiente y la cadena de referencia es pobre. En lo que concierne a la atención primaria, hay una cobertura limitada, con muy pocos médicos y cantidades inadecuadas o inexistentes de medicinas esenciales. En la figura también se señalan las características de la situación ideal.



Por último, pero no de menor importancia, está la actitud de las mujeres hacia los servicios del sistema de salud. No entraré en detalles porque sé que muchas mujeres que investigan sobre la mujer han oído y han trabajado sobre estos asuntos desde hace muchos años. Algunas manifestaciones de estas actitudes son las siguientes: sólo se consideran importantes los problemas de salud de las mujeres que se relacionan con el embarazo y el parto; pareciera que no les preocupa lo que les pase antes, o después de sus embarazos. Los estudios también demuestran que hay una fuerte barrera contra las mujeres en la enseñanza y en la práctica de la medicina. En general se opina, tanto explícita como implícitamente, que las pacientes (cuando reciben alguna atención) tienen enfermedades no interesantes, son informantes poco confiables y alteradas por su emotividad; esto lleva a pensar que sus síntomas posiblemente no reflejen la enfermedad "real". A menudo, las quejas ginecológicas de las mujeres son calificadas como triviales; se hace poca investigación sobre los problemas crónicos relacionados con la menstruación y con las infecciones vaginales no específicas que afectan a la mayoría de las mujeres.

Las desigualdades de género visibles en la sociedad se reflejan en los sistemas de servicios de salud, así como en la toma de decisiones que se le asigna al hombre y a la mujer, estando situadas estas en la última posición de la jerarquía. Aunque en la India, contrariamente a muchos otros países, hay una buena cantidad de mujeres profesionales médicas en posiciones de responsabilidad, son todavía la excepción y no la regla.

Para resumir, nuestro sistema de atención médica es jerárquico y elitista, refleja las actitudes sociales dominantes hacia la mujer, y ha tratado de integrar los sistemas de atención primaria a las estructuras existentes de desigualdad sin una reorganización fundamental, lo que distorsiona sus principios.

Me referiré rápidamente a otra variable fundamental que influye en los sistemas de atención de la salud y que no debe ser olvidada: el contexto internacional.

Uno de los actores importantes es la industria farmacéutica multinacional que influye en las investigaciones, en el tipo de terapia y en la disponibilidad de las drogas. Es un fuerte grupo de presión que puede modificar la naturaleza de la prestación de los servicios de salud. Una de las formas más obvias de su intervención en diversos países está relacionada con el programa básico de medicinas, que en principio limita la cantidad de medicamentos importados y prohíbe los productos innecesarios. Por ejemplo, las compañías farmacéuticas multinacionales han trabajado entre bastidores para eliminar la política básica de medicamentos en Bangladesh.

La segunda fuerza internacional importante que influye en los sistemas de atención médica son los acuerdos de control de la población. Se dan fondos para programas de población cuyo monto sobrepasa, en muchos países, a los que el país destina a otros aspectos de salud. Por ejemplo, informes recientes muestran que los fondos recibidos por el sector privado y público para los programas de planificación familiar son mayores que el presupuesto global de salud.

Cuando el gobierno tiene pocos fondos para salud y hay dinero disponible para los programas de planificación familiar, se opta por recibir los fondos y simular que serán utilizados de la mejor manera: desarrollo de la infraestructura, empleo de personal adicional, acondicionamiento del programa de planificación familiar, y todo esto con la intención de dar otra clase de servicios. El gobierno trata de subsanar equitativamente las necesidades de salud, pero muy pronto, los donantes solicitan resultados en términos de cumplimiento de los objetivos en la planificación familiar. En ese momento, los programas enfatizan aspectos encaminados al cumplimiento de objetivos de la planificación familiar. Es un equilibrio difícil de lograr: responder a los donantes y a las demandas públicas. Esto último no puede ser ignorado por ningún gobierno en las democracias parlamentarias.

Otra fuerza internacional que influye en el establecimiento de prioridades y de asignación de recursos en los servicios de salud primaria, se relaciona con programas prioritarios tales como la Inmunización Universal del Niño. Yo no tengo nada en contra de las inmunizaciones, pero este es un programa vertical, bueno para todos los países y para todas las situaciones. No es una respuesta a las necesidades comunales pues no

está basado en el análisis de la situación local. No es parte de un programa integrado. Llegó de arriba para abajo. La inmunización puede ser una buena idea, pero considerando los recursos que consume y la preparación que requiere, se debe replantear en otros términos. Por ejemplo, en la comunidad donde yo trabajo, el tétano neonatal ya casi no existe gracias a la inmunización, pero la mortalidad neonatal es muy alta, porque los bebés mueren por otras causas. Hasta ahora nada se ha hecho al respecto.

El Sistema de Atención de la Salud desde la Perspectiva de la Mujer Pobre del Tercer Mundo

Hemos hablado ampliamente de las características de las mujeres y del sistema de atención de la salud en un país en desarrollo. ¿Qué tipo de interacción se realiza entre ambos?

La condición social y económica de la mujer influye en su reconocimiento de las enfermedades, de su gravedad, de sus causas, y por lo tanto en su decisión en cuanto al tipo de ayuda médica que requiere: ¿Es esta una enfermedad que amerita ir al hospital o debo ir a un curandero?

A esto se agregan otros factores como la distancia, los medios de transporte y el costo. Aunque los servicios de salud no se paguen, hay un costo de oportunidades y la gente tiene que tener la seguridad de que el esfuerzo vale la pena. La calidad del servicio es un factor importante en la toma de decisiones, pues si lo disponible no es satisfactorio para el enfermo que llega a un hospital distrital, después de cruzar barreras increíbles, este hecho será un obstáculo importante en la búsqueda de ayuda médica.

Desde el punto de vista de las mujeres del Tercer Mundo, cuyas características he descrito, los servicios formales de salud son:

- espacialmente distantes
- económicamente inaccesibles
- culturalmente ajenos
- socialmente deshumanizados
- técnicamente inadecuados
- ineficientemente organizados

¿Qué quiero decir con "ineficientemente organizados"?

No sé cómo se trabaja en otros países, pero en el mío hay que llenar muchas fórmulas y esperar que el jefe esté disponible antes de poder tomar decisiones, algunas muy

difíciles. Esto puede ocasionar demoras considerables y en casos de emergencia puede determinar la vida o la muerte del enfermo.

La mujer de quien yo hablé al inicio, y muchas otras mujeres, murieron no porque la tecnología apropiada para salvar sus vidas no estuviera disponible, sino por lo inapropiado e inadecuado del sistema de atención médica disponible para atender sus problemas.

No quiero dejar esta discusión aquí porque es muy fácil ser crítico. Tenemos que actuar. Tenemos la posibilidad de actuar como gente común, como gente colocada en una posición de poder, en un lugar u otro, como intelectuales, como investigadores. Podemos favorecer la situación de la mujer en términos de mejoramiento de su nivel informativo, de su autoconfianza, de su habilidad para buscar ayuda médica. Los responsables de las leyes pueden hacer mucho acerca de la asignación y de la distribución de los recursos. Los investigadores pueden generar la información necesaria para mejorar la planificación, integrando a los sujetos afectados. Los que participan en la toma de decisiones en los servicios de salud, pueden generar iniciativas audaces para reorientar los servicios, con el fin de que sean más efectivos y más sensibles a las necesidades de la gente.

Hacer algo, por pequeño que sea, para mejorar esta situación, no es solamente posible, es nuestra responsabilidad.

Esta edición se terminó de imprimir
en la Sede Central del IICA
en Coronado, San José, Costa Rica,
en el mes de octubre de 1994,
con un tiraje de 500 ejemplares.

Esta publicación presenta las conferencias que brindó la Dra. Sundari Ravindran, en la Sede del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), los días 4, 5 y 6 de junio de 1991.

La exposición de la Dra. Ravindran refleja de manera clara, con gran sensibilidad y compromiso, las difíciles condiciones de vida de las mujeres en las zonas rurales de la India. Se hace particular énfasis en las repercusiones para la salud de ellas y de sus familiares, y se critican algunas características de los servicios del sistema de atención médica y de planificación familiar.

La conveniencia de ubicar los temas referentes a la salud de la mujer rural en el contexto sociopolítico, y no solamente en el limitado marco biomédico o clínico; los logros de las organizaciones de mujeres en la defensa y reivindicación de sus necesidades económicas, sociales y políticas; el mejoramiento de sus condiciones sanitarias y las de sus familias; y la coincidencia de las necesidades de las mujeres, aun en contextos culturales tan diferentes como India y Costa Rica, fueron algunas de las principales ideas compartidas por los asistentes.

Si bien el eje del análisis es la salud de la mujer, varios de los aspectos señalados deben llamar la atención de los especialistas y encargados de otros sectores de la programación del desarrollo rural. La falta de participación de la población beneficiaria; la ignorancia y el desinterés de los funcionarios, los especialistas y los técnicos respecto de los conocimientos, habilidades y necesidades de esa población; el verticalismo, la imposición de criterios y la manipulación de los intereses y necesidades de la población meta, la falta de consideración de las condiciones de discriminación y desigualdad de las mujeres, y la necesidad de incorporar su punto de vista, podrían y deberían ser igualmente analizados en relación con otros programas y proyectos dirigidos a la población rural.

La Dra. Ravindran nació en India en noviembre de 1955. Posee una Maestría en Ciencias de la Matemática del Instituto de Tecnología de Madras, en donde se graduó como alumna distinguida, y un Doctorado en Economía dado por la Universidad de Nehru en Nueva Delhi.

La Dra. Ravindran ha acumulado una vasta experiencia laboral en instituciones y organismos de gran prestigio mundial. Entre sus cargos se destacan: Profesora de cursos de salud y población en el Centro de Estudios para el Desarrollo de Trivandrum, Oficial Técnica de la División de Medicina Familiar de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Consultora de UNICEF en programas relacionados con la mortalidad infantil y salud materno-infantil.

Fundó el Centro de Educación Social para la Mujer Rural (Rural Women's Social Education Centre) en Tamil Nadu, en el sur de India, y coordina programas de educación no formal.

Ha participado activamente en la conducción de importantes estudios sobre la situación de la salud de las mujeres y los obstáculos referidos a las variables socioeconómicas y culturales en los países del Tercer Mundo.

Las enriquecedoras experiencias de la Dra. Ravindran en su país natal, India, a raíz de su trabajo con organizaciones de mujeres pobres de zonas rurales, expresadas con gran claridad conceptual, honestidad y sencillez, generaron el interés de los asistentes, y asimismo, los animaron a participar y a hacer sus aportes, quedando en evidencia la importancia de la comunicación entre mujeres de diferentes culturas.